

# MASTEROPPGAVE

Emnekode: SYK305H    kandidat: nr. 2 – Turid Anita Amundsen

---

## *Det usikre mellomrommet*

*Sykepleiernes utfordringer i vurdering av den akutte geriatriske pasienten i akuttmottak.*

En hermeneutisk studie.

---

Dato: 15.11.2019

Totalt antall sider: 105

## **Det usikre mellomrommet**

En kvalitativ studie av sykepleieres opplevelse og erfaringer med vurdering av den akutte geriatriske pasienten i akuttmottak.

## **SAMMENDRAG**

### **Det usikre mellomrommet**

*Sykepleiernes utfordringer i vurdering av den akutte geriatrike pasienten i akuttmottak.*  
**En hermeneutisk studie.**

### **Bakgrunn**

Pasientstrømmen til Akuttmottakene i Norge har økt betydelig de siste tiår og akuttmottakenes ressurser i form av helsepersonell, utstyr, fasiliteter, organisering og økonomi er utfordret. Det er forventet at befolkningen i Norge over 70 år vil øke med 50% innen 2030 og at andelen eldre øker i de spredtbygde strøk. Sykepleierne er pasientens første kontakt i akuttmottak og innehar det initiale ansvar for vurdering av tilstand og alvorlighetsgrad. Den akutte geriatrike pasienten er en kompleks pasientgruppe ofte med tilleggstilstander, sykdommer og polyfarmasi som vanskeliggjør denne vurdering.

### **Problemstilling**

Sykepleierne står i vurderingen av akutt kritisk syke eldre, i samtidighetskonfliktene og dragkampen mellom forsvarlig sykepleie og det økte presset i akuttmottakene. Hvordan vurderer sykepleierne den akutte geriatrike pasienten og hvordan oppleves dette?

### **Hensikt**

Formålet med studien er å få økt kunnskap om sykepleiernes erfaringer i vurderingen av den akutte geriatrike pasienten. Hensikten er å beskrive mottakssykepleiers opplevelser, og synliggjøre betydningen av sykepleieperspektivet i ivaretagelsen av pasientene i den akutte fasen, samt utvikle og utbedre ivaretagelsen av de eldre i akuttmottak.

### **Metode**

Undersøkelsen er kvalitativ med en hermeneutisk tilnærming analysert av datamateriale fra semistrukturert intervju med intervjuguide. Utvalget er sykepleiere i akuttmottak. Analysestrategien er systematisk tekstkondensering, STC – en modell modifisert av Kirsti Malterud. Funnene tolkes med sykepleieteoretiker Patricia Benner og hennes teori om mesterlighet og styrke i klinisk sykepleiepraksis. Den vitenskapsteoretiske tilnærmingen i analysen er hermeneutisk. Rammeverket er akuttgeriatrik sykepleie- og medisin.

### **Resultat**

Sykepleierne beskrev flere områder og erfaringer som var utfordrende for ivaretagelsen av den akutte geriatrike pasienten. Sykepleierne viser at det ofte er magesfølelsen/ intuisjonen som styrer hvordan dem skal prioritere i sin utøvelse. Dette er utfordrende da tiden og ressursene er presset i akuttmottak. Dette gir en utrygg opplevelse både for sykepleierne og for pasienten. Pasientgruppen var kjent, men kunnskapen for denne gruppen viste seg å være lav. Sykepleierne fortalte om utfordringene med vurderingen for denne pasientgruppen, og med å skape trygghet. Betydningen av *trygghet* i den akutte ivaretagelsen var det største funnet i denne undersøkelsen.

### **Diskusjon**

Trygghet i den akutte ivaretagelsen og vurderingen er et begrep som kan forstås i ulike perspektiver; pasientens, sykepleierens og i fagfeltet akuttmedisin. Disse tre perspektivene har utfordringer og betydninger som påvirker trygghetens plass og verdi i akuttmottak. Krav og forventninger til sykepleiernes ivaretagelse, både fra pasienten og fagfeltet, utfordrer pasientsikkerhet og forsvarlighet. Trygghet som verdifull utøvelse ble drøftet i perspektiv av Patricia Benners beskrivelse av syv kompetanseområder. Disse gir alle mesterlighet til den akutte sykepleieutøvelsen. Det var interessant å se hvordan tryggheten var betinget av tiden

og tiden betinget av sykepleiernes vurdering og prioriteringer, og hvordan dette igjen var betinget av omgivelsenes premisser i akuttmottak. Undersøkelsen gav inspirasjon til å våge å se akuttmedisin i nytt lys og drøfte de mange aspekter ved dette.

### **Konklusjon**

Omgivelsenes premisser utfordrer den sykepleiefaglige utøvelsen og setter pasientens trygghet på spill. Å utøve forsvarlig sykepleie i denne konteksten må utfordres for dens behov for kunnskap, kompetanse og ressurser. Å tilstrebe at sykepleierne har tid og rom til å anvende sin faglige kompetanse i akuttmottak vil ikke bare være et kvalitetsforbedrende tiltak, men også et nødvendig tiltak for å øke pasientsikkerheten i akuttmottakene. Det akuttmedisinske fagfeltet kan stille spørsmål ved helseforetakenes organisering og struktur for ivaretagelse av de eldre. Det må arbeides med kvalitetsforbedrende organiseringer og sykepleiernes erfaringer og opplevelser må tas på alvor i et slikt arbeid. I akuttmedisin må vi våge å spørre om de grunnleggende behov, og drøfte deres verdi i den akutte ivaretagelsen.

Nøkkelord: \*akuttgeriatri, \* eldre pasient, \* akuttmottak, \*utfordringer, \*erfaringer, \*opplevelser, \*sykepleier, \*triage.

## **ABSTRACT**

**The uncertain time-in-between.**

*Nurses challenges in the assessment of the geriatric patient in the emergency department.*

**A hermeneutic study.**

### **Introduction**

The flow of patients to the Emergency Departments (ED) in Norway has increased significantly in recent decades and the resources of the ED in the form of health personnel, equipment, facilities, organization and finances are challenged. It is expected that the population in Norway over the age of 70 will increase by 50% by 2030 and that the proportion of older people will increase in the dispersed areas. The nurses are the patient's first contact in the emergency room and hold the initial responsibility for assessing the condition and severity. The acute geriatric patient is a complex group of patients, often with additional conditions, diseases and polypharmacy that make this assessment difficult.

### **Background**

The nursing issues in the assessment of the critically ill, the elderly, in the conflicts of pressing environments and the tug-of-war between sound nursing and the increased pressure in the emergency rooms. How do nurses evaluate the acute geriatric patient and how is this experienced?

### **Aim**

The purpose of the study is to increase the knowledge of the nurses' experiences in the assessment of the acute geriatric patient. The purpose is to describe the experiences of the receiving nurse, and to highlight the importance of the nursing perspective in the care of patients in the acute phase, as well as to develop and improve the care of the elderly in the emergency room.

### **Method**

The study is qualitative with a hermeneutic approach analyzed by data from semi-structured interview with interview guide. The selection is nurses in the emergency department. The analysis strategy is systematic text condensation, STC - a model modified by Kirsti Malterud. The findings are interpreted by nursing theorist Patricia Benner and her theory of Excellence and nursing power in clinical practice. The scientific-theoretical approach in the analysis is hermeneutic. The framework is acute geriatric nursing and geriatric medicine.

### **Result**

The nurses described several areas and experiences that were challenging for the care of the acute geriatric patient. The nurses show that it is often the intuition that controls how they should prioritize in their assessments. This is challenging as time and resources are under pressure in the emergency rooms. This provides an unsafe experience for both the nurses and the patient. The geriatric patient was well known, but the knowledge for these patients proved to be low. The nurses talked about the challenges of assessing these patients and the importance of creating comfort and security. The significance of safety in emergency care was the greatest finding in this study.

## **Discussion**

Comfort and safety in emergency care and assessment is a term that can be understood in different perspectives; the patient's, nurse's and in the field of emergency medicine. These three perspectives have challenges and meanings that affect the place and value of safety in emergency care. Requirements and expectations of nurses' care, both from the patient and the field, challenge patient safety and soundness. Safety as a valuable assessment was discussed in perspective by Patricia Benner's description of seven areas of expertise. These all give excellence and power to the emergency nursing practice. It was interesting to see how safety was dependent on time, and time dependent on the nurses' assessment and priorities, and how this was again dependent on the environment's premises in the emergency care of the elderly. The study gave inspiration to challenge emergency medicine in a new perspective and discuss the many aspects of this.

## **Conclusion**

The environment's premises challenge the practice of nursing and jeopardize the patient's safety. Practicing proper nursing in this context must be challenged for its need for knowledge, expertise and resources. The endeavor to provide nurses with time and space to apply their professional expertise in emergency care will not only be a quality-enhancing measure, but also a necessary measure to increase patient safety in emergency departments. The emergency medical field may question the organization of health care systems and the prioritization for the care of the elderly. Efforts must be made with quality-enhancing systems. The nurses' experiences must be taken seriously in such work. In emergency medicine, we must challenge to ask about the basic needs, and discuss their value in the emergency care.

Keywords: \*geriatric patient, \*older patient, \*triage, \*nurse, \*emergency department,  
\*challenge, \*experience

\*

## **Forord**

Denne undersøkelsen er avsluttende masteroppgave i studiet Master i klinisk sykepleie ved Nord universitetet. Undersøkelsen er gjort fra januar 2019 til mars 2019. Analysen er gjort fra mars 2019 til november 2019.

Leder av studien er Turid Anita Amundsen, sykepleier i akuttmottaket ved Universitetssykehuset Nord-Norge, avdeling Harstad, ansatt siden 2011. Student ved Nord Universitetet, Master i klinisk sykepleie, 2016 – 2019. Videreutdanning i geriatrisk sykepleie, Nord universitetet 2016 – 2018

Veileder er Johanne Alteren, førsteamanuensis Nord universitetet, Mo i Rana

Bibliotek er støttet av Jan Frode Kjensli, Hovedbibliotekar ved Universitetssykehuset Nord-Norge, avdeling Harstad.

Studien er godkjent av Norsk senter for dataforskning, NSD 04.02.2019. (vedlegg 2)

Studien er meldt CRISStin 15.2.2019 og ble av UNNs personvernombud tildelt en sikret lagringsplass på UNNs forskningsserver 08.04.2019. (Vedlegg 3)

Turid Anita Amundsen har en utdanningsavtale med Akuttmedisinsk klinikk for denne utdanningen. Den finansierer permisjon med lønn for studiesamlinger, eksamener og arbeidsprosess på 45stp mot en bindingstid på 2 år til klinikken. Utover dette er der ingen klausuler eller interesser utover oppnådd kvalifikasjon. Det er heller ingen økonomiske godtgjørelser eller gaver av vinning for veileder, bibliotekar eller informantene. Prosjektet mottar ingen stipend eller støtte.

VIKTIG NOTA: Denne besvarelsen rommer ca 34000 ord. Tabellene (Fig 1-9) i teksten rommer tekst som er kommet med i ordtellingen (totalt ca: 5000) Jeg ber derfor om at dette tas hensyn til i vurderingen av de oppgavetekniske krav. Foruten sammendrag, forord, innholdsfortegnelse, litteraturliste og vedlegg er denne besvarelsen på ca 26.000 ord.

Det er med stor iver, takknemmelighet og ydmykhet jeg leverer denne undersøkelsen og dette sluttresultatet, og jeg vil på forhånd takke alle som har bidratt til å løfte denne prosessen.

\*

## Innholdsfortegnelse

SAMMENDRAG .....	II
Bakgrunn .....	II
Problemstilling.....	II
Hensikt.....	II
Metode.....	II
Resultat .....	II
Diskusjon.....	II
Konklusjon.....	III
ABSTRACT .....	IV
Introduction .....	IV
Background.....	IV
Aim .....	IV
Method.....	IV
Result .....	IV
Discussion.....	V
Conclusion .....	V
Forord .....	VI
Innholdsfortegnelse .....	1
1 Introduksjon.....	3
1.1 Innledning.....	3
1.2 Bakgrunn og problemstilling.....	5
1.3 Studiens hensikt og formål .....	7
3 Tidligere forskning .....	8
3.1 Strategi og funn .....	9
4 Metode .....	13
4.1 Metodedesign .....	13
4.2 Kontekst .....	14
4.2.1 Akuttmottaket.....	14
4.2.2 Mottakssykepleier / Akuttsykepleier.....	15
4.2.3 Den akutte pasienten .....	16
4.2.4 Den akutte geriatriske pasienten .....	16
4.3 Datainnsamling.....	18
4.4 Studiens kvalitet og validitet .....	20
4.5 Studiens etiske aspekt.....	22
5 Teoretisk rammeverk.....	25
5.1 Vitenskapsteoretisk inspirasjon.....	27
6 Analyse .....	28
6.1 Analysestrategi .....	28
6.2 Intervjuene.....	29
6.3 Transkribering - Transkripsjon del 1.....	30
6.4 STC – Systematisk tekstkondensering .....	31
6.4.1 Trinn 1 Helhetsinntrykket .....	32
6.4.2 STC Arbeidsark - Transkripsjon del 2. ....	36
6.4.3 Trinn 2 Dekontekstualisering .....	43
6.4.4 Trinn 3 Kondensat .....	46



6.4.5 Trinn 3 - fortsettelse .....	51
6.4.6 Trinn 4 Syntese.....	53
7. Resultat .....	54
8. Diskusjon .....	55
8.1 Ressursenes betydning for en trygg ivaretagelse .....	57
8.2 Trygghetens betydning for sykepleieutøvelsen.....	61
8.3 Trygghetens plass i akuttmottak.....	62
8.4 Trygghetens betydning for vurderingen av den akutte geriatrike pasienten.....	64
9. Konklusjon.....	71
Litteraturliste .....	72
Vedleggs oversikt .....	77
Vedlegg 1 .....	78
Vedlegg 2 .....	79
Vedlegg 3 .....	81
Vedlegg 4 .....	83
Vedlegg 5 .....	86
Vedlegg 6 .....	87
Vedlegg 7 .....	90
En stor og hjertelig takk.....	98

# 1 Introduksjon

## 1.1 Innledning

Akuttmottakene i Norge mottar i større omfang de siste tiår den eldre pasienten (Helse og omsorgsdepartementet, 2019) og akuttmottakenes ressurser i form av helsepersonell, utstyr, fasiliteter, organisering og økonomi er utfordret. Det er forventet at befolkningen i Norge over 70 år vil øke med 50% innen 2030 og at andelen eldre øker i de spredtbygde strøk.

Helseminister Bent Høie sier innledningsvis i Nasjonal helse- og sykehusplan 2015-2019 (helse og omsorgsdepartementet, 2019) at «*Fornye, forenkle og forbedre helsetjenesten betyr å styre mer etter kvalitet*». Kvalitet er altså et moment som er anerkjent som en viktig faktor i gode sykehus. I den samme planen er det satt syv overordnede mål, tre av disse sier: «1: *Fornye, forenkle og forbedre*, 2: *Nok helsepersonell med riktig kompetanse*. 3: *Bedre kvalitet og pasientsikkerhet*» Helsedirektoratets nasjonale faglige retningslinjer sier i rapporten om *kvalitetskrav for somatiske akuttmottak* (Helsedirektoratet, 2014) at de eldre er særlig utsatt i akuttmottak. Det er med bakgrunn i deres sykdom og tilstandsforløp, akuttmottakenes belastning med lang ventetid og manglende ressurser. I denne rapporten er det lagt vekt på eldre pasienter med uklare tilstander; som redusert allmenntilstand og akutt funksjonssvikt. Den retter søkelys på kompetansen til sykepleiere i akuttmottak og bekrefter behovet for rask avklaring i mottak av den eldre pasienten, god kommunikasjon og samhandling med rett kompetanse til rett tid. (Helsetilsynet, 2008. Helsedirektoratet, 2014. Helse og omsorgsdepartementet, 2019)

Jeg har jobbet i akuttmottak i 9 år og har hatt ulike funksjoner som AMK operatør, legevakts operatør, koordinator og tillitsvalgt, i tillegg til sykepleier i mottak av akutte pasienter. I akuttmottaket har vi alltid hatt fokus på kvalitet, men det har vært vanskelig å definere hva kvalitet er. Mine kollegaer, og jeg, har alltid uttrykt en bekymring og en uro rundt ivaretagelsen av den eldre pasienten i akuttmottak, men vi har samtidig manglet ord som beskriver hva det er som bekymrer oss. Jeg har flere ganger stått i mottak av den eldre pasienten, alene eller sammen med en kollega, hvor mottakene har følt usikre, litt håpløse og vi har følt oss maktesløse i formidlingen av den intuitive magefølelsen vår. Vi har følt at «der er noe galt!» «pasienten er dårlig!» «hvordan skal jeg triagere denne pasienten?» «jeg får ikke treff, jeg vet ikke hva det er, men noe er det!» Dette er noen av de utsagn som jeg har kjent på selv og som uttrykkes av sykepleiere, i mottak av den akutt syke eldre pasienten. Jeg har kjent på en bekymring for hvordan det er å stå i denne uroen, for sykepleierne, og hvilken betydning dette har for kvaliteten i sykepleieutøvelsen og for pasienten. Jeg ikke klart å få tilfredsstillende svar hos hverken faglige eller leder ansvarlige for pasientene i akuttmottak

hvordan denne bekymringen kan forstås eller forsøkes å hjelpes. Jeg har heller ikke funnet noe i forskningen som beskriver denne uroen og som kan forklare hva dette er, eller hvordan sykepleiere kan forstå disse situasjonene, og finne støtte i sin utøvelse. Siden jeg startet i akuttmottak i 2011 har jeg ikke en eneste gang på fagdag, studiedag, kurs, seminar, øvelse eller i noen form for kompetanseheving vært introdusert for tematikken; den akutte eldre / den akutte geriatrike pasienten, til tross for at dette er en stor andel av pasientstrømmen til akuttmottakene. Jeg ønsket derfor å undersøke nærmere opplevelsen og erfaringen av å stå i disse mottakene slik det er for dagens sykepleiere. Videre forsøkte jeg å forstå hva det egentlig er som utfordrer oss i møte med den akutte geriatrike pasienten.

Denne oppgaven er redegjørelsen for undersøkelsen jeg har gjort. Jeg håper den viser hvordan jeg forsøker å tolke og forstå det sykepleierne formidler. Jeg drøfter de ulike forhold som erfares, i ulike perspektiv, i møte med den akutte geriatrike pasienten.

Undersøkelsen er avgrenset til å studere sykepleiernes opplevelse og erfaring med å stå i vurderingen av den akutte geriatrike pasienten med redusert allmenntilstand og/eller akutt funksjonssvikt.

Besvarelsens begreper har jeg utdypet der hvor jeg mener en redegjørelse for tolkningsgrunnlaget vil ha betydning for forståelsen og leserens innblikk i fagfeltet. Det er min hensikt at alle andre begreper, ord og uttrykk er synlige i sin mening i selve teksten, i analysen og drøftingen. Jeg håper leseren forstår min hensikt og at mine refleksjoner er tydelige.

Denne undersøkelsen er først og fremst ment som en refleksjonsinspirasjon og kvalitetsforbedrende opplysning for helsepersonell som arbeider i akuttmottak, eller med ivaretagelse av geriatrike pasienter i den akutte fasen. Det er min hensikt at andre interessenter med søkelys på, og interesse for dette fagområdet, skal kunne forstå og nyttiggjøre seg undersøkelsens hensikt, prosess og resultat. Oppgavens besvarelse er skrevet etter IMRAD prinsippet med en åpen mulighet for videreutvikling til vitenskapelig- eller fagutviklingsartikkel.

## **1.2 Bakgrunn og problemstilling**

Den akutte geriatrike pasienten ankommer akuttmottak ofte med en uklar/usikker diagnose eller tilstand. De «angripes» med brede undersøkelser i forsøk på å kartlegge årsak og bekrefte/avkrefte alle mulige eventualiteter. For en eldre syk person kan dette i seg selv være belastende og forverre symptomene eller tilstanden ytterligere. (Wyller, 2015. Wisten, Rundgren og Larsson, 2013. Nickel og Bellou, 2018)

Jeg presenterer;

### *Margot*

*82 år, hjemmeboende, med hjemmesykepleie x 1 pr. dag, tidligere frisk. Henvises til akuttmottak etter legetilsyn hos fastlege med kontaktårsak «reduisert allmenntilstand» I akuttmottaket er hun svært redusert, slapp og føler seg kraftløs, ingen smerter, men høy sykdomsfølelse. Siste dagene redusert matlyst. Normal avføring og vannlatning. Pårørende er bekymret, sier hun har virket rar siste uken, roter litt og ikke sitt blide selv.*

*Crp. 18 – bls. 6 – hb. 12.1 – bt. 146/70 – p. 86 – temp. 36.4ax. – urinstix +2 leukocytter – rf. 19 – saO2 98% i romluft. Ingen F.A.S.T symptomer, sidelike pupiller og sidelike kraft i ekstremitetene. Ingen avvik på EKG*

Margot er et eksempel på den «typiske geriatrike pasienten» slik jeg opplever det i akuttmottaket. Det er uroen og spørsmålene jeg har hatt i møte med «Margot-er» som er grunnlaget for denne undersøkelsen.

Margot er helt klart syk og har behov for innleggelse. Dette er i Norge ofte avklart pre-hospitalt, i primærhelsetjenesten. Problemstillingen i møte med Margot, og pasienter lik henne, er at jeg som sykepleier opplever vanskeligheter med å forstå og vite hva som egentlig er viktig i disse møtene. Hva er det som utfordrer pasientene og sykepleierne, og hvordan opplever sykepleierne å ivareta denne pasientgruppen og hvordan kan de best mulig ivareta henne? Problemstillingen fordrer å identifisere hvordan det oppleves å stå i møtet med og i vurderingen av Margot. Det er erfaringen min i akuttmottak med denne pasientgruppen, og mine kollegaers utsagn og opplevelser med å stå i denne uklarheten hos pasienten, i denne ivaretagelsen, i dette mellomrommet, som inspirerte til å undersøke dette nærmere.

I akuttmottak i Norge i dag mottas alle pasienter etter hastegrad og sorteringsverktøy. Det finnes ulike modeller; De mest kjente som er testet for reliabilitet og validitet internasjonalt er ATS, CTAS, ESI, MTS og RETTS. (Engebretsen, Røise og Ribu, 2013) I akuttmottakene ved Universitetssykehuset Nord – Norge (UNN, 2019) anvendes modellen \*RETTS. Denne modellen er sykdom og tilstandsspesifikk og hvert møte og mottak av pasienter plasseres i en algoritme som støtter hvilket fokus man skal ha i ivaretagelsen og utredningen av pasientene.

(eks: Pasient med Brystmerter, hastegrads vurderes etter algoritme nr.5, og tilstanden og funn i **\*\*triageringen** hjelper sykepleieren i vurderingen og videre i tiltak). I møte med eldre pasienter hvor kontaktårsak og/eller henvisende problemstilling er «reduisert allmenntilstand og/eller akutt funksjonssvikt» finnes der ingen tydelig sorterings algoritme i **\*RETTS**

**\*RETTS: Rapid Emergency Triage and Treatment System**, utviklet av Predicare Sverige. (vedlegg xx) Dette systemet skal fange opp alvorlig tilstand, sykdom og sortere pasienter etter hastegrad initiert av kontaktårsaker sortert som ESS. Akuttmedisinsk tjeneste er underlagt streng disiplin og RETTS er et verktøy som ivaretar den akutte pasienten etter sorteringskriterier som utløser en definert hastegrad. I akuttmottaket anvendes RETTS i det initiale mottaket av den akutte geriatriske pasienten. Triage gjøres innen de første 15 minuttene pasienten har ankommet mottaket og skal angi hastegrad, tid til legetilsyn og lede til prosestiltak for videre behandling og ivaretagelse.

Før denne pasientgruppens tilstand blir gjenkjent gjennom **\*\*triage** i en kontaktårsak **\*\*\*ESS** eller tentativ diagnose i RETTS skal de vurderes og ivaretas av mottakssykepleier i henhold til RETTS algoritmer og prosestiltak, og de behov pasientene har.

**\*\*Triage (triagere – triagert)** er et Fransk ord som betyr «Sortere» Opprinnelig utviklet av franske leger som et sorteringssystem for hastegrad til behandling i felten bak slagmarkene under første verdenskrig. Brukes i dag i de aller fleste akuttmottak i ulike modeller og variasjoner.

**\*\*\* ESS: Emergency Symptoms and Signs**: RETTS er inndelt i ESS kontaktårsaker som indikerer hastegrad etter undersøkelser av vitale parameter (Luftvei – Respirasjonsfrekvens - Blodtrykk – Puls – Oksygenmetning – temperatur – bevissthetsgrad GCS) og videre prosestiltak. ESS forteller oss hvordan vi skal prioritere, hvor lang tid det er til legetilsyn og prosestiltak som skal iverksettes (blodprøver, urinprøver, ekg osv.) samt at den indikerer overvåkningsgraden ved behov for tilsyn og re-triage.

Når sykepleierne i mottak av denne pasientgruppen ikke finner noe i RETTS å støtte undersøkelsene eller vurderingen på, risikerer da disse pasientene å bli feil **\*\*triagert** (hastegrads vurdert -og sortert) for problemområde og/eller hastegradsnivå. (Grossmann, Zumbrunn, Frauchiger, Delpont, Bingisser og Nickel, 2012) Erfaringen min er at noen pasientgrupper faller utenfor modellen RETTS og at dette kan ha alvorlige følger. Den akutte geriatriske pasienten er en pasientgruppe i akuttmottak som ikke har en egen retningslinje, veileder, prosedyre eller særskilt fokus alene i kraft av å være under definisjonen geriatri / geriatrisk pasient. Likevel er det en pasientgruppe som er i særlig risiko for rask, alvorlig og fatal reduksjon i egen tilstand og sykdom. (Wisten, Rundgren og Larsson, 2013. Grossmann og Nickel, 2018) Tiden og ivaretagelsen i akuttmottak er signifikant for behandling og tilheling. Jeg mener det er viktig å se på hvordan opplevelsen, og mottak av denne pasientgruppen, utfordrer sykepleierne. RETTS er tydelige på at modellen er et verktøy for støtte til å få oversikt over pasienters tilstand og alvorlighetsgrad. Predicare Sverige presiserer

at verktøyet ikke kan erstatte det kvalifiserte helsepersonell og at systemet ikke er bedre enn den organisasjonen det brukes innenfor. ([www.pedicare.se](http://www.pedicare.se))

### ***1.3 Studiens hensikt og formål***

Formålet med studien er å få økt kunnskap om sykepleiernes erfaringer i vurderingen av den akutte geriatrike pasienten. Hensikten er å beskrive mottakssykepleiers opplevelser, og synliggjøre betydningen av sykepleierperspektivet i ivaretagelsen av pasientene i den akutte fasen, samt utvikle og utbedre ivaretagelsen av de eldre i akuttmottak.

### **3 Tidligere forskning**

Søkene for denne undersøkelsen er omfattende og tidkrevende fordi det er få studier som sier noe spesifikt om sykepleieperspektivet. Det er betydelig forskjell på studier gjort i Norge, Norden og for eksempel i USA. Det kan virke som at i USA er dette fokuset kommet mye lengre, der det blant annet er opprettet særskilte akuttmottak for eldre. (Hartocollis, 2012. Esposito, 2018. Sintef, 2014) Hovedtrekkene fra de funn jeg gjorde innledningsvis var når det gjelder geriatrisk omsorg i akuttmottak fra et sykepleieperspektiv i Norge, så finnes der ganske mange bacheloroppgaver. (Hatteland Sørheim, 2013. Lind Støten, 2017) Videre finner jeg mange artikler skrevet som innlegg og kommentarer til erfaringer i akuttmottak (Juvik, 2017. Brustad, 2018). De studier som jeg finner på forskningsnivå er stort sett prosedyre, sykdom og tilstandsspesifikke. Fra et sykepleieperspektiv sees det på spesifikke prosedyrer eller betydningen av ivaretagelse av en spesifikk sykdom/tilstand. Hovedtrekkene fra de eksisterende studier er dermed i all hovedsak fra helsetjenestens perspektiv, ekspertise perspektiv og spesifikt rettet mot en tilstand/sykdom og spesifikk prosedyre. Den nærmeste norske rapporten jeg har funnet er fra 2008 og den handler dels om de sykepleiefaglige utfordringer i akuttmottak. (Næss 2008.) Denne rapporten er interessant fordi den konkluderer med behov for utredning og avklaring for vurderingsansvar og vurderingskompetanse i akuttmottak. Rapporten synliggjør de mange utfordringer sykepleierne møter i ivaretakelsen av de eldre i akuttmottak. Dette var før tiden akuttmottakene i Norge innførte sorterings og hastegrads verktøy, fra cirka 2009 og frem til nå, som ved UNN; RETTS. Det var derfor interessant og se om innføringen av disse verktøyene har hatt betydning for ivaretakelsen av de eldre og sykepleierens opplevelse av den sykepleiefaglige utøvelsen for den akutte geriatriske pasienten. Jeg har så langt ikke funnet noen norske studier med en holistisk tilnærming som omhandler sykepleiernes opplevelse og/eller erfaring med ivaretagelse av den geriatriske pasienten i den akutte fasen.

Statens helsetilsyns tilstandsrapport om akuttmottakene fra 2008 viste at det var store samtidighetskonflikter, og mange pasienter gjorde at liggetiden i akuttmottakene var stor og til tider uforsvarlig. Den viste at kjennskapen til rutiner og prosedyrer var lav blant helsepersonell i akuttmottakene. Kompetanse til å ivareta var også en faktor som var lite prioritert. Videre fremgår det at mange pasienter er mottatt med uklare diagnoser og diffuse komplekse tilstander. Den sier ikke noe spesifikt om den eldre pasienten, men de diagnosene det refereres til er dominert av den eldre pasienten. Jeg synes denne studien er interessant og relevant for min undersøkelse fordi den er spesifikt rettet mot akuttmottakene og synliggjør utfordringene. Den er likevel ikke særskilt rettet mot sykepleiernes erfaringer og opplevelse

og har ikke deres perspektiv. Helsetilsynet gjorde i 2010 også en analyse for å identifisere risikoområder for de eldre i spesialisthelsetjenesten, hvor mange av de samme faktorene som i rapporten fra 2008 kom frem. Her er det sykepleiere med som analytikere, men perspektivet er likevel på behandling og ivaretagelse på et generelt grunnlag og ikke fra et enestående sykepleieperspektiv. (Statens helsetilsyn, 2008 & 2010)

En like relevant studie som er gjort er samarbeids-studien mellom SINTEF, Trondheim kommune og St.Olavs Hospital i Trondheim hvor man så på akuttmottakenes organisering, tilrettelegging og behandling av den geriatriske pasienten i den akutte fasen. Der er det gjort en større studie for en behovskartlegging. Den er inspirert av gjennomførte studier og iverksatte tiltak i USA. Denne studien sier mye om den geriatriske pasientens særskilte behov for å bli møtt med kunnskap og kompetanse og med tilrettelagte forhold. (SINTEF, 2014)

Ergo vet vi mye om den eldre i akuttmottak og de behov som mangler, men vi vet ikke hvordan sykepleiere opplever å stå i denne erfaringen, vurderingen og praksisen, i Norge. Dette ble grunnlaget for søkestrategien min.

### ***3.1 Strategi og funn***

Strategien er valgt ut fra undersøkelsens forskningsmetode og omfang. Søkene er gjort i samarbeid med UNN Harstads hovedbibliotekar Jan Frode Kjensli. Databasevalget falt på Scopus, Cinahl og Pubmed. Disse ble selektert for sin bredde og dybde i den kvalitative forskningen og foretrukket for denne forskningsmetoden av bibliotekar. I dekning av vitenskapelige tidsskrifter er Scopus, Pubmed og Cinahl veldig omfattende. Cinahl dekker spesielt litteratur om sykepleie. Pubmed og Scopus har bred dekning innenfor medisinske fag.

Søkene er hovedsakelig gjort i 3 omganger. Det vil si at der er tre store hoved søk, komplementert med mindre usystematiske søk. De første søkene ble gjort 15.11.2017 for å se om der fantes tallmateriale eller artikler, tilstandsrapporter, vitenskapelige og ikke-vitenskapelige publikasjoner relatert til den akutte geriatriske pasienten ved Universitetssykehuset Nord-Norge. Det ble søkt i databaser, SSB, kvalitetsregister, aviser, tidsskrifter, Oria og i statistikkoversikter. Vi startet med et bredt søk på den akutte geriatrisk pasienten og videre søk ble spisset etter hvert som funnene manglet relevans.

Andre søket ble gjort 5.6.2018 med fokus i Pubmed og Cinahl.

Tredje søket ble gjort 20.12.2018 og inkluderte Scopus og det endelige valget falt på disse tre databasene for litteratursøket.



Det er forsøkt benyttet flere variabler innenfor PICO og ved siste søk var det følgende i tabellen under som ble anvendt etter spørsmålet mitt: «Hvilke utfordringer opplever sykepleier i ivaretagelsen av pasienter med akutt redusert allmenntilstand/ akutt funksjonssvikt?» Som det kommer frem av PICO tabellen har jeg ikke vektlagt ordet «utfordringer» Dette har jeg valgt å utelate fordi jeg mener det finnes mye litteratur på hvilke utfordringer som finnes i ivaretagelsen av denne pasientgruppen. Det interessante for denne studien er å undersøke hvordan dette oppleveres og erfares av sykepleierne og på hvilken måte.

	Norsk	MeSH	Tekst
<b>P:</b>	Den akutte geriatrike pasienten Eldre akutte pasienten	Geriatric emergency medicine	Geriatric* critical*emergency*
<b>I:</b>	Ivaretagelse akutt geriatri Eldreomsorg / den eldre pasienten i akuttmottak	Critical geriatric care and triage	Triage* geriatric* emergency* Care*
<b>C:</b>	n/a	-	-
<b>O:</b>	Mottakssykepleiers opplevelse / erfaring	Critical nursing in geriatric emergency medicine	Nursing* experience* perspective* perception*

Fig. 1

Søkestrategien bygger på å kombinere flere separate søk med hverandre. Det ble tatt høyde for alternative søkeord og stavevarianter. Først ble flere separate søkeord/fraser kombinert med OR (listen over søkeord er ikke uttømmende).

Utdrag fra søkestrategi:

"nurses experience" OR "nurses' perspective" OR "nurses' opinion" OR "nurses' perception"
"aged" OR elderly OR "aged patient"
"intensive care unit" OR "Hospital Emergency Services" OR "Emergency Outpatient Unit" OR "Emergency Outpatient UnitS" OR "Emergency Departments" OR "Emergency Rooms" OR "Emergency Room" OR "Emergency Hospital Service" OR "Emergency Hospital Services" OR "Emergency Unit" OR "Emergency Units" OR "Emergency Ward" OR "Emergency WardS" OR "Hospital Service Emergencies" OR "Hospital Service Emergency" OR "Hospital Service Emergencies" OR "Emergency Department" OR "Hospital Emergency Service"

Fig. 2

Deretter ble de 3 søkene kombinert med AND.

Det er brukt både tekst ord og MeSH ord. Det er hovedsakelig søkt fra år 2010 men funn fra og med 2013 er vektlagt. Kritisk vurdering av forskningsfunnene og litteratursøkene er gjort kontinuerlig og funnene sjekkes jevnlig mot den relevans og vitenskapelighet de innehar. Jeg anvendte en sjekklister for kvalitativ forskning fra folkehelseinstituttet. (FHI, 2014) Jeg vurderte fortløpende om det ville bli aktuelt med nytt søk og ny innfallsvinkel i søk etter at datamaterialet var transskribert og den initiale analysen gjort.

Nytt søk ble gjort 27.2.19 og 4.3.2019: Søkestrategi var å inkludere ordet «triage» for å spisse funnene rundt undersøkelsens problemstilling og kontekst.

I søket 25.2.19 utvidet vi i PubMed med filtrering for Open Access og publisering de fem siste årene. Resultatet ble 40 artikler og av disse ble 10 plukket ut som høyst relevante, hvorav 4 var begrenset med tilgang.

Søket 4.3.19 var mindre, og begrenset til å bruke strategien med AND for å skille ut eventualitetene. På søk nr. 2 resulterte funnet i 17 artikler og av disse ble 15 plukket ut som høyst relevante, en var begrenset med tilgang og 1 var på spansk.

Ut fra disse søkene var det totalt 27 aktuelle artikler. Disse har jeg vurdert som relevante og interessante og abstraktene i 11 artikler er kvalitetssjekket etter sjekklister fra Helsebiblioteket kunnskapsbasert praksis. Etter denne kvalitetssjekken satt jeg igjen med 7 artikler som sammen med den utvalgte litteraturen øvrig komplementerte undersøkelsens spørsmål. Disse artiklene ble også vurdert for sin relevans for fagfeltet og de norske forhold. (Vedlegg 7)

Søk 4.3.19 i PubMed eksemplifisert:

# 1 "Triage" OR "geriatric patient" OR "nurse" OR "experience" OR "perception" OR "views" OR "challenge" OR emergency department" :538853 treff
# 2 "Geriatric patient" AND "emergency department" AND "triage" AND "nurse":17 treff

Fig. 3

Forskningsfunnenes relevans til problemstillingen opplever jeg som mager. Av de 11 artikler som svarte mest til forskningsspørsmålet var det 2 som omhandlet akuttsykepleiernes kunnskap og kompetanse i geriatrisk ivaretagelse og triage (Roethler, Adelman og Parson, 2011 & Grossmann, Zumbrunn, Ciprian, Stephan, Woy, Bingisser og Nickel, 2014). 3 omhandlet organisasjonelle og strukturelle utfordringer som påvirker den akutte geriatriske ivaretagelsen (Mcbrien, 2008. & Skar, Bruce og Sheets, 2014. & Ringer, Dougherty, McQuown, Melady, Ouchi, Southerland og Hogan, 2018) 4 hadde perspektiv på sykepleie utfordringer i møte med den akutte geriatriske pasienten (Moons, Arnauts og Delooz, 2002. Larsson Kihlgren, Nilsson og Sørli, 2004. Thorup, Rundqvist, Roberts og Delmar, 2011 og McIntosh og Sheppy, 2013) 2 av disse var henholdsvis fra 2002 og 2004 og jeg var bekymret for relevansen, men fant fort ut at det historiske i forskningen er viktig hvis jeg ønsker å forstå de kulturelle og tradisjonelle betingelsene for problemstillingen. De to andre (2011 og 2013) omhandlet etiske fordringer og integritetens utfordringer. De to siste artiklene (Uhrenfeldt og Terp Høybye, 2015. Goodridge og Stempien, 2018) hadde i stor grad pasient perspektivet,

men med fokus på sykepleiernes utøvelse som betydning for pasienten og var derfor høyst interessante. Av alle disse er ikke én norsk. De øvrige 15 er også interessante for sine perspektiv på pasient, sykepleiers, organisasjon og struktur i akuttmottak, men jeg fant ikke at de gav noen dypere innsikt i forskningsspørsmålet eller komplementerte tolkningen.

Det meste av kildene mine er hentet fra andre deler av verden, flest fra USA, Canada og Europa, 1 fra Australia. Ingen fra Asia eller Afrika. Det var som nevnt begrenset med litteratur på dette området og spesielt manglet det undersøkelser gjort i Norge basert på norske forhold. Akuttmottakene og akuttmedisin i Norge er i forhold til andre deler av verden, med unntak av Danmark, organisert slik at det er en større sortering av pasienter før de møter i akuttmottak. Norge og Danmark har en struktur for øyeblikkelig hjelp som håndteres først og fremst, og i større grad, av primærhelsetjenesten. (Helsedirektoratet, 2014)

De norske kildene er hovedsakelig offentlige rapporter, utredninger og akademiske oppgaver av ulik orden. (Helsetilsynet, 2010. Helsedirektoratet, 2014. Helse og Omsorgs departementet 2019, Næss, 2008). Jeg valgte å starte bredt i søken etter fagbøker, men fant fort ut at faglitteraturen sa mye om det samme og inneholdt de samme emnene. Jeg måtte velge meg de jeg fant mest interessant og komplementerende i forhold til problemstillingen, det teoretisk rammeverk og den utdypelsen jeg behøvde i analysen og drøftingen. Jeg gjorde ytterligere søk under analyse og diskusjonsarbeidet. Disse søkene ble gjort direkte i universitetets databaser, bibliotek, direkte i tidsskrifter eller googlet. Det ble ikke gjort databasesøk på de sistnevnte søkene da jeg allerede hadde en viten om hva jeg var ute etter, hvilket materiale jeg skulle se etter og hvor jeg kunne finne det. (Utdrag søk og strategi og funn: Vedlegg 7)

## 4 Metode

Undersøkelsens forskningsmetode har et kvalitativ utforskende design, med en hermeneutisk tilnærming. I denne forskningsmetoden er fleksibiliteten stor og det er en omfattende metode som ikke har en konkret struktur å følge. Den vil veksle mellom tolkning og teori. Strukturen dannes underveis i arbeidet med å forstå beskrivelsene og støtte den i teori. Jeg mener det er den metoden som kan best hente ut og ivareta den informasjonen som jeg søker, uten at materialet blir analysert til feiltolkning eller over-tolkning. Kvalitativ utforskende metode søker å forstå med innsikt, bredde, dybde og helhetlig tenkning, og i denne analysen; med en hermeneutisk tilnærming.

Malterud (2011) sier at kunnskap består av mer enn det som kan veies og måles og at kvalitativ forskningsmetode er en av flere veier til vitenskapelig kunnskap. Hun sier at denne metoden (2002), egner seg for utforskning i menneskers erfaring, opplevelse og verdier. Og at denne metoden må utføres slik at den vitenskapelig kan bedømmes etter kriterier som bekrefter meritterende vitenskapelig innsats. I kvalitativ metode tilføyes kriteriene relevans og refleksivitet som støtter undersøkelsens pålitelighet med en vitenskapelig troverdighet. (Malterud, 2002. Polit & Beck, 2012) Grunnleggende prinsipper i kvalitativ metode er svært viktige. I denne studien har jeg etter beste evne tilstrebet å holde meg nær disse prinsippene. Gjennom hele arbeidsprosessen har jeg forsøkt å ha en tilstedeværende systematisk kritisk tenkning, og en bevissthet om min forskerrolle og forforståelse. (Malterud, 2017, 2002 & 2012. Polit & Beck,2012)

### 4.1 Metodedesign

I denne studien ønsket jeg å få innsikt i sykepleiers *opplevelse* av utfordringene i den akutte ivaretagelsen av geriatriske pasienter. Med et utforskende design ønsket jeg å få innsikt i opplevelser beskrevet av sykepleiere, for videre å kunne forsøke å forstå, tolke og oversette disse opplevelsene til en ny forståelse for erfaringene og opplevelsene hos sykepleierne. Et utforskende design med hermeneutisk tilnærming tilrettela for at studien fikk et «åpent landskap»; det betyr at det var selve *forståelsen* av det som skulle være fokuset mitt, mer enn å *forklare* beskrivelsene og fenomenene. Det var dermed ikke forklaringer jeg var ute etter, men opplevelse og erfaring, som kan bidra til ny innsikt, mer enn svar eller bekreftelse på den kunnskap som allerede finnes. I denne undersøkelsen er analysen essensiell. Det paradoksale med metodevalget mitt er at den hermeneutiske tilnærmingen ikke tillater analyse og forklaring, den skal veilede meg i å beskrive det som viser seg så tydelig og presist som mulig ut fra informantenes ståsted og perspektiv, *deres* virkelighet er den virkelige. (Kvale og

Brinkmann, 2015) I hermeneutisk tilnærming søker jeg å utforske, undersøke og tolke med en nøytral tilstedeværelse, likevel bevisst min egen forforståelse og sykepleiernes perspektiv. Den vitenskapsteoretiske forankringen og referanserammen er ikke uttømmende, men fordrer å bidra til en ytterligere og kontinuerlig forståelse for ny mening, ny hensikt, nye spørsmål og/eller ny kunnskap. (Nilsson, 2007)

#### **4.2 Kontekst**

Kontekstens betydning er vesentlig for undersøkelsen og analysen da resultatene skal forstås i den bakgrunn og plattform de befinner seg i. Konteksten skal kunne validere undersøkelsen ved dens betydning for overførbarhet. Kontekstens teoretiske forankring er også viktig da undersøkelsens arena skal forstås i den situasjon og mening den undersøkes i og i hvilket miljø resultatene kommer frem i. Konteksten er ofte forklart som den forståelsen vi ser handlinger eller følelser i, men en kontekst kan være grenseløs. I denne analysen forstod jeg tidlig i datainnsamlingen at de begreper og tema som sykepleierne delte med meg ville være avhengige av å bli forstått i en gitt kontekst for å styrke nærheten til den situasjonsorienterte virkelighet. (Johannessen, Tufte og Christoffersen, 2016. Uhrenfeldt, 2010. Malterud, 2017)

##### **4.2.1 Akuttmottaket**

Akuttmottak er spesialisthelsetjenestens tilbud for øyeblikkelig hjelp. I akuttmottakene ved UNN jobber leger og sykepleiere side om side i den øyeblikkelige ivaretagelsen av pasienter med behov for vurdering og behandling i et høyere nivå. I akuttmottakene kan man få vurdert og behandlet akutt oppståtte skader og akutt oppstått sykdom, eller sykdom med akutt alvorlig forverring. Mottaket jobber etter RETTS hastegradsvurdering og tiltaksinitiativ, ulike legespesialistforeningers akuttveiledere, medisinske og kirurgiske «team» treningssystemer og lokale prosedyrer. (eks: RETTS, KITS; kurs i traumesykepleie, BEST; bedre og systematisk traumebehandling, PEDSAFE; pediatrik trening og vurdering av barn og ungdommer og akuttveileder geriatri fra Norsk Helsenett.) I de senere tiår er det den eldre gruppen pasienter som har økt mest i omfang i akuttmottak, fordi vi lever lengre og dermed er mer utsatt for livstruende sykdom og tilstand. (Helse og Omsorgsdepartementet, 2019)

Akuttmottakene er beredskapsposter. Det vil si at de er konstant forberedt på å motta akutte oppståtte hendelser, i ulikt omfang, og det er stor uforutsigbarhet i arbeidshverdagen til helsepersonalet og belastningen på avdelingen. På en vakt kan det være alt fra ingen til flere titalls pasienter og både høyt press og samtidigskonflikter er normalt for denne type avdeling. (Nickel, Bellou og Conroy, 2018)

#### **4.2.2 Mottakssykepleier / Akuttsykepleier**

**Mottakssykepleier:** Sykepleier i akuttmottak med ansvar for det initiale mottak og ivaretagelse av akutte pasienter. Mottakssykepleier har ansvar for triage, vurdere, tilrettelegge og iverksette tiltak for den akutte ivaretagelse.

Mottakssykepleier er altså sykepleier i akuttmottak med ansvar for det initiale mottak av akutte pasienter. Mottakssykepleier har ansvar for triage, vurdere, tilrettelegge og iverksette tiltak for den akutte ivaretagelse. I akuttmottakene i UNN er det sykepleiere uten krav om spesiell / videreutdannet kvalifikasjon som har ansvaret for mottak av syke pasienter.

Kompetansen blir gitt gjennom opplæring i de respektive avdelingene og gjennomføring av obligatorisk sertifisering på behandling og utstyr. Akuttmottakene gir opplæring i form av «mentor veiledning», sertifisering i avansert førstehjelp, kursing i akutte mottaksteam og samhandling og koordinering, både kirurgisk, medisinsk og for barn, og øvrig tilrettelegger for at sykepleiere selv innhenter og oppdaterer seg på faglige prosedyrer, rutiner og verktøy gjennom kompetanseplaner. I akuttmottaket er den første kontakten og vurderingen med pasienter gjort av sykepleier. Det er sykepleier som møter pasienten og tar imot og som gjør de første observasjoner og vurderinger. Det er sykepleier som formidler tilstand og hastegrad til lege. Det er også sykepleier som tar den første anamnesen og på bakgrunn av den, samt vurderingsverktøyene, blir den eldre pasienten vurdert og hastegrads plassert. Det er derfor i stor grad sykepleiers ansvar, med sin kunnskap, kompetanse, erfaring, intuisjon og bruk av støtteverktøyene, å sikre gode observasjoner, gjøre adekvate vurderinger, samt viktige hastetiltak og en riktig formidling videre. En riktig formidling videre vil være å informere legen om tilstand, tiltak/behov og hastegrad, eventuelt varsle for akutt behandling som f.eks. mottaksteam, røntgen, tilkalle forsterkede ressurser og medikamentelle behov.

“Critical and acute care nursing practice is intellectually and emotionally challenging, requiring quick judgements and response to life-threatening conditions where little margin for error exists. Developing expertise in acute and critical care practice requires experiential learning under pressure and “thinking in action” (thinking linked with action in ongoing situations)” (Benner, Hooper - Kyriakidis, Stannard, s. 1)

### **4.2.3 Den akutte pasienten**

Den akutte pasienten er den mellom 0 og 105 år. Akuttmottaket tar imot alle med behov for akutt og spesiell vurdering, det være seg den ufødte, den nyfødte, barnet, ungdommen, voksne og eldre, små og store hendelser, psykisk og somatisk. Den akutte pasienten er som hovedregel alltid undersøkt av primærhelsetjenesten (fastlege / legevakt) og vurdert med behov for videre undersøkelser eller behandling hos spesialisthelsetjenesten (sykehus). Den akutte pasienten er derfor oftest allerede inne i et vurdering - og behandlingsforløp når de kommer til akuttmottak. Likevel er det noen pasienter hvor det akutte inntreffer så brått og så voldsomt at det krever umiddelbar respons av spesialisttjenesten uten å gå via primærtjenesten. Dette kan for eksempel være hjertestans, hjerneblødning, drukning, selvmord, brann, traumatiske ulykker og skader m.m. Disse kommer ofte inn via 113 – AMK og prehospitaletjeneste Ambulanse, eller de dukker opp i akuttmottaket ved egen hjelp eller ved hjelp av pårørende. Det som kjennetegner den akutte pasienten mest, er likevel *tiden*. «*Tiden det står om*». Tid fra hendelse til tiltak, tid til oversikt om hva som har skjedd / skjer, tid til ressurser og tiltak, tid til respons, tid til ivaretagelse og omsorg, og tiden videre. Den akutte pasienten er den med et akutt behov som ivaretas i akuttmottak av helsepersonell med akutt kompetanse og «direktelinjer» til spesialisert behandling som for eksempel avansert røntgen, kirurgi, avansert medisinsk behandling og videreføring til høyere eller lavere omsorgsnivå. Den akutte pasienten skal i akuttmottak for å bli vurdert for alvorlighet og hastegrad og skal stabiliseres ved adekvat behandling. (Helsetilsynet, 2008. Helsedirektoratet, 2014. Helse og omsorgsdepartementet, 2019)

### **4.2.4 Den akutte geriatriske pasienten**

Den akutte geriatriske pasienten er uforutsigbar og et ukjent «terreng». Det er ikke enkelt å definere den geriatriske pasienten etter alder. Den norske legeforening for geriatrisk medisin og NHI (Norsk helseinformatikk) setter nedre grense på 65 år. Den geriatriske medisinen er likevel dominert av aldersgruppen 80+. RETTS definerer den geriatriske pasienten >75 år og akuttmedisinsk faglitteratur (Wyller, 2015. Wisten, Rundgren og Larsson 2013. Nickel, Bellou og Conroy, 2018)) er enige om at det er den komplekse og komorbid tilstanden som oftest plasserer en pasient inn i den geriatriske definisjonen. Den eldre pasienten i akuttmottak krever ofte et skjerpet fokus, og oppmerksomheten må også rettes på alle symptomer som *ikke* viser seg, i motsetning til den yngre pasienten. Det som kjennetegner den akutte eldre pasienten er ofte dens fravær av tydelige symptomer, uspesifikke og/eller atypiske symptomer og ofte er de diagnostisert med nedsatt allmenntilstand eller akutt funksjonssvikt. (Ibid.)

**Redusert Allmenntilstand / Akutt funksjonssvikt:** Med denne definisjonen på tilstand mener man en observert og klinisk vurdering av en generell helsetilstand uten spesifikke symptomer som kan knyttes til konkrete organer eller funn som umiddelbart gir diagnose. Begge begrepene er vide og knyttes til både helsepersonells bedømmelse av en initial helhetsvurdering av tilstand, men også pasientens opplevde tilstand. Akutt funksjonssvikt defineres som tap av minst en ADL-funksjon i løpet av de 2 siste uker før innleggelse. Begge begrepene anvendes der hvor man ikke med sikkerhet kan si noe om årsaken til sykdom og tilstand (Wyller, 2015. Wisten et.al. 2013, Nickel et al. 2018)

En veldig overmannende akutt trøtthet kan for eksempel hos en eldre være det eneste symptomet på akutt hjerteinfarkt, endret adferd kan være skjult symptom på smerter, og uro kan for eksempel være infeksjon. Flere av disse symptomene kan fremtre samtidig, men også være maskert av polyfarmasi, kognitive/ cerebrale sykdommer og f.eks. underernæring. (ibid.) Det som derfor er spesielt med den eldre pasienten er disse uklare og sammensatte symptomene som må tolkes ut ifra en forståelse og innsikt i den Eldres normaltilstand. Dette kan være utfordrende for alt helsepersonell i alle behandlings – og omsorgsnivåer, hva er normalt og hva er ikke normalt hos den eldre? Sykdom og tilstand (demenssykdommer, nevrologiske og syndromer) kan gjøre at denne forforståelsen av normaltstanden ikke er lett å få kjennskap til. (Ibid.) Videre er den eldre akutte pasienten utfordrende på grunn av et komplekst helhetsbilde i sin sykdom og tilstand. Eldre har ofte flere sykdoms tilstander og behandles derfor også ofte med flere medisiner. Dette er spesielt fordi tilstandene og medisinene kan vise flere av de samme symptomer, virkning og bivirkninger. Det krever innsikt og forståelse for hva som kan forventes å være virkning og bivirkning på medisiner og symptom på sykdom og tilstand, igjen; hva er normalt og hva er ikke normalt, eller hva kan forventes / ikke forventes. Samtidig er de Eldres fysiologiske aldersforandringer slik at forventede symptomer ofte opptrer etter en svært individuell tilstand. Den Eldres fysiologiske endring opptrer ikke etter faste genetiske koder og derfor kan en person på 65 år vise atypiske og uspesifikke symptomer mens en på 80 år viser helt forventede og ikke skjulte symptomer. Den geriatriske pasienten kjennetegnes derfor ikke av sin alder, men av sin kompleksitet. Den akutte geriatriske pasienten er kompleks å undersøke og avhenger svært mye av konteksten sykdom og tilstand opptrer i. Det er derfor avgjørende å ha trening i, og tid til, å avdekke pasientenes normal og unormale tilstand. Dette kan i seg selv nærmest være en umulig oppgave da tilstand og sykdom kan gjøre historiene lite troverdige og/ eller umulig å få tak i og må ofte suppleres av andre kilder enn pasienten selv. En annen utfordring med den eldre pasienten er dens sårbarhet for fatal forverring. De Eldres fysiologiske og biologiske faktorer gjør at man ikke kompenserer slik yngre mennesker gjør. De Eldres immunsystemet og forsvarmekanismene kan være redusert og kan derfor svikte raskere og har høyere risiko for



multisvikt. En urinveisinfeksjon kan bli fatal fordi den raskere fører til sepsis og i verste fall irreversibel multiorgansvikt. Hvordan vet man da at det er en urinveisinfeksjon hvis alle symptomer på urinveisinfeksjon er fraværende og pasienten selv ikke kan redegjøre for dette? «Å skaffe seg oversikt over slike komplekse interaksjonsmønstre er en av de store intellektuelle utfordringene i geriatrien» (Wyller, s198) Å hastegrads vurdere pasienter er i alle akuttmottak essensielt i mottak og behandling, og etter RETTS modellen skal dette skje innen 15 minutter og triage skal ta i underkant av 10 minutter. Dette er ikke alltid mulig hos den eldre pasienten fordi pasientens komplekse tilstand utfordrer å innhente informasjon, og selve undersøkelsen kan være vanskelig å gjennomføre. (Nickel, Bellou og Conroy, 2018, Wisten, Rundgren og Larsson, 2013, Wyller 2015)

Pasienten blir meldt til akuttmottaket, ankommer, og blir tatt imot av sykepleier som initierer de første undersøkelsene, anamnese og tiltak. Det blir blant annet tatt blodprøver, og svarene foreligger som oftest innen en time etterpå. Likevel er det ikke sikkert at blodprøvene gir noen klare svar eller indikasjoner på hvorfor den eldre er blitt syk. Blodprøvene kan vise, av ulik grad, blant annet; elektrolyttforstyrrelser, infeksjonsparameter eller legemiddelpåvirkning, men likevel, noen ganger; ingen klar indikasjon på årsak til redusert allmenntilstand / akutt funksjonssvikt. (Ibid.)

#### **4.3 Datainnsamling**

Som et verktøy i kvalitativ forskningsmetode valgte jeg å benytte meg av intervju for å få informasjon til undersøkelsens problemstilling. Jeg valgte å gjøre semistrukturert intervju med intervjuguide. Et semistrukturert intervju mente jeg ville åpne for at informantens opplevelse av det som er viktig, nærmest og reelt for dem, ville få plass til å uttrykkes. Et semistrukturert intervju kan beskrives som en profesjonell samtale. Jeg stilte noen innledende spørsmål, og lot informantene bestemme tid og behov for å svare og spontant, og intuitivt beskrive opplevelsene og erfaringene. Jeg brukte intervjuguide (vedlegg 6.s 85) som støtte til en slik samtale for å holde struktur i intervjuet, og brukte hjelpesørsmål for å føre samtalen videre, også for å begrense/grense og sette struktur i samtalen slik at den ikke skiftet fokus eller tema. (Nilssen, 2012. Dalen, 2011. Malterud, 2017)

Jeg valgte meg sykepleiere ved akuttmedisinsk klinikk på Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN). Det var selvsagt at det var disse som skulle bli forespurt da det var deres felt jeg ville undersøke. Det er også de som best kan skildre de utfordringene de selv står i fra deres perspektiv. Initialt hadde jeg invitert alle akuttmottakene ved dette sykehuset til deltagelse i undersøkelsen. Jeg hadde satt rammen til 6-10 informanter og mente dette ville gi et godt

representativt utvalg for undersøkelsens størrelse. Hovedsakelig hadde jeg ønsket meg inntil 4 fra det største akuttmottaket, Tromsø, og henholdsvis inntil 3 fra akuttmottakene i Harstad og Narvik. Det var likevel ingen god respons fra disse akuttmottakene, og etter flere runder med vurderinger både for antall informanter og betydningen av fravær av informanter bestemte jeg meg for å gjennomføre intervjuene med de 4 sykepleierne som meldte sin interesse. Disse fire informantene ble sjekket etter kriteriene jeg hadde satt, og alle møtte disse kriteriene.

Det var viktig i min undersøkelse at sykepleierne hadde kunnskap for intervjuets innhold og at konteksten var kjent. Det er i studier med kvalitativ tilnærming viktig med et utvalg som kan belyse og gi dybde på en eller flere problemstillinger. Jeg vektla derfor i inklusjonskriteriene at sykepleierne hadde god erfaring. I tillegg var det en faktor at RETTS ble innført i UNN i 2013, og at undersøkelsen som er utført i 2019, gjorde at jeg stilte krav om minimum 5 års erfaring fra akuttmottak. Dette gir erfaringsansiennitet både som mottakssykepleier og med modellen RETTS. Det var også viktig for meg at informantene varierte i alder, kjønn, ansiennitet og kompetanse, disse kriteriene ville velges tilfeldig ut. Jeg ekskluderte sykepleiere med mindre enn fem års erfaring i akuttmottaket og de som ikke var yrkesaktive (Sykemeldte, permisjon o. l) Dybden og mengden i sykepleiernes erfaringer var vesentlige for den informasjonen jeg ønsket å se på og derfor ble dette vektlagt.

Målet mitt med denne strategien var først og fremst at utvelgelsen skulle være hensiktsmessig med et adekvat utvalg for en sterk overføringsverdi. Mitt ønske med utvalget var at om den skulle være, om ikke generaliserbar, så i alle fall gjenkjennbar, slik at den kan overføres gjenkjennbart til eget arbeidsfelt og andres opplevelser og forståelse i møte med den geriatriske pasienten i akuttmottak. Målet med utvalgsstrategien og metoden og dens kvalitet er at dette skal kunne bidra til kunnskap som kan gjenkjennes og anvendes for å styrke forståelsen for utfordringer og kompetansen på dette feltet. Initialt hadde jeg sett for meg at svakhetene med denne studien ville ligge i undersøkelsens diversitet i alle akuttmottakene. Organisatorisk er de alle strukturert forskjellig, og hvordan mottakene administreres er også noe ulikt, noe som kanskje ville ha betydning for opplevelsen og erfaringen til sykepleierne. Likevel var det fraværet av deltagelse i undersøkelsen som ble den største utfordringen i forhold til studiens innhold og kvalitet. Jeg opplevde det initialt som en svakhet og fryktet overføringsverdien ville bli svekket når analysen kom fra datamateriale innhentet på ett akuttmottak alene og med bare fire informanter. (Kvale og Brinkmann, 2015. Johannessen, Tufte og Christoffersen, 2016. Dalen, 2011)

#### **4.4 Studiens kvalitet og validitet**

Malteruds artikkel (2002) beskriver hvordan kvalitativ forskningsmetode legitimeres som vitenskapelig kunnskap gjennom grunnleggende prinsipper om kvalitet. All medisinsk og helsefaglig forskning har prinsipp om å være forskningsbasert og like viktig som at kvalitetsprinsippene er tilstede er det å vite hva som begrenser vitenskap (Malterud, 2002 & 2017). Kvalitativ forskningsmetode er fortsatt omdiskutert, men mer og mer anerkjent for sin kvalitet ved at forskningspraksisen anvender kunnskap som utvikles og systematiseres, og som tåler å bli vurdert og etterprøvd. (Malterud, 2017) Kvalitetsprinsipper i denne forskningsmetoden er refleksivitet, relevans og validitet. Disse tre prinsippene er kjennetegnene Malterud (2002 & 2017) fremhever som kjennetegnene i kvalitativ forskningsmetode som er systematisert og kunnskapsutviklende. *Refleksivitet* er den forutsetning og fortolkningsramme undersøkelsen analyseres i. *Relevansen* handler om på hvilken måte kunnskapen skal anvendes og dens relevans til det gitte området, og i hvilken grad den valgte metode og ramme er relevant for forskningsområdet. *Validiteten* er gyldigheten av det forskeren forsøker å finne ut av. Det siste prinsippet, validitet, deles i to og handler om intern og ekstern validitet, hvor den interne validiteten i denne undersøkelsen er knyttet til den demografiske plasseringen; i akuttmottak og sykepleiere i akuttmottak. Den eksterne validiteten knyttes til spørsmålet om resultatene i undersøkelsen kan overføres til andre akuttmottak og/eller sykepleiere i akuttmottak. Den interne validiteten i denne undersøkelsen var utfordrende fordi jeg skulle forske på egen arbeidsplass, i eget felt og blant mine kollegaer. Jeg vurderte dette gjennomgående fra planleggingen av intervjuene til analysen av resultatene og har kommet frem til at jeg ikke har kunnet finne verken i lydbåndene, eller i teksten, noe som skulle tyde på at den interne validiteten var satt på spill. Etter at de første utfordrende minuttene i intervjuene, opplevde jeg trygghet, en avslappet dialog og svar som hadde fokus på sykepleiernes egne opplevelser og erfaringer. Jeg erfarte at sykepleierne talte med god innsikt i problemområdet og hadde reflekterte svar. Jeg kunne ikke se eller finne at sykepleiernes svar var påvirket av mitt forhold til dem eller avdelingen.

Den eksterne validiteten er også noe jeg har måttet vurdere og tenke gjennomgående på i dette arbeidet. Spørsmålet om undersøkelsens problemstilling og resultat var noe som kunne gjenkjennes, og ha en overføringsverdi, stod som et utfordrende spørsmål fra begynnelse til slutt. Svaret på dette ble oftest at JA, det kunne jeg se. Jeg kunne med sykepleiernes svar, i diskusjonen og i resultatene se fenomener som jeg mener vil kunne gjenkjennes i andre akuttmottak og i andre sykehusavdelinger hvor kunnskap og kompetanse om den akutte geriatriske pasienten kanskje ikke er et fokus, eller ikke er vektlagt i kompetanseheving. Jeg

mener også at det kan antas at fenomenene trygghet, kunnskap og tid i håndtering av akutt syke eldre er fenomen som er gjenkjennbart, og kan ha overføringsverdi i all sykepleiefaglig utøvelse. Om min tilhørighet til akuttmottaket og mine kollegaer har hatt noe å si for validiteten er vanskelig å si med hundre prosent sikkerhet. I dekontekstualiseringen jobbet jeg mye med å finne fellesnevner og utsagn som kunne kodes i samme tema og grupper. Dette kan være en fallgrube da konsensus ikke er en måte å måle validiteten på. Jeg mener derfor at kvaliteten i undersøkelsen styrkes like mye av refleksiviteten og relevansen som validiteten. Refleksivitetsprinsippet i undersøkelsen mener jeg er fremtredende i analysemetoden STC. Den var med meg som en faktor gjennom hele undersøkelsen. Refleksivitet handler om evnen til å ha et kritisk blikk på egen metode, prosess og konklusjoner ved å stille kritiske spørsmål og ha ettertanke for de funn som viser seg. Jeg hadde flere runder med min egen tvil rundt min motivasjon, mitt formål, mine forestillinger og forforståelse. Alle disse tvilene var også drivkraften i undersøkelsen og motivasjonen for å undersøke nærmere de ulike resultater som kom frem. Mange av resultatene var ikke som jeg forventet og jeg måtte flere ganger forkaste de tanker jeg hadde og nullstille meg for å kunne se mer åpent på det som tredde frem i sykepleiernes svar. Jeg har god kjennskap til undersøkelsens fagområde og kritisk refleksjon i eget fagfelt kan være utfordrende. Å bære med meg bevisstheten om min egen rolle, og objektiviteten og nøytralitetens fallgrube, har vært essensielt for å kunne se analysen utover mitt eget perspektiv. Relevansen er knyttet til validiteten og den eksterne validiteten kan gjenkjennes og glir noe over i begrepet validitet, slik Malterud beskriver dens posisjon i kvalitetsvurderingen (Malterud, 2017) Det store spørsmålet i prinsippet om relevans handler om undersøkelsen bringer ny kunnskap eller ny erkjennelse i den vitenskapelige kunnskapen. Dette hadde jeg store utfordringer med. Analysen i undersøkelsen avdekket at fenomenene tid, kunnskap og trygghet var fremtredende, og i sykepleiefaget og utøvelsen er ikke dette ukjente problemstillinger. Jeg måtte flere ganger spørre meg selv om relevansen i forskningsfunnene mine, og jeg var kritisk til om noe nytt egentlig kom ut av undersøkelsen. Det var i forskningsspørsmålet og dens kontekst jeg virkelig kunne hente ny forståelse; hva opplever og erfarer sykepleierne i møte med akutte geriatriske pasienten. Litteraturen og søkene bekrefter mange av forholdene for den akutte geriatriske pasient i akuttmottak. Det jeg mener er nytt og som bringer ny kunnskap til dette fagfeltet, er ikke sykepleiernes erfaring om manglende tid og kunnskap. Det er sykepleiernes opplevelse av trygghet som den viktigste faktoren i mottak av den eldre syke pasienten og hvordan det erfartes at ivaretagelsen var satt på spill av omgivelsenes krav og forventninger.

Til slutt i vurderingen av studiens kvalitet er det viktig å nevne at denne undersøkelsen har jeg gjort alene. Det er mange forhold som bestemte at dette var et arbeid jeg måtte gjøre alene i stedet for sammen med en annen student. Det særlig utfordrende med dette er spesielt refleksivitetsprinsippet, og de mange blindsoner jeg står i, samt at objektiviteten skal overveies med meg selv, som er høyrisiko for en selvoppfyllende profeti. Jeg har snakket mye med meg selv. Diskutert, kranglet og argumentert både i mitt eget arbeid, under analyse av litteratur og i veileders tilbakemeldinger. Innimellom har jeg vært oppmerksom på å gi meg selv noen gode ord. Jeg har likevel savnet en å forske sammen med. Malterud (2017, s.92) er tydelig «Sitt ikke alene første gangen du skal gjennomføre en kvalitativ analyse» Jeg har likevel tilstrebet å ha en kontinuerlig kritisk vurdering under hele arbeidet med denne undersøkelsen. Jeg har heldigvis hatt en dyktig og engasjert veileder som har gitt meg tilbakemeldinger i et slikt format at jeg har måttet stoppe opp flere ganger for å ha gjennomgang med meg selv og mitt forhold til undersøkelsens ulike arbeidsprosesser.

#### ***4.5 Studiens etiske aspekt***

Tillit er et begrep som står sterkt i den kvalitative forskningsmetoden. Det fordres stor tillit til forskerrollen og ivaretagelsen av datamaterialet så vel som tillit til prosessens utførelse. Tilliten er også knyttet til engasjement. At forskeren er dedikert til engasjementet og engasjerer seg i de metoder og prinsipper som kreves og vektlegges i vitenskapelig forskning. I kvalitative studier, særlig intervjustrukturerte studier, er datainnsamlingen særlig personlig. For meg var det et bevisst valg å gjøre intervju for å kunne få dybde, bredde og spontanitet i dataen. Denne personlige nærheten i intervjuene var spesielt stor i møte med eget fagfelt og egne kollegaer. Det var viktig å etablere tillit, trygghet og fortrolighet. Dette forholdet måtte jeg være bevisst, ikke bare i ivaretagelsen av selve intervjuet, men fra forespørselen, under intervjufasen og også i dag er det viktig å ivareta og vise meg den tilliten verdig. Det var også viktig å være bevisst min ivaretagelse av materialet i analysen. Etikken ble utfordret da jeg initialt i analyseprosessen opplevde at jeg kjente på en slags misnøye og fortvilelse over svarene jeg fikk og de jeg ikke fikk. Slik jeg forstod og tolket svarene var urovekkende og skremmende. Jeg kjente på en reservasjon i forhold til å ville dele resultatene med andre, og ikke minst med sykepleierne selv. Heldigvis snudde dette da jeg i nye runder i analysen opplevde å høre dem med en annen tolkning og forståelse.

Sykepleierne må ivaretas for sin anonymitet, da dette er et premiss for deres deltakelse. Presentasjon av anonymitet og personvern ble gjennomgått ved hvert intervju både muntlig og skriftlig. Det ble også gitt informasjon om undersøkelsens hensikt, formål og mulighet for

publisering. Sykepleierne fikk også tilbud om å lese prosjektskissen, hvorpå 1 sykepleier takket ja til dette. Alle sykepleierne har deltatt frivillig og har vært informert om deres mulighet til når som helst å kunne trekke seg. Informantene ble bevisst ikke tilbudt å lese transkripsjonene. Dette valgte jeg for å bevare spontaniteten i intervjuene.

Sykepleierne skal være trygge på at dere anonymitet opprettholdes og ivaretas, livet ut. Dette er vanskelig da det bare ble fire sykepleiere, og alle var fra samme arbeidsplass. At jeg gjorde denne undersøkelsen var heller ikke en «hemmelighet» Jeg fortalte aldri til noen hvem som deltok, men kan ikke være sikker for om deltakerne selv har «publisert» sin deltakelse. Akuttmottakene i UNN er ikke store, og populasjonen i Nord-Norge er heller ikke stor. Utvalget kan kanskje lett snevres inn og jeg er usikker på om deres personvern er fullstendig sikret. Jeg har sørget for at alle data er anonymisert, lydbåndene har heller ikke navn på informantene, men er nummerert slik at bare jeg vet hvem som er hvem. De eneste kildene til gjenkjennelse er meldinger på min egen mobiltelefon og eposter, begge disse kildene er slettet fra mine kontoer. Samtykkeskjemaet, inklusjon/eksklusjons informasjonen og underskrift fra sykepleierne er innelåst inntil undersøkelsen er ferdigstilt og NSD godkjenner at de kan destrueres. NSD har godkjent prosjektskissen og personvernombudet ved UNN har godkjent og tilrettelagt for et sikret forskningsområde.

Metodens etiske aspekt og kvalitet kan diskuteres med de overnevnte faktorer som anonymitet, forskerrolle og datainnsamlingens struktur. Det var kun yrkesgruppen sykepleiere som ble intervjuet. Dette kan være en svakhet når vurderer metoden kritisk. Dette fordi ivaretagelsen av den akutte geriatrike pasienten også omhandler akuttmottakenes organisatoriske og medisinfaglige vurderinger og faktorer og alle disse er i en samhandlings avhengighet. Det er likevel sykepleierperspektivet og deres enestående opplevelser og erfaringer jeg var ute etter, og det ville ikke være hensiktsmessig å involvere andre yrkesgrupper for denne undersøkelsen. Likeledes er jeg kritisk til at undersøkelsen ble gjort på ett akuttmottak alene. Å ha utført samme datainnsamling på flere akuttmottak tror jeg kunne gitt større bredde og dybde til analysen, og dermed ha styrket dataene. I retrospekt ser jeg at hadde jeg gjort dybdeintervju eller fokusgruppeintervju kunne det også kanskje gitt mer dybde i sykepleiernes beskrivelser. Et forsøksintervju eller to, kanskje med en observatør eller veileder før hoved intervjuene, ville nok gjort min rolle og deltakelse i intervjuene mer fokusert på dialogen, og mer fristilt fra intervjuguiden. Jeg hadde et ønske om å styrke forskningen med en tilleggsundersøkelse med kvantitative data, en såkalt mixed-method. (Polit og Beck, 2012. Kvale og Brinkmann, 2015. Malterud, 2017) I en slik undersøkelse

ønsket jeg å samle tall som kunne understøtte de faktiske forhold i akuttmottakene, med et ønske om å kunne si noe om hvordan, hvor mange og på hvilken måte den akutte geriatriske pasienten blir tatt imot i akuttmottakene av sykepleiere. Dette lot seg ikke gjøre, først og fremst, på grunn av omfanget av en slik undersøkelse og de særlige hensyn som måtte tas om godkjenninger fra Regionale forskningsetiske Komitéene (REK), Norsk Senter for Dataforskning (NSD) og personvernombudet i UNN. Samtidig så jeg at en slik undersøkelse ville være uhensiktsmessig da den ikke ville bekrefte eller avkrefte, styrke eller støtte forskningsspørsmålet. Studiens tidsbegrensning ble også avgjørende for de bestemmelser jeg gjorde. Tiden handlet om studiens omfang, metode, fokus og innleveringsfrist. Jeg forstod at hvis jeg skulle fordype meg i de aspekter som kom frem i forskningsspørsmålet ville det være tidkrevende og forde større analyser og kanskje et utvidet datamateriell. Dette gjorde at jeg måtte avgrense fokuset i fortolkningen av datamaterialet til å forstå de svar som var gitt kun i lys av forskningsspørsmålet. Jeg begrenset metoden til å imøtekomme dette fokuset og Nord universitetets retningslinjer for krav til masteroppgave og innleveringsfrist. Oppgaven skulle etter normert tid innleveres 15.05.2019, men ble godkjent utsatt for innlevering til 15.11.2019. Organiseringen min av tiden var et viktig moment for å ivareta analysestrategien og metodens kvalitative aspekt. (Malterud, 2017. Kvale og Brinkmann, 2015.)

## **5 Teoretisk rammeverk.**

I denne undersøkelsen og dens analyse er det essensielt å kunne forankre kunnskapen, opplevelsene og erfaringen som viser seg i analysen, i et teoretisk perspektiv. Teorien innlemmes i materialet og bidrar således til ny kunnskap i tolkningen. Referanserammen jeg valgte meg for undersøkelsen mener jeg veileder analysen i dens beskrivelse, tolkning og forklaring. Det er en selvfølge at jeg velger en sykepleieteori da undersøkelsen skal forankres i sykepleiers opplevelse og det er sykepleie vitenskap- og disiplin og dets begreper som anvendes. Sykepleieteorien formoder å bekrefte eller avskrive sykepleiernes opplevelse. (Malterud, 2017. Uhrenfeldt, 2010)

Sykepleieteorien «fra novise til ekspert» av Patricia Benner (1995) er en teori hvor kontekst og begreper er sykepleiefaglige og tilhører den sykepleievitenskapelige disiplin. Teorien er referanserammens bakgrunn for kontekst, språk og begreper, kultur og vitenskap. Teorien vil sette struktur og stringens til undersøkelsen. Det er hennes verk fra 2011 «Clinical Wisdom and Interventions in Acute and Critical Care» som er forbindelsen mellom hennes teori og den akuttmedisinske konteksten i analysen. (Benner, 1995. Benner, Hooper- Kyriakidis og Stannard, 2011) I denne boken beskriver og analyserer forfatterne utfordringer i møte med akutt syke mennesker, men viser også gjennom eksemplifisering og tolkning, hvordan sykepleieutøvelsen har betydning for pasientene, og sykepleierne, i det som beskrives som «a thinking in action approach» I denne boken vektlegges dømmekraft og handlekraft, lik hennes teori om «fra novise til ekspert» (1995), som viktige elementer for den akutte ivaretagelsen av pasienter. I lys av dette perspektivet ønsket jeg å se på undersøkelsens datamateriale og ramme analysen inn i denne forståelsen.

Patricia Benner, født 1942, er en amerikansk sykepleier, teoretiker, professor emerita og forfatter innen sykepleiedisiplinen. Hennes teori «fra Novise til ekspert» som jeg velger å anvende i undersøkelsens analyse, handler om mesterlighet og styrke i klinisk praksis. Jeg velger meg denne teorien som referanseramme for dens forankring i fenomenologien og det sykepleiefaglige fokuset i teorien. Akuttmedisin er et hastig og effektivitetskrevende fag og av sykepleiere krever det å jobbe under streng disiplin, høy effektivitet og god handlekraft. Benners teori beskriver styrke og mesterlighet forstått i en kompetanse og kunnskaps stige, kjent som Dreyfus modellen (Brykczynski, 2011) Denne modellen belyser en sykepleiers omsorg i et menneskesyn som innehar et individuelt og situasjonsorientert perspektiv, hvor samvittighet, samt engasjert dømme – og handlekraft er betinget for omsorgen og den kliniske dyktigheten som utøves. Benner belyser fenomenene dyktighet, klinisk visdom, engasjement



og dømmekraft. Hun redegjør også for problemløsning, stress, effektivitet og erfaringens betydning i sykepleieutøvelsen. Alle disse elementene i hennes teori mente jeg ville kunne støtte tolkningen og forståelsen av det som viser seg i undersøkelsen. (Uhrenfeldt, 2010. Benner, 1995)

Valget av teoretiker var et bevisst valg med bakgrunn i mitt tema og problemstilling. Benner (1995 & 2011) søker å tolke og forstå de opplevelser sykepleierne har i møte med akutt syke og hvordan deres handlinger og bedømmelser vises i deres egen utøvelse, og dens betydning for pasientene. I min problemstilling søker jeg å forstå sykepleiernes opplevelser. Benner viser i sine modeller hvordan man kan bevisstgjøre og forstå sykepleiernes erfaringer og hvordan man kan se hva som ligger til grunn i forståelse og handling, og hvorfor. Å anvende Benner opplever jeg som meningsfullt og hensiktsmessig fordi «vi snakker samme språk», det er sykepleiernes erfaringer jeg søker å forstå, i den akutte konteksten, med hvilken betydning for pasientene.

Jeg mener også det vil være relevant og viktig å skulle se på sykepleieres opplevelse av ivaretagelsen av den akutte geriatriske pasienten i et angitt geriatrisk perspektiv og referanseramme, i tillegg til den sykepleieteoretiske referanserammen. Geriatri og den geriatriske pasienten er et svært stort felt og umiddelbart vil det implementere ulike perspektiv, referanserammer og disipliner. I denne undersøkelsen stilte jeg noen spørsmål som kan besvares i ulike perspektiv, derfor valgte jeg meg et perspektiv og en referanseramme som kan gi fokus, så vel som rekkevidde i analysen. Referanserammen ville gi meg en innfallsvinkel i mine observasjoner, i eventuelle tilleggsspørsmål, vise vei i metoden og tolke fenomenene i et fokusert perspektiv. Det geriatriske perspektiv og referanseramme jeg valgte meg er det akuttmedisinske perspektiv og referanserammen er sykepleie til den akutte geriatriske pasienten.

### **5.1 Vitenskapsteoretisk inspirasjon**

Patricia Benner' teori er blant annet influert av filosofen Hans Georg Gadamer. Det design og den strategi jeg anvendte for denne undersøkelsen, med hermeneutisk tilnærming, er inspirert av Gadamer som grunnleggeren for den moderne hermeneutikk som en vitenskaps teoretisk retning. Der hvor teorien satte struktur og stringens til undersøkelsen, håpte jeg at den filosofiske grunntenkningen, som en del av referanserammen, ville bidra til en ramme, for selve metoden i forståelsen, av den tolkningen som jeg gjorde i undersøkelsen. Jeg ønsket at den filosofiske rammen skulle styrke og utvide selve tolkningens vei innenfor den teoretiske referanserammen.

Hans Georg Gadamer, født 1900, død 2002, var en tysk filosof, professor og forfatter innen flere disipliner, deriblant farmasøytisk kjemi og filosofi. Gadamers filosofiske hovedverk fra 1960 «Sannhet og metode» (1990) er den filosofiske grunntenkning og tilnærming jeg velger meg. Denne grunntenkning mente jeg ville være viktig og vesentlig for meg, i min forskerrolle, på grunn av dens belysning av hvordan fortolkning er bestemt av sin tid og sin kultur og det situasjonsbetingede. Gadamer beskriver betydningen av forforståelsens bevissthet, men mener ikke at den forutinntatthet som befinner seg i fortolkningsområdet er til hinder for analysen, men snarere kan bidra til at dialog og tolkning åpner seg opp for ny innsikt. Det er åpenheten i Gadamers filosofiske aspekt til metode som tiltrakk meg. I akuttmedisin er det situasjonsbetingede, den kultur og den tids system jeg tolker fra, essensielt i forståelsen av de fenomenene som viste seg. Akuttsykepleie er i et spesielt felt, i en spesiell medisinsk kultur og i en spesiell tid. Det er også mitt eget felt og mine kolleger jeg skal tolke fra. Hans Georg Gadamer vektlegger, slik Patricia Benner er influert av, begrepene; *dømmekraften, opplevelsen og erfaringens* betydning i møte med seg selv og den andre. Disse begrepene tilnærming og teoretiske forankring opplevde jeg utdypet prosessen i forståelsen og slik bidro til en kvalitativ styrke i analysen. (Gadamer, 1990 & 2003)

## **6 Analyse**

En forsknings vitenskapelighet måles ved sin validitet i metoden (Malterud, 2017). En god analyse har tydelige, gjennomsiktede arbeidsprosesser som er systematisk gjennomførte og redegjorte for. En kvalitativ forskningsmetode har som strategi å ha en forpliktende systematikk med et klart mål og hensikt. Det som skiller en god undersøkelse fra den dårlige, er strategien for å forhindre min alminnelige synsing. En gjennomtenkt og velvalgt analysestrategi er derfor avgjørende for en kvalitativ forsknings validitet. (Malterud, 2017). Min analysestrategi var å finne en analysemetode som ivaretok alle utfordrende aspekter i analysen, samt en veiviser med en tydelig struktur for analysen. Dette mente jeg ville være et godt verktøy å forholde meg til i dette nye landskapet jeg skulle tre inn i. Strategien er en tverrgående analyse hvor jeg sammenfatter analysen i dens likheter, forskjeller og variasjoner i de uttrykte erfaringene og opplevelsene hos sykepleierne. Dette er en strategi som passer godt til mitt utvalg, datamengde og forskningsspørsmålet. En tverrgående analyse fordrer et åpent sinn hos forskeren i analysen og som en støtte til denne åpenheten valgte jeg meg en tilnærming som verdsetter dette i kvalitativ forskning; den hermeneutiske tilnærmingen, ved transkripsjonsstrategien Systematisk tekstkondensering, og Hans Georg Gadamer's filosofiske grunntenkning. Min strategi for analysen er inspirert av hans hermeneutiske tilnærming til å tolke og forstå. Denne strategien vektlegger innsikten og bevisstheten i å stå både i nærhet og i distanse til arbeidet og prosessene. (Gadamer, 1990 & 2003. Malterud, 2002 & 2017)

### **6.1 Analysestrategi**

#### **Bevissthet om forforståelse og tolkningens premisser**

Gadamer sier i sitt verk Sannhet og Metode (1990) at forståelsen er noe som *skjer mennesket*, det er noe som kommer innefra, og det er i dette noe at vi utvider forståelsen eller tilegner oss merforståelse. Det er derfor ikke mulig å bestemme på forhånd hvordan denne merforståelsen skal tilegnes. Å være forutinntatt, å ha en forforståelse er noe vi intuitivt tenker er negativt. Malterud (2011) fremhever at det nødvendigvis ikke er slik, det samme gjør Gadamer (1990). Gadamer beskriver forforståelsen som forståelsens betingelse og at all forståelse begynner med at noe taler til oss. Å forstå er alltid å allerede anvende og fortolkning er forståelsens eksplisitte form. (Gadamer 1990 & 2003) I denne oppgaven analyseres erfaringene som sykepleierne har gjort seg. Erfaringene i seg selv er ikke vitenskapelige, men de blir analysert for sin sannhet i forhold til andre oppfatninger. Dette er analysens forhold til referanserammen, teorien og min forforståelse. Bevisstheten om min egen forforståelse i møte med sykepleierne's erfaringer danner grunnlaget for tolkningens premisser, og åpner for ny erfaring. (Gadamer, 1990) Denne metoden var en prosess som skjedde fra begynnelse,

underveis og til slutt. Strategien i undersøkelsen var å holde analysen så nær som mulig den hermeneutiske grunntanken. Jeg måtte flere ganger gjennom analysen stoppe opp, gå tilbake, legge bort arbeidet og minne meg selv på mine utfordringer i mine egne erfaringer og fordommer. Jeg måtte ofte nullstille meg for å kunne stille meg åpen til det som ble sagt og anerkjenne det. *«Åpenhet for den andre innebærer altså at jeg anerkjenner at noe som strider mot det jeg selv mener, blir gjort gjeldende for meg {...} Jeg må godta overleveringens krav {...}, men på den måten at den har noe å si meg. Også dette krever en prinsipiell åpenhet»* (Gadamer, 1990, s.402) Denne åpenheten i analysen fordrer at man har fridd seg fra hovedantagelser og synteser, og at ens egen erfaring, før analysen, er utfordret. (Uhrenfeldt, 2010) Det handler om undring og refleksjon, og at ny forståelse får rom og tid til å utvide seg videre. Jeg tolker og reflekterer over deler, får ny forståelse, og fører delene tilbake til helheten slik at merforståelse kan skje. Kunnskapen og refleksjonene utvider seg som en spiral under arbeidet, slik den hermeneutiske sirkel beskriver prosessen. Det er når fortolkningen rommer fornyelse og kreativitet at dens mening utvides. (Kvale og Brinkmann, 2015, Gadamer. 1990)

## **6.2 Intervjuene**

Innledningsvis og i prosjektskissen hadde jeg planlagt og lagt opp til at informasjon og materiale til forskningen skulle komme fra deltakere fra de tre respektive akuttmottakene ved UNN. Å få frivillige informanter skulle vise seg mer utfordrende enn jeg kunne forutsi. Etter flere runder med oppfordringer via fagsykepleiere og ledere, på telefon og e-post, endte jeg opp med 4 sykepleiere fra ett akuttmottak alene.

Intervjuene ble gjennomført på sykepleiernes ønske om tid og sted og etter intervjuguidens retningslinjer. Jeg opplevde at sykepleierne var villige og nysgjerrige på temaet og det de skulle bidra med, men samtidig uttrykte de en viss nervøsitet fordi det var første gangen de bidro i en forskning. Selv om alle hadde fått informasjon i god tid på forhånd om prosjektet og dets tema sa alle på ulike måter at dette temaet hadde de ikke satt seg riktig inn i, at de ikke var i riktig forberedt, ikke i «modus». Dette gjorde ifølge dem at de følte seg litt uforberedt på selve temaet og spørsmålene, og i begynnelsen av intervjuet opplevde de spørsmålene store og «litt som en eksamen». Dette ble også tydelig under intervjuet da jeg opplevde at de nølende lette etter «det rette svaret». Dette avtok imidlertid ut i intervjuet og tonen ble mer avslappet, og svarene kom mer spontant.

Det ble i første runde fire intervjuer på til sammen 1 time og 20 minutter. Det ble cirka 20 sider transkribert materiale, Times New roman, str.12 med linjeavstand 1.5.

Dette er et mindre datamateriale enn jeg hadde forventet og jeg var bekymret for at jeg ikke skulle ha nok materiale, og at jeg ikke hadde fått tilstrekkelig svar på mine spørsmål. Jeg valgte derfor å invitere til en intervjuserie til og alle sa seg villige til dette. Etter at de to første valideringsintervjuene var gjennomført, opplevde jeg at ingen ny informasjon kom frem, på tross av spørsmål som skulle åpne for utdypelse og mer informasjon. Derfor valgte jeg å ikke gjennomføre de to siste intervjuene og jeg har også valgt å ikke transkribere dem. Serie to finnes derfor kun på lydbånd.

Når jeg lyttet på intervjuene og i transkripsjonsprosessen ble jeg forundret over hvor mye informasjon og spennende materiale jeg opplevde å finne. Dette bekreftes med de mange undringer, refleksjoner og spørsmål jeg får når jeg studerer materialet. Det oppleves mer rikt og fyldig enn antatt og jeg erfarte at materialet ble større jo mer jeg undersøkte det.

### **6.3 Transkribering - Transkripsjon del 1.**

Alle intervjuene ble gjennomført og tatt opp på lydbånd og lyttet på 2 ganger før selve transkriberingen. Dette gjorde jeg for å fange opp stemningen, sikre meg forståelse av ord som var vanskelig å høre og sikre at materialet på lydbåndene var anonymisert. Det var også interessant å lytte til den enkelte informant og fange deres opplevelser. (verifisering av kriteriene og identiteten av intervjuobjektene ble holdt utenfor selve lydopptaket)

Transkripsjonen av intervjuene ble forsøkt holdt så virkelighetsnær som mulig. Intervjuene ble transkribert på dialekt, pauser og nøling ble tatt med og markert som trepunkt mellomrom ... latter / avbrytelser ble notert i parentes. Intervjuene ble transkribert i sin helhet.

Spørsmålene fra meg ble holdt i lys blå tekst og svarene ble holdt i lys grønn tekst, eksempel og parenteser ble holdt i mørk blå. Ord, setninger eller uttrykk som ble poengtert i teksten ble uthevet med utropstegn eller understrek. Teksten er holdt i *kursiv* for å beholde «det muntlige / samtale» preget i teksten. Spørsmålene etter intervjuguiden ble holdt i sin originale tekst og tilleggsspørsmålene/hjelpespørsmålene mine underveis ble holdt i min egen dialekt. Dette gjorde jeg for at jeg underveis i intervjuene og i analysearbeidet skulle føle på det enkelte intervjuets stemning og virkelighet, slik at å lese intervjuet skulle kjennes nært og ta meg tilbake inn i samtalen. Rett etter hver transkribering på selve transkripsjonsdokumentet skrev jeg ned de umiddelbare tanker og spørsmål som dukket opp under transkripsjonsarbeidet. Disse ble så sammenfattet i et eget dokument «Logg og refleksjon Transkripsjon» Denne første delen av analysen, den første transkriberingen, transkripsjon del 1, er som innledningen, eller forordet, i Kirsti Malteruds analysemetode STC: Systematic Text Condensation, og er begynnelsen og grunnlaget for hennes metodiske trinnvise analyse. (Malterud, 2012 & 2017)

#### **6.4 STC – Systematisk tekstkondensering En trinnvis analyse, av Kirsti Malterud.**

Malterud sier om STC at det «er en pragmatisk metode for tematisk tverrgående analyse av kvalitative data» (s.97) «de fleste kvalitative studier fra medisin og helsefag gjennomføres med *tverrgående* analyse (...) skal fortolkes og sammenfattes» (s.93) Metoden er i de senere år oftere anvendt og anerkjent som metode i kvalitativ forskning i helse - og medisinske fag. (Malterud, 2012) Malterud sier videre at de-kontekstualiseringen av materialet løfter det ut av konteksten slik at vi kan analysere nærmere de enkelte meningsenhetene og re-kontekstualiseringen forebygger reduksjonisme og sikrer at vi fortsatt kan se sammenhengen i den konteksten enhetene ble hentet ut av. (s.85) Derfor er analytisk reduksjon med en induktiv tilnærming viktig i denne prosessen for å kunne filtrere ut data med potensiell kunnskapskraft for nyutvikling av kunnskap og forståelse i den meningen de kom ut ifra. Valideringen i denne metoden handler om å kunne sette den nye meningen inn i forståelsen i den opprinnelige konteksten og bærer med seg en helhetstenkning som har til grunn å kunne tolke slik at meningen kan gjelde for flere enn bare intervjuobjektene kontekst. (s.84)

Denne metoden har sitt utspring i filosofiske røtter og Amedeo Girogis (1931 -) *Psykologiske fenomenologiske analyse metode* (Malterud, 2017 s.95) har til hensikt å utvikle kunnskap om deltakeres livsverden innenfor et bestemt felt. STC er ikke en ren filosofisk metode, det er likevel en metode som er forenelig med det metodedesign jeg har valgt meg; *hermeneutisk utforskende design*: Å systematisk og repeterende gå gjennom materialet i tolkning, forståelse og revurdering av de første trinnene, og kontinuerlig anvende den valgte teori og filosofi.

I Malterud bok (2017) beskrives flere metoder for analyse og jeg vurderte også andre metoder, blant annet Graneheim & Lundman's Qualitative Content Analysis, som også er en pragmatisk analysemetode hvor de meningsbærende enhetene blir kondensert og tildelt kode. Valget falt likevel på STC, som er en rigid metode. Den starter tidlig i prosessen med begrensning av tema og videreutvikles med koder. Som nybegynner i forskningsfeltet kjente jeg at det var viktig med en metode for analyse som med sin stringens kunne hjelpe meg å holde fokus og tilrettelegge for en ryddig og oversiktlig prosess. STC tiltrakk meg for sin enkelthet og systematikk i prosessen og åpenhet til materialet.

STC deler prosessen opp i fire deler og det er i del 1 til 3 jeg arbeidet aktivt med materialet og i trinn 4 validerer jeg arbeidsprosessen -og helheten Trinn 1: Helhetsinntrykket – Trinn 2: Identifikasjon av meningsbærende enheter – Trinn 3: Abstraksjon av innhold – Trinn 4: Sammenfatning av betydningen. Spesifikt for STC er at det dannes et kondensat i

abstraheringen av koder og dette er summen av deltakernes stemmer. Denne metoden er veldig forenelig med mine ønsker for undersøkelsens mål og hensikt; å finne gjenkjennbare fellesnevner(e) som kan bidra til å utbedre ivaretakelsen av pasientene og styrke sykepleierens bevissthet i møte med den akutte geriatriske pasienten.

#### **6.4.1 Trinn 1 Helhetsinntrykket**

I det første trinnet av analysen lyttet jeg til intervjuene to ganger, så transkriberte jeg dem og leste gjennom dem flere ganger for å forsøke finne en helhet. I dette trinnet er den samlede opplevelsen av informantenes beretning viktigere enn iøynefallende detaljer eller enkeltdeler. (Malterud, 2017s.99) Jeg så etter og følte etter temaer som tredde frem i intervjuene som kunne presentere erfaringer og kunnskap i møte med den eldre akutte pasienten. Jeg forsøkte å finne opplevelsen sykepleierne uttrykte i sine svar og fortellinger. Denne prosessen måtte jeg gjøre flere ganger med noe tid imellom. Jeg trengte tid for å frigjøre meg selv fra min egen forforståelse og tid til å fokusere på de svar / fortellinger informantene gav. Jeg skrev ned de umiddelbare inntrykk, spørsmål og undringer som jeg fikk i når jeg lyttet til intervjuene og i transkriberingen. Jeg så i notatene mine at jeg hadde et sterkt fokus på alle de svarene informantene *ikke* hadde gitt meg og var frustrert over manglende svar. Jeg fryktet intervjuene ikke hadde gitt meg noen informasjon.

«Samtalen er en prosess hvor man kommer til gjensidig forståelse. Enhver ekte samtale innebærer derfor at vi innlater oss med den andre, at vi virkelig aksepterer den andres synspunkter som gyldige og dermed hensetter oss i den andre, skjønt vi ikke vil forstå ham som denne individualiteten, men derimot det han *sier*». (Gadamer, 1990. s 425)

Helhetsinntrykket var det første inntrykk av helheten i det første transkriberte materiale. Det inntrykket jeg satt med da, var at sykepleierne ikke hadde særlig oppmerksomhet rettet mot Eldres spesielle behov i utøvelsen. Jeg følte at de ikke så sin egen rolle som spesiell, eller av særlig betydning i møte med den eldre. Jeg opplevde at den akutte ivaretakelsen av den eldre pasienten var beskrevet som en gjettelek mer enn en reflektert og kunnskapsbasert praksis. Jeg opplevde at det manglet både dømmekraft og handlekraft i beskrivelsene til sykepleierne. Dette opplevde jeg vanskelig for meg selv, å inneha denne holdningen til sykepleierne etter første transkripsjon og jeg hadde vanskeligheter med å forstå og akseptere dette «funnet» som en sannhet fordi det stod i kontrast til min egen erfaring og observasjoner i sykepleiernes utøvelse av ivaretakelsen til de eldre. Det var likevel ikke akseptabelt for meg å avskrive det som viste seg bare fordi jeg ikke gjenkjente funnet. Jeg følte at jeg egentlig ikke forstod det de sa og måtte videre i prosessen, paradoksalt nok, med å gå tilbake. Jeg fikk behov for å samle utsagnene, og starte en ny prosess med å høre og se deres svar. Jeg måtte i denne prosessen forsøke å forstå

hvorfor de beskrev sine erfaringer slik, mer enn hva de beskrev, og jeg måtte ta ett oppgjør med mitt eget fokus og min holdning til helhetsinntrykket.

I denne prosessen begynte jeg derfor å dele opp teksten og rette fokuset mot *det som ble sagt* mer enn det som ikke ble sagt og anerkjenne det som ble sagt som gyldig. Jeg måtte fri meg fra forforståelsen min og forventningene mine, og begynne å høre dem.

I arbeidet med helhetsinntrykket satte jeg den transkriberte teksten opp i en oversiktsskisse hvor jeg tok utgangspunkt i de transkriberte intervjuene, satte opp spørsmålene og svarene inn etter informant 1, 2 osv. (fig.4) Det var i denne skissen jeg endelig klarte å «høre» informantene og i denne prosessen temaene og helhetsinntrykket kom frem.

<i>Spørsmål</i>	<i>Svar</i>	<i>Svar</i>	<i>Svar</i>	<i>Svar</i>	<i>Merknad</i>
	<i>Informant 1</i>	<i>Informant 2</i>	<i>Informant 3</i>	<i>Informant 4</i>	
<i>Hva opplever du utfordrende for deg selv – i sykepleien til den akutte eldre pasienten?</i>	<i>At jeg vet for lite, hva det gjør med mennesker, hva det gjør med kroppen til de eldre at dem blir liggende så lenge og at man ikke klarer å se tydelig hva som er problemet hos dem (...) Akuttmottaket kan for lite om den eldre pasienten.</i>	<i>Det er at det jeg gjør blir rett, at jeg gjør det jeg skal, at jeg ivaretar pasienten på en rett og ordentlig måte.</i>	<i>Spørsmålet / merknaden ble ikke stilt informanten.</i>	<i>Hvis pasienten er veldig engstelig. Påførende kan være ganske involvert og vi må ivareta dem også og det kan være krevende. Og så er det jo tiden, tiden til alt. Vi gjør tiltak og sånt ganske raskt, så forlater vi dem, kanskje er dem sammen med noen. Lokalisasjonene i avdelingen er utfordrende, dårlige forhold for pasientene og oss.</i>	<i>Tiden til å se den eldre pasienten, å tilegne seg kunnskap om den enkelte, å trygge og ivareta.</i>
<i>Hva opplever du positivt i din ivaretagelse?</i>	<i>Å kan hjelpe de eldre, at dem får det bedre, at dem blir trygge, at man klarer å hjelpe dem, hvis man klarer det.</i>	<i>Det er når tilbakemeldingen kommer, at dem føler seg ivaretatt og at dem er trygge, det er godt nok.</i>	<i>Det er det gode humøret som mange eldre har på tross av sin sykdom og tilstand.</i>	<i>Jeg er veldig glad i de eldre. At man gjør en god jobb, når kvaliteten på tiden blir bedre enn selve tiden. Selv om man hele tiden skulle ønske man hadde, er tid og mere ressurser.</i>	<i>Å få gjøre en god jobb. Når ivaretagelse og trygghet er oppnådd.</i>

Fig. 4. Utdrag/eksempel fra oversiktsskisse



I denne delen av helhetsinntrykket opplevde jeg å forstå informantene på nytt. Malterud (2017) anbefaler å ikke systematisere på Trinn 1. Likevel gav det å systematisere materialet, intuitivt, i en oversiktsskisse meg nye perspektiver, og etter gjennomgang i dette trinnet satt jeg med nye inntrykk og noen slutninger for videre prosess.

I eksemplet ovenfor beskriver sykepleierne i svarene sine hvordan det er utfordrende å ikke ha kunnskap om den eldre og hva det gjør med dem å ligge i akuttmottak, hvordan tiden er pressende for å kunne ivareta og innhente kunnskap, og hvordan det å trygge er viktig for opplevelsen av å gjøre en god jobb. Det oppleves i informantenes erfaringer at det er den alminnelige ivaretagelse av den eldre pasienten som er den største utfordringer. Jeg forstår det slik; opplevelsen sykepleierne har er at det er de grunnleggende behov som *trygghet* og *tilstedeværelse* som er mest trengende for pasienten, og at *tiden* for å ivareta dette er det mest utfordrende for sykepleierne. Videre beskriver de hvordan de står alene i ivaretagelsen. Det som oppleves særlig utfordrende er manglende informasjon om pasienten, manglende kunnskap om akuttgeriatrisk medisin/sykepleie og manglende ressurser. Dette er beskrevet som kunnskapsstøtte, støtte fra kolleger, støtte fra pårørende / følgende helsepersonell, samtidighetsutfordringer og manglende tid til å ivareta slik sykepleierne ønsker og pasientene forventer. Dette ble tankevekkende for meg. Dette var andre svar enn de som jeg forventet basert på intervjuguiden. I intervjuguiden hadde jeg hadde stort fokus på kunnskapen, kompetansen og hvordan RETTS anvendes og er støtte/eller ikke, i mottak av de eldre. Jeg ønsket å få vite i hvilken grad sykepleierne prioriterte og forstod det akutte ved den geriatriske pasienten. I sykepleiernes tilbakemelding opplevde jeg at erfaringen deres tilsa at det ikke var det jeg forventet som stod sentralt i møte med den akutte eldre pasienten. Kunne jeg legge opplevelsen og holdningene til sykepleierne på den enkelte sykepleiers ansvar alene? Eller var deres handling og dømmekraft påvirket av noe? Dette endret mitt fokus og hvordan jeg begynte å se, lese og høre sykepleierne på nytt. Det var som nevnt ovenfor *trygghet* og *tilstedeværelse* som erfartes som det mest betydningsfulle og det største behovet. I helhetsinntrykket satt jeg dermed intuitivt igjen med noen overordnede tema som fanget min oppmerksomhet og gjorde meg mer nysgjerrig. (Malterud, 2012 & 2017)

Tiden, Trygghet, Tilstedeværelse, Informasjonsbehov, Kjennskap, Kunnskap, Ansvar og det moralske stress (behovet og betydningen av «å gjøre en god jobb»). Disse temaene gav meg følgende slutning: det vil gi mening å jobbe videre med de transkriberte intervjuene og fra disse forsøke å finne opplevelsen og erfaringen som binder til en felles forståelse av ett eller flere av de overnevnte tema. Utsagnene settes i en oversikt og vil være eksempler for de

meningsbærende enhetene i trinn to. I trinn to vil dette helhetsinntrykket analyseres til enkeltemner og videre kodegrupper. I tillegg vil det materiale og de tema som oppleves irrelevant drøftes slik at tema og koder nærmest mulig belyser problemstillingen: *Sykepleiers opplevde erfaringer med vurderingen av den akutte geriatriske pasienten.*

## 6.4.2 STC Arbeidsark - Transkripsjon del 2.

### Dekontekstualisering.

#### Oversikt spørsmål og svar. Informanter Intervju Serie 1 / Oversiktsskisse

##### Datareduksjon 1:

Svarene fra informantene er hentet ut etter inntrykk av det som er relevant svar på spørsmålene. (relevante svar er der hvor informanten svarer på spørsmålet, svarene inneholdt stillestunder med tenkning, høyt-tenkning og digresjoner som jeg vurderer som ikke relevant) De er direkte satt inn, og irrelevant, verbale ord, gjentakelser, høyt-tenkning, lyder og snakk som ikke er svar på spørsmålene er tatt bort og markert med: (...). Videre er svarene beholdt som de ble sagt, men oversatt fra dialekt til tilnærmet bokmål, dette gjør jeg som en begynnelse i STC prosessen for å nærme meg kondensat. [Spørsmålene](#). Svarene. [Merknader /stikkord/refleksjoner \(Trinn 1\)](#).

Spørsmål	Informant 1	Informant 2	Informant 3	Informant 4	Intuitive meningsbærende enheter
<i>Med din erfaring, kunnskap og kompetanse i akuttmottaket, hvilke tanker og/eller erfaringer har du gjort deg om ivaretagelsen av den akutte eldre pasienten?</i>	<i>«Ikke noe jeg har gått og tenkt på (...) eldre blir triagert på lik linje som unge personer (...) de slår ikke ut på vitalparametre (...) de er ikke akutt syk (...) de blir liggende lenge å vente på lege (...) de ligger vondt, uten mat, uten forhold for toalett, sykepleierne har ikke tid til å se så ofte inn til dem (...) jeg tror ikke det er så bra for den eldre å bli liggende lenge, de blir liggende lenge i akuttmottaket uten mat.</i>	<i>De eldre har en annen kropp enn yngre, og dermed spesielle behov. Dem trenger mer tid, mer forståelse, mer forklaringer og mer informasjon. Det er en allright pasientgruppe å møte, dem er prisgitt oss på en måte, de har også pårørende med seg som krever mer av oss.</i>	<i>De syke skal jo være under behandling, så kommer dem til oss med en forverring (...) utfordringen vår er at dem ofte er demente, dem har ingen til å følge seg og da står vi sykepleiere på rimelig bar bakke og må behandle ut ifra det vi ser (...) vi kunne hatt mer opplysninger, en pleier eller pårørende som kjenner pasienten kunne vært følge.</i>	<i>Jeg føler at dem kanskje blir litt tilsidesatt (...) og vi har jo ikke de ressursene til å være der å ivareta dem hele tiden. (...) det hadde vært litt greiere og hatt litt bedre tid (...) men man har ikke anledning til å høre dem (...) også det at dem blir sett.</i>	<i>Tid. Kjennskap Kunnskap Triage</i>
<i>Hvordan vil du beskrive din egen kunnskap og kompetanse i</i>	<i>Jeg har egentlig lite (...) ikke noe mere kunnskap enn den vi lærte på</i>	<i>Det er det jeg har lest meg til og lært meg og erfaringen min i</i>	<i>Kompetansen er bra vil jeg si. Man vet jo litt om fysiologien og</i>	<i>Siden jeg har erfaring fra sykehjem før jeg ble sykepleier og begynte</i>	<i>Grunnleggende sykepleie og erfaringen gir en</i>

<p><i>ivaretagelsen av den akutte geriatriske pasienten?</i></p>	<p>grunnleggende sykepleie (...) Jeg har ikke gått på noe kurs eller videreutdanning om eldre (...) I akuttmottak er det jo mere blålysmedisin man har i fokus, der er mottak av brystsmertepasienter, hjerneslag og sepsis, og det er jo gjerne eldre og da får dem jo rask behandling. Men de eldre som blir liggende lenge og hva det gjør med dem det er det jo alt for lite kunnskap om.</p>	<p>akuttmottaket. Og det er jo det som er tungtveiende, erfaringen.</p>	<p>at det er mange ting der som kan gå skeis.</p>	<p>jobben i akuten føler jeg at jeg har god erfaring.</p>	<p><i>opplevelse av god egen kompetanse.</i></p> <p><i>men med ønske om mer kunnskap.</i></p> <p><i>Tilstrekkelig?</i></p> <p><i>Kunnskap og forskningsbasert praksis?</i></p>
<p><i>Oppgaven handler jo om den eldre som kommer inn med redusert allmenntilstand / redusert funksjonssvikt.</i></p>	<p>Ja, det er jo ofte det dem gjør, og blir liggende, og blir triagert grønn eller gul for dem slår ikke ut i RETTS på noe og ikke sett på som kjempesyke (...) da ofte nedprioritert hos legen og blir liggende lenge (...) og hva det gjør med pasienten, og der er det for lite forskning tror jeg.</p>	<p>Spørsmål/merknad ikke stilt informant.</p>	<p>Spørsmål / merknad ikke stilt informant.</p>	<p>Spørsmål / merknad ikke stilt til informant.</p>	<p><i>Oppmerksomheten som ikke fanger</i></p>
<p><i>Hva opplever du utfordrende i ivaretagelsen av den akutte geriatriske pasienten?</i></p>	<p>Det er gjerne de demente, de som er forvirret, de som man nesten må sitte og passe på (...) og man har ikke bemanning nok til å passe på dem, man har ikke mulighet til å være hos dem hele tiden. (...) de blir nedprioritert, liggende ekstra lenge, i</p>	<p>Det er jo når dem er skikkelig dårlig.</p>	<p>Man kjenner jo ikke pasienten, man aner ingenting. At dem er demente, at dem er stor og tung, ikke kan røre seg, er lam, utfordring for meg som sykepleier fysisk, at man må være flere for å håndtere</p>	<p>Det er helt klart tidsaspektet. At jeg ikke har tid til å lytte til dem (...) man har ikke tid til den empatiske delen, den medmenneskelige delen av sykepleien og det er ikke alle man kan kommunisere med heller. Det er likevel vanskelig å</p>	<p><i>Tiden</i></p> <p><i>Alene, pasienten</i></p> <p><i>Alene, sykepleieren</i></p>

	<i>ukjente utrygge omgivelser, sykepleierne må springe videre til høyere triagerte og prioriterte pasienter, og de blir liggende lenge.</i>		<i>pasienten (...) Særlig utfordrende hvis dem er demente, at vi må gjøre ting med dem, tiltak osv.at vi plutselig står ovenfor dem og skal ta på dem og kle av dem (...)</i>	<i>berolige, å trygge, å trøste om dem er demente eller ikke.</i>	
<i>Hvilke prosedyrer eller verktøy bruker du som støtte for ivaretagelsen av denne pasienten/pasientgruppen?</i>	<i>Nei, dem blir triagert på lik linje, ellers så har jeg ikke noe verktøy som jeg bruker på eldre, nei jeg har ikke det.</i>	<i>Hmmm, det er nå disse vi bruker i grunn.</i>	<i>Prosedylene våre er jo satte. Vi bruker RETTS og der er prosessiltakene veldig tydelige (...)</i>	<i>RETTS, ingen andre verktøy eller prosedyrer.</i>	<i>RETTS for enkelt, for rigid? Krever den akutte pasienten mer enn en prosedyre? Er RETTS nok? Trenger sykepleierne å få anvende mer enn algoritmer? Seg selv kanskje?</i>
<i>Ved akutt redusert allmenntilstand / akutt redusert funksjonsnivå, hvordan anvender du RETTS?</i>	<i>Pasientene kommer kanskje inn med infeksjon, nr. 47, om dem er allment påvirket eller ikke, det er dem jo sjelden, men er dem det, at det er snakk om sepsis, da vil dem få rask behandling, ellers vet jeg ikke hvordan jeg skal bruke RETTS på en annen måte.</i>	<i>Jeg går på problemstillingen, og ut ifra å spørre pasienten, og ut ifra de opplysningene jeg har, ser jeg hvor jeg havner og så er det prosessiltak ut ifra det.</i>	<i>«(...) har den pasienten vært helt frisk fra før? Oppegående og klar i hodet? Er det da ikke snakk om demens? Er det noe forverring, er det infeksjon i kroppen? Det er jo det første vi spekulerer på da».</i>	<i>Da tar jeg vitalparametre og jobber videre ut ifra det. Men man skal ikke låse seg fast i parameterne, klinikken er vel så viktig, det hele bildet. Man kan se om personen er verre enn hva parameterne viser. Så klinikken må man ta i veldig stor betraktning. Vi har ingen egen ESS for redusert allmenntilstand, og hvis VP blir bra (grønn) så har vi ingen ESS å knytte dem til. Så da går det på hva mistanken er (...) for vi har jo ikke en egen for eldre pasienter.</i>	<i>Den uklare tilstanden gir en usikker håndtering og tilfeldige valg av tiltak</i>

<i>Hva opplever du som viktigst i den akutte ivaretakelsen?</i>	<i>Jeg synes det er viktig at de eldre har med seg noen til sykehuset, noen kjente, spesielt de demente, (...) noen som kan trygge dem. At dem blir prioritert (...) at dem ikke skal ligge så lenge i akuttmottaket uten mat og drikke og under de dårlige forholdene, men ellers så vet jeg ikke.</i>	<i>Tryggheten for dem når dem kommer til oss, at dem føler seg ivaretatt, at informasjonen blir gitt rett og mottatt, at det blir rett.</i>	<i>Det er jo gjerne å informere dem (...) også er det viktig å hjelpe dem, det er masse som er viktig. Jeg anser meg som flink til å snakke med pasientene og det er viktig. Så er det viktig å kontakte de pårørende (...)</i>	<i>At pasientene føler seg trygge. Man begynner med det og arbeider videre med det akutte, men at dem er trygg og ivaretatt er det viktigste.</i>	<i>Trygghet (som premiss for)  Ivaretatt / Ivaretakelsen</i>
<i>Hva opplever du utfordrende for deg selv – i sykepleien til den akutte eldre pasienten?</i>	<i>At jeg vet for lite, hva det gjør med mennesker, hva det gjør med kroppen til de eldre at dem blir liggende så lenge og at man ikke klarer å se tydelig hva som er problemet hos dem (...) Akuttmottaket kan for lite om den eldre pasienten.</i>	<i>Det er at det jeg gjør blir rett, at jeg gjør det jeg skal, at jeg ivaretar pasienten på en rett og ordentlig måte.</i>	<i>Spørsmålet / merknaden ble ikke stilt informant.</i>	<i>Hvis pasienten er veldig engstelig. Pårørende kan være ganske involvert og vi må ivareta dem også og det kan være krevende. Og så er det jo tiden, tiden til alt. Vi gjør tiltak og sånt ganske raskt, så forlater vi dem, kanskje er dem sammen med noen. Lokalisasjonene i avdelingen er utfordrende, dårlige forhold for pasientene og oss.</i>	<i>Tiden til å se den eldre pasienten, å tilegne seg kunnskap om den enkelte, å trygge og ivareta.  Ansvar og stress  Å ikke strekke til.</i>
<i>Hva opplever du positivt i din ivaretakelse?</i>	<i>Å kan hjelpe de eldre, at dem får det bedre, at dem blir trygge, at man klarer å hjelpe dem, hvis man klarer det.</i>	<i>Det er når tilbakemeldingen kommer, at dem føler seg ivaretatt og at dem er trygge, det er godt nok.</i>	<i>Det er det gode humøret som mange eldre har på tross av sin sykdom og tilstand.</i>	<i>Jeg er veldig glad i de eldre. At man gjør en god jobb, når kvaliteten på tiden blir bedre enn selve tiden. Selv om man hele tiden skulle ønske man hadde mer tid og mere ressurser.</i>	<i>Å få gjøre en god jobb. Når ivaretakelse og trygghet er oppnådd.</i>
<i>Har du noen savn – eller ønsker for deg som sykepleier i ivaretakelsen for den akutte eldre pasienten?</i>	<i>Jeg skulle ønske man kunne vite mer om dette, om de eldre, mere kunnskap, men også bedre bemanning, slik at</i>	<i>Ikke noe jeg kan komme på akkurat nå.</i>	<i>Jeg skulle ønske de eldre hadde noen med seg. (...) men så er det jo sånn mange ganger at vi ikke har tid til å</i>	<i>Tiden skulle jeg ønske vi hadde mer av. Men det er jo akuttmedisin vi holder på med, det er jo ikke meningen at vi skal</i>	<i>Tiden Alene Tryggheten</i>

	<i>man kan bedre ivareta dem, å slippe å forlate dem, for det er ikke noen god følelse å forlate en person for en annen, og må forlate en person med demens som ikke vet hvor dem er, spør de samme spørsmålene om igjen, å ikke få trygge.</i>		<i>høre historien, sykepleierne må springe videre til neste pasient. Og noen ganger tror jeg fordi dem har noen med seg at det er lettere å springe videre (...) og så overlate vi pasienten i hendene til dem som er i følget som kjenner dem. Vi setter opp sengehesten så må vi videre. Det er trist, men vi er ikke bemannet for å stå å holde dem i hånda. Men jeg prøver virkelig å ikke stresse eller å ha det travelt.</i>	<i>bedrive psykososialt arbeid. Du får mange opplysninger, viktig informasjon, bare ved å snakke med folk, derfor er tiden så dyrebar så jeg savner å kunne sette meg ned, holde i hånda, trygge. Og de praktiske tingene som toalett, at det var litt mer verdighet i avdelingen.</i>	<i>«Å holde i hånda»: Handler ikke om å være god med. Det handler om å senke pasientens stressnivå og øke opplevelsen av trygghet, ivaretagelse og mestring for å redusere forverringsfaktorer. Fange stunden for å observere klinisk og hente viktig informasjon.</i>
<i>Opplever du at sykepleier i akuttmottaket har en særskilt rolle i ivaretagelsen av den akutte eldre pasienten – og på eventuelt hvilken måte – eller ikke?</i>	<i>Ja, sykepleierne er jo pasientens advokat, og må prate for dem. Det er vi som må si ifra til legen, at nå må det gjøres noe, nå må det settes inn tiltak eller dette går ikke, og det er klart at om man hadde hatt mere kunnskap så kunne man slått mer i bordet og krevd strakstiltak.</i>	<i>Ja, det vil jeg si, det er sykepleierne som taler pasienten sin sak, i forhold til legen, så det føler jeg.</i>	<i>Ja, vi har en særlig rolle, jeg tenker det er å informere, hva som skjer og skal skje, forklare funn hvis ikke legen gjør det, at man er trygg og støttende, at man er kompetent, men jeg vet ikke, de har jo en særskilt rolle på post også.</i>	<i>Ja det synes jeg. Vi er på en måte bindeleddet mellom pasient og behandlingsansvarlig. Vi har masse vi snapper opp som ikke legene får med seg, det er samtaler og erfaringen vår som gjør dette. Turnuslegene er ikke så erfarne.</i>	<i>Videreformidlingen av informasjon til legen den viktigste rolle. Samtalene og erfaringen, tiden i ivaretagelsen, er det som er grunnlaget for dette, den særskilte rolle.</i>
<i>Hvor eller hos hvem mener du ansvaret for ivaretagelsen av den akutte geriatriske pasienten ligger?</i>	<i>Alle har jo et ansvar for egen læring. Så er det et lederansvar for kursing og bemanning. Men det er jo pengene det handler</i>	<i>Hos oss, det er jo både min jobb og legens jobb.</i>	<i>Ansvaret ligger hos oss, jeg som mottakssykepleier har ansvar for den pasienten jeg tar imot, at den pasienten får</i>	<i>Det er både leger og sykepleiere i mottak.</i>	<i>Ser seg selv som en del av et samlet felles ansvar.</i>

	<i>om. Så vi og ledelsen har alle et ansvar.</i>		<i>dekket sine behov, sykehuset har et ansvar, helsevesenet har et ansvar, men jeg som sykepleier har et stort ansvar. Og det har vi på lik linje, absolutt på lik linje, helseforetaket, legen og meg. Ja jeg har ansvar, kjempestort ansvar.</i>		
<b>Eksemplet Margot</b>					
<i>Hvordan vil du triagere Margot?</i>	<i>Gul</i>	<i>Grønn</i>	<i>Grønn, maks Gul.</i>	<i>Gul</i>	
<i>Etter hvilken RETTS algoritme?</i>	<i>Hun har jo ingen FAST symptomer, men leukocytt svaret i urin kan indikere en UVI, hun er litt forvirret og det kan slå ut på Q-Sofa, Ja, jeg vil bruke ESS nummer 47, indisert på leukocytene i urin, prøvesvaret fra fastlegen. Jeg mener det ikke er et eget kriterium for redusert allmenntilstand, og det er ingenting på ESS 11 som påvirker, så jeg tror jeg ville anvendt ESS nr.47. Om dem er</i>	<i>Infeksjon selvfølgelig, vil jeg tippe at det er, men ikke så høy prioritet, men jeg ville ivareta henne som en pasient med mulig infeksjon fra urinveiene og det som vi gjør i forhold til det.</i>	<i>ESS 47, det er det første jeg ville gått for, fordi hun har høy sykdomsfølelse, jeg tenker at den temperaturen kanskje er feil, det kan jo være influensa. Da er det bare å begynne å grave.</i>	<i>Her ville jeg brukt ESS nr. 47. Automatisk ville jeg tenkt UVI, med de opplysningene der (...) for det er jo ikke noe annet å henge det på.</i>	<i>Vi antar, vi gjetter, vi tror, vi mistenker, vi spekulerer, vi tipper, vi graver, vi har ikke noe annet valg, vi vet ikke</i>  <i>Vi må vurdere selv</i>



	<i>allment påvirket eller ikke er en vurdering som jeg må gjøre selv.</i>				
<i>Etter hvilken prioritet?</i>	<i>Det blir litt sånn: er hun gul, eller er hun oransje? Jeg tror mange av disse pasientene blir gul.</i>	<i>Grønn</i>	<i>Grønn</i>	<i>Gul, sannsynligvis, med mistanke om infeksjon.</i>	<i>Ingen blålys.</i>
<i>Hvordan opplever du å ivareta denne pasienten?</i>	<i>Spørsmålet er besvart tidligere i teksten.</i>	<i>Besvart tidligere i teksten.</i>	<i>Utfordrende! At det ofte er lite og manglende informasjon og at det kan være vanskelig å innhente denne informasjonen. Vanskelig å håndtere når pasientene ikke forstår hvorfor vi skal gjøre som vi gjør (...)</i>	<i>Alt etter hvor mye pasienter som er i mottaket så ville hun med all sannsynlighet bli nedprioritert, hun vil bli liggende.</i>	<i>Nedprioritering. Prioritering for å informere og trygge.</i>
<i>Kjenner du igjen pasienten «Margot»?</i>	<i>Jeg synes det kommer inn veldig mange Margot 'er. Dette er en klassisk pasient som godt kan bli triagert gul.</i>	<i>Ja for så vidt, det gjør jeg.</i>	<i>Absolutt. Dette er jo en veldig vanlig pasient, det er faktisk det, kjempevanlig.</i>	<i>Ja, mange ganger!</i>	<i>Kjent En vanlig pasient? Likevel så ukjent.</i>

Fig. 5: Oversiktsskisse transkripsjon Trinn 1.

### 6.4.3 Trinn 2 Dekontekstualisering Å identifisere meningsbærende enheter.

#### *Datareduksjon II:*

Det er oppfordret til i STC å gjøre trinn 2 sammen med en annen forsker for å skape analytisk rom (Malterud, 2017.s 100) Jeg opplever dette hensiktsmessig for å ytterligere distansere meg fra min egen forforståelse og sikre at temaene ivaretar problemstillingen. Derfor oversendes på dette trinnet oversiktskissen, og refleksjonsloggen til veileder for hennes øyne og inntrykk, slik at vi sammen kan forhandle om temaene som jeg videre skal redusere og samle til koder etter ny gjennomgang av materialet linje for linje. (Malterud, 2012 & 2017)

#### **Meningsbærende enheter:**

Kjennskap	Å møte den eldre pasienten er kjent, hvordan å ivareta den eldre pasienten er mindre kjent. Å kjenne enkeltindividet oppleves viktig.
Tiden	Sykepleiernes tid, tid til omsorg, empati, ivaretagelse utover akutte prosedyrer og tiltak. Pasientens tid. Tid til å gjøre en god jobb
Kunnskap	Informasjonsbehovet. Vet for lite om geriatri, erfaringsbasert kompetanse, usikkerhet. Egenvurderinger uten støtte i prosedyrer.
Alene	Liggetiden til pasienten alene. Moralsk stress ved å måtte forlate pasienten alene. Den geriatriske pasienten ikke ansett/vurdert som blålys / akutt.
Tryggheten	Pasientens behov for trygghet. Utilstrekkeligheten hos sykepleier når ikke pasienten er trygget.
Ansvar	Felles opplevd ansvar. Det moralske stress. Ansvar for formidling til lege / behandlingsansvarlig.

*Fig. 6. Meningsbærende enheter, koding trinn 2.*

I denne prosessen med å dekontekstualisere og abstrahere innholdet i oversiktsskissen forsøkte jeg å finne enheter i teksten som bar samme mening. Det er en utfordring i denne delen av analysen å gjenkjenne dobbelt, eventuelt trippelkoding. Jeg gikk derfor tilbake til oversiktsskissen, og med figur 1 og 2 forsøkte jeg å sette opp de meningsbærende enhetene i tema i en ny oversiktstabell, fig.6.

*Datareduksjon IV:*

<b>Tema</b>	<b>Sitater</b>
<b>Kjennskap</b>	<p>«(...) vi kunne hatt mer opplysninger, en pleier eller pårørende som kjenner pasienten kunne vært følge».</p> <p>«Jeg synes det er viktig at de eldre har med seg noen til sykehuset, noen kjente, spesielt de demente, (...) noen som kan trygge dem».</p> <p>«Jeg skulle ønske de eldre hadde noen med seg. (...)»</p> <p>«(...) dem har ingen til å følge seg og da står vi sykepleiere på rimelig bar bakke og må behandle ut ifra det vi ser (...)»</p> <p>«Du får mange opplysninger, viktig informasjon, bare ved å snakke med folk (...)»</p> <p>«Og noen ganger, tror jeg, fordi dem har noen med seg, at det er lettere å springe videre (...)»</p> <p>«Vi har masse vi snapper opp som ikke legene får med seg, det er samtalene og erfaringen vår som gjør dette.»</p> <p>«At det ofte er lite og manglende informasjon og at det kan være vanskelig å innhente denne informasjonen.»</p>
<b>Tid</b>	<p>«(...) de blir liggende lenge å vente på lege (...) sykepleierne har ikke tid til å se så ofte inn til dem (...)»</p> <p>«Dem trenger mer tid, (...), dem er prisgitt oss på en måte, (...)»</p> <p>«(...) det hadde vært litt greiere og hatt litt bedre tid (...)»</p> <p>«man har ikke mulighet til å være hos dem hele tiden. (...)»</p> <p>«At jeg ikke har tid til å lytte til dem (...) man har ikke tid til den empatiske delen, den medmenneskelige delen av sykepleien»</p> <p>«Og så er det jo tiden, tiden til alt».</p> <p>«At man gjør en god jobb, når kvaliteten på tiden blir bedre enn selve tiden. Selv om man hele tiden skulle ønske man hadde mer tid og mere ressurser».</p>
<b>Kunnskap</b>	<p>«Ikke noe jeg har gått og tenkt på (...)»</p> <p>«Man kan se om personen er verre enn hva parameterne viser. Så klinikken må man ta i veldig stor betraktning».</p> <p>«(...) da ofte nedprioritert hos legen og blir liggende lenge (...) og hva det gjør med pasienten, og der er det for lite forskning tror jeg».</p> <p>«Det er det jeg har lest meg til og lært meg og erfaringen min i akuttmottaket. Og det er jo det som er tungtveiende, erfaringen». «Kompetansen er bra vil jeg si. Man vet jo litt om fysiologien og at det er mange ting der som kan gå skeis».</p> <p>«Siden jeg har erfaring fra sykehjem før jeg ble sykepleier og begynte jobben i akuttten føler jeg at jeg har god erfaring».</p> <p>«Jeg har ikke gått på noe kurs eller videreutdanning om eldre (...)».</p>
<b>Alene</b>	<p>"(...) og man har ikke bemanning nok til å passe på dem, man har ikke mulighet til å være hos dem hele tiden. (...) de blir nedprioritert, liggende</p>

	<p>ekstra lenge, i ukjente utrygge omgivelser, sykepleierne må springe videre til høyere triagerte og prioriterte pasienter, og de blir liggende lenge».</p> <p>«Vi gjør tiltak og sånt ganske raskt, så forlater vi dem, kanskje er dem sammen med noen».</p> <p>«Jeg skulle ønske de eldre hadde noen med seg».</p> <p>«sykepleierne må springe videre til neste pasient (...)».</p>
Trygghet	<p>«At pasientene føler seg trygge. Man begynner med det og arbeider videre med det akutte, men at dem er trygg og ivaretatt er det viktigste».</p> <p>«Tryggheten for dem når dem kommer til oss, at dem føler seg ivaretatt».</p> <p>«Jeg synes det er viktig at de eldre har med seg noen til sykehuset, noen kjente, spesielt de demente, (...) noen som kan trygge dem».</p> <p>«Å kan hjelpe de eldre, at dem får det bedre, at dem blir trygge, at man klarer å hjelpe dem, hvis man klarer det».</p> <p>«Det er når tilbakemeldingen kommer, at dem føler seg ivaretatt og at dem er trygge, det er godt nok».</p> <p>«(...) så jeg savner å kunne sette meg ned, holde i hånda, trygge».</p> <p>«(...) å slippe å forlate dem, for det er ikke noen god følelse å forlate en person for en annen, (...), å ikke få trygge».</p>
Ansvar	<p>«Jeg skulle ønske man kunne vite mer om dette, om de eldre, mere kunnskap, men også bedre bemanning, slik at man kan bedre ivareta dem (...)»</p> <p>«Vi setter opp sengehesten så må vi videre. Det er trist, men vi er ikke bemannet for å stå å holde dem i hånda».</p> <p>«Ja, sykepleierne er jo pasientens advokat, og må prate for dem. Det er vi som må si ifra til legen, at nå må det gjøres noe, nå må det settes inn tiltak eller dette går ikke (...)»</p> <p>«Det er sykepleierne som taler pasienten sin sak, i forhold til legen, (...)»</p> <p>«Ja, vi har en særlig rolle, jeg tenker det er å informere, (...), at man er trygg og støttende, at man er kompetent, (...)»</p> <p>«Vi er på en måte bindeleddet mellom pasient og behandlingsansvarlig».</p> <p>«Alle har jo et ansvar for egen læring. Så er det et lederansvar for kursing og bemanning. (...) Så vi og ledelsen har alle et ansvar»</p> <p>«Hos oss, det er jo både min jobb og legens jobb».</p> <p>«Ansvaret ligger hos oss, jeg som mottakssykepleier har ansvar for den pasienten jeg tar imot, at den pasienten får dekket sine behov, sykehuset har et ansvar, helsevesenet har et ansvar, men jeg som sykepleier har et stort ansvar. Og det har vi på lik linje, absolutt på lik linje, helseforetaket, legen og meg. Ja jeg har ansvar, kjempestort ansvar».</p> <p>«Det er både leger og sykepleiere i mottak».</p>
Triage	<p>«Eldre blir triagert på lik linje som unge personer (...) de slår ikke ut på vitalparametre (...) de er ikke akutt syk»</p> <p>«I akuttmottak er det jo mere blålysmedisin man har i fokus»</p> <p>«(...) at det er snakk om sepsis, da vil dem få rask behandling, ellers vet jeg ikke hvordan jeg skal bruke RETTS på en annen måte».</p> <p>«Vi har ingen egen ESS for redusert allmenntilstand, og hvis VP blir bra (grønn) så har vi ingen ESS å knytte dem til. Så da går det på hva mistanken er (...) for vi har jo ikke en egen for eldre pasienter».</p> <p>«(...) og blir liggende, og blir triagert grønn eller gul for dem slår ikke ut i RETTS på noe og ikke sett på som kjempesyke (...)»</p> <p>«Jeg mener det ikke er et eget kriterium for redusert allmenntilstand, (...) Om dem er allment påvirket eller ikke er en vurdering som jeg må gjøre selv».</p>

<p>«ESS 47, det er det første jeg ville gått for, fordi hun har høy sykdomsfølelse, jeg tenker at den temperaturen kanskje er feil, det kan jo være influensa. Da er det bare å begynne å grave».</p> <p>«(...) Automatisk ville jeg tenkt UVI, med de opplysningene der (...) for det er jo ikke noe annet å henge det på».</p> <p>«Infeksjon selvfølgelig, vil jeg tippe at det er (...)»</p>
---

Fig. 7 / Meningsbærende enheter, Sykepleiernes refleksjoner / sitater

#### 6.4.4 Trinn 3 Kondensat

##### Datareduksjon og kondensering av tekst.

Etter denne oversikten var det tid for å gjøre analysens trinn 3, kondensering av subgruppene, her nevnt som tema. I denne fasen tar jeg for meg hvert enkelt tema og dens sitater/utsagn og setter dette sammen til et kunstig sitat som er et artefakta forankret i datainnsamlingens utsagn omsatt i en mer konkret tolket form. Jeg studerte enhetene først adskilt og så videre i sammenheng med hverandre. Jeg forsøkte å identifisere de rike og meningsbærende tekstene og silte ut dem som ikke gav ny informasjon eller ikke passet inn. Kondensatene er skrevet slik at de har samme mening som det informantene sa, men er renskrevet og konkretisert.

##### Datareduksjon V:

<b>Tema (Meningsbærende enhet, subgruppe)</b>	<b>Sitat</b>	<b>Gullsitat</b>
<b>Kjennskap</b>	«De eldre har ingen til å følge seg, jeg skulle ønske de hadde det. Samtalene er viktige, jeg står på bar bakke når det gjelder informasjon. Jeg får mye viktige opplysninger bare ved å snakke med pårørende eller pleiere som kjenner dem. Det mangler ofte informasjon og det kan være vanskelig å innhente denne hvis de eldre ikke har noen med seg».	«Jeg finner det utfordrende å innhente viktige opplysninger om de eldre ikke har noen som kan tale for dem eller supplere informasjonen slik at jeg kan få kjennskap til deres tilstand»
<b>Tid</b>	«Kvaliteten på tiden er viktigere enn selve tiden, men jeg har ikke tid til å lytte til dem, være hos dem hele tiden. De eldre trenger mer tid, de er prisgitt meg og tiden min. Det hadde vært bedre å ha mer tid til den medmenneskelige sykepleien, tid til å prioritere dem».	«Det er svært vanskelig å gjøre en god jobb når tiden ikke strekker til. De eldre trenger tiden min, men jeg har ikke tid til det. Det er kvaliteten i tiden det står om»
<b>Kunnskap</b>	«Kunnskapen min er erfaringen min, det jeg har lest meg til og det jeg har fra grunnleggende sykepleie. Det er erfaringen min som er tungtveiende i min kompetanse. Min kompetanse i akuttmottak er mer blålysmedisin, det akutte. Den eldre er jo ikke akutt syk,	«Jeg mangler kunnskap om den eldre akutte syke. Min kompetanse er erfaringen min, det jeg har fra grunnleggende sykepleie og det jeg har tilegnet meg selv av kunnskap».

	<i>men hva det gjør med dem å bli liggende tror jeg det er for lite forskning og kunnskap om».</i>	
<b>Alene</b>	<i>«Med den eldre i akuttmottak gjør jeg triage og tiltak ganske raskt så forlater jeg dem, jeg må springe videre til neste pasient. Da blir dem liggende der alene, om dem ikke har noen med seg. De er jo ikke sett på som kjempesyke, men det er ingen god følelse å forlate dem. De blir også ofte liggende ekstra lenge, uten mat og drikke eller mulighet til å gå på do eller varsle oss».</i>	«Det er ikke en god følelse å forlate den eldre alene. Jeg savner at dem har noen med seg. Jeg har ikke mulighet til å være hos dem, jeg må videre til neste pasient».
<b>Trygghet</b>	<i>«At pasienten føler seg trygg er det viktigste for meg. Jeg skulle ønske jeg kunne sette meg ned å holde i handa, være der, trygge og ivareta dem. Det beste er når pasienten uttrykker at han/hun er ivaretatt, er trygg. Da kan jeg jobbe videre med det akutte».</i>	«Det er utfordrende å skulle jobbe med det akutte før den eldre er trygget. Det er vanskelig å trygge den eldre, jeg skulle ønske jeg hadde tid til å ivareta og trygge, tid til å holde i handa».
<b>Ansvar</b>	<i>«Jeg har en særlig rolle, jeg skal trygge, støtte, informere og at jeg er kompetent, og at jeg, som bindeleddet mellom pasienten og legen, tar ansvar for at den eldre blir ivaretatt. Det er jeg som sier ifra til legen, om behov og tilstand, det er jeg som taler pasientens sak. Om vi hadde hatt bedre bemanning hadde jeg kunnet ivareta pasienten og ansvaret bedre. Det er likevel alle sitt ansvar å ivareta pasienten».</i>	«Vi har alle ansvar i ivaretakelsen av den eldre pasienten, men det er jeg som er bindeleddet og det er utfordrende at jeg ikke har mer tid og at jeg vet for lite.»
<b>Triage</b>	<i>Jeg triagerer de eldre på lik linje med de unge. De er ofte ikke akutt syke, eller sett på som kjempesyke og i akuttmottaket er det mere blålysmedisin jeg har i fokus. Siden dem ikke slår ut på vitalparametre og heller ikke har en egen ESS så blir det min vurdering om hvor påvirket dem er. Så da blir det hva jeg mistenker, tror eller tipper jeg kan «henge» det på. Så det er bare å begynne å grave, men så er det jo tiden til alt».</i>	«I mottak av den akutt syke eldre er det min vurdering som avgjør hastegradsvurderingen, og det blir å gjette seg til hva som feiler pasienten og hvor alvorlig det kan være, siden jeg ikke har noe «å henge det på».

Fig. 8

#### *Datareduksjon VI:*

Jeg valgte videre å abstrahere innholdet i denne tabellen ytterligere. Jeg fant at enhetene *Kjennskap* og *Kunnskap* bar mye samme mening, det gjorde også *Trygghet* og *Alene*. *Kjennskap* og *kunnskap* er to substantiver som jeg skiller, ved hjelp av ordbokdefinisjoner (SNL, 2019), i denne forståelsen; at *kjennskap* er å ha, eller hatt mulighet til å tilegne seg viten om noe som eksiterer eller foregår, har foregått, mens *kunnskap*, i denne sammenhengen, sier noe om det man allerede vet og kan. *Alene* og *trygghet* er også to substantiver, men med ulike sammenhenger. I denne analysen kunne jeg se at de er to sider av samme sak. *Alene* er å være adskilt fra noe eller noen, mens *trygghet* er å være i forbindelse med noe eller noen som skaper opplevelse av trygghet. Å være alene kan derfor her forstås som utrygghet og trygghet kan her forstås som å ikke være alene.

*Tid*, *Triage* og *Ansvar* var enheter som i de første rundene fortsatte å stå alene som temaer og enheter med egen mening. Det viste seg likevel i denne prosessen med å analysere teksten i figur 3 at når jeg gjorde dette fant jeg ytterligere at *Tid* og *Triage* handlet mye om de samme utfordringer jeg fant i temaene *kjennskap* og *kunnskap*. *Tid* i denne forståelsen viste seg å handle mye om tid til å innhente *kjennskap*, og tid til å anvende sin *kunnskap*. Det samme gjorde *triage*. *Triage* viste seg i begrepene *tid*, *kjennskap* og *kunnskap* gjennom den manglende lenken til å vite hvordan å anvende og hvorfor anvende RETTS. Når den eldre ikke treffer på ESS kontaktårsak i RETTS, var det *kjennskap*, *kunnskap* og *tid* som viste seg som viktige faktorer for den vurderingen sykepleierne måtte gjøre.

Problemstillingen og utfordringen med å ivareta «pasienten Margot» og den akutte geriatriske pasienten var kjent for sykepleierne, og like kjent var det å måtte gjette seg til i hvilken ESS Margot skulle plasseres i og på hvordan måte hun skulle hastegrads vurderes. Alle informantene brukte ord som «tror», «tippe», «gjette», «spekulerer» og på ulike vis sa ting som «det er jo ikke noe annet å henge det på», det er bare å begynne å grave», «så da går det på hva mistanken er». Dette fant jeg urovekkende og fortvilende på sykepleiernes vegne og jeg undret meg over hvordan dette temaet kunne sees eller oppleves i ansvarsfølelsen, når «om dem er allment påvirket eller ikke er en vurdering som jeg må gjøre selv».

Ansvar og ansvarsfølelsen, opplevelsen av særlig ansvar, kom frem som et tema som initialt bar mening alene. Sett i forståelse av sykepleiernes opplevelse i ivaretagelsen av den geriatriske pasienten kom dette temaet også frem som en del av begrepene *kjennskap* og *kunnskap*. Det opplevdes at sykepleier forstod seg selv med en særlig betydning og rolle i ansvaret, men at ansvaret for ivaretagelsen likevel opplevdes delt med leger, ledelsen og

helseforetaket forøvrig. Det opplevdes også at ansvaret for kunnskap og kompetanse lå hos sykepleier, men at ansvaret for ivaretagelse av kompetansen med kursing, skoling og tilrettelegging for kunnskap lå hos ledelsen og foretaket. Ansvaret stod dermed i samsvar med tiden og ressursene, og sykepleieres ansvar for å ha kjennskap og kunnskap til pasienten. Jeg valgte derfor å plassere temaet *ansvar* under kjennskap og kunnskap.

Begrepet tid stod til slutt alene og skilte seg ut på den måten at det viste seg å favne alle begrepene. I ethvert tema/begrep ble tid enten nevnt som en utfordrende faktor eller viste seg i svarene som et underliggende svar på utfordringene og behov i alle refleksjoner. (se figur 9 / tema: Tid)

Tekstkondenseringen i figur 4 skal vise forankringen og betydningen av sammenslåingen av disse temaene i fellesnevnerne. Jeg viser under i tabell fig.7 hvordan enhetene ble kodet videre i analysens datareduksjon.

Tema	Nytt tema	Sitater
Kjennskap	<b>Kunnskap</b>	<p><u>At kjennskap, kunnskap, ansvar og triage sier noe om kunnskap og vice versa:</u></p> <p>«(...) og da står vi sykepleiere på rimelig bar bakke og må behandle ut ifra det vi ser (...)»</p> <p>«Man kan se om personen er verre enn parameterne viser»</p> <p>«Jeg skulle ønske man kunne vite mer om dette, om de eldre, mere kunnskap»</p> <p>«Om dem er allment påvirket eller ikke er en vurdering som jeg må gjøre selv»</p>
Kunnskap		
Ansvar		
Triage		
Trygghet	<b>Trygghet</b>	<p><u>At trygghet og alene sier noe om trygghet og vice versa:</u></p> <p>«Vi gjør tiltak og sånt ganske raskt, så forlater vi dem»</p> <p>«At pasientene føler seg trygge»</p>
Alene		
Kjennskap		<u>At tiden sier noe om alt og alt sier litt om tiden:</u>



Kunnskap	<b>Tid</b>	<i>«Du får mange opplysninger, viktig informasjon, bare ved å snakke med folk»</i>
Triage		<i>«pasienten blir nedprioritert (...) og blir liggende lenge (...) og hva det gjør med dem, der er det for lite forskning, tror jeg»</i>
Trygghet		<i>«(...) de slår ikke ut på vitalparametre (...) de er ikke akutt syke»</i>
Alene		<i>«Så jeg savner å kunne sette meg ned, holde i hånda, trygge»</i>
Ansvar		<i>«man har ikke bemanning nok til å passe på dem, man har ikke mulighet til å være hos dem hele tiden»</i>  <i>«Å slippe å forlate dem, for det er ikke noen god følelse å forlate en person for en annen»</i>

Fig. 9

Etter dette oppsettet gikk jeg tilbake til transkripsjonene og til oversiktskissen (Fig. 5) Jeg leste det hele på nytt i lys av de tre nye temaene jeg hadde fått i figur 9. Jeg opplevde i dette perspektivet at tryggheten til pasienten, sykepleiers behov for å trygge og betydningen av pasientens opplevelse av trygghet, stod som det aller viktigste i sykepleierne utøvelse i vurderingene i den akutte fasen.

Trygghet er definert som et grunnleggende behov hos mennesker. Patricia Benner (1995) viser til trygghet som bærende og grunnleggende i sykepleieutøvelsen gjennom sin beskrivelse av sykepleiers betydning i *rollen som hjelper* (Benner, 1995) og bruker det engelske ordet «comfort» (Benner, Hooper Kyriakidis og Stannard 2011) for å beskrive og redegjøre for betydningen av tilstedeværelse og den akutte pasientens behov. Hun beskriver betydningen av tilstedeværelse hos pasienten som mer betydningsfullt enn den effektive utøvelsen av ivaretagelse. Videre beskriver og eksemplifiserer hun også at betydningen av «comfort» påvirker alle områder i pasient behandlingen og pasientens sfærer. «(Benner, 1999. Benner, Hooper Hooper - Kyriakidis & Stannard, 2011) Slik det engelske ordet 'comfort' beskrives i denne boka (2011) kan jeg gjenkjenne faktorer og mening i det norske begrepet trygghet. Forståelsen for trygghet utvides dermed hos meg i tolkningen av det sykepleierne vektlegger i sine uttrykk om trygghet. I denne forståelsen av informantenes svar, og i lys av dekontekstualiseringen i analysen, opplever jeg at trygghet som fenomen bærer alle opplevelser sykepleierne har i sine refleksjoner rundt den akutte geriatriske pasienten. Når jeg da ser på begrepet trygghet i temaene, ser jeg at de alle bærer med seg elementer av behov for

å skape trygghet i møte med denne pasientgruppen. Kjennskap, kunnskap, ansvar og triage fordrer alle å oppnå trygghet, også for sykepleieren, gjenspeilet i pasientens behov.

Etter denne analysen satt jeg derfor igjen med 2 tema, Kunnskap og Tid, som opplevd utfordring i vurderingen av den akutte geriatriske pasienten.

#### 6.4.5 Trinn 3 - fortsettelse

*Datareduksjon VII: Kondensater.*

Når dekontekstualiseringen i trinn 3, datareduksjon V, var gjort satt jeg igjen med et nytt inntrykk og mente temaene nå var modne for ny tolkning. Jeg følte behov for å sammenfatte informantenes uttrykk i nye kondensater.

I denne delen setter jeg sammen de transkriberte tekstene i de meningsbærende enhetene/temaene, tid og kunnskap, tilbake i en ny frisk tekst som bærer tolkningen og forståelsen av de uttrykk informantene har gitt. I tabellen under sorterer jeg disse kondensatene etter de to gjenværende og overordnede temaene tid og kunnskap.

<b>Tema (Meningsbærende enhet)</b>	<b>Kondensat</b>	<b>Gullsitat</b>
<b>Tid</b>	<i>«Jeg har ikke tid til å lytte til dem, være hos dem hele tiden. Jeg må springe videre, forlate dem, og det er ingen god følelse, å ikke få trygge. Jeg opplever at de eldre ikke er blålysmedisin, de er ikke akutt syke. De blir nedprioritert og liggende lenge. Det er jo mitt ansvar å bedre ivareta dem. De eldre er prisgitt oss og dem trenger mer av vår tid og jeg trenger mer tid, tid til den medmenneskelige sykepleien. Jeg skulle ønske de eldre hadde noen med seg, som kunne trygge dem, være hos dem, noen som kjenner dem».</i>	<i>«Jeg opplever ikke de eldre som akutt syke og jeg kan ikke prioritere tiden min til dem selv om dem er prisgitt oss og trenger oss mer».</i>
<b>Kunnskap</b>	<i>«Det er erfaringen min som er kunnskapen min om den eldre i akuttmottak, jeg har ingen videreutdanning eller kurs, det er det jeg har lest meg til og erfart som er det tungtveiende i min kompetanse. Jeg skulle ønske vi kunne vite mer om de eldre, jeg har et stort ansvar for å ivareta dem. Om de hadde noen med seg ville</i>	<i>«Det er erfaringen min som er min kompetanse, jeg skulle ønske jeg kunne mer om den akutt syke eldre»</i>

	<p><i>jeg kanskje fått vite mer om dem. Jeg har egentlig lite kunnskap om den eldre og hva det gjør med dem å bli liggende, det er for lite forskning på dette tror jeg».</i></p>	
--	---	--

Fig.10

Gjennom trinn 2 og 3 hadde jeg en god iterativ prosess, noe som gjorde at jeg stadig gikk tilbake til transkripsjonene og oversiktsskissen. Dette ble for meg en validering av min tolkning og forståelse. Der hvor jeg opplevde tomrom eller mangler i svarene, i de meningsbærende enhetene eller kondensatene måtte jeg stadig starte på nytt, lese, forstå og tolke, ta bort tekst, skrive på nytt. Jeg måtte ofte minne meg selv og analysen på undersøkelsens problemstilling og spørsmål: «Hvilke utfordringer opplever sykepleiere» Hva er det egentlig de opplever?

Malterud (2017) bemerker viktigheten av å holde seg nær den iterative og induktive tilnærmingen i denne analysemetoden, og mener at en lineær arbeidsprosess kan være uheldig for den kreative og åpne tilnærmingen. Dette var metodestrategien min i utgangspunktet av undersøkelsen, og et viktig moment i analysen; *å holde meg nær*. Malterud (2017) anbefaler d å ikke sette materialet opp i tabeller da det kan låse meg fast i en ikke-kreativ prosess og gi et misvisende bilde av min iterative prosess. Likevel kan leseren se at jeg har valgt meg en form for tabeller, jeg har dog et behov å systematisere visuelt og har brukt farger i tabellene, samt kursiv og fet tekst, for å visualisere det muntlige og slik tilstrebe å holde meg nærmere intervjuene. Jeg mener det er tabeller som ikke låser materialet fast og som gjør at jeg lettere kan se og dra mening og tolkning over i hverandres inndelinger i tabellene. I denne oppgaven har jeg inkludert disse tabellene «rene og pene», men på min arbeidsplass ligger de i utskrift, i flere eksempler med mye linjer, tegninger, skrifter og kruseduller. Jeg har sammenlignet tekstene, sett etter fellesnevner og overensstemmelser, jeg har sett etter det som er uteblitt, det som ikke ble sagt, og i hvilke sammenhenger, ved hvilke spørsmål de forekom, eller var fraværende, og i hvilken grad utsagnene ble vektlagt. Oversiktsskissen jeg fysisk arbeidet med var full av farger, uthevninger og understrek. Jeg håper det er synlig for leseren at dette er en form for system, en oversikt, i induktiviteten og kreativiteten.

#### **6.4.6 Trinn 4 Syntese**

I denne delen av analysen gikk jeg fra å *dekontekstualisere* i trinn 1,2 og 3, til nå å *rekontekstualisere* enhetene. Jeg satte sammen tekstene, temaene, de meningsbærende enhetene og forsøkte å se temaene i en helhet og tilbake til sin opprinnelse. Dette trinnet er et valideringstrinn på en slik måte at de enhetene som var løftet ut av teksten nå skulle finne sin referanse og relevans tilbake til sin opprinnelse. Jeg startet med å syntetisere temaene fra kondensatene, jeg så på hvert enkelt tema og forsøkte å analysere meningen. Dette er et viktig trinn for å ikke miste erfaringene og opplevelsene som ble uttrykt i intervjuene. Ved å gjøre dette forbygger jeg at tolkning og forståelse i analysen ikke tas ut av sin mening og kontekst, samt at risikoen for teknisk empiri minimeres. (Malterud, 2017) Syntesen er min forståelse og min tolkning av det som ble sagt av informantene. Syntesen sammenfatter tolkningen fra dekontekstualiseringen helt gjennom alle trinnene og møtes i tilbake til en fortolket forståelse av helhetsinntrykket.

#### **Syntese**

*«Den uklare tilstanden hos pasienten den akutte geriatriske pasienten gir en usikker håndtering og tilfeldige valg av tiltak. Omgivelsenes premisser i akuttmottak påvirker sykepleierne slik at tryggheten i den akuttgeriatriske ivaretagelsen er satt på spill».*

\*

## 7. Resultat

Sykepleierne beskrev flere områder og erfaringer som var utfordrende for ivaretagelsen av den akutte geriatriske pasienten. Det var spesielt i det angitte «mellomrom» det opplevdes usikkert og gav en usikker håndtering av den geriatriske pasienten. Dette mellomrommet viste seg å være i tiden mellom ankomst akuttmottak og avklart tilstand. I den tiden, i det rommet, de står i, og ikke helt vet hva som feiler pasienten. Da opplever de det utrygt. Hvordan de skal vurdere tilstanden og situasjonen er preget av usikkerhet og tilfeldige valg av tiltak.

Sykepleierne viser til erfaringen sin, i mottak av denne pasientgruppen, at det ofte er magefølelsen/ intuisjonen som styrer hvordan de skal prioritere i sin utøvelse. Dette oppleves utfordrende å anvende da tiden og ressursene er presset i akuttmottak og ikke gir rom for å kjenne etter. Den akutte geriatriske pasienten var en kjent pasientgruppe, men kunnskapen for denne gruppen viste seg å være lav. Denne pasientgruppen og problemstillingen var ikke noe «de hadde gått og tenkt på». Men analysen viste at det handlet mer om at de manglet ord for å definere denne usikkerheten. De hadde ikke reflektert over hva som egentlig var utfordringen i disse møtene og hvordan dette opplevdes. Sykepleierne fortalte om vanskeligheten med å stå i vurderingen for denne pasientgruppen. De største faktorene rundt denne usikkerheten var mangelen på ressurser, kunnskap og tid. Ansvarret veide tungt, særlig i rollen som bindeledd mellom pasienten og behandlingsansvarlig, men også som pasientens representant for en sikker og forsvarlig behandling. De så det som ledelsen og foretakets ansvar å sørge for tilrettelagte arbeidsforhold, pasientmiljø og kompetanse. De opplevde det vanskelig å ikke ha tid eller kunnskap nok til å stå i vurderinger og formidlingen til legen. Kunnskapen var her en faktor, både for selve utøvelsen i møte med pasientenes behov, men også tolkning av sykdomsbilde og symptomer. Kunnskapen, mente de, kunne gjøre at de kunne sterkere argumentere for prioritering og tid til å ivareta pasientens behov. At pasientene måtte ligge lenge og alene var en av de mest uttalte vanskelige erfaringene sykepleierne hadde. Det opplevdes moralsk stressende å rettferdiggjøre overfor seg selv at den akutte geriatriske pasienten ikke var blålysmedisin og måtte nedprioriteres. Sykepleierne valgte å fokusere på det de hadde tid til og som var det mest kritiske i øyeblikkene i akuttmottaket. Sykepleierne beskrev hvordan det at pasienten hadde pårørende eller helsepersonell med seg løste en del av deres egne utfordringer. At noen fulgte med pasientene var et savn, først og fremst for å lettere kunne supplere viktig informasjon, men det «avlastet» også sykepleierne i behovet for tilstedeværelse og utfordringen med å skape trygghet. Betydningen av *trygghet* i den akutte ivaretagelsen og vurderingen var det største funnet i denne undersøkelsen.

## 8. Diskusjon

Trygghet som begrep er essensielt i grunnleggende sykepleie og er forankret i en positiv relasjonell opplevelse, og står i tillit til noe eller noen. Trygghet er en enestående personlig og individuell erfaring. Det er ikke en tilstand som kan påføres av andre. Men sykepleieren kan i møte med pasienten tilrettelegge og/eller imøtekomme pasientens behov på en slik måte at det fremmer opplevelse av trygghet. Det er likevel bare pasienten selv som kan gradere sin egen trygghet. (Segesten, 2010) Derfor kan man stille spørsmål om betydningen av trygghet i den akutte fasen kan forstås, og forsvarer i effektivisering av behandling og tiltak. Svaret på det vil nok for de aller fleste fagfolk i akuttmedisin være «Nei». Akuttmedisinsk litteratur er likevel enige om at for den geriatriske pasienten er betydningen av trygghet en signifikant påvirkning av risikofaktorene for den akutte geriatriske pasienten. Akuttgeriatrisk faglitteratur anvender ikke begrepet trygghet, men viser til omstendigheter og faktorer som påvirker en eldres sykdomsprogresjon som er direkte knyttet til opplevelsen av trygghet. (Wisten, Rundgren og Larsson, 2017. Nickel, Bellou og Conroy, 2018.) Trygghet er likevel ikke et eget begrep i akuttgeriatrisk medisin. Man kan spørre seg om hva trygghet er i den akutte geriatriske ivaretagelsen, hva gjør at trygghet ikke anvendes som begrep eller ikke har høyere prioritering. Tar vi den for gitt?

I følge Segesten (2016) er trygghet et begrep som er lite anvendt i sykepleievitenskapelig forskning. Hun mener dette til dels har med at begrepet er forankret som et grunnleggende intuitivt fenomen og kanskje mangler interesse i forskning, og at det til dels er vanskelig å oversette til engelsk. Forskning anvender oversettelser, som tilbake til norsk kan få en annen mening. Dette er ord som «comfort», til norsk: komfort (Benner, Hooper-Kyriakidis & Stannard, 2011), «well-being», til norsk: velbehag (Uhrenfeldt & Terp- Høybye, 2015) «security» og «safety» begge til norsk: sikkerhet (Segesten, 2016) Det lar seg altså vanskelig oversette, men disse oversettelsene er likevel komponenter i den norske beskrivelsen av trygghet. Trygghet på norsk er i seg selv et fenomen og et positivt begrep, mens motsetningen; utrygghet, er et negativt begrep. (Segesten, 2016) I Maslows behovspyramide oversettes punktet om trygghetsbehov til engelsk som «Safety». (Segesten, 2016) Trygghet beskrives i Segesten (2016) med indre, ytre og livsvilkårlige faktorer. «Indre» omhandler opplevelser om selvtillit og selvsikkerhet, «ytre» handler blant annet om økonomisk sikkerhet og «livsvilkårlig» trygghet handler for eksempel om fred, sikkerhet og beskyttelse. I Uhrenfeldt og Terp Høybye (2015) beskrives «well-being» som et fenomen jeg gjenkjenner i Segestens (2016) beskrivelse av trygghet; en subjektiv eksistensiell opplevelse.

Patricia Benner (1995) beskriver ikke, i sin teori om mesterlighet og kyndighet, direkte om begrepet trygghet, men hun anvender perspektiver i sykepleieutøvelsen som jeg kan tolke og forstå i erfaringene sykepleierne meddelte i undersøkelsen. Jeg gjenkjente disse utfordringene i Benners (1995) beskrivelse av 7 kompetanseområder: 1: Rollen som hjelper, 2: Den undervisende og veiledende funksjon, 3: Den diagnostiske og overvåkende funksjon, 4: Effektiv håndtering av hastig skiftende situasjoner, 5: Å utføre og overvåke terapeutisk forløp og planer, 6: Å overvåke og sikre den kliniske sykepleiers kvalitet, 7: Å planlegge og organisere personalets arbeid og pleie i avdelingen. (Benner, 1995 Brykczynski, 2011) Alle disse kompetanseområdene trer frem som faktorer som hindrer eller utfordrer i sykepleiernes beskrivelser av hvordan de opplever å stå i ivaretakelsen av den akutte geriatriske pasienten. I disse kompetanseområdene ble behovene for hva som skal til for den gode utøvelsen, hva sykepleierne savnet. Benner (1995) redegjør for de vilkår som styrker sykepleierne i utøvelsen og den påvirkning dette har for tryggheten hos pasientene.

Resultatet av undersøkelsen beskriver tre områder som jeg finner viktige å diskutere i forhold til analysens resultat og den teoretiske rammen. Det første er *ressursenes* betydning for en trygg ivaretakelse. Det andre er *kunnskapens* betydning for en trygg ivaretakelse og det tredje er *trygghetens* betydning i akuttisykepleie og akuttmedisin. Ressursenes betydning for en trygg ivaretakelse handler om omgivelsene sykepleierne ivaretar pasienten i, om arbeidsforhold og verktøy anvendt som påvirker ivaretakelsen av den akutte pasientens trygghet. Kunnskapens betydning i akuttisykepleie handler om forståelsen av pasientenes behov for trygghet, det relasjonelle i møte med den akutte geriatriske pasienten og vurderingsferdigheten.

Trygghetens betydning i akuttmottak handler om akuttmedisinens holdning til trygghetens verdi og prioritering, samt betydning i den akutte ivaretakelsen.

I den akutte ivaretakelsen av akutt og/eller kritisk syke pasienter er det et anerkjent overordnet fokus og prioritering på livstruende tilstander. Dette er avgjørende for sikkerheten i akuttmedisinsk behandling, og en nødvendighet. Å sortere og hastegradsvurdere er avgjørende for å avdekke de tilstander som krever umiddelbar respons. «blålysmedisin» handler om å ivareta pasienters ABC (A: Airways. B: Breathing. C: Cirkulation) (Wisten, Rundgren og Larsson, 2017. Nickel, Bellou og Conroy, 2018) I hastegradsvurdering av den eldre pasienten er disse faktorene utfordret, for det første på grunn av Eldres kompleksitet og det asymptomatiske bilde og for det andre på grunn av de ytre faktorer som kan påvirke ivaretakelsen og vurderingen, slik at selv om vi ser på pasienten at ABC'en er upåvirket, og kanskje hastegradsvurderingen RETTS forteller oss at pasienten er upåvirket, så er det

kanskje ikke sikkert at pasienten faktisk er upåvirket. (Ibid.) Grossmann & Nickel (2018) beskriver hastegradsvurderingen og ivaretagelsen av den eldre akutte pasienten som særlig utfordrende og vektlegger to faktorer som, i akuttmottak, er spesielt viktig for å kunne utøve en presis og trygg vurdering og ivaretagelse av pasienten. Det første behovet er et godt og trygt miljø som fremmer en myk praktisk håndtering og tilrettelagte omgivelser, dette behovet fordrer også et verktøy i hastegrads vurderingen som er tilpasset de eldre. Det andre behovet Grossmann & Nickel beskriver (2018) er betydningen av kompetanse til å imøtekomme den særlige ivaretagelsen eldre fordrer i akutt sykdom, særlig oppmerksomhet og tilrettelegging. Trygghet i den akutte ivaretagelsen av denne pasientgruppen er likevel ikke fremhevet som en faktor alene, og jeg ønsker å drøfte betydningen av tryggheten for dens betydning som en enestående faktor i sykepleie til den akutte geriatriske pasienten.

### **8.1 Ressursenes betydning for en trygg ivaretagelse**

Sykepleierne i undersøkelsen satte tryggheten høyest i betydningen for god sykepleieutøvelse i møte med den akutte geriatriske pasienten. *«at dem føler seg trygge, at dem er ivare tatt og tilbakemeldingen kommer om dette, at dem er trygge, det er godt nok»* De uttrykte samtidig at dette var det vanskeligste å oppnå *«det er utfordrende å skulle jobbe med det akutte før den eldre er trygget. Det er vanskelig å trygge den eldre, jeg skulle ønske jeg hadde tid til å ivareta og trygge, tid til å holde i hånda»*. Trygghetens betydning er opplevd av sykepleierne som en viktig enestående faktor i ivaretagelsen og mente det var utfordrende å jobbe med «det akutte» uten å ha trygget først. I sykepleiernes svar på hva som utfordret å trygge var det spesielt tiden som ble fremtredende. De eldres tilstand fordrer tid av sykepleierne. Patricia Benner beskriver i sin bok om mesterlighet og styrke (1995) om hvordan sykepleierens rolle som hjelper påvirker helbredende relasjoner og om nærhetens innvirkning på helbredelsesprosessen. Benners (1995) momenter for å styrke pasientenes helbredelsesprosess er tolker jeg direkte knyttet til behovet for trygghet. Benner (1995 og 2011) er ofte situasjonsbetenget i sine undersøkelser og beskrivelser. For pasientgruppen med redusert allmenntilstand / akutt funksjonssvikt er tilstanden og situasjonen i øyeblikket de ankommer akuttmottak sjelden livstruet. Det er potensialet for fatalitet som er givende for å forstå behovet for å trygge med Benners perspektiv. I Benners beskrivelser er mange av faktorene som forebygger forverring hos de eldre i akuttmottak viktige deler i utøvelsen å trygge; å forstå og håndtere smerte, informasjon, kommunikasjon, grunnleggende behov, å fremme mestring, å være nær, å berøre, å trøste og støtte. Alle disse faktorene er gjenkjennelige i akuttgeriatrisk medisin for å forebygge forverring av tilstand. (Benner, 1995)



Patricia Benner 2011, s. 2 «Any complex practice depends on both extensive *acquisition* of knowledge, and the *situated use* of knowledge in practice” Benner fremhever ikke bare betydningen av kunnskap, men også at den blir anvendt. Sykepleierne i akuttmottaket beskrev hvordan tiden og kunnskapen hele tiden satte utøvelsen og tryggheten på spill; «*Det er svært vanskelig å gjøre en god jobb når tiden ikke strekker til. De eldre trenger tiden min, men jeg har ikke tid til det. Det er kvaliteten i tiden det står om*» Kvaliteten i tiden det står om handler ifølge Benner (1995) om forståelsen i situasjonen, relasjonen og utøvelsen i sykepleien. Dette beskriver hun som handlekraft og dømmekraft, og er avgjørende i akuttsykepleie. Ferdigheten og tilnærmingen «å kunne *tenke i handling*» «*thinking-in-action*» (Benner, Hooper-Kyriakidis & Stannard, 2011) er en mesterlighet og kyndighet hun beskriver er forbeholdt de dyktige sykepleierne. Hvis det situasjonsbetingede er avgjørende for denne tilnærmingen, hvordan kan man da forstå og forklare kyndigheten i sykepleieutøvelsen som eneste faktor i samhandlingen med pasientene. Hvilken innvirkning vil det ha på den eldre pasientens forutsetning for å mestre sin egen tilstand? Hva vil det eventuelt gjøre med sykepleierne og utøvelsen hvis de skal bære dette ansvaret alene? Tiden strekker ikke til, kunnskapen når ikke frem, og ivaretagelsen er satt på spill. Dette er utfordringer som jeg fant tilbake til 2002 (Moons, Arnauts og Delooz) og 2004 (Larsson Kihlgren, Nilsson og Sørli) Moons et al. (2002) beskrev hvordan Eldres usikkerhet var påvirket av sykepleiernes manglende mulighet til å etablere gode nok miljøer som fremmet deres trygghet og hvordan akuttmottakenes atmosfære og forhold vanskeliggjorde tid, rom og oppmerksomhet for de Eldres behov. Larsson Kihlgren et al. (2004) beskrev i sin undersøkelse hvordan oppgaver som viktige prosedyrer og rutiner i akuttmottak stjal tid og oppmerksomhet fra de Eldres behov, og truet den gode sykepleieutøvelsen til denne pasientgruppen. Sistnevnte undersøkelse beskrev også hvordan forventningen om den totale ivaretagelsen hvilte på sykepleierne og at dette ansvaret veide tungt i vurderingsansvaret. (Larsson Kihlgren et al. 2004) Lisbeth Uhrenfeldt (2010) refererer til Benner, Tanner og Chelsea, 1996, i beskrivelsen av det særlige kjennetegn for den dyktige kliniske sykepleier; «er oppmerksomheten på de små tegn på endringer hos patienten». Sykepleierne selv, i min undersøkelse, beskrev selv hvordan det er kvaliteten på tiden, mer enn tiden selv, som er avgjørende for å trygge pasienten. I lys av Uhrenfeldts (2010) redegjørelse for den dyktige kliniske sykepleiers oppfattelsesevne stiller jeg da spørsmål om man kan skylde på ytre faktorer når sykepleiernes kyndighet ikke strekker til. Eller jeg kan snu utfordringen og stille spørsmålet «Når RETTS, tiden og arbeidsmiljøet ikke styrker vurderingsferdigheten til sykepleierne, kan man da bruke sin dyktighet fremfor prosedyrer og rutiner, og hva skal til for å gjøre dette?

Goodridge, Martyniuk og Stempen (2018) beskriver hvordan eldre er utsatt for emosjonell skade i akuttmottak og presenterer dette fra både pasienter og sykepleieres erfaringer, viser til deres strategier og anbefalinger. Dette er en veldig god undersøkelse gjort for å belyse de risikoer for skade man kan utsette pasienter for i det akutte mottak og hvilke faktorer som er avgjørende for dette. Goodridge et al. (2018) viste til at akuttmottakene har lite fokus på det emosjonelle i mottak av de eldre. På tross av takknemlighet for å få komme til akuttmottak, følte ikke de eldre seg ivaretatt for sine behov og opplevde utrygghet i den akutte fasen. Uhrenfeldt og Terp Høybye (2015) beskriver de samme opplevelsene, men da på en kirurgisk avdeling i Danmark. I denne studien beskriver også pasienter at de opplever å bli objektivisert, slik som i Goodridge et al. (2018): uviktige, ignorert eller glemt, og i begge undersøkelsene stemmer de eldre i, i forståelsen av at det er systemet som presser på. Uhrenfeldt og Terp Høybye (2015) konkluderer med at det var den profesjonelle erfaringen og relasjonen som var betydningsfull i pasientens opplevelse av «well-being» fortolket i dette perspektivet, til trygghet. I Goodridge et al. (2018) fremmes systemets organisering; oppmerksomhet og verdien av tilretteleggelse for omsorgsgiverne for å optimalisere de eldres opplevelse av trygghet i akuttmottak. Goodridge et al. (2018) beskriver veldig godt de faktorer som spiller inn i ivaretakelsen av den akutte geriatriske pasienten. Systemets overlast på sykepleierne, sykepleieres oppfatning av akuttisykepleie, alderismen og hvordan alt dette påvirket sykepleierne med frustrasjoner og oppgitthet. Dette var gjenkjennbart i min undersøkelse, i sykepleiernes beskrivelser og erfaringer. Til forskjell fra de to overnevnte undersøkelsene (Goodridge et al. 2018 og Uhrenfeldt & terp Høybye, 2015) uttrykte sykepleierne i min undersøkelse en viss usikker kunnskap rundt den akutte geriatriske pasientens behov, og potensielt sykdomsforløp, mer enn at pasientgruppen ikke var «ønsket» Det ble også antydnet i Goodridge et al. (2018) at sykepleierne vurderte de eldre som mindre viktige i akuttmottak. Jeg kjenner ikke igjen denne beskrivelsen, om de eldres plass og verdi i akuttmottaket, i mine informanters tilbakemelding. Sykepleierne i min undersøkelse satte stor pris på å møte og ta vare på de eldre i akuttmottaket. De opplevde at dette var en takknemlig gruppe pasienter, med spennende historier og ofte med godt humør. Det var «koselig» å være sykepleier for dem, på tross av alle utfordringene det kunne være å stå i mottaket med dem. Det opplevdes ikke godt å måtte forlate den eldre pasienten, å måtte nedprioritere dem og unnlate å imøtekomme deres behov. Sykepleierne la aldri skylden på noe eller noen, men ønsket seg mere tid, kunnskap og ressurser.

Den medisinskfaglige argumentasjonen for å styrke ivaretagelsen for de eldre i akuttmottak er erkjent som et økende behov og en prioritering fra Norges regjeringen (Helsedirektoratet, 2014. Helse og omsorgsdepartementet, 2019) På hvilken måte og hvem i akuttmottak som skal svare til denne styrkingen er ikke klart i regjeringens eller helseforetakenes planer. (Ibid.) Det er i noen rapporter (Næss, 2008. Helsedirektoratet, 2014. Helse og omsorgsdepartementet, 2019. Sintef, 2014) foreslått å styrke ivaretagelsen, slik også Grossmann og Nickel (2018) beskriver, med å tilrettelegge omgivelsene og forholdene i et mer geriatrikkt vennlig miljø. Dette mener de vil optimalisere sykepleiernes forhold til å vurdere, behandle og ivareta den akutte geriatrike pasienten. Dette er for eksempel fysiske produkter/utstyr som er tilpasset de eldre (klokker, plakater på vegg med informasjon, bedre senger, rullestoler, større rom), hastegradsvurderingsverktøy som er tilpasset de eldre og forbedret IKT utstyr. Kunnskap- og kompetanseheving hos helsepersonellet i akuttgeriatri er også nevnt som en viktig faktor. (Ibid.) Alt dette er gode observasjoner for behov i akuttmottak. Men jeg stiller spørsmål om vi egentlig kjenner til årsaken og utfordringene i akuttmottak. Undersøkelser og rapporter konkluderer med de mangler som finnes i akuttgeriatri, men sier ikke noe om hva som skal til for å imøtekomme disse manglene. Å introdusere ytterligere verktøy i vurderingen av de syke, og tilføye flotte tilpassede materialer og utstyr er vel og bra, men hva hjelper det hvis det ikke er tid til å benytte disse tilleggene og tilpasningene, og anvende de hensiktsmessig? I hvilken grad vil dette tilføre trygghet til den akutte geriatrike pasienten? Hvis utfordringen ikke egentlig er kunnskapen, kompetansen og utstyret, våger vi da å snakke om hva pasientene og sykepleierne sier de mangler i akuttmottak, hva som gjør de ille i akuttmottak og hva de egentlige behov er? Vet vi egentlig dette? Sykepleiere i min undersøkelse var klare i sine beskrivelser om utfordringen; tiden. *«Dem trenger mer tid, mer forståelse, mer forklaringer og mer informasjon, deres pårørende trenger oss og jeg trenger mer tid, tiden til alt»* Sykepleierne ønsker å vite mer, kjenne den eldre bedre, og de ønsker rom til utfordringen det er å stå i møte med å ivareta den eldre. Sykepleierne ønsker tid til å stå i utryggheten, uklarheten og usikkerheten, tid til å trygge, finne klarhet og imøtekomme de behov den eldre har. De ønsker tid til å anvende sin kunnskap og kompetanse.

## **8.2 Trygghetens betydning for sykepleieutøvelsen.**

Til forskjell fra den yngre akutte pasienten er den eldre akutte pasienten en utfordring nettopp på grunn av sitt komplekse, asymptomatiske og atypiske sykdomsbilde. Det er ikke en hovedregel at alle eldre er atypiske og har høy risiko for forverring i sin utvikling av sykdom. Muligheten for dette er likevel så aktuell at å handle på symptomer som viser seg, uten å ha kjennskap til geriatrik sykdomsbilde og pasientens normaltilstand, vil nærmest være en gjettelek. Gro Næss (2008) og Sintefs rapport (2014) bekrefter begge de sykepleiefaglige utfordringer i akuttmottak, men nevner ikke pasientenes behov for å ha tid med sykepleierne, eller sykepleiernes tid med pasienten.

«Sykepleiere har et stort ansvar for observasjon, vurdering og behandling av skrøpelige gamle som kommer til akuttmottak. I tillegg skal de skape trygghet rundt en syk gammel pasient (...) Faren for utvikling av delirium hos pasienten og at personalet gjør gale observasjoner og vurderinger er stor (...) For pasienten vil det første møtet med sykehuset og opplevelsene her kan ha stor innvirkning på pasientens situasjon» (Næss, 2008. s. 56/57)

Sykepleierne i min undersøkelse beskrev ivaretakelsen med ord som «*vi antar, vi gjetter, vi tror, vi mistenker, vi spekulerer, vi tipper, vi graver, vi har ikke noe annet valg, vi vet ikke, vi står på rimelig bar bakke, vi må vurdere selv*». Dette beskriver veldig godt sykepleieutøvelsens store utfordring i møte med den akutte geriatrike pasienten. de beskriver at det eneste verktøyet de anvender er RETTS, samtidig som de i møte med den eldre pasienten, eksemplifisert som Margot, vet de ikke hvordan de skal anvende RETTS og beskriver hvordan RETTS ikke strekker til i vurderingen av hastegrad i møte med «Margot-er». Margots uklare tilstand gir en usikker håndtering og tilfeldige valg av tiltak. Det er dermed lett å skulle legge årsaken til dette på kunnskap og kompetansenivå, men jeg vil utfordre leserne til å forsøke å se dette, slik jeg, i perspektiv av den manglende tiden. Trygghet er som nevnt grunnleggende sykepleie, likevel er tryggheten nevnt i flere undersøkelser som pasientens viktigste erfaring og betydning i opplevelsene i sykehus. (Uhrenfeldt og Terp Høybye, 2015. Helse og omsorgsdepartementet, 2019) På hvilken måte kan vi forstå trygghetens betydning i den akutte fasen som mer vesentlig enn den akuttgeriatrike kunnskapen og kompetansen? Uhrenfeldt og Terp Høybyes (2015) undersøkelse om «well-being» utfordres av omsorgsrelasjonen til pasienten og beskrives godt i dette observasjon og intervju studiet med pasienter og helsepersonell. Denne undersøkelsen viser hvordan pasientene resignerer og finner andre strategier, og søker støtte hos andre pasienter, for å ivareta sin «well-being». Den skildrer hvordan helsepersonells manglende

interaksjoner og relasjon til pasientene gjør at faktisk tilstand, endringer og forhold ikke blir observert / oppfattet korrekt, og hvordan dette kan føre til feil behandling. I akuttmottak må vi spørre oss om vi kan tillate at det er pasientenes oppgave å løse sin egen opplevelse av utrygghet og om vi tør å «gamble» med risikoen for feil vurdering, og feil behandling. MacIntosh og Sheppy (2013) beskriver hvordan sykepleierne tilstreber å imøtekomme de økte kravene for effektivitet og god behandling og hvordan dette førte til at sykepleierne fikk høyt moralsk stress og redusert motivasjon som i verste fall påvirket ivaretagelsen av pasientene. MacIntosh og Sheppy (2013) konkluderte med at å minimere dette presset med å håndtere manglende ressurser ville øke kvaliteten i sykepleieutøvelsen. Dette tolker jeg som det overordnede budskapet i sykepleiernes beskrivelser i min undersøkelse; *«Man har ikke bemanning nok til å passe på dem, man har ikke mulighet til å være hos dem, man har ikke tid til den empatiske delen, den medmenneskelige delen, men jeg prøver virkelig ikke å stresse eller å ha det travelt, det er trist, men vi er ikke bemannet for å stå å hode dem i hånda»* Sykepleierne fortalte mye om hvordan det opplevdes å måtte forlate dem, at de ikke strakk til og i tilbakemeldingene sine rettfærdiggjorde de dette med at det ikke er akuttmedisin eller blålys medisin de holder på med og hvordan de ikke kan prioritere å være hos den eldre.

### **8.3 Trygghetens plass i akuttmottak**

I akuttmottak er tilnærmelsen til trygghet *pasientsikkerhet* og *forsvarlighet*. (Helsetilsynet, 2008 & 2010) Pasientsikkerhet er definert som sikkerhet for at pasienten ikke utsettes for skade eller risikere skade i helsetjenestene, (Saunes et al. 2010) og forsvarligheten er at de metoder og ressurser som anvendes i helsetjenestene er vitenskapelig begrunnet og er grunnlagt i forsvarlighetskravet i helsepersonellovens kapittel 2. (Lovdata) Norsk sykepleierforbund fremmer faglig forsvarlighet som den sykepleiefaglige utøvelsen når pasienten får dekket sine grunnleggende behov, får nødvendig helsehjelp og ikke blir utsatt for skader eller unødvendig lidelse. NSF poengterer at helsetilsynets vurdering er at det må foreligge kvalifiserte avvik fra det som er god praksis før det karakteriseres som uforsvarlig. (Norsk sykepleierforbund 2019) Mens begrepet om pasientsikkerhet tolkes strengt i lov om helsepersonell er forsvarligheten likevel en skjønnsvurdering, men blir oftest vurdert på lik linje som pasientsikkerheten. I akuttmottak hvor akuttmedisinen råder og har fokus på det akutte, både øyeblikkelig ankomst, vurdering og behandling, er det tradisjon for å tenke handling for at livet ikke skal være truet. Pasientene sikres at de er stabile for sine fysiske og psykiske stabil og sendes videre i behandlingssystemet. Det er kanskje ikke rom for å tenke pasientsikkerhet og forsvarlighet i en større sammenheng, eller om man vil; i et grunnleggende behov. Norsk sykepleierforbunds (NSF) definisjon av faglig forsvarlighet står

i kontrast til Norges helsemyndigheters aksept for hva som er god utøvd helsehjelp. Pasientenes behov og ønsker for sin tid i akuttmottak og helsetjenesten (Helsedirektoratet, 2014. Helse og omsorgsdepartementet, 2019) er i tråd med NSF's forsvarlighetsdefinisjon. I akuttmottak vil det å trygge pasientene imøtekomme NSF's definisjon. I akuttmottak vil det å imøtekomme krav om pasientsikkerhet og forsvarlighet kanskje egentlig bare sikre og ivareta helsepersonellet selv, og er i stor avstand fra hva sykepleie er grunnlagt på og helsetjenestens og helse Norges målsetninger og visjoner (Unn, 2019. Helsedirektoratet, 2014 og Helse og omsorgsdepartementet, 2019) Det fremste argumentet for å fremme trygghet som et akuttmedisinsk begrep er pasientenes behov og risikofaktorer. Det holder ikke å ha klart å bevare pulsen og pusten til pasientene hvis de risikerer fatalitet og mortalitet senere i behandlingen, spesielt om det kunne vært unngått i den initiale fasen i akuttmottak.

Magefølelsen og intuisjonen til sykepleierne er gode kilder til høy kyndighet i sykepleieutøvelsen, men tiden disponibel for denne kyndigheten er utfordret av prioriteringer og holdninger, så vel som kontrastene i forståelsen for det som er viktig for pasientene og utøveren av det akuttmedisinske faget. Dersom tiden med sykepleieren er det viktigste for pasienten og i sykepleieutøvelsen, kan man da hevde at pasientsikkerhet og forsvarlighet er ivaretatt. Min undersøkelse viste at det viktigste momentet i mottak av den akutte geriatriske pasienten var tryggheten, og den største utfordringen var tiden til å trygge. Oppmerksomheten til å gjøre gode vurderinger, fange opp viktig informasjon og eventuelle kritiske endringer i den eldre pasientens tilstand, forsvant i tiden sykepleierne ikke kunne være hos pasienten, i den tiden de måtte prioritere andre mer kritiske mottak, og forlate den eldre. De eldres uklare tilstand gav en usikker håndtering og tilfeldige valg av tiltak og fanget heller ikke sykepleiernes oppmerksomhet for potensiell risiko. Sykepleierne var presset av omgivelsenes forhold og forventninger om effektiv prioritering av «det akutte», og deres egen rettferdiggjøring av at den akutte geriatriske pasientens behov for trygghet ikke er akuttmedisin.

#### **8.4 Trygghetens betydning for vurderingen av den akutte geriatriske pasienten**

Kvaliteten på pasientsikkerhet og forsvarlighet måles i minutter. Vi skal triagere innen 15 minutter, vi skal bruke 10 minutter på triage, vi skal gi antibiotika innen 20 minutter, vi skal starte slagbehandling fra ictus innen 30 minutter, tid til doktor er 20 min – 120 min – 240 minutt. Disse minuttene er nedfelt som krav i rutiner, verktøy og prosedyrer som alle skal kvalitetssikre og forsvare ivaretagelse og behandling. Det er derfor et stort press på helsepersonell å imøtekomme disse kravene. Det er akseptert å forsvare sine vurderinger og prioriteringer ved å innfri disse kravene. (Predicare Sverige, 2019) Sykepleierne opplevde likevel at det satte dem i dilemma.

Å låse seg fast i verktøy, rutiner og prosedyrer vanskeliggjør å bruke sitt fulle potensiale i sykepleieutøvelsen; sin kunnskap og kompetanse, sin dømmekraft og handlekraft, sin mesterlighet og styrke. (Benner, 1995. Benner, Hooper-Kyriakidis og Stannard, 2011. Nickel, Bellou og Conroy, 2018. Grossmann og Nickel, 2018. Engebretsen, Røise og Ribu, 2013) Rolf Hanao, (2013) mener sikkerheten og kvaliteten i hastegradsvurderingene er avhengige av at hver enkelt prosedyre utføres på en god måte, men at forsvarligheten i dette er mer enn summen av korrekte enkeltprosedyrer. Hanao vektlegger at pasientens og pårørendes opplevelse av god ivaretagelse er viktig. (Hanao, 2013) Han mener likevel at riktig behandling innen en individuelt riktig tidsfrist må telle høyest og at kort oppholdstid i akuttmottaket er avgjørende for visse pasientgrupper, som den akutte geriatriske pasienten. Engebretsen, Røise og Ribu (2013) sier at å triagere er en viktig del av akuttmottakenes oppgaver, da det sikrer at de sykeste pasientene får behandling til korrekt tid. Sykepleierne i min studie var tydelige på at det var viktig for dem å prioritere de sykeste først, og beskrev hvordan dette ofte var på bekostning av ivaretagelsen og vurderingen av den akutte geriatriske pasienten. Hvordan kan man rettferdiggjøre forsvarligheten i behandlingen av denne pasientgruppen hvis det er slik at sykepleierne, med det initiale hovedansvar for vurdering og hastegrads plassering, ikke får tid til å utføre en sikker og god triage av den eldre? For å oppnå en sikker og forsvarlig vurdering av denne pasientgruppen vil det være viktig å vite i hvilken hastegrad denne pasienten skal prioriteres til og ha tid til å gjøre denne vurderingen tilstrekkelig. Hvis ikke tiden er tilstrekkelig kan man da si at pasientsikkerhet og forsvarlighet er oppnådd for denne pasientgruppen og kan man stole på den vurderingen som er gjort? Tryggheten i den akutte ivaretagelsen for den eldre pasienten er viktig for å oppnå en adekvat vurdering av pasienten og forebygge forverring av tilstanden. Engebretsen et al. (2013) viste til at faktakunnskaper og vurderingsferdigheter veier tyngre enn erfaring. Kunnskap og

kompetanse vil slik sett da være en avgjørende faktor for vurderingsevnen til sykepleierne og tryggheten til den eldre pasienten.

Så hvordan kan sykepleiere forstå og se sin egen kunnskap og kompetanse, uten spesialutdanning, anvendt i den akutte geriatriiske ivaretagelsen? Jeg vil tilbake til Patricia Benner (1995) syv kompetanseområder (som nevnt i kap. 6, tredje avsnitt, s. 61) for å beskrive utøvelsens grunnleggende ferdigheter og mestringsstrategi for sykepleieren i akuttmottak.

**1:** Rollen som hjelper: å tilstrebe en relasjonell nærhet og tilstedeværelse i den tiden man har hos pasienten. En sykepleier sa i intervjuet; *«det handler mer om kvaliteten på tiden enn selve tiden»* Benner sier at rollen som hjelper krever evnen til å lytte og forstå, for å kunne fremme pasientens behov og belønnes sin egen innsats som kyndig utøver av sykepleiefaget.

Sykepleierne vedkjente i intervjuene at den dårlige tiden hos pasienten og manglende kunnskap, eller tid til å innhente kunnskap gjør at deres rolle som hjelper svekkes i kampen for pasienten *«og det er klart at om man hadde hatt mere kunnskap så kunne man slått mer i bordet og krevd strakstiltak»*. Benner sier; Et menneske kan motta hjelp uten å be om den og kan be om den uten å være i stand til å ta imot den (Benner, 1995, s56). Dette er essensielt i møte med den akutte geriatriiske pasienten. Denne pasientens fysiske og mentale ressurser kan være utfordret slik at å uttrykke sine behov eller å ta imot sykepleierens ivaretagelse er svekket eller ikke mulig. Desto viktigere er det da at sykepleierne er bevisste sin rolle og sin rolles betydning i møte med den eldre syke.

**2:** Den undervisende og veiledende funksjon: å møte pasientene i det rette øyeblikket, fange øyeblikket opp og anvende muligheten til å fremme mestring i det akutte. Benner sier at dette er et utfordrende område grunnleggende for sitt behov for tid i slike funksjoner. Sykepleierne i intervjuene fremmet at informasjon var et viktig element i den akutte ivaretagelsen. De opplevde det tilfredsstillende når pasienten hadde mottatt og forstått informasjonen. *«de eldre trenger mer tid og forklaringer, de er prisgitt oss og at den informasjonen de får, er rett og at det blir rett»* Om hvilken informasjon som blir rett, sier Benner, er kontekstuellet betinget. Det er opp til sykepleierens kyndighet å fange oppmerksomheten for dette behovet. Hvilken informasjon som er rett, eller ønsket av pasienten, var i 1995, et område Benner ønsket mer forsket på. I dag, nesten 25 år senere, vil jeg tro at dette er mer forsket på i egne problemstillinger. Den forskningen jeg har anvendt av nyere dato til denne studien, viser at pasienten ønsker mer informasjon av sykepleierne, og tid til å gi egen informasjon av



betydning for pasientene selv. (Uhrenfeldt og Terp Høybye, 2015. Helse og omsorgsdepartementet, 2019)

**3:** Den diagnostiske og overvåkende funksjon: å kunne forutse og forstå, i oppmerksomt nærvær, pasientens behov og endringer. Om dette beskriver Benner kompleksiteten i vurderingskompetansen, og dens fallgruver. Den kan ikke forstås som praktiske målinger av fysiske symptomer alene i lineære prosesser. I møte med den akutte geriatriske pasienten er dette svært gjenkjennbart og en viktig innsikt å ha. Benner fremmer også i denne kompetansen evnen til å fremlegge dokumentasjon på sine vurderinger klart og overbevisende. Sykepleierne beskrev tydelig i intervjuet, i sin vurdering av eksemplet Margot, hvordan det var utfordrende å skulle anvende RETTS og dens mangler gjorde de usikre på egne vurderinger og observasjoner. Dette igjen gjorde at de ikke klarte å argumentere for pasientens behov selv om magesfølelsen sa at det var noe som krevde ytterligere oppmerksomhet fra dem, og legen. Benner viser i sin beskrivelse av dette kompetanseområdet hvordan sykepleiere kan bruke sin erfaringskompetanse og kunnskap til å oppdage problemer hos pasientene før verktøy bekrefter tilstanden. Hun bemerker at dette er situasjonsorientert og avhenger av evnen til å kunne se det som er hos den konkrete pasienten, kjenne pasientgruppen, fremfor det som kan hende den alminnelige pasienten. Dette fordrer kunnskap og erfaring med den eldre geriatriske pasienten. Sykepleierne vurderte sin egen kompetanse som god, men kunne ikke vise til at de hadde særlig kunnskap om den eldre akutte pasienten.

**4:** Effektiv håndtering av hastig skiftende situasjoner: å hurtig kunne oppfatte livstruende situasjoner og inneha handlekraft for å identifisere og balansere behov og ressurser. Benner beskriver denne kompetansen som evnen til å skape orden midt i kaos. Sykepleierne må være i stand til å håndtere kriser så vel som å forebygge dem. Hun vektlegger forståelsen av at dette er hovedsakelig sykepleiernes oppgave. Det er de som er tilstede hos pasienten, oppfatter og gjør vurderingene som krever strakstiltak. Sykepleierne svarte tvetydig på spørsmålet om de så seg selv i en særlig rolle i ivaretagelsen av pasientene. De var bestemte på at de har en særlig rolle til å tale pasientenes sak, å informere legen og innhente viktig informasjon. De så ikke denne særlige rollen i et eget ansvar. De mente ansvaret for den akutte ivaretagelsen for denne pasientgruppen var delt mellom dem, legen og helseforetaket. Dette er påfallende mener jeg, da det er sykepleierne som tar imot pasienten først og alene har ansvaret for å vurdere i det akutte mottaket. Det kan tenkes at sykepleierne i disse intervjuene ikke hadde reflektert over dette ansvaret, denne særlige rollen og dermed ikke klarte å se seg selv som ansvarlig eller særlig viktig i et legitimt avgjørende område i akuttmottaket. Det er likevel

tankevekkende at denne viktige oppgaven ikke anerkjennes av sykepleierne selv.

**5:** Å utføre og overvåke terapeutiske forløp og planer: å administrere, opprettholde, forutse og overvåke behandlinger med minste mulige risiko for komplikasjoner. Dette er et viktig ansvar i den sykepleiefaglige utøvelsen og det ansvaret som løper høyest risiko i ivaretagelsen av den akutte geriatrike pasienten i akuttmottak. *«pasientene blir liggende lenge å vente på legen. Man kjenner jo ikke pasienten, man aner ingenting! Vi gjør tiltak og sånt ganske raskt, så forlater vi dem. Kanskje er dem demente, vi setter opp sengehesten, så må vi videre».*

Sykepleierne beskriver godt gjennom alle intervjuene om utfordringen det er å ikke kunne følge opp pasientene i akuttmottaket. Et perspektiv er den dårlige samvittigheten, det moralske stresset; *«det er ingen god følelse å forlate en pasient for en annen».* Et annet perspektiv er forsvarligheten i det ansvaret som tynger sykepleierne i den akutte ivaretagelsen. Å ikke følge opp en så fysiologisk utydelig pasientgruppe er risikosport. Benner beskriver denne kompetansen som en spesiell og individuell ervervet kompetanse som vanskelig lar seg beskrive metodologisk. Å administrere og overvåke pasientenes behandling krever først og fremst at man er tilstede hos pasienten i oppmerksomt nærvær.

**6:** Å overvåke og sikre den kliniske sykepleiers kvalitet: å opprettholde pasientsikkerhet og forsvarlighet i administrering av forordnet behandling og tilstrebe adekvat kommunikasjon med legen. Benner beskriver i dette punktet hvordan sykepleiernes dyktighet i vurderingene er formet av deres egen dømmekraft og handlekraft. Disse kreftene er derimot svært preget av risikoen for feilbedømming og de konsekvenser dette kan ha for pasienten, sykepleieren og avdelingen. Sykepleierne i intervjuene beskrev hvordan de forholdt seg til RETTS, men sa ikke noe om hvordan de løste problemet når magefølelsen deres fortalte dem at pasienten var mer kritisk enn det hastegraden tilsa. De sa at klinikken var viktigere enn RETTS vurderingen, likevel forholdt de seg til RETTS i formidlingen til legen. *«Da tar jeg vitalparametre og jobber videre ut ifra det. Men man skal ikke låse seg fast i parameterne, klinikken er vel så viktig, det hele bildet. Man kan se om personen er verre enn hva parameterne viser. Så klinikken må man ta i veldig stor betraktning»» De blir liggende lenge, blir nedprioritert av legen og liggende ekstra lenge».* Dette beskriver hvordan sykepleierne ikke avviker fra systemene de jobber i, hvordan dette påvirker formidlingen til legen og hvordan de resignerer i møte med den eldre pasienten som ikke fanger deres oppmerksomhet. Jeg opplever at de «gir litt opp» Når ikke RETTS styrker deres intuisjon så finner de seg i at pasienten bare blir liggende. Det kan nok hende de har tapt den kampen så mange ganger at det blir meningsløst og utmattende for dem å skulle kjempe pasientens sak i det uendelige. Benner sier at dette også handler om kommunikasjonsferdighet, og at hennes observasjon er

at den gode fornuftige tilnærmingen ofte vil respekteres. Det er viktig at sykepleierne våger å bruke sin egen fornuft, fremfor blindt å stole på rutiner og prosedyrer.

7: Å planlegge og organisere personalets arbeid og pleien i avdelingen: å prioritere koordinering, forutsigbarhet og bevare de behov pasientene har og fordrer av personalet i sin utøvelse. Benner sier om denne kompetansen at den er mest synlig når den mangler. Dette fremkommer også i sykepleiernes utsagn om utfordringer i den akutte vurderingen. Denne kompetansen krever at avdelingen tilrettelegger for gode forhold for sykepleieutøvelsen. Sykepleierne beskriver hvordan de ikke har noen kursing eller videreutdanning for den akutt syke eldre og at de eldre blir triagert / vurdert på lik linje med den yngre akutte pasienten. de beskriver at der ikke er nok bemanning for å ivareta de eldre, at der ikke er gode nok verktøy som er tilpasset vurderingen av de eldre, at forholdene i akuttmottaket ikke ivaretar verdigheten til pasientene. *«Lokalisasjonene er dårlige, bemanningen er ikke tilstrekkelig, akuttmottakene vet for lite om den eldre. jeg skulle ønske det var litt mer verdighet i avdelingen»* Benner bemerker at lite fokus på dette kompetanseområdet skaper et krisebetont organisasjonsklima. Disse begrensede omstendigheter fordrer maksimal fleksibilitet for å kunne mestre disse manglene og mener sykepleieren må finne fleksible strategier for å mestre denne utfordringen. Jeg tenker sykepleierne i dag er strukket så langt det er mulig i sin fleksibilitet og at dette er et stort ansvar å legge på sykepleierne.

Benner (1995) beskriver godt i sin teori, om det situasjonsbetingede og kontekstuelle som viktige perspektiv å se i lys av i all utøvelse av sykepleie, dyktige som mesterlige. Hun beskriver ikke trygghet som et eget begrep sett i perspektiv av tid, eller tidens betydning for trygghet. Jeg kan ikke unngå å tenke at sykepleiernes utfordring med å trygge måtte handle om tid, også tilbake i tid. Eller er det noe spesielt som har skjedd med sykepleiernes tid, den siste tiden? Jeg tror at dette vil være interessant å se på. Kanskje kan det komplementere til forståelsen av behovet for mer tid som en viktig faktor i akutt sykepleie, fremfor å måle tiden i minutter.

Jeg har valgt å ikke drøfte Patricia Benners teori om mesterlighet og styrke i klinisk sykepleiepraksis i hennes kompetansestige «novise til ekspert» (Benner, 1995) og den diskrimineringen om hva som gjør en sykepleier kyndig eller ikke. Jeg finner den ikke relevant da sykepleierne som deltok i denne undersøkelsen var alle dyktige. Denne studien viser hvordan det er arbeidsforhold, miljø og premissene som hindrer sykepleierne å utøve sin mesterlighet. Ytterligere fornektes denne mesterligheten ved å ikke prioritere dens behov og betydelighet i akuttmottakene. Jeg fant det derfor ikke hensiktsmessig å drøfte om hva som

gjør sykepleiere dyktige eller ikke. Dyktighet og mesterlighet er viktig for tryggheten til den akutte geriatriske pasienten, men hvis sykepleieren ikke får tid og rom for å utvikle og anvende denne kyndigheten, kan ikke trygghet oppnås. «As a nurse you need time to create feelings of confidence, trust and peace. You need time to listen, time to see and time to care for» (Kihlgren, Nilsson og Sørli, 2004) Kihlgren et al. sier videre at det kan virke som sykepleiere utøver sin ivaretagelse i en dragkamp mellom det idealistiske og det realistiske i en organisasjon som prioriterer medisinsk behandling fremfor omsorg. Dette er svært gjenkjennbart. Jeg vil likevel med denne studien belyse at omsorg, pleie, ivaretagelse og opplevelse av trygghet også er medisinsk behandling. Det er like viktig for den eldre å bli ivaretatt for akutt behov for trygghet som det er å for eksempel få smertelindring. Tør vi tenke den tanken? (Ibid.)

Perspektivet om «thinking in action» (Benner, Hooper-Kyriakidis & Stannard, 2011) er derimot interessant å se på i lys av denne undersøkelsen. Perspektivet fordrer å fremme sykepleiernes mestring i det akutte og styrke deres håndtering av hastig skiftende situasjoner. Benner, Hopper-Kyriakidis og Stannard (2011) oppsummerer likevel at *persepsjonen* er et viktig aspekt i sykepleien å utforske. Dette begrepet er mindre forsket på enn observasjon og dømmekraft, og ikke enda anerkjent som en ressurs i utøvelse og behandling av syke. Benner et.al (2011) sier videre at persepsjonen om at trygghet er et behov må også springe ut av forståelsen for hva som vil være å trygge den enkelte. Dette vil være å anvende dømmekraften. Man kan altså ikke vurdere uten å ha oppfattet. Jeg avslutter denne drøftingen med å sitere Benner, Hooper-Kyriakidis & Stannard (2011, s 24) Denne observante konklusjonen summerer denne undersøkelsens helhetsinntrykk, analyse og drøftingspunkt;

*“The many concrete reports of protecting vulnerabilities, of providing comfort and safety, and of attentiveness and beneficence are a source of encouragement and are a remarkable achievement in the midst of rapidly changing work environments. But we also found that this societally important work is being threatened. We are alarmed by the discouragement and demoralization of nurses who are asked to do more than is possible and who are not given the time to do their caregiving work. When nurses are not given the time to be attentive, the large-scale health care systems we have created becomes dangerous places”.*

At sykepleiere er presset av tiden er ikke nytt i helsevesenet i Norge. Denne undersøkelsen tar aspektet med trygghet inn i akuttrommet og svarer med *tiden* som en ny måte å se og forstå behov i akuttgeriatri. Der hvor man forsøker å løse utfordringen med den akutte geriatriske pasienten med flere (tilpassede) verktøy, prosedyrer, rutiner og økt kontroll på minuttene, kan

man spørre seg om en del av svaret ligger i *tiden*. Kan økte minutter og økt tid være en ressurs i seg selv, et eget verktøy, en egen rutine for ivaretagelsen og vurderingen av den akutte geriatriske pasienten? Jeg tror det kunne vært interessant og forsket på dette.

## 9. Konklusjon

Omgivelsenes premisser utfordrer den sykepleiefaglige utøvelsen og setter pasientens trygghet på spill. Å utøve forsvarlig sykepleie i denne konteksten må utfordres for dens behov for tid, kunnskap, prioritering og ressurser. Sykepleie til den akutte geriatrike pasienten må være forankret i grunnleggende trygghet først og fremst for pasienten, men også for sykepleieren og utøvelsen. Å styrke den faglige kompetansen hos sykepleiere i akuttmottak vil ikke bare være et kvalitetsforbedrende tiltak, men også et nødvendig tiltak for å øke pasientsikkerheten og forsvarligheten i akuttmottakene. Holdning og forståelse for trygghetens betydning i kvalitetsarbeid i den akutte fasen er utfordret for dens definisjon som grunnleggende og primærbehov, ikke som spesiell eller et nødvendig behov. Tid er en ressurs og kunnskap er en ressurs som i sum blir trygghet.

Undersøkelsens resultater gjør at jeg stiller flere spørsmål og ser flere områder i dette fagfeltet og i ivaretagelsen av denne pasientgruppen som bør undersøkes og utfordres. Blant annet kan man stille spørsmål om man må se videre på helseforetakenes organisering og struktur for å motta og ivareta de eldre i akuttmottak, særlig med fremtidsutsiktene om økt eldre populasjon. Man må vurdere og prioritere behovet for satsingen på kompetanse for den akutte geriatrike pasienten så vel som å anerkjenne betydningen av tid og rom for å fremme trygghet, og dens betydning i akuttmedisin. Det bør arbeides kontinuerlig med kvalitetsforbedrende organiseringer for den akutte geriatrike pasienten, og jeg vil fremheve *at sykepleiernes erfaringer og opplevelser må tas på alvor i et slikt arbeid, likeså pasientenes perspektiv*. I akuttmedisinsk felt er det kultur for å tenke «det akutte, det særlig truende og krevende, såkalt blålysmedisin. Vi må våge i akuttmedisin å spørre om de grunnleggende behov, og anerkjenne dem som like viktige for den akutte ivaretagelsen som blålysene. Lang liggetid, utrygghet og uforsvarlige arbeidspremisses, kan for den geriatrike pasienten, være like fatal som for den pasienten som kommer inn med blålys og sirener

Pasientperspektivet bør få større plass i akuttmottakene. I det usikre mellomrommet er sykepleiernes kunnskap og vurderingsferdighet, handlekraft og dømmekraft avgjørende for forsvarlig ivaretagelse av den eldre pasienten. «All verdens» kompetanse kommer til kort hvis der ikke finnes tid til å fange oppmerksomheten og få anvende sin dyktighet. Den geriatrike pasientens trygghet må komme først, også i akuttmedisin.

\*

## Litteraturliste

- Benner, P. (1999) *Fra Novice til ekspert – Mesterlighet og styrke i klinisk sygeplejepraksis*. København: Munksgaard
- Benner, P. Hooper – Kyriakidis, P og Stannard, D. (2011) *Clinical wisdom and interventions in acute and critical care. A thinking -in- action approach*. (2.utg) New York: Springer publishing company.
- Boltz, M. Park, B. Shuluk, J. Capezuti, E. Galvin, J.E. (2013) *Care of the older adult in the emergency department: Nurses views of the pressing issues*.  
Hentet fra: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3635857/>
- Brustad, G. (2018) *Her er akuttgeriatriens ti bud*.  
Hentet fra: <https://sykepleien.no/2018/11/her-er-akuttgeriatriens-ti-bud>
- Bryczynski, K. A. (2011) Patricia Benner: Fra novice til ekspert: Mesterlighet og styrke i klinisk sygeplejepraksis. I A. M. Tomey & M. R. Allgood (Red.), *Sygeplejeteoretikere - bidrag og betydning i moderne sygepleje* (s. 149 - 179). København: Munksgaard.
- Dalen, M. (2011) *Intervju som forskningsmetode – en kvalitativ tilnærming*. (2.utg) Oslo: Universitetsforlaget
- Engebreetsen, Røise og Ribu (2013) *Bruk av triage i norske akuttmottak*. Tidsskriftet for den norske legeforening. 133: 258-9 doi: 10.4045/tidsskr.11.1121
- Esposito, L (2018) *What is a geriatric emergency department*. Hentet fra [www.usnews.com](http://www.usnews.com)  
<https://health.usnews.com/health-care/patient-advice/articles/2018-09-28/what-is-a-geriatric-emergency-department> 28.9.18
- FHI - Folkehelseinstituttet (2014) Sjekklister for vurdering av forskningsartikler. Hentet fra <https://www.fhi.no/kk/oppsummert-forskning-for-helsetjenesten/sjekklister-for-vurdering-av-forskningsartikler/>
- Gadamer, H.G (1990) *Sannhet og Metode*. Oversatt til Norsk av Holm-Hansen, L. (2010) Oslo: Pax forlag.
- Gadamer, H.G (2003) *Forståelsens filosofi. Utvalgte hermeneutiske skrifter*. Oslo: Cappelen akademiske forlag.
- Goodridge, D Martyniuk, S Stempien, J (2018) *At risk for emotional harm in the emergency department: Older adult patients' and caregivers' experiences, strategies, and recommendations*. Gerontology & Geriatric Medicine. Volume 4: s. 1-9  
Doi: 10.1177/2333721418801373
- Grossmann, F.F og Nickel, C (2018) Triage of older ED patients. I Nickel, C Bellou A. Conroy, S (Red.), *Geriatric emergency medicine*. (s.17 – 22) Switzerland: Springer International Publishing.

- Grossmann, F.F. Zumbrunn, T. Ciprian, S. Stephan, F-P Woy, N Bingisser, R Nickel, C.H (2014)  
*Undertriage in older emergency department patients – Tilting against windmills?*  
PLoS ONE 9(8): e106203. Doi: 10.1371/journal.pone.0106203
- Grossmann, F.F Zumbrunn, T Frauchiger, A Delpont, K Bingisser, R og Nickel, C.H (2012)  
At risk of undertriage? Testing the performance and accuracy of the emergency severity index in older emergency department patients. *Annals of emergency medicine*  
Volume 60, nr. 3 317 – 325 Doi: 10.1016/j.annemergmed.2011.12.013
- Hanoa, R. (2013) *Hastegradsvurdering og oppfølging i akuttmottak*. Tidsskriftet for den norske legeforening. Nr. 3, 2013, s. 133
- Hartocollis, A (2012) *For the elderly: emergency rooms of their own*.  
Hentet fra <https://www.nytimes.com/2012/04/10/nyregion/geriatric-emergency-units-opening-at-us-hospitals.html> 9.4.2012
- Helse og omsorgsdepartementet (2019) *Nasjonal helse og sykehusplan 2015 - 2019*.  
Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/i-korte-trekk-nasjonal-helse--og-sykehusplanny-side/id2462251/sec1>
- Helsedirektoratet (2014) *Faglige og organisatoriske kvalitetskrav for somatiske akuttmottak*.  
Helsedirektoratet Dokument: IS2236 / ISBN-nr.: 978-82-8081-339-8
- Juvik, M (2017) *En dag i akuttmottaket*. Hentet fra  
<https://sykepleien.no/meninger/innspill/2017/02/en-dag-i-akuttmottaket>
- Johannessen, A. Tufte, P.A & Christoffersen, L. (2016) *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. (5.utg) Oslo: Abstrakt forlag.
- Kihlgren, A. L Nilsson, M og Sørli, V. (2004) *Caring for older patients at an emergency department – emergency nurses reasoning*. *Journal of Clinical Nursing*. 14, s. 601-608
- Kvale, S og Brinkmann, S. (2015) *Det kvalitative forskningsintervju*. (3. utg.) Oslo: Gyldendal Akademiske forlag.
- Lov om helsepersonell (2019) Kapittel 2. Krav om helsepersonells yrkesutøvelse. § 4 Forsvarlighet. Hentet fra [www.lovdatabasen.no](http://www.lovdatabasen.no)
- Malterud, K (2002) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning – forutsetninger, muligheter og begrensninger*. Tidsskriftet Den Norske Legeforening 2002; Utgave 25 nr. 122 s.2468-72 Hentet fra <https://tidsskriftet.no/2002/10/tema-forskningsmetoder/kvalitative-metoder-i-medisinsk-forskning-forutsetninger-muligheter>
- Malterud, K (2012) *Systematic text condensation: A strategy for qualitative analysis*. *Scandinavian journal of public health*. Volume: 40 issue: 8, page(s): 795-805  
Hentet fra: <https://doi-org.ezproxy.nord.no/10.1177/1403494812465030>



- Malterud, K (2017) *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. (4.utg.) Oslo: Universitetsforlaget.
- McBrien, B (2008) *Translating change: The development of a person-centred triage training programme for emergency nurses*. *International emergency nursing* 17, s. 31-37  
Doi: 10.1016/j.ienj.2008.07.010
- McIntosh, B. Sheppy, B (2013) *Effects of stress on nursing integrity*. *Nursing Standard*. Vol: 27 (25), s. 35-39.
- Moons, P Arnauts, H og Delooz, H.H (2002) *Nursing issues in care for the elderly in the emergency department: an overview of the literature*. *Accident and emergency nursing* 11, s. 112-120 Doi: 10.1016/S0965-2302(02)00163-7
- Nickel, C Bellou, A og Conroy, S (Red.) (2018) *Geriatric emergency medicine*. Switzerland: Springer International Publishing.
- Nilssen, V. (2012) *Analyse i kvalitative studier – Den skrivende forskeren*. Oslo: Universitetsforlaget
- Nilsson, B. (2007) *Gadamers hermeneutikk*. I sykepleien Forskning 2007 1(4) (266-268)  
Hentet fra <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2007.0009>
- Norsk sykepleierforbund 2019: *Faglig uforsvarlig sykepleie*. Oslo: NSF Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/283680/286497/Faglig-uforsvarlig-sykepleie>
- Næss, G. (2008) *Hvilke sykepleiefaglige behov har skrøpelige gamle som kommer til akuttmottak?* Rapport fra Høgskolen i Vestfold i samarbeid med NSF Vestfold, sykehuset i Vestfold og kommunehelsetjenesten i Vestfold. Publisert i Brage Bibsys. Hentet fra <http://hdl.handle.net/11250/149124>
- Polit, F.D og Beck, T.C (Red.) (2012) *Nursing research. Generating and assessing evidence for nursing practice*. (9.utg) Woulters Kluwer & Lippincott, Williams & Wilkins.
- Uhrenfeldt, L. Terp Høybye (2015) *Care interaction adding challenges to old patients' well-being during surgical hospital treatment*. *Int. journal of qualitative studies on Health and Well-being* 10: 28830 – <http://dx.doi.org/10.3402/qhw.v10.28830>
- Uhrenfeldt, L. (2010) Patricia Benners teori som referenceramme for undersøgelsen af dygtige sygeplejersker. I Jørgensen, B.B og Steinfeldt, Ø.V (Red.) *Med sygeplejeteori som referenceramme – i forskning og udvikling*. København: Gads Forlag
- Ringer, T. Dougherty, M. McQuown, C. Melady, D. Ouchi, K. Southerland, L.T. Hogan, T.M (2018) *White paper – Geriatric emergency medicine education: Current state, challenges, and recommendations to enhance the emergency care of older adults*. *Society for academic emergency medicine* 2018;2: s. 5- 16.  
Doi: 10.1002/aet2.10205
- Roethler, C Parson, V (2011) *Assessing emergency nurses' geriatric knowledge and their perceptions of their geriatric care*. *Journal of emergency nurses* 2011; 37, s. 132-7  
Doi: 10.1016/j.jen.2009.11.020

- Saunes I.S. Svendsby P.O. Mølsted K. Thesen J. (2010) *Kartlegging av begrepet pasientsikkerhet*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
- Segesten, K (2017) Trygghet og utrygghet ved uklar og/eller alvorlig sykdom. I Heggstad, A.K.T og Knutstad, U (Red.) (4.utg.) *Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie*. Oslo: Cappelen Damm.
- Sintef (2014) *Akuttmottak for eldre. behovskartlegging – Forprosjekt*.  
Hentet fra <https://innomed.no/uploads/Akuttmottak-for-eldre.pdf>
- Skar, P. Bruce, A. og Sheets, D. (2014) *The organizational culture of emergency departments and the effect on care of older adults: A modified scoping study*. Journal of international emergency nursing. 23 (2015) s. 174 – 178  
Doi: 10.1016/j.ienj.2014.11.002
- SNL (2019) Store norske leksikon. [www.snl.no](http://www.snl.no)
- Statens helsetilsyn. (2008) *Mens vi venter - forsvarlig pasientbehandling i akuttmottakene*.  
Hentet fra: Statens Helsetilsyn Internserie 2/2010  
[https://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/rapporter2008/helsetilsynetrapport2\\_2008.pdf](https://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/rapporter2008/helsetilsynetrapport2_2008.pdf)
- Statens helsetilsyn. (2010) *Identifisering av risikoområder innen spesialisthelsetjenesten til eldre*. Hentet fra Statens helsetilsyns Internserie 15/2010  
[https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/publikasjoner/internserien/risiko\\_spesialisthelse\\_eldre\\_internserien\\_15\\_2010.pdf](https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/publikasjoner/internserien/risiko_spesialisthelse_eldre_internserien_15_2010.pdf)
- Støten Lind, K (2017) *Helhetlig omsorg på akuttmottaket. Hvordan kan sykepleier på akuttmottak ivareta psykososiale behov hos pasienter med uavklarte brystsmarter?*  
Hentet fra <http://hdl.handle.net/11250/2456443>  
Bacheloroppgave for Lovisenberg Diakonale Høgskole. Publisert i Brage Bibsys
- Sørheim Hatteland, L (2013) *Hvordan kan sykepleiere gi god omsorg til pasienter som er i delirium*. Hentet fra <http://hdl.handle.net/11250/150809> Bacheloroppgave for Høgskulen i Stord & Haugesund. Publisert i Brage Bibsys.
- Thorup, C.B Rundqvist, E Roberts, C og Delmar, C (2011) *Care as a matter of courage: vulnerability, suffering and ethical formation in nursing*. Scandinavian journal of caring; 2012; 26; 427 – 435 Doi: 10.1111/j.1471-6712.2011.00944.x
- Uhrenfeldt, L. (2010). Patricia Benners teori som referenceramme for undersøgelsen af dygtige sygeplejersker. I B. B. Jørgensen & V. Ø. Steinfeldt (Red.) *Med sygeplejeteori som referenceramme - i forskning og udvikling* (s. 159 - 177). Danmark: Gads Forlag.

UNN – 2019: Universitetssykehuset Nord – Norge. Hentet fra <https://unn.no/>

Wisten, A. Rundgren, Å. & Larsson, B. (2013) *Akut geriatrik*. Malmö: Studentlitteratur.

Wyller, T.B (2015) geriatri. *En medisinsk lærebok*. (2.utg.) Oslo: Gyldendal Akademiske forlag.

**Vedleggs oversikt**

1: Sentrale begreper	s. 78
2: Godkjenning NSD	s. 79
3: Personvernombudet UNN.	s. 81
4: Informasjonsskriv	s. 83
5: Samtykkeskjema	s. 86
6: Intervjuguide	s. 87
7: Søkestrategi/dokumentasjon – utdrag artikkelfunn	s. 90

## Vedlegg 1

### Sentrale begrep

\* **Den akutte geriatriske pasienten:** Det er ikke enkelt å definere den geriatriske pasientens alder. Den norske legeföreningen for geriatrisk medisin og NHI (Norsk helseinformatikk) setter nedre grense på 65 år. Den geriatriske medisinen er likevel dominert av aldersgruppen 80+. RETTS definerer den geriatriske pasienten >75 år

\* **Redusert Allmenntilstand / Akutt funksjonssvikt:** Med denne definisjonen på tilstand mener man en observert og klinisk vurdering av en generell helsetilstand uten spesifikke symptomer som kan knyttes til konkrete organer eller funn som umiddelbart gir diagnose. Begge begrepene er vide og knyttes til både helsepersonells bedømmelse av en initial helhetsvurdering av tilstand, men også pasientens opplevde tilstand. Akutt funksjonssvikt defineres som tap av minst en ADL-funksjon i løpet av de 2 siste uker før innleggelse. Begge begrepene anvendes der hvor man ikke med sikkerhet kan si noe om årsaken til sykdom og tilstand.

\* **Triage** er et Fransk ord som betyr «Sortere» Opprinnelig utviklet av franske leger som et sorteringssystem for hastegrad til behandling i felten bak slagmarkene under første verdenskrig. Brukes i dag i de aller fleste akuttmottak i ulike modeller og variasjoner.

\* **Mottakssykepleier:** Sykepleier i akuttmottak med ansvar for det initiale mottak av akutte pasienter. Mottakssykepleier har ansvar for triage, vurdere, tilrettelegge og iverksette tiltak for den akutte ivaretagelse.

\* **Ivaretagelse:** Fra verbet *ivareta*. Å ta vare på, å beskytte. Synonymordboka gir hele 39 treff og alle 39 treff er ord som sier noe om *en person som gjør noe for en annen*. Ivareta er altså et begrep som er et *noe* som *gjøres for* en annen. Å ivareta er når en person tar vare på, beskytter, trygger, skjerner og sørger for at omsorgen er sikret. Således tenker jeg at å ivareta er noe annet enn omsorg, at å ivareta handler i større grad om *ansvar* i omsorgen.

\* **RETTS: Rapid Emergency Triage and Treatment System, utviklet av Predicare Sverige.** Dette systemet skal fange opp alvorlig tilstand, sykdom og sortere pasienter etter hastegrad initiert av kontaktårsaker sortert som ESS Akuttmedisinsk tjeneste er underlagt streng disiplin og RETTS er et verktøy som ivaretar den akutte pasienten etter sorteringskriterier som utløser en definert hastegrad. I akuttmottaket anvendes RETTS i det initiale mottaket av den akutte geriatriske pasienten. Triage gjøres innen de første 15 minuttene pasienten har ankommet mottaket og skal angi hastegrad, tid til legetilsyn og lede til prosestiltak for videre behandling og ivaretagelse.

\* **ESS: Emergency Symptoms and Signs:** RETTS er inndelt i ESS kontaktårsaker som indikerer hastegrad etter undersøkelser av vitale parameter (Luftvei – Respirasjonsfrekvens - Blodtrykk – Puls – Oksygenmetning – temperatur – bevissthetsgrad GCS) og videre prosestiltak. ESS forteller oss hvordan vi skal prioritere, hvor lang tid det er til legetilsyn og prosestiltak som skal iverksettes (blodprøver, urinprøver, ekg osv.) samt at den indikerer overvåkningsgraden ved behov for tilsyn og re-triage.

\* **Trygghet:** Et substantiv, uten en klar definisjon, som beskriver en opplevelse, en følelse i tillitsforhold til noe eller noen. Trygghet er et begrep som er relasjonelt og kontekstuellet betinget. I denne analysen er trygghet forstått i forholdet mellom sykepleier og pasient og opplevelse av de behov som fører til trygghet, både for sykepleier og pasient.

# NSD NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA

## NSD sin vurdering

### Prosjekttittel

Den akutte geriatriske pasienten - Hvilke utfordringer opplever sykepleier i ivaretagelsen av pasienter med akutt redusert allmenntilstand / akutt redusert funksjonssvikt.

### Referansenummer

396900

### Registrert

13.01.2019 av Turid Anita Amundsen - turid.a.amundsen@student.nord.no

### Behandlingsansvarlig institusjon

Nord universitet / Fakultet for sykepleie og helsevitenskap / Sykepleie

### Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Johanne Alteren, johanne.alteren@nord.no, tlf: 75129722

### Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

### Kontaktinformasjon, student

Turid Anita Amundsen, amundsenturid@hotmail.com, tlf: 41731313

### Prosjektperiode

07.01.2019 - 30.06.2020

### Status

04.02.2019 - Vurdert

## Vurdering (1)

### 04.02.2019 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg 4.2.2019. Behandlingen kan starte.

### MELD ENDRINGER

Dersom behandlingen av personopplysninger endrer seg, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. På våre nettsider informerer vi om hvilke endringer som må meldes. Vent på svar før endringer gjennomføres.

<https://meldeskjema.nsd.no/vurdering/5bb1e143-777d-4dbb-93f0-32d57e19c500>

1/2

20.2.2019 Meldeskjema for behandling av personopplysninger

### TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 30.6.2020.

### LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for

behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

#### PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

#### DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20). NB! Eventuelle unntak må begrunnes og hjemles. (omtale art. 21-22 hvis aktuelt).

NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

#### FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

#### OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Lasse Raa

Tlf. personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)



UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE  
DAVVI-NOROGGA UNIVERSITEHTABUOHCCVEIESSU



Turid Amundsen  
UNN, Harstad

Deres ref.:

Vår ref.:  
2019/2274

Saksbehandler/dir.tlf.:  
Eva Henriksen 7 95731836

Dato:  
8.4.2019

### ANBEFALING – BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Det vises til Meldeskjema for forsknings- og kvalitetsprosjekt og annen aktivitet som medfører behandling av personopplysninger mottatt 15.2.2019.

Meldingen gjelder prosjektet:

**Nr. 02252**

**Navn på prosjektet:** *Den akutte geriatriske pasienten. Hvilke utfordringer opplever sykepleier i ivaretagelsen av pasienter med akutt redusert allmenntilstand / akutt redusert funksjonssvikt.*

Dette er en **masteroppgave ved Nord Universitet**, der informasjon innhentes gjennom intervju av ansatte ved Universitetssykehuset Nord-Norge. Prosjektet innhenter samtykke fra de som skal intervjues.

**Formål:** *«Hensikten er å styrke mottaksykepleiers kunnskap og kompetanse samt utvikle / utbedre ivaretagelsen av de eldre i akuttinntak.»*

Prosjektet er allerede vurdert og anbefalt av Norsk senter for forskningsdata (NSD). Personvernombudets vurdering gjelder derfor bare tildeling av lagringsområde på UNNs sikre forskningsserver.

Personvernombudet finner at behandlingen av personopplysningene vil være regulert av § 6 i Helseregisterloven, jf. Pasientjournalloven § 6, og hjemlet etter Personvernforordningen artikkel 6.1.a).

PVO forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med de opplysningene som er gitt. Videre forutsettes det at data anonymiseres etter prosjektavslutning ved at alle identifiserbare data slettes.

PVO har på bakgrunn av tilsendte meldeskjema med vedlegg og i tråd med NSDs vurdering og godkjenning, opprettet et eget område (mappe) på **\\hn.helsenord.no\UNN-avdelinger\felles.avd\forskning (O:\)** med navn **02252** hvor all data i forbindelse med prosjektet skal lagres. I tillegg er det opprettet et område på **\\hn.helsenord.no\UNN-**

Postadresse:  
UNN HF  
9038 TROMSØ

Personvernombudet  
Avdeling: Kvalitets- og utviklingssenteret  
Besøksadr.: G-fløya (PET-senteret) 10. et.

Telefon: 77 62 60 00  
Internett: www.unn.no  
E-post: personvernombudet@unn.no



**avdelinger\felles.avd\forskning\key** med navn **02252N** hvor identifiserbare data skal oppbevares. Tilgang til dette området er begrenset til kun å omfatte masterstudent Turid Amundsen. PVO vil ha tilgang til området.

PVO gjør oppmerksom på at dersom registeret (data lagret på O:) skal brukes til annet formål enn det som er nevnt i meldingen, må dette meldes særskilt.

PVO skal ha melding når prosjektet er slutt og data er slettet. PVO skal ha melding hvert 3. år inntil prosjektet er ferdig.

Med vennlig hilsen

UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE HF

For Personvernombudet

Eva Henriksen

Kopi: Klinikksjef Jon Mathisen

## Vedlegg 4



### **Vil du delta i en studieundersøkelse?**

***” Den akutte geriatriske pasienten. Hvilke utfordringer opplever sykepleier i ivaretagelsen av pasienter med akutt redusert allmenntilstand / akutt redusert funksjonssvikt”?***

**En studieundersøkelse ved Universitetssykehuset Nord – Norge, akuttmottakene Harstad, Narvik og Tromsø, under ledelse av Nord universitetet.**

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en studieundersøkelse hvor formålet er å *undersøke sykepleiernes opplevelse og erfaring av den initiale triage og ivaretagelse av den aktuelle pasientgruppen*. I dette skrevet gir vi deg informasjon om målene for studien og hva deltakelse vil innebære for deg.

### **Formål**

Hensikten med studien er å undersøke sykepleiernes erfaringer i å ivareta denne pasientgruppen i den initiale triage. Hensikten er også å styrke mottakssykepleiers kunnskap og kompetanse samt utvikle / utbedre ivaretagelsen av de eldre i akuttmottak. Studien er avsluttende masteroppgave ved Nord Universitetets Master i Klinisk Sykepleie og er på 45 studiepoeng.

*Studiens funn og resultater kan bli gjenstand for undervisningsmateriale ved senere anledning for UNN, Nord universitetet og andre helseinstitusjoner / akademiske institusjoner, det kan også bli aktuelt med publisering*

## **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

*Nord Universitetet ved førsteamanuensis Johanne Alteren og masterstudent Turid Amundsen er ansvarlig for prosjektet.*

## **Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

*Du er invitert til å delta på dette forskningsprosjektet på bakgrunn av en invitasjon som er gjort til din seksjonsleder som har plukket deg ut som en av dem som oppfyller kriteriene for å delta. Kriteriene er din posisjon som sykepleier med minimum fem års erfaring i akuttmottak og minimum fem års erfaring med systemet RETTS Alle sykepleiere med denne posisjonen og erfaring ved akuttmottakene Harstad, Narvik og Tromsø er invitert til å delta.*

## **Hva innebærer det for deg å delta?**

*Hvis du velger å delta i prosjektet vil du bli invitert til et intervju som avtales mellom deg og student Turid Amundsen. Intervjuet er estimert å ville ta mellom 30 og 60 minutter men er åpent for at den tid som behøves stilles disponibel. Intervjuet vil bestå av noen spørsmål som du kan svare på og en samtale rundt disse spørsmålene. Det er opp til deg hvor mye og hvordan du svarer.*

*Turid Amundsen vil gjennomføre intervjuet og hun ønsker å få kunnskap og innsikt i dine opplevelser og erfaringer i akuttmottak med den akutte geriatriske pasienten. Hvilke erfaringer har du gjort og hvordan opplever du denne ivaretagelsen?*

*Selve intervjuet, spørsmål og svar vil bli tatt opp på lydbånd. Ingen personlige eller personsensitive data vil bli tatt opp på bånd. Lydbåndet vil bli transkribert til tekst og fullstendig anonymisert. Videre vil dine svar/ intervjuet bli analysert og tolket i et utforskende design som har til hensikt å forsøke å forstå de opplevelser og erfaringer du deler med Turid Amundsen i intervjuet.*

## **Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg. Du vil heller ikke vinne noen fordel eller godtgjørelser ved å delta.

## **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- *Personssensitive data som Navn, Adresse, fødselsår, ansiennitet, arbeidsplass, epost og telefonnummer vil være tilgjengelig for student Turid Amundsen, veileder og prosjektansvarlig Johanne Alteren.*
- *Navnet og kontaktopplysningene dine vil bli erstattet med en kode (Informant 1, 2 osv.) som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data, innelåst i et skap.*
- *Ved en eventuell publisering vil ingen personsensitive data fremkomme og faktorer for gjenkjenning vil bli eliminert.*

## Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes og alle data anonymiseres innen Juni 2020.

### Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

### Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra *Nord universitetet* har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

### Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med: *Nord Universitetet* ved *førsteamanuensis Johanne Alteren*, Fakultet for sykepleie og helsevitenskap

Mo i Rana

[johanne.alteren@nord.no](mailto:johanne.alteren@nord.no)

+47 75 12 97 22

- *Student Turid Amundsen*, +47 41 73 13 13, [amundsenturid@hotmail.com](mailto:amundsenturid@hotmail.com)
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost ([personverntjenester@nsd.no](mailto:personverntjenester@nsd.no)) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig  
(Forsker/veileder)

*Student*

Johanne Alteren,  
Førsteamanuensis Nord Universitetet.

Turid Amundsen  
Sykepleier Universitetssykehuset Nord – Norge  
Student Master i Klinisk Sykepleie, Nord

Universitetet

---

## Vedlegg 5

# Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «*Den akutte geriatriske pasienten – Hvilke utfordringer opplever sykepleier i ivaretagelsen av pasienter med akutt redusert allmenntilstand / akutt redusert funksjonssvikt? – En studieundersøkelse ved Universitetssykehuset Nord – Norge, akuttmottakene Harstad, Narvik og Tromsø.*» - og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i Intervju
- at mine personopplysninger lagres etter prosjektslutt, til kvalitetssikring av masteroppgavens forskningsanalyse, troverdighet og validitet inntil dens slutt.

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. Juni, i 2020.

---

(Signert av prosjektdeltaker, sted og dato)

## Vedlegg 6



### Intervjuguide

Intervjuet gjennomføres med en og en sykepleier. Initialt avsettes det ca. 60 minutter til intervjuet (Dette for å ha et utgangspunkt for den praktiske planleggingen og gjennomføringen for den respektive avdelingen) men jeg legger til grunn lengre tid om informanten(e) viser behov for dette. Intervjuet avsluttes der hvor det vil være naturlig og hvor informasjonen stopper. Om det blir behov for pause / avbrekk / refleksjonstid innvilges det.

Intervjuet starter med velkommen, takk for interessen og presentasjon av intervjuet, forskningsprosjektet og dets hensikt.

- Informasjon om hvordan intervjuet blir tatt opp på lydbånd og transkribert.
- Gjennomgang av samtykke og frivillighet, personvern og rettigheter.
- Kort presentasjon om betydningen for materialets anonymitet, behandling og hva som vil skje med det etter endt intervju og ved prosjektets ferdigstillelse, om eventuell rapportering / publisering.
- Verifisering av informantens bakgrunn for kontroll av inklusjon / eksklusjon kriterier:
  - o Yrke / Nåværende stilling
  - o Yrkesansiennitet
  - o Yrkesansiennitet i akuttmottak og RETTS
  - o Videreutdanning? Særlig kompetanse?

Jeg åpner for en uformell og løs prat i noen minutter med hensikt å oppnå en god og avslappet intervjustruktur.

- I denne uformelle praten om «Vær og vind» vil jeg finne mulighet for å bekrefte anledningen til å være ærlig, fortrolig og om min taushetsplikt i prosjektet. Jeg vil informere om at der ikke finnes noen rette eller gale svar og at intervjuet er en samtale om emnet og ikke et forhør. Det vil være informanten selv som avgjør eller viser behovet for avstand eller nærhet i intervjuet.
- Med risiko for feiltolkning / feilanalyse / teknisk feil i lydopptak og transkribering av informantenes beskrivelser i intervjuet vil jeg vurdere behovet for ny samtale med informant underveis. Jeg vil opplyse om muligheten for valideringsdialog og betydningen for dette samt understreke at de samme rettigheter og personvern og materialets anonymitet står ved lag også ved en slik samtale.

## **Intervju**

### **1 Hovedspørsmål**

*Med din erfaring, kunnskap og kompetanse i akuttmottak, hvilke tanker og/eller erfaringer har du gjort deg om ivaretagelsen av den akutte eldre pasienten?*

- *Eksempel kan gis*

*Hvordan vil du beskrive din egen kunnskap og kompetanse i ivaretagelsen av den akutte geriatriske pasienten?*

- *Eksempel kan gis*

*Hva opplever du utfordrende i ivaretagelsen av den akutte geriatriske pasienten?*

- *Eksempel kan gis*

*Hvilke prosedyrer eller verktøy bruker du som støtte for ivaretagelsen av denne pasienten/pasientgruppen?*

- *Eksempel*

*Ved akutt redusert allmenntilstand / akutt redusert funksjonssvikt, hvordan anvender du RETTS?*

- *Eksempel kan gis*

Hjelpespørsmålene har som hensikt å føre samtalen videre eller innlede til refleksjon om spørsmålene. Hjelpespørsmålene er veiledende for meg som intervjuer, og kan tilpasses svarene jeg får, eller utdype dem.

*Hva opplever du som viktig i den akutte ivaretagelsen?*

*Hva opplever du utfordrende for deg selv – i sykepleien til den akutte eldre pasienten?*

*Hva opplever du positivt i din ivaretagelse? (meningsfullt, godt, hensiktsmessig?)*

*Har du noen savn – eller ønsker for deg som sykepleier i ivaretagelsen for den akutte eldre pasienten?*

*Opplever du at sykepleier i akuttmottak har en særskilt rolle i ivaretagelsen av den akutte eldre pasienten – og eventuelt på hvilken måte – eller ikke?*

*Hvor -eller hos hvem mener du ansvaret for ivaretagelsen av den akutte geriatriske pasienten ligger?*

### **Eksempel**

*Margot, 82 år, hjemmeboende, med hjemmesykepleie x 1 pr. dag, tidligere frisk. Henvises til akuttmottak etter legetilsyn hos FL med kontaktårsak «reduisert allmenntilstand» Hos fastlege var hun svært redusert, slapp og kraftløs, ingen smerter men høy sykdomsfølelse. Siste dagene redusert matlyst. Normal avføring og vannlatning. Pårørende er bekymret, sier hun har virket rar siste uken, roter litt og ikke sitt blide selv.*

*Crp. 18 – bls. 6 – hb. 12.1 – bt. 146/70 – p. 86 – temp. 36.4ax. – urinstix +2 leukocytter – rf. 19 – saO2 98% romluft. Ingen F.A.S.T symptomer, sidelike pupiller og sidelike kraft i ekstremitetene. Ingen avvik på EKG.*

### **Spørsmål:**

*Hvordan vil du triagere Margot?*

*Etter hvilken RETTS algoritme.*

*Etter hvilken prioritet?*

*Hvordan opplever du å ivareta denne pasienten?*

### **1.3 Stikkord for støtte i samtalen**

\* Geriatri \* de Eldre \* RETTS \* ESS \* Sykdom \* Tilstand \* Alvorlighetsgrad \* Sykepleie \* Sykepleier \* Ansvar \* Omsorg \* Prosedyre / Verktøy / Rutine

### **Avslutning**

Intervjuet avsluttes med en løs og uformell prat. Jeg vil besvare eventuelle spørsmål informantene har.

Jeg takker for interesse og deltakelse.



## Vedlegg 7

### SØKEFUNN / DOKUMENTASJON.

Under følger Utdrag av søkedokumentasjonen.

#### SØK 4.6.2018

This message contains search results from the National Center for Biotechnology Information ([NCBI](#)) at the U.S. National Library of Medicine ([NLM](#)). Do not reply directly to this message

Sent on: Mon Jun 4 06:09:31 2018

Search: (((prevalen\*[Title/Abstract]) OR inciden\*[Title/Abstract]) OR epidem\*[Title/Abstract])) AND (((norwegian[Title/Abstract]) OR norway[Title/Abstract])) AND (((aged[Title/Abstract]) OR geriatr\*[Title/Abstract]) OR elderl\*[Title/Abstract])) AND ((emerg\*[Title/Abstract]) OR acut\*[Title/Abstract])) Filters: From 2015/01/01 to 2018/12/31

**Findings: 30 Articles. / Interesting: 0**

#### SØK 20.12.2018

This message contains search results from the National Center for Biotechnology Information (NCBI) at the U.S. National Library of Medicine (NLM). Sent on: Thu Dec 20 09:03:30 2018

Search: (((Search AND ((elderly[Title/Abstract]) OR aged[Title/Abstract]) OR ("Aged, 80 and over"[Mesh])) OR ("Aged"[Mesh] OR "Aged, 80 and over"[Mesh]))) AND (Search AND (nurses perception\*[Title/Abstract]) OR ((nurses opinion\*[Title/Abstract]) OR nurses perspective\*[Title/Abstract]) OR nurses experience\*[Title/Abstract]))) OR (((Search AND (nurses perception\*[Title/Abstract]) OR ((nurses opinion\*[Title/Abstract]) OR nurses perspective\*[Title/Abstract]) OR nurses experience\*[Title/Abstract]))) AND (((((((((((((((((((Emergency Service, Hospital Mesh) OR Emergency Hospital Service[Title/Abstract]) OR Emergency Hospital Services[Title/Abstract]) OR Emergency Unit[Title/Abstract]) OR Emergency Units[Title/Abstract]) OR Emergency Wards[Title/Abstract]) OR Emergency Ward[Title/Abstract]) OR Hospital Service Emergencies[Title/Abstract]) OR Hospital Service Emergencies[Title/Abstract]) OR Hospital Service Emergency[Title/Abstract]) OR Emergency Department[Title/Abstract]) OR Emergency Room[Title/Abstract]) OR Emergency Rooms[Title/Abstract]) OR Emergency Outpatient Unit[Title/Abstract]) OR Emergency Outpatient Units[Title/Abstract]) OR Emergency Departments[Title/Abstract])) OR Hospital Emergency Services[Title/Abstract]) OR Hospital Emergency Services[Title/Abstract])) OR ICU[Title/Abstract] OR

intensive care units[Title/Abstract] OR intensive care unit[Title/Abstract])) Filters: 10 years, English, Swedish, Danish, Norwegian  
PubMed Results Items 201 - 211 of 211

**FINDINGS: PubMed 211 Articles / Interesting: 7**

**Scopus 200 Articles / Interesting: 13**

**Duplicates: 3**

**Cinahl («Search history») s. 92 – 93 – 94**

### PubMed 7/211

9. [Optimization of the APOP screener to predict functional decline or mortality in older emergency department patients: Cross-validation in four prospective cohorts.](#)  
de Gelder J, Lucke JA, Blomaard LC, Booijen AM, Fogteloo AJ, Anten S, Steyerberg EW, Alsmas J, Klein Nagelvoort Schuit SCE, Brink A, de Groot B, Blauw GJ, Mooijaart SP.  
Exp Gerontol. 2018 Sep; 110:253-259. doi: 10.1016/j.exger.2018.06.015. Epub 2018 Jun 20.  
PMID: 29935293
25. [Nurses' experiences of unprofessional behaviors in the emergency department: A qualitative study.](#)  
Parizad N, Hassankhani H, Rahmani A, Mohammadi E, Lopez V, Cleary M.  
Nurs Health Sci. 2018 Mar;20(1):54-59. doi: 10.1111/nhs.12386. Epub 2017 Nov 20.  
PMID: 29154396 [PubMed - indexed for MEDLINE]
27. [Registered nurses' perceptions of safe care in overcrowded emergency departments.](#)  
Eriksson J, Gellerstedt L, Hillerås P, Craftman ÅG.  
J Clin Nurs. 2018 Mar;27(5-6):e 1061-e1067. doi: 10.1111/jocn.14143.  
PMID: 29076280 [PubMed - indexed for MEDLINE]
54. [Workplace aggression as cause and effect: Emergency nurses' experiences of working fatigued.](#)  
Wolf LA, Perhats C, Delao AM, Clark PR.  
Int Emerg Nurs. 2017 Jul; 33:48-52. doi: 10.1016/j.ienj.2016.10.006. Epub 2016 Dec 2.  
PMID: 27919622 [PubMed - indexed for MEDLINE]
81. [Emergency department nurses' experiences of occupational stress: A qualitative study from a public hospital in Bangkok, Thailand.](#)  
Yuwanich N, Sandmark H, Akhavan S.  
Work. 2015 Oct 30;53(4):885-97. doi: 10.3233/WOR-152181.  
PMID: 26519019 [PubMed - indexed for MEDLINE]

101. [Nurses' experiences of caring for the older adult in the emergency department: a focused ethnography.](#)  
Taylor BJ, Rush KL, Robinson CA.  
Int Emerg Nurs. 2015 Apr;23(2):185-9. doi: 10.1016/j.ienj.2014.11.003. Epub 2014 Nov 11.  
PMID: 25529746 [PubMed - indexed for MEDLINE]
183. [Ethical challenges in nursing emergency practice.](#)  
Langeland K, Sørli V.  
J Clin Nurs. 2011 Jul;20(13-14):2064-70. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03606.x. Epub 2011 Apr 4.  
PMID: 21457377 [PubMed - indexed for MEDLINE]

### Scopus 13/200

- 3) de Gelder, J., Lucke, J.A., Blomaard, L.C., Booijen, A.M., Fogteloo, A.J., Anten, S., Steyerberg, E.W., Alsmas, J., Klein Nagelvoort Schuit, S.C.E., Brink, A., de Groot, B., Blauw, G.J., Mooijaart, S.P.  
[Optimization of the APOP screener to predict functional decline or mortality in older emergency department patients: Cross-validation in four prospective cohorts](#)  
(2018) *Experimental Gerontology*, 110, pp. 253-259.
- 6) Wolf, L.A., Delao, A.M., Perhats, C., Moon, M.D., Zavotsky, K.E.  
[Triageing the Emergency Department, Not the Patient: United States Emergency Nurses' Experience of the Triage Process](#)  
(2018) *Journal of Emergency Nursing*, 44 (3), pp. 258-266. Cited 1 time.
- 38) Gorawara-Bhat, R., Wong, A., Dale, W., Hogan, T.  
[Nurses' perceptions of pain management for older-patients in the Emergency Department: A qualitative study](#)  
(2017) *Patient Education and Counseling*, 100 (2), pp. 231-241.
- 55) Zavotsky, K.E., Chan, G.K.  
[Exploring the relationship among moral distress, coping, and the practice environment in emergency department nurses](#)  
(2016) *Advanced Emergency Nursing Journal*, 38 (2), pp. 133-146. Cited 4 times.
- 58) Enns, C.L., Sawatzky, J.A.V.  
[Emergency Nurses' Perspectives: Factors Affecting Caring](#)  
(2016) *Journal of Emergency Nursing*, 42 (3), pp. 240-245. Cited 3 times.
- 59) Yuwanich, N., Sandmark, H., Akhavan, S.  
[Emergency department nurses' experiences of occupational stress: A qualitative study from a public hospital in Bangkok, Thailand](#)  
(2016) *Work*, 53 (4), pp. 885-897. Cited 5 times
- 74) Gallagher, R., Gallagher, P., Roche, M., Fry, M., Chenoweth, L., Stein-Parbury, J.  
[Nurses' perspectives of the impact of the older person on nursing resources in the emergency department and their profile: A mixed methods study](#)  
(2015) *International Emergency Nursing*, 23 (4), pp. 312-316. Cited 1 time.

79) Taylor, B.J., Rush, K.L., Robinson, C.A.

[Nurses' experiences of caring for the older adult in the emergency department: A focused ethnography](#)  
(2015) *International Emergency Nursing*, 23 (2), pp. 185-189. Cited 1 time.

94) Gallagher, R., Fry, M., Chenoweth, L., Gallagher, P., Stein-Parbury, J.

[Emergency department nurses' perceptions and experiences of providing care for older people](#)  
(2014) *Nursing and Health Sciences*, 16 (4), pp. 449-453. Cited 15 times.

106) Blank, F.S.J., Tobin, J., Jaouen, M., Smithline, E., Tierney, H., Visintainer, P.

[A Comparison of Patient and Nurse Expectations Regarding Nursing Care in the Emergency Department](#)  
(2014) *Journal of Emergency Nursing*, 40 (4), pp. 317-322. Cited 6 times.

168) Zhao, S.H., Akkadechanunt, T., Xue, X.L.

[Quality nursing care as perceived by nurses and patients in a Chinese hospital](#)  
(2009) *Journal of Clinical Nursing*, 18 (12), pp. 1722-1728. Cited 21 times.

196) Dong, S.L., Bullard, M.J., Meurer, D.P., Blitz, S., Ohinmaa, A., Holroyd, B.R., Rowe, B.H.

[Reliability of computerized emergency triage](#)  
(2006) *Academic Emergency Medicine*, 13 (3), pp. 269-275. Cited 66 times.

200) Chaboyer, W., Gillespie, B., Foster, M., Kendall, M.

[The impact of an ICU liaison nurse: A case study of ward nurses' perceptions](#)  
(2005) *Journal of Clinical Nursing*, 14 (6), pp. 766-775. Cited 37 times.

På neste side vises søkestrategien i tabell, eksemplifisert fra 2 søk i Cinahl.

#	Query	Limiters/Expanders	Last Run Via	Results
S23	S21 OR S22	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	257
S22	S16 AND S17	Limiters - Published Date: 20130101- 20181231 Narrow by Language: - english Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	256
S21	S16 AND S17	Limiters - Published Date: 20130101- 20181231 Narrow by Language: - norwegian Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	1
S20	S16 AND S17	Limiters - Published Date: 20130101- 20181231 Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	259
S19	S16 AND S17	Limiters - Published Date: 20010101- 20181231 Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	584
S18	S16 AND S17	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	624
S17	((MH "grounded theory" not MM "grounded theory") or (TI thematic analysis or AB thematic	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	52,374

S16	analysis or MW thematic analysis))			
	S9 AND S15	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	21,493
S15				
	S10 OR S11 OR S12 OR S13 OR S14	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	932,958
S14				
	"Empathy*"	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	7,029
S13				
	"Compassion*"	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	4,964
S12				
	(MH "Age Specific Care")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	497
S11				
	"care*"	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	918,741
S10				
	"caring*"	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	32,239
S9				
	S7 AND S8	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	47,463
S8				
	S3 OR S4 OR S5 OR S6	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases	95
			Interface - EBSCOhost Research Databases	500,715

Search ID#	Search Terms	Search Options	Last Run Via	Results
S16	S10 AND S15	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Basic Search Database - CINAHL	106
S15	S11 OR S12 OR S13 OR S14	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Basic Search Database - CINAHL	399,524
S14	"ACUTE"	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Basic Search Database - CINAHL	207,613
S13	"EMERGENCIES"	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Basic Search Database - CINAHL	13,676
S12	"EMERGENCY"	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Basic Search Database - CINAHL	155,719
S11	(MH "Intensive Care Units+") OR "ICU"	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Basic Search Database - CINAHL	58,866
S10	S5 AND S9	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Basic Search Database - CINAHL	511
S9	S6 OR S7 OR S8	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Basic Search Database - CINAHL	696,960
S8	(MH "Aged, 80 and Over") OR (MH "Aged+")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases	692,804

Utdragene over viser hvordan jeg systematisk gikk gjennom artikkelfunnene etter hvert søk for å se etter relevante og interessante artikler. Så dro jeg ut de som var aktuelle for nærmere vurdering, slik vist over. Og etter gjennomgang av disse artiklenes abstrakter, valgte jeg meg ut i ny vurdering relevante og interessante artikler.

Noen artikler ble så kvalitetssjekket etter følgende modell:

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister>

**Etter hoved søkene var det 27 aktuelle artikler. 11 interessante ble kvalitetssjekket. 7 ble anvendt i drøftingen og 20 var bakgrunns inspirasjon.**



### **En stor og hjertelig takk**

Til de modige sykepleierne som bidro til denne undersøkelsen, til min flotte veileder, til min kunnskapsrike bibliotekar, til mine fantastiske kollegaer, til min snille mann og gode familie: Takk for all støtte, overbærenhet, og tro på det arbeidet jeg her presenterer.

Takk for muligheten til å få gjøre dette studiet, og til alle forelesere som har bidratt til inspirasjon, motivasjon og egen refleksjon.

Jeg bærer alle med meg videre, i takknemlighet.