



Hvordan kan sykepleier veilede pasienter ved somatisk
akuttmottak for å redusere stress?

Kandidatnummer: 106

Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave

Antall ord: 8894

Dato: 14.04.20



LOVISENBERG
DIAKONALE HØGSKOLE

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 14.04.20
Tittel: Hvordan kan sykepleier veilede pasienter ved somatisk akuttmottak for å redusere stress?	
<p><u>Problemstilling</u> Hvordan kan sykepleier veilede pasienter ved somatisk akuttmottak for å redusere stress?</p> <p><u>Teoretisk perspektiv</u> I denne delen av oppgaven presenteres teori om hvordan det er å være akutt syk på et akuttmottak, og hvilken rolle sykepleieren har i akuttmottaket. Videre beskrives Dorothea Orem`s egenomsorgsteori, veiledningsprinsipper ved hjelp av den didaktiske relasjonsmodellen, og hvordan stressreaksjoner påvirker kroppen. Deretter vil relevante lover og etiske prinsipper bli presentert.</p> <p><u>Metode</u> Denne oppgaven bygger på et systematisk litteratursøk som metode, der teori og forskning danner grunnlaget for oppgaven.</p> <p><u>Drøfting</u> I denne delen av oppgaven drøftes hvordan sykepleieren kan redusere stress hos pasienter innlagt på somatisk akuttmottak ved hjelp av veiledning. Jeg deler veiledningen inn i to faser, der fase en er tiden før pasienten er tilsett av lege, og fase to er tiden etter. Momenter som er viktig for hvordan veiledningen gjennomføres vil bli diskutert ut ifra den didaktiske relasjonsmodellen. Som momenter i veiledningen er det sentralt at sykepleieren gir informasjon, er tilstede, gir positiv oppmuntring, skaper en god sykepleier-pasient relasjon som bygger på god kommunikasjon, og gjenkjenner pasientens symptomer. I denne delen av oppgaven skal jeg også undersøke særlige forhold på akuttmottaket som kan vanskeliggjøre sykepleierens utøvelse av god veiledning til pasienten.</p> <p><u>Konklusjon</u> Stressnivået hos pasienter innlagt på somatisk akuttmottak er ofte høyt på grunn av frykten for eget liv og helse, samt at det ofte foreligger stor usikkerhet om videre behandlingsforløp. Ut ifra den didaktiske relasjonsmodellen kan sykepleieren tilpasse veiledningen til den individuelle pasienten. Ved hjelp av gode kommunikasjonsferdigheter, informere pasienten, gi støtte, og gjenkjenne pasientens symptomer vil veiledningen kunne lykkes. Det er imidlertid utfordrende for sykepleieren å gjennomføre god veiledning på grunn av overbelastningsproblematikk, tidspress, og prioritering av livreddende tiltak. Mange av tiltakene kan allikevel gjennomføres parallelt med håndtering av pasientens livsviktige behov, og bør derfor prioriteres å gjennomføres.</p>	

(Totalt antall ord: 298)

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	2
1.1	Bakgrunn for valg av tema.....	2
1.2	Sykepleierens rolle i akuttmottaket.....	3
1.3	Problemstilling	4
1.3.1	Avgrensing.....	4
2	Teoretisk og empirisk kunnskapsgrunnlag.....	5
2.1	Dorotea Orem.....	5
2.2	Sykepleierens veiledende funksjon	6
2.3	Stress	7
2.3.1	Det generelle adaptasjonssyndrom	7
2.3.2	Fysiologiske forandringer	8
2.3.3	Psykologiske forandringer	9
2.3.4	Pasienters erfaring med stress på akuttmottak.....	11
2.4	Juss og etiske perspektiver	11
2.4.1	Helsepersonelloven.....	11
2.4.2	Pasient og brukerrettighetsloven.....	12
2.4.3	Etiske prinsipper	12
3	Metode for oppgaven	13
3.1	Fremgangsmåte	13
3.1.1	Databasesøk	13
3.1.2	Websøk	13
3.1.3	Manuelle søk.....	14
3.2	Artikkelsøk	14
3.3	Forskningsartiklens relevans	15
3.4	Kildekritikk	16
4	Presentasjon av forskningsresultater	18
4.1	Kommunikasjonsferdigheter	18
4.2	Behov for informasjon.....	18
4.3	Behov for støtte	19
4.4	Observasjon av symptomer.....	19
4.5	Artikkelmatrise	20
5	Diskusjon.....	24
5.1	Veiledning før legeundersøkelse	24
5.1.1	Det første møtet med pasienten	24
5.1.2	Vurdering av pasientens læreforutsetninger og indre ressurser.....	25
5.1.3	Pasientens behov for informasjon.....	26
5.1.4	Lange ventetider og usikkerhet.....	27
5.1.5	Gjenkjenne pasientens symptomer på stress.....	29
5.1.6	Pårørendes tilstedeværelse.....	30
5.2	Veiledning etter legeundersøkelse	30
5.2.1	Pasientens behov for informasjon.....	31
5.2.2	Overflytning til andre avdelinger.....	31
6	Konklusjon.....	33
7	Referanseliste	34

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Hvert år tar de største akuttmottakene i Norge imot rundt 45 000 pasienter, noe som tilsvarer omtrent 125 pasienter hvert døgn (Engebretsen, 2015). Av disse pasientene vil 86,5% oppleve stress som et resultat av innleggelse på somatisk akuttmottak (Krzyszczka, Goniewicz, Goniewicz, Pawłowski, & Wańkiewicz, 2016). Det er de akutthenviste pasientene som utgjør flertallet av innleggelsene på norske sykehus (Engebretsen, 2015). Pasienter som kommer til akuttmottaket kan oppleve et bredt spekter av problemstillinger og komplekse sykdomstilstander. I noen tilfeller trenger pasienten lenger tid til utredning, mens i andre tilfeller kan pasienten oppleve potensielt livstruende tilstander og må behandles raskt (Engebretsen, 2015). Felles for pasienter med akutt sykdom er at sykdommen har utviklet seg raskt, og mange opplever stor usikkerhet vedrørende sin tilstand. Dette fører til at denne pasientgruppen ofte kan oppleve stress og utrygghet. Som sykepleier skal en ivareta pasientens grunnleggende behov, samtidig som en skal ivareta pasientens behov for helhetlig omsorg (Stubberud, 2013).

I 2015 kom det et læringsnotat fra kunnskapssenteret der akuttmottakene blir beskrevet som en risikosone for pasientsikkerhet. Ut ifra gjennomgang av avviksmeldinger ved flere akuttmottak i Norge, kommer det frem i notatet at det er høy overbelastning på akuttmottakene, noe som undergraver muligheten til å ta gode beslutninger. Dette skyldes både høyt antall pasienter, og et høyt antall avbrytelser og distraksjoner. I tillegg til dette beskrev flere meldinger hyppigheten av samtidighetskonflikter, noe som kan føre til at det tar lang tid før legen får tilsett pasienten, utstyr er tilgjengelig, eller undersøkelser kan bli gjort (Krogstad, Lindahl, Saastad & Hafstad, 2015). Når sykepleieren skal tilpasse seg slike arbeidsforhold, og samtidig ivareta pasientens akutte behov for helsehjelp, blir ofte mer helhetlig omsorg utelatt. Dette har jeg også selv erfart med arbeid innenfor akuttmedisin. Samtidig vil de uforutsigbare forholdene som beskrevet på akuttmottaket gjøre pasienten mer utsatt for følelsen av utrygghet og stress (Engebretsen, 2015). På bakgrunn av dette ønsker jeg å undersøke hvordan sykepleieren kan veilede pasienten for å redusere stress, slik at helhetlig sykepleie kan ivaretas.

1.2 Sykepleierens rolle i akuttmottaket

Et akuttmottak betyr i denne sammenhengen en avdeling i et offentlig helseforetak som har organisert akuttmedisinsk beredskap (Engebretsen, 2015). I et akuttmottak blir de første undersøkelsene av pasienten tatt, og det stilles en foreløpig diagnose. De som kommer til akuttmottaket kan komme fra legevakten, fastlege, sykehjem, KAD, eller hjemmefra, og noen kommer også med ambulanse (Krogstad et al., 2015). Pasientens symptomer, diagnose, og behovet for kompetanse er i mange tilfeller uklart. Dette setter krav til sykepleierens kompetanse når det kommer til å vurdere og observere pasienter, ta raske avgjørelser, og gjennomføre både enkle og avanserte intervensjoner (Engebretsen, 2015).

Som sykepleier har en som oppgave å fremme helse og hjelpe personer som har blitt utsatt for sykdom eller helsesvikt med å ivareta sine grunnleggende behov (Kristoffersen, N-H., Nortvedt, & Skaug, E-A, 2011). Dette innebærer at sykepleieren må innhente en datasamling, og observere pasientens tilstand når de ankommer akuttmottaket. Dette er også en avdeling hvor det er særlig viktig å arbeide etter ABCDE- prinsippene, som innebærer vurdering av luftveier, pustearbeid, sirkulasjon, bevissthet, og undersøkelse av hele pasienten. Dette for å raskt avklare eventuelt livstruende problemer slik at tiltak kan igangsettes (Engebretsen, 2015).

Arbeidsforholdene på akuttmottaket kan variere fra andre sykehusavdelinger, noe som setter spesielle krav til sykepleierne som arbeider her. Den store variasjonen i pasientgruppen krever samhandling på tvers av avdelinger på sykehuset, noe som krever evne til god kommunikasjon og fleksibilitet blant sykepleieren. Det som også kjennetegner forholdene på akuttmottaket, er at pasientmøtene ofte er korte og intensive. Pasientene må ofte forholde seg til mange ulike faggrupper, og de kan oppleve stor uforutsigbarhet i videre behandlingsforløp (Engebretsen, 2015).

1.3 Problemstilling

Problemstillingen jeg har valgt er: *Hvordan kan sykepleier veilede pasienter ved somatisk akuttmottak for å redusere stress?*

1.3.1 Avgrensning

Jeg har valgt å ta for meg den voksne pasienten fra 18 år og oppover. Grunnen til dette er at barn og ungdom kan ha andre utfordringer som må tas hensyn til. Pasienten er fra vestlig kultur, og forstår norsk godt. Det vil bli fokusert på somatisk sykdom, og forhold relatert til skade vil ikke bli gått inn på. Det er også forhold relatert til negativt stress som vil diskuteres. Jeg har valgt å se på forhold hos pasienter som er friske fra før, og som ikke har tidligere erfaringer med å bli innlagt på somatisk akuttmottak. Grunnen til dette er at denne pasientgruppen vil ha andre forutsetninger og behov enn pasienter som er kjent med pasientrollen og rutinene på akuttmottaket.

Videre i oppgaven ønsker jeg å ta for meg pasientene som innledningsvis triageres i kategorien gul, og som skal ha tilsyn av lege innen 30-60 minutter. Pasientene vil da oppleve tilstander som haster, men som ikke er vurdert til å være livstruende på nåværende tidspunkt (Engebretsen, 2015). Jeg har valgt å ta for meg denne triage-gruppen på bakgrunn av den lange ventetiden de kan oppleve i akuttmottaket. Lang ventetid kan være med på å forsterke usikkerhet og stress hos pasienten, noe som stiller store krav til hvordan sykepleieren ivaretar pasientens behov (Stubberud, 2013). Av egen erfaring kommer også ofte denne pasientgruppen inn med diffuse symptomer og uavklarte diagnoser som kan forsterke dette stresset.

2 Teoretisk og empirisk kunnskapsgrunnlag

I denne delen av oppgaven skal jeg se på hvordan sykepleieteoretiker Dorotea Orem ser på sykepleierens funksjon i møte med den syke pasienten. Selv om dette er en oppgave som handler om sykepleierens reduksjon av stress, har jeg valgt å beskrive også andre aspekter ved sykepleien. Grunnen til dette er at helhetlig ivaretagelse av alle pasientens behov, er sentralt for at sykepleieren skal lykkes med å redusere pasientens stress. Videre skal jeg ta for meg hvordan veiledning kan gjennomføres ved hjelp av den didaktiske relasjonsmodellen, før stressreaksjonen skal gjennomgås.

2.1 Dorotea Orem

Dorotea Orem hevder at sykepleierens generelle hensikt er å opprettholde pasientens funksjonelle integritet og velvære. Sykepleierens overordnede mål er at pasienten selv skal være i stand til å oppfylle sine krav om egenomsorg, for å fremme egen helse og velvære. Orem peker derfor på åtte universelle egenomsorgskrav mennesket må klare å ivareta for å opprettholde den menneskelige funksjonen. Dette innebærer blant annet opprettholdelsen av tilstrekkelig inntak av luft, vann og mat, pleie knyttet til eliminasjonsprosesser og ekskrementer, samt forebygging av farer for menneskelig liv, funksjon og velvære (Orem, 2001). For den akutt syke pasienten kan dette være funksjoner de ikke er i stand til å ivareta, og de vil derfor være nødt til å søke råd og assistanse fra andre (Cavanagh, 2001).

Orem beskriver hvordan det må være en likevekt mellom pasienters ressurser, og de kravene til egenomsorg vedkommende blir møtt med. Når en pasient opplever akutt sykdom, kan kravene som stilles til egenomsorg overveie de ressursene pasientene innehar. De trenger da assistanse fra blant annet sykepleier, for å kunne opprettholde denne balansen (Orem, 2001). Hvilke ressurser pasientene har er individuelt, og de kan deles opp i indre og ytre ressurser. Indre ressurser handler om de egenskaper, kunnskaper og erfaringer pasienten har med seg. Dette påvirkes av pasientens kognitive evner, evner til kommunikasjon, og forutsetninger for å ta til seg informasjon. Kunnskap om sykdom og tidligere erfaring med sykdom vil også påvirke hvordan pasienten håndterer situasjonen. Det samme vil vedkommende sine holdninger, motivasjon, og fysiske helse gjøre (Cavanagh, 2001). Ytre ressurser handler om de faktorene som er rundt pasienten. Dette kan dreie seg om familie, økonomi og hjelpemidler

som kan ha innvirkning på forutsetningene pasienten har for å håndtere situasjonen (Cavanagh, 2001).

Videre beskriver Orem ulike funksjoner sykepleieren kan utføre for å hjelpe pasienten. En av disse hjelpemetodene handler om å rettlede og veilede. Dette innebærer blant annet å gi pasienten relevant informasjon og råd for å hjelpe vedkommende til å møte sine egenomsorgskrav (Orem, 2001).

2.2 Sykepleierens veiledende funksjon

I veiledning av den akutt syke pasienten må sykepleieren gjøre flere vurderinger og valg om hvordan veiledningen skal gjennomføres. Som hjelpemiddel kan den didaktiske relasjonsmodellen benyttes. Denne modellen beskriver læreforutsetninger, læreprosessen, mål, innhold, rammefaktorer og vurdering (Hiim & Hippe, 2009).

Pasientens læreforutsetninger er individuelle, og påvirkes av holdninger, kunnskap til situasjonen, tidligere opplevelser, og behov (Hiim & Hippe, 2009). Tidligere erfaringer med liknende situasjoner kan påvirke hvordan pasienten reagerer, basert på om erfaringen var positiv eller negativ. Psykiske, fysiske, sosiale, og kulturelle forhold hos pasienten, vil også i stor grad påvirke læreforutsetningene (Tveiten, 2016).

Videre i veiledningen må sykepleieren avgjøre hvordan læreprosessen skal foregå. Dette handler om hvilke undervisningsmetoder og prinsipper som skal benyttes. Dette innebærer på hvilken måte innholdet skal presenteres, og om det skal tas i bruk hjelpemidler (Hiim & Hippe, 2009).

Målet for veiledningen avhenger av hvilken kunnskap, holdninger eller ferdigheter det er ønskelig at pasienten skal mestre etter endt veiledning (Hiim & Hippe, 2009).

Innholdet i veiledningen henger nøye sammen med hva som er målet med veiledningen (Hiim & Hippe, 2009). Innholdet må velges i samråd med hva som er i fokus, og kan omhandle kunnskap, holdninger eller ferdigheter (Tveiten, 2016).

Rammefaktorene i veiledningen handler om de forholdende som gir muligheter eller begrensninger i læringsarbeidet. Dette handler om materielle betingelser som tid og tilgjengelig utstyr, samt organisatoriske faktorer som arbeidsfordeling blant sykepleierne (Hiim & Hippe, 2009).

Til slutt i veiledningen er det sentralt å vurdere i hvor stor grad veiledningen var vellykket. Det bør skapes rom for at pasienten kan komme med spørsmål, slik at eventuelle misforståelser kan oppklares (Tveiten, 2016).

2.3 Stress

Begrepet stress brukes til daglig om ulike typer fysiske og psykiske påkjenninger vi utsettes for (Håkonsen, 2014). Det finnes ulike definisjoner på stress, men Hans Selye beskriver stress som den uspesifikke reaksjonen fra kroppen på enhver påkjenning (Selye, referert i Håkonsen, 2014). Dette betyr at stress kan være en blanding av negative og positive opplevelser. Negative opplevelser kan innebære følelsen av uro, ubehag, angst og frykt, mens positive opplevelser innebærer følelsen av mestring, tilfredshet og glede. Ved akutt sykdom kan pasienten oppleve en trussel mot sin tilværelse og eksistens, noe som gjør de negative følelsene dominerende (Håkonsen, 2014). Det er ulikt hvor godt mennesker takler stress, og ulike stressituasjoner fører til ulike fysiske eller psykiske reaksjoner fra kroppen. Dette som et resultat av at stressresponsens hovedoppgave er å sette kroppen i alarmberedskap, for å øke den fysiske yteevnen (Stubberud, 2013).

2.3.1 Det generelle adaptasjonssyndrom

Det finnes flere modeller for hvordan stress virker på kroppen, men en av de mest kjente modellene er «Det generelle adaptasjonssyndrom- GAS» utviklet av Hans Selye i 1979. Han beskriver hvordan vi kan dele stressresponsen ved langvarige stresspåkjenninger inn i tre faser; alarmfasen, motstandsfasen og utmattelsesfasen (Selye, referert i Stubberud, 2013).

I alarmfasen skjer det en generell mobilisering av forsvarsmekanismene i kroppen som aktiverer det autonome nervesystemet, og fører til fysiske reaksjoner. Kroppens ressurser blir dermed mobilisert og motstandsevnen øker (Selye, referert i Håkonsen, 2014).

I motstandsfasen er kroppens evne til å motstå stresspåkjenninger maksimal. Stresshormoner og katekolaminer blir værende i blodet hvis stressituasjonen varer, noe som opprettholder oppmerksomhet rundt stressfaktorene. Dette fører imidlertid til at det blir mindre rom for å takle andre påkjenninger, fordi all energien er fokusert til ett område (Selye, referert i Stubberud, 2013).

Til slutt kommer utmattelsesfasen hvor stressbelastningen etter hvert vil bryte ned kroppens motstandsevne. Hvor raskt pasientene når denne fasen vil være individuelt, og påvirkes av flere faktorer (Selye, referert i Håkonsen, 2014).

2.3.2 Fysiologiske forandringer

Det er organismens celler som sørger for at kroppens homeostase, eller indre miljø opprettholdes. Dersom kroppen utsettes for en tilstand eller hendelse som oppfattes truende for homeostasen, må organismen kompensere for dette (Wyller, 2014). Kommunikasjonen mellom cellene som styrer denne reguleringen besørgeres av det endokrine systemet og nervesystemet, der hypothalamus fungerer som et bindeledd. Ved hjelp av signalmolekyler fra begge systemene, vil informasjon samordnes og sørge for at cellene i kroppen reguleres (Sand, Sjaastad, Haug & Bjålie, 2006).

Ved en stressreaksjon vil glukokortikoidet kortisol skilles ut fra binyrene. Dette skjer som et resultat av at hypothalamus stimuleres til produksjon av ACTH-RH som stimulerer hypofysen til ACTH-sekresjon, der resultatet er kortisolsekresjon fra binyrene (Sand et al., 2006).

Kortisol er et av kroppens viktigste stresshormoner på grunn av sin evne til å øke glukosekonsentrasjonen i blodet, slik at energitilførselen til vevet sikres. Dette gjøres ved at kortisol stimulerer nedbrytningen av proteiner og fett, slik at konsentrasjonen av aminosyrer og fettsyrer i blodet øker. Kortisol vil også hemme DNA-syntese, og øke proteinnedbrytning i mange vev. Det betyr at organismens ressurser i en stressituasjon brukes til å dekke cellens eget energibehov (Wyller, 2014). I tillegg til dette har kortisol en antiinflammatorisk virkning som hemmer dannelse av prostaglandiner, og reduserer tilbakestrømming av hvite blodceller til betennelsesstedet. Dette hindrer at betennelsesprosessen får et så voldsomt forløp at det vil gi store vevsskader (Sand et al, 2006).

Adrenalin og noradrenalin produseres i binyremargen, og er felles kalt katekolaminer. Normalt er sekresjonen av disse hormonene lav, men den øker kraftig under en stressreaksjon, fordi de preganglionære sympatiske nervefibrene til binyremargen stimuleres. Katekolaminene sirkulerer fritt i blodet, brytes raskt ned i lever og nyrer, og virker ved å binde seg til adrenerge reseptorer på målceller (Sand et al., 2006). Adrenalin vil føre til at nedbrytningen av glykogen og nydannelsen av glukose i lever stimuleres, noe som gir økt energitilførsel til cellene. Nedbrytningen av fett i lagret fettvev vil også øke. Hjertets kontraksjonsstyrke og slagfrekvens øker, og gir større minuttvolum. I tillegg til dette vil adrenalin øke den perifere karmotstanden, som vil resultere i høyere blodtrykk (Wyller, 2014).

Den samlede virkingen av økt sympatisk aktivering gjør kroppen i stand til å møte en krisesituasjon. Oksygentilførselen vil bedres ved at bronkiene utvides, og pustefrekvensen øker (Håkonsen, 2014). Blodkar i hud og innvollsorganer vil trekke seg sammen, slik at blodet strømmer til skjelettmuskulaturen i større grad. Økt svettesekresjon gjør kroppen i stand til å kvitte seg med overskuddsvarme som et resultat av økt energiomsetning (Wyller, 2014).

De fysiologiske endringene stressreaksjonen har på kroppen, kan føre med seg flere negative konsekvenser for pasienten. Dette gjelder særlig for pasienter som er multisyke (Stubberud, 2013). For eksempel kan liten blodgjennomstrømming til nyrene og tarmen være med på å utvikle akutt nyreskade, og ventrikkelretensjon i tarmen. Blodets koagulasjonsevne vil også øke, noe som øker faren for utviklingen av tromboser og embolier. På grunn av dårlig blodsirkulasjon til huden vil sårtilheling etter kirurgi bli nedsatt (Wyller, 2014). I tillegg til dette vil stressreaksjoner føre til redusert immunforsvar og økt muskeltonus, som igjen gjør pasienten mer disponert for sykehusinfeksjoner, og spente muskler og/eller tensjonshodepine (Stubberud, 2013). Disse faktorene kan igjen være med på å påvirke pasientens tilheling og senere rehabilitering.

2.3.3 Psykologiske forandringer

Stress kan i tillegg til fysiologiske forandringer føre til emosjonelle og kognitive reaksjoner. Disse reaksjonene er i utgangspunktet normale menneskelige reaksjoner, men det kan utvikle seg til psykiske problemer om de vedvarer over tid (Stubberud, 2013). Vanlige følelser som

kan oppstå hos pasienter med et høyt nivå av stress, er sinne og aggresjon. Dette kommer som et resultat av å føle seg truet, usikker, og hjelpeløs. Aggresjon er en reaksjon som ofte ikke er sosialt akseptert, noe som kan føre til at pasienten vender denne følelsen innover seg selv, blir bitter, innesluttet, og selvdestruktiv (Håkonsen, 2014).

Angst er en annen vanlig følelse som oppstår hos pasienter med stress, og kan kjennes som en ubehagelig, diffus, knugende, og defensiv følelse. Angsten er et resultat av en trussel som enten kan være reell eller imaginær. Når angsten resulterer i en sterkere følelsesmessig uro enn den trusselen som er til stede, kan pasienten oppleve uro, søvnløshet, eller bekymring (Håkonsen, 2014). Vanlige forsvarsmekanismer for å tildekke angsten og slippe å oppleve den bevisst er; fortrenkning, projeksjon, rasjonalisering, regresjon og benektning (Hummelvoll, 2012). Fortrenkning er den mest grunnleggende mekanismen. Det innebærer at en uakseptabel følelse, handlingsimpuls eller hendelse, utelukkes fra den bevisste opplevelsen, slik at vedkommende ikke trenger å oppleve åpen angst. Projeksjon vil si at pasienten tillegger andre uakseptable egenskaper og tanker han selv har. Dette fører til at vedkommende blir ekstra var for slike egenskaper hos andre, og ofte blir moralisering resultatet (Håkonsen, 2014). Ved rasjonalisering finner pasienten logiske forklaringer som rettferdiggjør handlingen eller hendelsen, og på den måten kan selvaktelsen opprettholdes. Regresjon innebærer at vedkommende faller tilbake til et atferdsmønster som var vanlig og behovstilfredsstillende på et tidligere utviklingstrinn. Pasienten unnviker ansvar, og faller tilbake til en passiv rolle som krever pleie og stell. Ved benektning er situasjonen for vanskelig og vond for vedkommende å akseptere, noe som fører til at pasienten nekter for at de uheldige hendelsene har skjedd (Hummelvoll, 2012).

Et høyt nivå av stress vil kunne redusere pasientens kognitive evner. Dette hender når stressnivået blir høyere enn det optimale aktiveringsnivået for individet. I det optimale aktiveringsnivået vil pasientens evner og muligheter til å prestere være optimale. Det er individuelt hvor stor av grad av stress som skal til for å aktivere dette nivået. På et tidspunkt vil stresssituasjonen føre til at aktiveringsnivået øker over hva som er optimalt, og evnen til konsentrasjon, til å tenke logisk, ta imot ny informasjon og lære, blir redusert (Håkonsen, 2014). I tillegg til dette kan pasientens reaksjonstid øke betraktelig, noe som reduserer evnen til nytenkning. Ved langvarig eksponering for stress, er det også økt risiko for at pasienten utvikler delirium og senere depressive tilstander. Dette er noe som kan være med på å forlenge rehabiliteringsperioden (Stubberud, 2013). Det foreligger derfor et særlig ansvar på

sykepleieren for å ivareta pasientens psykososiale behov, og bidra til å redusere stresset pasienten opplever.

2.3.4 Pasienters erfaring med stress på akuttmottak

Pasienter innlagt på akuttmottaket beskriver ofte utfordringer i forbindelse med pasientrollen. Dette skyldes i stor grad usikkerheten og stresset situasjonen fører med seg. Stresset og negative følelser blir ofte forsterket av faktorer som smerter og redsel for det ukjente. I tillegg beskriver pasienter innlagt på akuttmottak ulike faktorer som er med på å forsterke negative følelser og stress. Dette kan være mangel på privatliv, informasjon, lange ventetider, forstyrrelser, manglende forståelse fra helsepersonell, samt negative holdninger hos personalet (Landau, Bendalak, Amitay & Marcus, 2018). En undersøkelse som er gjennomført ved akuttmottaket ved Lovisenberg Diakonale sykehus, viser også at pasientene kun i noen grad får den informasjonen, veiledningen, og opplæringen de trenger for å håndtere sin sykdom. Pasientene beskriver også at muligheten for ro, hvile, og mat bare i noen grad var tilfredsstillende. Det samme gjaldt kontinuiteten blant pleiepersonalet som tok hånd om pasientene (Holmboe & Bjertnæs, 2015).

Det er flere faktorer som bidrar til negative følelser hos pasienter på akuttmottak, men hovedfaktoren skyldes opplevelse av lav kvalitet på helsehjelpen som gis (Landau et al., 2018). De negative følelsene som oppstår, øker også risikoen for emosjonelle utbrudd i form av aggresjon, som kan vise seg fysisk eller verbalt ovenfor pleiepersonalet.

2.4 Juss og etiske perspektiver

2.4.1 Helsepersonelloven

I henhold til helsepersonelloven § 4 skal sykepleieren utføre sitt arbeid med faglig forsvarlighet, og innhente bistand eller henvide pasienten videre når dette er nødvendig og mulig. Helsepersonell er ifølge §21 underlagt lov om taushetsplikt for å hindre at andre får kjennskap til personlige opplysninger om pasienten (Helsepersonelloven, 1999).

Videre er sykepleiere underlagt helsepersonelloven §39 og §40 (1999) som beskriver helsepersonellens plikt til å føre journal, samt at journalen skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen som er gitt.

2.4.2 Pasient og brukerrettighetsloven

Pasient og brukerrettighetsloven §3-1 omhandler pasientens rett til medvirkning som innebærer retten til å velge mellom tilgjengelige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Videre omhandler §3-2 pasientens rett til informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand. Paragraf 3-5 beskriver hvordan informasjonen skal være tilpasset mottagerens forutsetninger, slik at informasjonen blir forstått, og at informasjonen skal gis på en hensynsfull måte (Pasient -og brukerrettighetsloven,1999).

2.4.3 Etiske prinsipper

Det er flere etiske prinsipper og etiske hensyn sykepleieren må benytte seg av til i sitt arbeid på akuttmottaket. Ett av disse prinsippene er konsekvens- og nytteetikken. I konsekvensetikken har man fokus på mål og konsekvenser, og nytteetikk er en form for slik etikk. Innenfor nytteetikken vurderes konsekvensene ut ifra hvilken nytte de gir. Dette betyr at handlingsalternativene vurderes opp mot hva som fører til mest mulig nytte for de involverte (Sneltvedt, 2016). Denne etikken blir brukt i praksis ved akuttmottak, for eksempel ved triagering av pasienter. De pasientene som opplever alvorligst sykdom blir tatt hånd om først, for å unngå alvorlige konsekvenser av sykdommen.

Som sykepleier skal en også i henhold til yrkesetiske retningslinjer ivareta den enkeltes behov for helhetlig omsorg. Videre skal sykepleieren også understøtte håp, mestring, og livsmot hos pasienten (NSF, 2019)

3 Metode for oppgaven

Denne oppgaven bygger på et strukturert litteratursøk som metode. Oppgaven er også litterær, hvor man henter data fra eksisterende fagkunnskap, forskning, og teori (Dalland, 2017). Ved hjelp av en artikkelmatrise skal jeg gjøre rede for hvordan jeg har søkt etter relevante forskningsartikler, og jeg har valgt å sette databasesøk, websøk, og manuelle søk sammen i en matrise.

3.1 Fremgangsmåte

Kunnskapen som er nødvendig for å skrive denne oppgaven, har jeg tilegnet meg ved å orientere meg i tematikken, ved lese teori, og forskningsartikler. Ved innhentning av forskningsartikler har jeg satt som inklusjonskriterier at de er fagfellevurdert, gjennomført ved akuttmottak, deltakerne er over 18 år, språket er engelsk eller skandinavisk, og at artikkelen har annen overførbarhet til oppgaven. Disse inklusjonskriteriene gjelder for alle søkene jeg har foretatt meg. For å få et helhetlig syn på oppgaven har jeg benyttet meg av både kvalitativ og kvantitativ forskning. Ved kvalitativ forskning vil jeg kunne fange opp mening og opplevelser som ikke lar seg tallfeste, mens ved kvantitative forskningsartikler vil jeg i større grad kunne tallfeste og måle fenomener (Dalland, 2017). Jeg har også valgt en artikkel der det er gjort en kvalitativ undersøkelse, men i etterkant gjort en kvantitativ analyse av forskningsresultatene.

3.1.1 Databasesøk

I søk etter forskningsartikler har jeg benyttet meg av databasen CINAHL og PubMed (Thidemann, 2019). Jeg har da gjort strukturerte databasesøk ved å benytte de relevante søkeordene; «emergency service», «emergency department», «coping», «communication», «fast track», «nurse» og «nurse comforting strategies». Videre har jeg begrenset søket ved hjelp av årstall og type artikkel.

3.1.2 Websøk

Jeg har ved søk av forskningsartikler benyttet meg av websøk ved hjelp av Google Scholar. Søkeordene som ble benyttet var «patients with stress in emergency department». Websøk gjør det mulig å utforske tema i større grad, ved å benytte hele setninger og beskrivelse av fenomener. Dette har resultert i veldig mange treff på søket, noe som setter krav til at

overskrifter og sammendrag må leses med et kritisk blikk. Jeg har i etterkant kontrollert at artiklene er fagfellevurdert.

3.1.3 Manuelle søk

Ved gjennomgang av relevant litteratur, fagtekster, og forskningsartikler, har jeg kommet over flere referanser som er relevante for min oppgave. Jeg har da benyttet meg av tekstens referanseliste for å finne frem til ønsket artikkel, og gjort et manuelt søk på artikkelen ved hjelp av Google (Thidemann, 2019).

3.2 Artikkelsøk

	Artikkel	Navn	Database	Søkeord	Ytterligere begrensing	Antall artikler funnet
1.	Carina Elmquist og Catharina Frank (2014)	Patients` strategies to deal with their situation at an emergency department	CINAHL	Emergency service AND Coping	2009-2019 Research article Continental Europe	7
2.	Robin M. Herman, Elizabeth Long og Rebecca L. Trotta (2018)	Improving Patients` Experiences Communicating With Nurses and Providers in the Emergency Department	CINAHL	Communication AND Emergency Department AND Fast Track AND Nurse	2009-2019	3
3.	Debra K. Moser, Misook Lee Chung, Sharon McKinley, Barbara Riegel, Kyungh An, Candace C. Cherrington, Wendy Blakely, Martha Biddle, Susan K. Frasier og	Critical care nursing practice regarding patient anxiety assesment and managment	Hadde gjort et tidligere søk på CINAHL med søkeordene; nurse-patients-relations AND emergency nursing psychosocial factors, avgrensing 2009-2019, fikk 55 treff og fant artikkelen: emergency nurses`use of psychosocial nursing interventions for managment of ED patient fear and anxiety. Dette var et review som hadde brukt aktuell artikkel. Gjorde derfor et manuelt søk på Google Scholar.			1

	Bonnie J. Garvin (2003)					
4.	M. Patricia Hawley (2000)	Nurse Comforting Strategies: Perceptions of Emergency Department patients	PubMed	Nurse comforting strategies	2000-2020	18
5.	Renata Krzyszycha, Mariusz Goniewicz, Krzysztof Goniewicz, Witold Pawłowski, Piotr Wańkiewicz (2016)	Meta-analysis of pain and stress in emergency department patients	Google Scholar	Patients with stress in emergency department	2015-2020	32 000 Leste tittelen til ca 30 artikler. Leste 3 abstract og valgte 1.

3.3 Forskningsartiklenes relevans

«Patients` strategies to deal with their situation at an emergency department»

Denne studien er gjennomført i Sverige der jeg antar at forholdene i akuttmottaket har overføringsverdi til Norge, på grunn av de kulturelle likhetene. Denne forskningen baserer seg på intervjuer gjort av pasienter som har vært innlagt i akuttmottak, hvor de beskriver åpent hvordan de opplevde situasjonen. Ut ifra dette intervjuet kunne forskerne se hvilke strategier pasientene benyttet seg av for å håndtere situasjonen (Elmqvist & Frank, 2014). Jeg anser denne studien som relevant fordi den gir ett innblikk i hvordan pasientene endrer sin oppførsel for å tilpasse seg. Som sykepleier er det viktig å være oppmerksom på slik oppførsel fordi det kan bety at pasienten opplever stress og utrygghet.

«Improving Patients` Experiences Communicating With Nurses and Providers in the Emergency Department»

Forskningsartikkelen er fra USA, men jeg anser at den har en overføringsverdi til Norge på grunn av de kulturelle likhetene. Dette er en artikkel som undersøker hvordan pasienter har opplevd kommunikasjon med sykepleiere på akuttmottak og hvilken form for kommunikasjon pasientene responderte best på (Herman et al., 2018). For å kunne fremme trygghet og

reduere stress og angst, er kommunikasjon med pasienten sentralt, og jeg ønsket å se på disse aspektene ved utøvelse av sykepleie.

«Critical care nursing practice regarding patient anxiety assesment and managment»

Artikkelen er fra USA som har overføringsverdi til Norge på grunn av de kulturelle likhetene. Artikkelen jeg valgte tar for seg de tegnene og symptomene sykepleieren ser ved angst hos pasientene, samt at den beskriver hvilke tiltak de vanligvis utfører for å håndtere dette (Moser et al., 2003). Denne artikkelen svarer derfor på problemstillingen fra sykepleierens ståsted, noe som er sentralt for oppgaven.

«Nurse Comforting Strategies: Perceptions of Emergency Department Patients»

Forskningen er hentet fra USA som har overføringsverdi til Norge. I denne studien beskriver pasientene hvilke handlinger/strategier sykepleieren benyttet seg av for å fremme trygghet, samt hvilken effekt dette hadde (Hawley, 2000). Dette er med på å svare på aktuell problemstillingen, da målet er at sykepleieren skal fremme trygghet og redusere stress hos pasienten.

Meta-analysis of pain and stress in emergency department patients

Forskningen er gjennomført i Polen, og jeg anser resultatene som overførbare til Norge. I denne studien blir pasienter innlagt på akuttmottak spurt om opplevelsen av stress og smerte, samt andre momenter knyttet til dette (Krzyszzycha et al., 2016). Jeg anser pasientens opplevelse av stress som et sentralt moment for å kunne svare på min problemstilling, og har derfor inkludert denne forskningsartikkelen.

3.4 Kildekritikk

Alle artiklene jeg har benyttet meg av er vurdert til å være relevante for å svare på aktuell problemstilling. Ingen av forskningsartiklene som brukes tar utgangspunktet i et norsk akuttmottak, noe som betyr at det kan være enkelte strukturelle og organisatoriske forskjeller som kan ha betydning for pasientens opplevelser. Jeg har imidlertid forsøkt å kompensere for dette ved bruk av forskning hovedsakelig fra vestlige land og kultur. Dette gir økt overføringsverdi til et norsk akuttmottak. Jeg har benyttet meg av forskning fra Sverige, USA og Polen. Alle artiklene er fagfellevurdert. Jeg har også i arbeidet med oppgaven forsøkt å benytte meg av nyere forskningsartikler. Det er imidlertid to forskningsartikler som er fra

henholdsvis år 2000 og 2003. Jeg anser imidlertid denne forskningen som å fortsatt være relevant. Grunnen til dette er at ivaretagelse av trygghet og reduksjon av stress i stor grad handler om mellommenneskelige forhold. Disse aspektene er ikke i like stor grad styrt av prosedyrer og nye resultater som andre fagområder innenfor sykepleie.

I tillegg til eldre forskningsartikler har jeg benyttet meg av Dorotea Orems teorier fra 1971. Jeg har valgt å ta i bruk denne litteraturen på tross av alder, fordi forfatteren beskriver prinsipper som er anerkjent i dagens utøvelse av sykepleie, og som benyttes i nyere litteratur. Jeg har også benyttet meg av Selye sin stressmodell fra 1979. Dette er en modell som er anerkjent og benyttes i nyere fagbøker og fagtekster, og som jeg derfor ser på som relevant i dag.

I min oppgave har jeg i utgangspunktet ønsket å benytte meg av primærkilder. Dette for å unngå feiltolkninger som kan ha blitt gjort ved avskrivning til sekundærkilder (Dalland, 2017). Jeg har derimot hatt behov for å benytte meg av noen sekundærkilder på grunn av vanskeligheter med å få tak i primærkildene. Dette skyldes corona-pandemien som resulterer i stengte biblioteker, og restriksjoner med å oppsøke butikker. Det er lærebøker jeg primært har benyttet som sekundærkilder. For å kvalitetssikre at innholdet ikke er mistolket, har jeg sammenliknet flere sekundærkilder som tar for seg det samme tema. På denne måten kan jeg i større grad oppdage uoverensstemmelser, og hva som er forfatterens egne tolkninger av materialet fra primærkildene. På denne måten kan jeg holde meg til originalforfatterens budskap.

I drøftingen av denne oppgaven velger jeg også å vektlegge egne erfaringer. Dette på bakgrunn av min arbeidserfaring innenfor akuttmedisin. Jeg må imidlertid presisere at mine erfaringer ikke er en absolutt sannhet, men baseres på egne tolkninger og opplevelser av ulike situasjoner. Dette bidrar til at oppgaven også får et kunnskapsbasert perspektiv. Det har imidlertid vært viktig for meg at oppgaven skal bygge på etiske vurderinger, noe som betyr at enkelthendelser, helseforetak eller enkeltpersoner ikke blir diskutert.

4 Presentasjon av forskningsresultater

De fem valgte forskningsartiklene benyttes i oppgaven på bakgrunn av vinklingen og forståelsen de bringer med seg til tematikken. Selv om artiklene tar for seg ulike aspekter, ser en allikevel at det finnes flere likhetstrekk i resultatene. I artikkelmatrisen velger jeg også å beskrive funnene detaljert for å gi en nøyaktig beskrivelse av resultatene.

4.1 Kommunikasjonsferdigheter

Gode kommunikasjonsferdigheter blant sykepleierne, er et av momentene pasientene har beskrevet som viktig i flere av studiene gjennomført. Dette gjelder både verbal og nonverbal kommunikasjon. I studien gjennomført av Herman et al. (2018) kom det frem at gode kommunikasjonsferdigheter innebar kroppsspråk i form av øyekontakt med pasienten, håndhilde, og ikke fremstå travel. Videre var høflighet, beroligelse, og ærlighet sentrale momenter for opplevelsen av god kommunikasjon. Moser et al. (2003) kommer frem til at sykepleierne tar i bruk kommunikasjonsteknikker for å redusere angst hos pasientene, og skape en sykepleier-pasient relasjon. Hawley (2000) beskriver også at sykepleierne tar i bruk positiv kommunikasjon som strategi for å berolige pasienten, noe som innebærer veiledning, forklaring og empati.

4.2 Behov for informasjon

Behovet for informasjon blant pasientene innlagt i akuttmottak, kommer tydelig frem i fire av de fem forskningsartiklene benyttet. Artikkelen til Elmquist & Frank (2014) beskriver hvordan pasientene selv krever informasjon og etterspør dokumenter, for å best mulig håndtere sin situasjon på akuttmottaket. Herman et al. (2018) kommer også frem til at god kommunikasjon med pasientene innebærer at sykepleieren informerer, forklarer tester og prosedyrer gjennom hele behandlingsforløpet. I Moser et al. (2003) sin studie kommer det frem at et av tiltakene sykepleierne benytter seg av for å redusere angst blant pasientene, er å øke deres kunnskap ved å dele informasjon. Dette bekreftes i studien til Hawley (2000) som kommer frem til at forklaring og veiledning er en av de betryggende strategiene som tas i bruk av sykepleiere.

4.3 Behov for støtte

Det kommer frem i flere av studiene at pasienter innlagt på somatisk akuttmottak opplever behov for støtte både fra pårørende og fra helsepersonell. Elmquist & Frank (2014) kommer i sin studie frem til at støtte fra familien er viktig for at pasientene skal håndtere situasjonen i akuttmottaket. I studiene til Moser et al. (2003), Hawley (2000) og Krzyszycha et al. (2016) opplever pasientene at støtte både fra familie og fra helsepersonell er viktig for å redusere angst og stress.

4.4 Observasjon av symptomer

Moser et al. (2003) beskriver i sin studie hvilke symptomer på angst sykepleierne observerer hos pasientene. Studien kommer frem til fire hovedgrupper av symptomer som er; fysiske endringer, atferdsendringer, psykiske/kognitive endringer, og sosiale endringer. Hyppigst observert var adferdsmessige endringer, mens psykologiske/kognitive endringer var minst vanlig. I studien til Krzyszycha et al. (2016) rapporterte pasientene innlagt på akuttmottak at økt hjertefrekvens og svette var symptomer de gjenkjente på stress. Denne studien viser også at hele 86,5% av pasientene innlagt i akuttmottak opplever stress.

4.5 Artikkelmatrikse

	Forfattere	Tittel	Tidsskrift	Mål	Metode	Resultater
1.	Carina Elmquist og Catharina Frank (2014)	Patients` strategies to deal with their situation at an emergency department	Scandinavian Journal of Caring Sciences	Målet er å beskrive pasienters strategier for å håndtere sin situasjon ved akuttmottak.	Kvalitativ metode: dette er andre analysen av forskningsmateriale innhentet av de to forfatterne. Det ble gjennomført en kvalitativ innholdsanalyse av de opprinnelige intervjuene. 13 pasienter ble intervjuet individuelt.	Strategier som benyttes: <ul style="list-style-type: none"> - Pasienten blir stille/passiv og underordner seg. - Aksepterer situasjonen - Søker informasjon for å føle seg trygg - Har en positiv holdning - Viste seg frem fysisk og med ord for å få sykepleierens oppmerksomhet - Står opp for seg selv, etterspør dokumenter, krever informasjon og undersøkelser. - Støtte fra familie er viktig
2.	Robin M. Herman, Elizabeth Long og Rebecca L. Trotta (2018)	Improving Patients` Experiences Communicating With Nurses and Providers in the Emergency Department	Journal of emergency nursing	Målet er å beskrive hvordan pasienter opplever kommunikasjon med sykepleiere og helsearbeidere i akuttmottak og finne ut av den beste praksisen.	Kvalitativ studie: et semistrukturert intervju hvor 30 pasienter som hadde vært innlagt på akuttmottaket ble intervjuet.	God kommunikasjon er: <ul style="list-style-type: none"> - Kroppsspråk: Øyekontakt, se på pasienten når du snakker til han, håndhilse, ikke opptre travel - Høflighet: introduserer seg selv, bruk hyggelighetsfraser som «takk» og «ha en fin dag», småsnakk, la pasientene forklare uten å avbryte, være respektfull - Forklare: forklar tester og prosedyrer, resultater, medisiner, planer for utskrivning og behandlingsplan.

						<ul style="list-style-type: none"> - Beroligelse: gjenkjenn pasientens emosjonelle behov, bruke fraser som «Ikke være redd», «Det kommer til å gå bra». - Behandle pasienten som en person - Oppmerksomhet mot pasienten. - Være direkte og ærlig
3.	Debra K. Moser, Misook Lee Chung, Sharon McKinley, Barbara Riegel, Kyungh An, Candace C. Cherrington, Wendy Blakely, Martha Biddle, Susan K. Frasier og Bonnie J. Garvin (2003)	Critical care nursing practice regarding patient anxiety assesment and managment	Intensive and Critical Care Nursing	Målet med studien var å finne de kliniske indikatorene som sykepleierne mente kjennetegnet angst hos kritisk syke pasienter, samt å kartlegge hvilke intervensjoner sykepleierne tok i bruk for å lindre angst hos pasientene.	Kvalitativ undersøkelse med kvantitativ analyse av resultatene: sykepleiere som arbeidet med kritisk syke pasienter fikk tilsendt et spørreskjema hvor de skulle svare fritt på hva som kjennetegner angst og hvilke tiltak de iverksetter for å lindre angst hos kritisk syke pasienter. 593 sykepleiere responderte. Svarene gjennomgikk en kvantitativ analyse og ble fordelt i ulike kategorier.	<ul style="list-style-type: none"> - Tegn på angst kan grupperes inn i 4 hovedgrupper: <ol style="list-style-type: none"> 1) fysiske: kardiovaskulære, respiratoriske, autonome nervesystem, smerte, mage-tarm systemet. 2) atferdsendringer: agitasjon/spenning, problemer med samarbeid og verbal endring 3) psykiske/kognitive: kognitive forstyrrelser, sinne/negative tanker, pasienten uttrykker angst 4) sosiale: søker beroligelse, behov for oppmerksomhet/selskap, begrenset interaksjon - 3 hovedgrupper av tiltak brukes for å lindre angst: <ol style="list-style-type: none"> 1) omsorgsteknikker: bruk av medikamenter, fysisk/miljørettet komfort, fysisk kontakt, komplimenterende terapi, vurdering av årsaken til angsten,

						<p>øke pasientens følelse av kontroll</p> <p>2) bedre kunnskap og kommunikasjon: dele informasjon, skape en pasient-sykepleier-relasjon, kommunikasjon</p> <p>3) Støtte: emosjonell støtte, oppmuntre til støtte fra familie, tilstedeværende sykepleier, åndelig støtte.</p>
4.	M. Patricia Hawley (2000)	Nurse Comforting Strategies: Perceptions of Emergency Department Patients	Clinical Nursing Research	<p>Hensikten med studien var</p> <p>1) Å beskrive sykepleierens betryggende strategier som beskrevet av pasientene</p> <p>2) Hvilken effekt disse strategiene hadde på pasientene</p>	<p>Kvalitativ studie: 14 deltagere som ble kontaktet 48 timer etter utskrivelse fra akuttmottaket. Pasientene ble intervjuet på lydopptak. De svarte fritt på undersøkelsen uten svaralternativer.</p>	<p>Betryggende strategier er:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Øyeblikkelig og kompetent fysisk og teknisk omsorg: liten ventetid før undersøkelse og behandling. - Positiv kommunikasjon: innebar betryggelse, veiledning, forklaring og empati. - Behandler fysisk ubehag: administrering av medikamenter, holde hånden, varmt teppe, bli tilbudt mat og drikke. - Årvåkenhet: at sykepleieren er fysisk tilstede og monitorerer/ har kontroll på situasjonen. - Inkludere familie: oppdatere og informere familie <p>Disse strategiene hadde positiv effekt på pasientens fysiske og psykiske velvære.</p>

5.	Renata Krzyszycha, Mariusz Goniewicz, Krzysztof Goniewicz, Witold Pawłowski, Piotr Wańkiewicz (2016)	Meta-analysis of pain and stress in emergency department patients	Polish Journal of Public Health	Hensikten med studien var å undersøke forekomsten av smerte og stress blant pasienter innlagt på akuttmottak.	Kvantitativ studie: 200 pasienter som hadde vært innlagt på akuttmottak svarte på et spørreskjema hvor de skulle svare på graden av opplevd smerte og stress under innleggelsen. Andre faktorer som alder, kjønn og grunn til innleggelse skulle også svares på. Det ble så gjort en statistisk analyse av innholdet.	<ul style="list-style-type: none"> - Stress var rapportert hos 86,5% av pasientene - Majoriteten opplevde smerte og angst under innleggelsen - Kjønn, alder, utdanning og om pasienten hadde kroniske sykdommer påvirker graden av stress pasienten opplevde. - Opplevelsen av stress forverret seg ved forverring i helsetilstand, diagnostiske tester og lange opphold i akuttmottaket. - Pasientene opplevde stor støtte fra pårørende og helsepersonell. - Pasientene rapporterte økt hjerterefrekvens og svette som de mest vanlige tegnene på stress.
----	--	---	---------------------------------	---	---	---

5 Diskusjon

I denne delen av oppgaven skal jeg se på hvordan sykepleieren kan veilede pasienter ved somatisk akuttmottak for å redusere stress. Jeg vil drøfte dette tema ved å knytte gjeldende teori, forskning, og erfaringsbasert kunnskap sammen. Den didaktiske relasjonsmodellen vil anvendes i drøftingen for å undersøke hvordan stressreaksjoner kan ha innvirkning på veiledningen. For å få en helhetlig forståelse av tematikken, vil også pasientens opplevelser og perspektiver på å være innlagt i et akuttmottak bli trukket frem. Denne delen av oppgaven ønsker jeg også å dele inn i to hoveddeler. Del en tar for seg tiden før pasienten blir undersøkt av lege. Del to tar for seg tiden etter legeundersøkelse, der pasienten venter på ytterligere undersøkelser eller overflytting til annen sengepost. Jeg ønsker å sette dette skillet fordi jeg anser at pasientens behov for veiledning kan endres ved denne fasen av innleggelsen.

5.1 Veiledning før legeundersøkelse

Pasientene som har blitt triagert i kategorien gul, har en ventetid på maksimalt 60 minutter før de skal bli tilsett av lege. Dette er imidlertid maksimal ventetid før pasienten skal bli tilsett, og i mange tilfeller kommer legen tidligere om de har anledning.

5.1.1 Det første møtet med pasienten

Veiledningen og ivaretagelse av pasienten begynner når han ankommer akuttmottaket. Det betyr at det første møtet pasienten har med sykepleieren, også representerer det første møtet med akuttmottaket som avdeling. Allerede her kan sykepleierens oppførsel og fremtreden skape en sykepleier-pasient relasjon som bygger på god kommunikasjon. Dette innebærer at sykepleieren introduserer seg selv, håndhilser, og har øyekontakt når hun snakker til vedkommende (Herman et al., 2018). Dette er viktige momenter for å skape god samhandling videre som baseres på respekt. Hvordan pasientene ankommer akuttmottaket kan også variere, og har betydning for hvilke læreforutsetninger de har for videre veiledning (Hiim & Hippe, 2009). Pasienter som ankommer akuttmottaket med ambulanse har allerede påbegynt sitt møte med spesialisthelsetjenesten, noe som innebærer at undersøkelser og behandling er igangsatt. Dette kan påvirke pasientens indre ressurser, og bedre vedkommende sine læreforutsetninger, ved at kunnskap og erfaring blir tilført (Orem, 2001). Et annet relevant punkt er at sykepleieren har mulighet til å få en mer utfyllende rapport av ambulanspersonellet, noe som letter arbeidet med datainnsamlingen for sykepleieren. Selv om sykepleieren på den ene siden

kan innhente mer informasjon på denne måten, er det på den andre siden flere personer å forholde seg til samtidig. Dette øker risikoen for at pasienten blir holdt utenfor samtalen, ikke føler seg sett, og ikke får forklart seg uten avbrytelser. Resultatet kan derfor bli dårlig kommunikasjon mellom partene som vanskeliggjør videre samarbeid (Herman et al., 2018).

Tildeling av rom og sengeplass er noe av det første som skjer når pasienten ankommer akuttmottaket. På grunn av overbelastningsproblematikk ved akuttmottakene kan dette føre til at pasienten ikke får et eget rom, og i noen tilfeller må vedkommende ligge på gangen (Krogstad et al., 2015). Dette skaper utfordringer relatert til rammefaktorene i veiledningen. Dette viser seg blant annet ved triagering av pasienten der det er nødvendig med innhenting av vitalia, og utspørring av pasientens tegn og symptomer (Engebretsen, 2015). På en side er triagering viktig for videre prioritering av pasientens behandling, men på den andre siden kan dette skape store utfordringer knyttet til ivaretagelse av taushetsplikten. Som sykepleier skal en hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold (Helsepersonelloven, 1999, § 21). Dette kan være utfordrende om det ligger andre pasienter på rommet, eller om vedkommende ligger i gangen med helsepersonell og andre pasienter i nærheten. At det er utfordringer knyttet til flere pasienter på ett rom, kan utypes videre gjennom undersøkelser som viser at pasienter på akuttmottak bare i noen grad synes at muligheten for ro og hvile er tilfredsstillende (Holmboe & Bjertnæs, 2015). Uro og forstyrrelser er faktorer som kan bidra til å hemme pasientens evne til å ta til seg veiledning, og som sykepleieren derfor må ta med i sin vurdering (Tveiten, 2016).

5.1.2 Vurdering av pasientens læreforutsetninger og indre ressurser

Pasientens læreforutsetninger er viktig for hvordan sykepleieren skal gå frem videre i veiledningen. Noen av disse forutsetningene har pasienten med seg fra tidligere, mens andre forhold er sykepleieren med på å påvirke (Orem, 2001). Studien til Krzyszycha et al. (2016) viser blant annet at de personene som ofte opplever et høyere stressnivå i akuttmottaket er personer mellom 31-45 år, kvinner, og personer som ikke tidligere har blitt diagnostisert med en kronisk sykdom. Et høyt nivå av stress og usikkerhet hos pasienten, vil også gjøre vedkommende mindre mottakelig for å ta imot informasjon og veiledning (Hiim & Hippe, 2009). På den ene siden kan noen av disse indre ressursene påvirkes ved for eksempel tidlig informasjon. På den andre siden er mange av de indre ressursene utfordrende for sykepleieren å endre i et kort tidsrom (Cavanagh, 2001). Til forskjell fra pasientens indre ressurser kan ytre

forhold påvirkes av sykepleieren i større grad (Orem, 2001). Studien til Hawley (2000) viser at sykepleierens ivaretagelse av de fysiske forholdene ved å tilby smertelindring, mat og drikke, og endre leie i sengen, virker betryggende på pasienten. Dette vil igjen føre til at vedkommende blir mer mottagelig for veiledning. Det er imidlertid forhold på akuttmottaket og behandling av den akutt syke pasienten, som kan gjøre ivaretagelsen av disse behovene utfordrende. Dersom en pasient skal til kirurgi kan det for eksempel bli nødvendig at vedkommende faster, noe som betyr at behovet for å stilne sulten ikke lar seg ivaretas. Dette kan gi økt stress og belastning for vedkommende (Hawley, 2000; Moser et al., 2003).

På grunn av usikkerheten som oppleves på et akuttmottak, er evaluering av veiledningen en kontinuerlig prosess. Som eksempel kan pasienten være rolig når sykepleieren forlater rommet, for i neste øyeblikk å bli stresset og engstelig. Dette kan betraktes som et resultat av at det må være en likevekt mellom pasientens ressurser, og de kravende til egenomsorg vedkommende blir møtt med (Orem, 2001). Dersom pasienten eksempelvis får sterke smerter, er det sannsynlig at vedkommende verken har kunnskap om hvorfor smertene oppsto, eller muligheten til å gjøre noe med det. Derfor vil både de indre og ytre ressursene til pasienten være begrenset, og likevekten mellom pasientens ressurser og krav til egenomsorg blir ikke opprettholdt (Cavanagh, 2001). Som et resultat av dette må sykepleieren igjen vurdere pasientens læreforutsetninger ut ifra hvilket behov for helsehjelp vedkommende har.

5.1.3 Pasientens behov for informasjon

Pasienter som er innlagt på akuttmottak opplever at informasjon er sentralt for at de skal føle seg ivaretatt og redusere stress (Elmqvist & Frank, 2016; Hawley, 2000; Herman et al., 2018; Moser et al., 2003). Allikevel viser undersøkelser at pasienter innlagt på akuttmottak bare i noen grad får den informasjonen de har behov for, når det kommer til sin diagnose og plager (Holmboe & Bjertnæs, 2015). Dette til tross for at sykepleieren er lovpålagt å informere pasienten slik at han får innsikt i sin helsetilstand (Helsepersonelloven, 1999, §3-2). Grunnen til manglende informasjonsutveksling kan være mange, og samhandling med pasienten som opplever stress kan by på ekstra utfordringer. Dette skyldes at pasienter som opplever en stressreaksjon kan ha vanskeligheter med å ta til seg den informasjonen som blir gitt, og ha vanskeligheter med å huske hendelsen i etterkant (Håkonsen, 2014). Dette setter krav til at sykepleieren tilpasser informasjonen slik at den blir forståelig for pasienten. Kravet for

helsepersonell om å tilpasse informasjon til mottagerens forutsetninger er også lovpålagt i pasient og brukerrettighetsloven § 3-5 (1999). Dette innebærer at sykepleien ikke tar i bruk vanskelige fagord, og forholder seg til den informasjonen som er viktig for pasienten å vite akkurat her og nå. Dette innebærer også at det kan bli nødvendig for sykepleieren å gjenta informasjonen flere ganger på ulike stadier av oppholdet, for at pasienten skal være i stand til å huske informasjonen.

Behovet for informasjon kan være stort hos pasienter i første fase av innleggelsen. Det kan imidlertid være utfordrende for sykepleieren å imøtekomme dette behovet. Dette skyldes at pasienten ikke har blitt undersøkt av lege, og videre behandlingsforløp er uavklart. Pasienter innlagt på akuttmottak beskriver allikevel behovet for øyeblikkelig kompetent fysisk og teknisk omsorg som betryggende, noe som også innebærer behovet for informasjon (Hawley, 2000). Det betyr at sykepleierens kompetanse og kjennskap til vanlige behandlingsforløp og undersøkelser er viktig. På denne måten kan sykepleieren ut ifra sine erfaringer og gjeldende prosedyrer møte pasientens behov for informasjon. Til tross for kompleksiteten i akuttmottaket, og pasienters behov for informasjon, er det bare en liten del av sykepleierne som har relevant spesialutdanning (Krogstad et al., 2015). På grunn av dette kan det oppleves utfordrende for sykepleieren å inneha tilstrekkelig kompetanse i alle situasjoner hun møter på akuttmottaket. Det er derfor relevant for sykepleieren å forholde seg til helsepersonelloven §4 (1999) som sier at alt helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og innhente bistand eller henvise pasienten videre der det er nødvendig. Selv om sykepleieren er pliktig til å innhente bistand kan dette vise seg krevende i situasjoner med overbelastningsproblematikk, der det kan bli mangel på kompetanse og personale (Krogstad et al., 2015).

5.1.4 Lange ventetider og usikkerhet

For pasienter som opplever akutt sykdom kan det oppleves frustrerende å måtte vente 60 minutter på undersøkelse av lege. Denne lange ventetiden er også med på å forsterke utrygghet og stress (Hawley,2000; Krzyszycha et al.,2016). For denne pasientgruppen er korte ventetider før undersøkelse og behandling betryggende (Hawley, 2000). Dette kan imidlertid vise seg krevende i praksis på grunn av samtidighetskonflikter, og mangel på ressurser som ofte oppstår på akuttmottaket. Dette resulterer i at legene og sykepleierne skulle ha vært flere steder samtidig, og at det tar lengre tid før undersøkelser og behandling blir gjennomført

(Krogstad et al, 2015). Denne problemstillingen er særlig aktuell for pasientene som triageres i gul-gruppe. Fordi tilstandene til denne pasientgruppen ikke regnes som livstruende innledningsvis, vil de kunne bli nedprioritert dersom det kommer pasienter med mer alvorlige tilstander til sykehuset. Det kan bety at planlagte undersøkelser blir ytterligere utsatt. Dette kan føre til at pasientene føler seg nedprioritert, og at kvaliteten på helsehjelpen de blir gitt er lav. Disse negative følelsene som da oppstår øker også risikoen for emosjonelle utbrudd i form av aggresjon. Som en konsekvens kan disse utarte seg som fysisk eller verbal utagering ovenfor pleiepersonalet (Landau et al., 2018).

Den lange ventetiden pasienten kan oppleve gjør det også utfordrende for sykepleieren å være fysisk tilstede helt frem til vedkommende blir undersøkt. Dette på tross av at fysisk tilstedeværelse av sykepleier blir beskrevet som en viktig betryggende strategi i flere studier (Hawley, 2000; Krzyszycha et al., 2016; Moser et al., 2003). Studien til Hawley et al. (2018) beskriver også viktigheten av at sykepleieren tar seg god tid, og ikke opptrer travel for at kommunikasjonen skal bli god. Ut ifra de faktiske forholdene på akuttmottaket og hvilket behov pasienten har, kan det derfor være krevende å legge til rette for gode rammefaktorer med kontinuitet og tid til pasienten. Som sykepleier må en ta hensyn til etiske prinsipper, og nytteetikken gir belegg for at sykepleieren må prioritere slik at konsekvensene for fellesskapet blir minst mulig (Sneltvedt, 2016). Dette kan i praksis bety at sykepleieren må forlate rommet til en pasient som opplever stress for å utføre livreddende tiltak hos en annen. Det finnes imidlertid tiltak sykepleieren kan gjennomføre for å forsøke å betrygge pasienten, og kompensere for sitt fravær. Dette kan for eksempel være å vise pasienten alarmsnoren, og forklare at vedkommende vil få hjelp om han drar i snoren. På denne måten bidrar sykepleieren til å øke pasientens følelse av kontroll, ved å gi vedkommende kompetanse til å innhente hjelp om det skulle bli behov for det. Dette kan bidra til å redusere pasientens følelse av angst og stress (Moser et al., 2003). Jeg har også erfaring med at pasientene ofte godtar økt ventetid og fravær av sykepleier om årsaken til dette begrunnes. Med utgangspunktet i nytteetikken kan sykepleier forklare at det er andre pasienter som har et stort behov for hjelp. På den måten kan pasienten forstå at hans egen tilstand ikke er like alvorlig eller livstruende, noe som kan bidra til å redusere stresset vedkommende opplever. Ved å gi pasienten en begrunnelse blir også informasjon gitt, og vedkommende holdes oppdatert, noe som er viktig for at han skal føle seg trygg (Elmqvist & Frank, 2014; Hawley, 2000; Herman et al., 2018; Moser et al., 2003).

5.1.5 Gjenkjenne pasientens symptomer på stress

Pasienter innlagt på akuttmottak beskriver viktigheten av at sykepleieren er i stand til å gjenkjenne deres emosjonelle behov (Herman et al., 2018). Det betyr blant annet at sykepleieren er i stand til å gjenkjenne pasientens symptomer på stress, slik at tiltak kan igangsettes for å redusere dette stresset. Vanlige fysiske symptomer sykepleieren kan observere er økt hjertefrekvens, økt pustearbeid, og økt svettesekresjon for å nevne noen (Krzyszucha et al., 2016; Moser et al., 2003). Disse symptomene kan på den ene siden skyldes psykisk stress. På den andre siden kan disse symptomene også skyldes alvorlig sykdom som er relatert til manglende oksygenering og sirkulering av kroppens organer (Sand et al, 2006). Det er derfor viktig at sykepleieren er i stand til å skille disse tilstandene, og gi pasienten medisinsk behandling dersom tilstanden krever det. Det er imidlertid en krevende oppgave å vurdere denne forskjellen, fordi pasientene opplever et økt stressnivå ved forverring i sin helsetilstand (Krzyszucha et al., 2016). En kan derfor si at pasienters symptomer på alvorlig sykdom kan forverres ved økt stress og motsatt. Dette setter krav til at sykepleieren er i stand til å sette i gang tiltak for å behandle underliggende sykdom, samtidig som stressreducerende tiltak igangsettes. På denne måten vil helhetlig sykepleie ivaretas, og pasientens stress kan reduseres.

I tillegg til de fysiske symptomene på stress, er det også psykiske symptomer på stress som sykepleieren må observere. Dette innebærer blant annet verbal endring, problemer med samarbeid, agitasjon, kognitive forstyrrelser, og sinne (Hummelvoll, 2012; Moser et al., 2003). Dette kan også være symptomer på andre underliggende sykdomstilstander som psykiske lidelser, tilstander som reduserer hjernens oksygenering, eller lavt blodsukker (Sand et al, 2006). Som beskrevet tidligere er det viktig at eventuelle underliggende sykdom undersøkes og behandles. Disse symptomene kan imidlertid gjøre samarbeidet mellom sykepleier og pasient krevende. Pasientens læreforutsetninger og indre ressurser endres, noe som kan vanskeliggjøre veiledningen (Orem, 2001). Ved kognitive forstyrrelser og redusert evne til samarbeid, kan det for eksempel bli nødvendig for sykepleieren å bruke lang tid på å forklare enkle undersøkelser. Det kan også bli utfordrende å innhente informasjon fra pasienten om hans sykdomsforløp (Hummelvoll, 2012). Ved sinne og agitasjon er det en fare for at pasienten lar dette gå ut over sykepleieren i form av verbal eller fysiske vold (Landau et al., 2018). Sykepleieren må da vurdere om det er riktig å forlate situasjonen med tanke på egen sikkerhet. Dersom pasienten tar i bruk forsvarsmekanismer som benektning og fortrenning, vil ikke pasienten se nødvendigheten av samarbeid og behandling, noe som

vanskeliggjør sykepleieres oppgave. På grunn av pasientens reduserte persepsjonsfelt, kan det derfor bli nødvendig for sykepleieren å gi korte og direkte instruksjoner for at pasienten skal være i stand til samarbeid (Hummelvoll, 2012).

5.1.6 Pårørendes tilstedeværelse

Pasienter som er innlagt på akuttmottak opplever at det er viktig å inkludere familie og ha støtte av pårørende i situasjonen (Elmquist & Frank, 2014; Hawley, 2000; Krzyszycha et al., 2016; Moser et al., 2003). En av metodene for veiledning kan derfor være å inkludere pårørende. På grunn av det økte stresset pasienten opplever, vil mye av informasjonen gitt av sykepleier kunne glemmes. Pårørende kan derfor fungere som en viktig kilde til informasjon for pasienten i etterkant av veiledningen, og dermed bidra til å berolige vedkommende (Håkonsen, 2014). Pårørende har også muligheter til å stille spørsmål, og fungere som en talsmann for pasienten, dersom han ikke er i stand til dette selv. I tillegg til dette kan tilstedeværelsen av pårørende føles betryggende når sykepleieren ikke er fysisk tilstede i rommet (Moser et al., 2003). På den ene siden er pårørende en viktig ressurs for pasienten, men på den andre siden kan tilstedeværelse av pårørende skape ekstra utfordringer for sykepleieren. Av egne erfaringer kan pårørende selv fremstå veldig engstelige og stresset, noe som kan forsterke pasientens usikkerhet. I noen tilfeller vil pårørendes tilstedeværelse også kunne vanskeliggjøre kommunikasjonen ved at de svarer istedenfor pasienten. Dette kan føre til at pårørendes ønsker og synspunkter blir prioritert fremfor pasientens ønsker, dersom sykepleieren ikke er bevist på dette. Som sykepleier har en også et ansvar for å ivareta pårørende, noe som kan resultere i at sykepleieren må bruke tid og energi på å ivareta deres behov. Dette kan igjen gå ut over tiden sykepleieren har til ivaretagelse av pasientens behov.

5.2 Veiledning etter legeundersøkelse

Hvor lang tid det tar før pasienten skal til videre undersøkelser eller overflyttes til andre sengeposter etter den første legeundersøkelsen varierer. Pasienten har nå fått en innledende undersøkelse, og antageligvis fått noe mer informasjon om hva som er mistenkt diagnose og videre behandling. Det er også mulig det er behov for flere undersøkelser før legen kan konkludere med en endelig diagnose.

5.2.1 Pasientens behov for informasjon

Behovet pasienten har for informasjon vil være betydelig også i denne delen av oppholdet på akuttmottaket. På dette tidspunktet er det ofte behov for diagnostiske tester, noe som kan bidra til å øke pasientens opplevelse av stress (Krzyszzycha et al., 2016). Ved at sykepleieren forklarer hvordan disse testene og prosedyrene gjennomføres, vil kommunikasjonen mellom pasient og sykepleier være god, og noe av stresset kan reduseres (Herman et al., 2018). Målet for veiledningen i dette stadiet vil derfor ofte være at vedkommende skal være rustet til å gjennomføre undersøkelsene. Som nevnt tidligere kan pasientens kognitive funksjon være redusert ved høyt nivå av stress, noe som gjør det vanskelig for pasienten å ta til seg informasjonen som blir gitt (Moser et al., 2003). Sykepleieren kan da ta i bruk ulike læreprosesser. Ved visuell fremstilling av utstyret som skal brukes kan det for eksempel bli enklere for pasienten å forstå hvordan undersøkelsen skal foregå, enn ved kun teoretisk fremstilling (Tveiten, 2016).

Pasienter som er innlagt på akuttmottaket har en frykt for at symptomene de opplever kan være tegn på alvorlig sykdom, og dette er faktorer som er med på å øke pasientens stress (Håkonsen, 2014). Studien til Herman et al., (2018) beskriver hvordan pasientene føler det betryggende når sykepleieren bruker fraser som «Ikke vær redd», «Det kommer til å gå bra». Selv om pasienten på en side har behov for slik bekreftelse fra sykepleieren, er det på den andre siden viktig at sykepleieren er ærlig og direkte (Herman et al., 2018). Dette innebærer å ikke lyve til pasienten og love helbredelse når dette ikke kan garanteres. Dette kan føre til at pasienten utvikler mistillit ovenfor sykepleieren, noe som kan føre til økt usikkerhet og økt stressnivå hos pasienten.

5.2.2 Overflytning til andre avdelinger

Når pasienten har blitt undersøkt og behandlet i akuttmottaket, blir noen overført til andre avdelinger eller til andre sykehus, mens andre i noen tilfeller blir sendt hjem. Tiden det tar før pasienten blir flyttet videre kan imidlertid være lang på grunn av en kombinasjon av liten erfaring, tilgang på veiledning, og manglende beslutningsmyndighet i akuttmottaket. I tillegg til dette kan overbelastning andre steder på sykehuset være en medvirkende faktor (Krogstad et al., 2015). Den samme problemstillingen som i første del av innleggelsen melder seg ved at pasientene opplever økt stress ved lange ventetider (Hawley, 2000; Krzyszzycha et al., 2016). I motsetning til i første del av veiledningen foreligger det nå i større grad en videre

behandlingsplan som kan virke betryggende på pasienten (Herman et al., 2018). Det er også mer trolig at pasienten har fått resultatet av prøvesvar, og en foreløpig diagnose som vil bidra til å redusere stresset (Herman et al., 2018; Moser et al., 2003).

For å sikre kontinuitet i pasientens behandling og pleie er informasjonsflyt på tvers av akuttmottaket og mottagende avdeling viktig. Det viser seg imidlertid at pasienter ofte kommer til en sengepost som ikke er forberedt på å ta imot pasienten, og er uten papirer fra akuttmottaket (Krogstad et al., 2015). Dette kan føre til både misforståelser og informasjonstap som kan gi pasienten en dårlig opplevelse. Følelsen av at personalet ikke er kompetent og har oversikt over situasjonen vil også virke belastende med et økt stress (Hawley, 2000). Det er derfor viktig at både pasient og mottagende avdeling blir godt informert før han overflyttes. Sykepleieren har også et ansvar for å skrive journal som omhandler nødvendige opplysninger om pasienten og den behandlingen som er gitt (Helsepersonelloven, 1999, §40). Akuttmottakets arbeidsforhold kan imidlertid gjøre det krevende for sykepleieren å prioritere å dokumentere. Dette på grunn av overbelastningsproblematikk der andre oppgaver kan vurderes til å være tidskritiske (Krogstad, 2015). Det vil også være mindre tid for å planlegge pasientens overflytning eller utskrivelse på et akuttmottak sammenliknet med en sengepost hvor pasientene er innlagt i flere dager. Som et forslag til løsning kan en god muntlig rapport være viktig å gi til mottakende personell frem til den skriftlige rapporten er ferdig.

6 Konklusjon

Reduksjon av stress blant pasienter innlagt på akuttmottak bør være et mål for å forhindre ytterligere forverring i helsetilstanden. Det er få situasjoner som er med på å fremkalle et så høyt nivå av stress, som hendelser der vedkommende opplever en trussel mot liv og helse. Om man tar denne trusselen og legger til nivået av usikkerhet og mangel på informasjon som kan oppleves på akuttmottaket, er det ingen tvil om at denne pasientgruppen er utsatt for et belastende stressnivå.

Dersom pasienten opplever et høyt stressnivå over tid vil kroppens motstandsevne svekkes. Svekket motstandsevne hos en pasient med akutt sykdom vil være svært ugunstig for videre sykdomsforløp, og bør derfor forhindres i den grad det er mulig. I akuttmottaket må man imidlertid forholde seg til de symptomene pasienten opplever, og stressreducerende tiltak skal ikke gå på bekostning av andre livreddende tiltak.

Samhandlingen mellom sykepleier og pasient vil være avgjørende for hvilken effekt de stressreducerende tiltakene har på pasienten. Den didaktiske relasjonsmodellen og Orem`s teorier kan benyttes som et hjelpemiddel i hvordan veiledningen kan foregå. God kommunikasjon mellom partene som bygger på respekt, ærlighet, og positivitet vil bidra til å styrke denne samhandlingen. Videre har denne pasientgruppen et stort behov for informasjon vedrørende sin tilstand og videre behandlingsforløp, for å redusere noe av usikkerheten de opplever. Usikkerheten kan også reduseres ved tilstedeværende sykepleiere eller pårørende som kan vise sin støtte. I tillegg til dette er kompetansen sykepleieren innehar viktig for å redusere pasientens stress. Dette innebærer at sykepleieren er i stand til å redusere fysisk ubehag ved hjelp av ulike sykepleier-intervensjoner. Til slutt er det viktig å vurdere alle disse tiltakene opp mot pasientens tilstand og den didaktiske relasjonsmodellen, for å vurdere hva som lar seg gjennomføre. Hver pasient trenger individuell tilnærming og behandling ut ifra sin situasjon.

7 Referanseliste

- Cavanagh, S. J. (2001). *OREMs sykepleiemodell i praksis* (1.utg). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. (6.utg). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Elmqvist, C & Frank, C. (2014). Patients` strategies to deal with their situation at an emergency department. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 2015; 29; 145-151. Doi: 10.1111/scs.12143
- Engebretsen, S. (2015). Sykepleie til pasienter i akuttmottak. I T. Gulbrandsen, & D.-G. Stubberud (Red.), *Intensivsykepleie* (3. utg., s. 701-718). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Hawley, M. P. (2000). Nurse Comforting Strategies: perceptions of Emergency Department Patients. *Clinical nursing research*. November (9(4)), 441-459. doi.10.1177/10547730022158681
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell. (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_2
- Herman, R.M., Long, E & Trotta, R.L. (2018). Improving patients` experiences communicating with nurses and providers in the emergency department. *Emergency Nurses Association* 2018; 45; 523-30. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jen.2018.12.001>
- Hiim & Hippe. (2009). *Undervisningsplanlegging for yrkesfaglærere*. (3.utg). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Holmboe, O & Bjertnæs, Ø.A. (2015). *Pasienterfaringer med Lovisenberg Diakonale sykehus. En undersøkelse ved sengeposter i 2015. Medisinsk akuttmottak*. Folkehelseinstituttet.
- Hummelvoll, J.K. (2012). *Helt- ikke stykkevis og delt*. (7.utg). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Håkonsen, K.M. (2014). *Psykologi og psykiske lidelser*. (5.utg). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Kristoffersen, N-H., Nortvedt, F & Skaug, E-A. (2011). Om sykepleie. I N-H. Knutstad., F. Nortvedt & E-A. Skaug (red.), *Grunnleggende sykepleie 1- sykepleierens grunnlag, rolle og ansvar* (2.utg, s. 15-28). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Krogstad, U., Lindahl, A-K., Saastad, E & Hafstad, E. (2015). Akuttmottak- risikosone for pasientsikkerhet. *Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten*. Hentet fra: <file:///C:/Users/charl/Documents/Bachelor/Akuttmottak%20-%20risikosone%20for%20pasientsikkerhet.pdf>

- Krzyszzycha, R., Goniewicz, M., Goniewicz, K., Pawlowski, W & Wankowicz, P. (2016). Meta-analysis of pain and stress in emergency department patients. *Polish Journal of Public Health* 2016;126(4): 165-169. doi:10.1515/pjph-2016-0034
- Landau, S. F., Bendelak, J., Amitay, G & Marcus, O. (2018). Factors related to negative feelings experienced by emergency department patients and accompanying persons: an Israely study. *Israel Journal of Health Research* 2018; 7:6. doi: 10.1186/s13584-017-0200-1
- Moser, D. K., Chung, M. L., McKinley, S., Riegel, B., An, K., Cherrington, C.C., Blakely, W., Biddle, M., Frasier, S.K & Garvin, M.J. (2003). *Critical care nursing practice regarding patient anxiety assesment and managment*. *Intensive and critical care nursing*, 19, 276-288. doi:10.1016/S0964-3397(03)00061-2
- NSF. (2019). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>
- Orem, D. (2001). *Nursing concepts of practice* (6. utg). Mosby
- Pasient og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Sand, O., Sjaastad, Ø.V., Haug, E & Bjålie, J. G. (2006). *Menneskekroppen*. (2. utg). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Sneltvedt, T. (2016). Konsekvensetikk. I B.S. Brinchmann (red.), *Etikk i sykepleien*. (4. utg., s. 67-78). 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*. (1utg, s. 13- 41). Gyldendal Norsk Forlag.
- Thidemann, I-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: den lille motivasjonsboken i akademisk skrivning*. (2. utg). Oslo: Universitetsforlaget
- Tveiten, S. (2016). *Helsepedagogikk- pasient- og pårørendeopplæring*. (1.utg) Bergen: Fagbokforlaget
- Wyller, V.B. (2014). *Frisk: cellebiologi, anatomi, fysiologi*. (3.utg). Oslo: Cappelen Damm Akademisk