

BACHELOROPPGAVE:

Tittel:

“Hvorfor er god venteromsomsorg viktig hos kommunal legevakt og hvilke faktorer i sykepleien bidrar til god pasienttilfredshet?”

FORFATTER(E):

MARTHE SKJERSTEIN NYHUS, 140919

MERETHE ARNESEN, 140913

Dato: 18.05.2018

ABSTRACT

Tittel:	“Hvorfor er god venteromsomsorg viktig hos kommunal legevakt og hvilke faktorer i sykepleien bidrar til god pasienttilfredshet?”	Dato : 18.05.18
Deltaker(e)/	Marthe Skjerstein Nyhus Merethe Arnesen	
Veileder(e):	Lars Aune Svarthaug	
Evt. oppdragsgiver:	NTNU Gjøvik	
Stikkord/nøkkelord	Pasienttilfredshet, Legevakt, sykepleier rolle, venterom	
Antall sider/ord: 47 /10307	Antall vedlegg:	Publiseringsavtale inngått: ja
<p>Kort beskrivelse av master/bacheloroppgaven:</p> <p>INTRODUKSJON: Som pasient på norsk legevakt, kan ventetiden bli lang, noe som kan bidra til betydelig misnøye på venterommet.</p> <p>HENSIKT: Hensikten med denne oppgaven er å finne ut hvilke faktorer som bidrar til å styrke pasienttilfredshet på legevaktens venterom.</p> <p>METODE: En litteraturstudie, utført med søk i skolens databaser</p> <p>RESULTAT: Fokus på god informasjon på legevaktens venterom, evne til å vise omsorg og gode kommunikasjonsferdigheter er hensiktsmessig for økt pasienttilfredshet på legevakt.</p> <p>KONKLUSJON: Gjennom denne litteraturstudien har vi identifisert ulike faktorer som er avgjørende for pasienttilfredshet, blant pasienter på legevaktens venterom. Blant annet er kommunikasjon og informasjon til pasienter to viktige faktorer. Her må informasjonen formidles på en enkel og forståelig måte.</p>		

ABSTRACT

Title:	”Why is good care in the emergency room waiting room important and how does nursing contribute to positive patient satisfaction?”	Date: 18.05.18
Participants/	Marthe Skjerstein Nyhus Merethe Arnesen	
Supervisor(s)	Lars Aune Svarthaug	
Employer:	NTNU Gjøvik	
Keywords	Patient satisfaction, emergency room, nursing role, waiting room	
Number of pages/words:/ 47/10307	Number of appendix:	Availability: Open
<p>Short description of the bachelor thesis:</p> <p>INTRODUCTION: As a patient in a Norwegian emergency room waiting room, the wait time can be long, which can be a considerable contributing factor to dissatisfaction.</p> <p>PURPOSE: The purpose of this paper is to find out which contributing factors can enhance patient satisfaction in the emergency room waiting room.</p> <p>METHOD: A literature review done through the school's database.</p> <p>RESULT: Focusing on good information, the ability to care and show concern, as well as good communication skills are beneficial for increased patient satisfaction.</p> <p>CONCLUSION: Through this literature review we identified several different deciding factors for patient satisfaction, among patients in the emergency room waiting room. Among these were communication and information two important factors. This information must be conveyed in a simple and understandable way.</p>		

Innholdsfortegnelse

1.0. Innledning	5
1.1. Introduksjon	5
1.2. begrunnelse for valg av tema	5
1.3. Avgrensning og presisering	6
1.4. Temaets sykepleiefaglig relevans	7
2.0 Bakgrunn	8
2.1 Å være pasient på legevakt	8
2.2. Sykepleiers rolle	8
2.3 Kommunikasjon med pasienter	9
2.4 Relasjoner mellom sykepleier og pasient	10
2.5 Sykepleiers yrkesetiske ansvar	11
2.6 Teoretisk perspektiv	13
2.6.1 Kari Martinsen	13
2.6.2 Joyce Travelbee	13
2.7 Sentrale begreper.	14
2.7.1 Pasienttilfredshet	14
2.7.2 Venteromsomsorg	14
2.7.3 Legevakt	14
2.8 Hensikt og problemstilling	15
3.0 Metode	15
3.1 Litteraturstudie som metode	15
3.2 kildekritikk.	16
3.3 Kvalitativ og kvantitativ forskningsdesign	17
3.4 Søkestrategi.	18
3.5 Inklusjons og eksklusjonskriterier	19
3.6 Forskningsetikk	20
3.7 Presentasjon av søkestrategi i matrise.	21
4.0 Resultater	23
4.1 Presentasjon av resultater	23
4.2 Sammenfatning av resultater	33
4.2.1. Ventetid på legevakt	33
4.2.2. Sykepleiers kvaliteter i samhandling med pasienter	34
4.3.3. informasjon	35

5.0 Drøfting	36
5.1 Legevakt - en helsetjeneste, men hvor er omsorgen?	36
5.2 Viktigheten av god informasjon- når ventetiden blir lang.	38
5.3 Kommunikasjon og sykepleiers tilnærming til pasienten.	39
5.4.Forskningsetiske overveielser	41
5.5 Kildekritikk og metodiske overveielser	42
6.0 Konklusjon	43
7.0 Litteraturliste	44

Antall ord: 10307

1.0. Innledning

1.1. Introduksjon

I en brukerundersøkelse utført av Ringerike interkommunale legevakt (2012) ønsker de å kartlegge brukertilfredsheten ved å spørre om ulike aspekter, rundt deres erfaring med legevakten. Denne undersøkelsen viste lav tilfredshet relatert til deres opplevelse på venterommet.

Statistikk viser at det er stor overvekt av “grønne” henvendelser hos flere kommunale legevakter i Norge (Ramsalt, 2018). Dette vil si at tilstanden ikke haster mer, enn at det kan vente til neste anledning (Sandvik, 2011). Disse pasientene kan belage seg på lang ventetid, noe som kan skape misnøye.

Erfaringsmessig hører vi ofte om folks misnøye når det kommer til den lange ventetiden hos legevakten. Alle har en mening om hva som kunne vært gjort annerledes. Vi har selv sittet på legevaktens venterom og kjent på følelsen av å ikke bli tatt på alvor.

1.2. begrunnelse for valg av tema

I prosessen ved valg av tema var vi enige om ønsket om å skrive om sykepleie på legevakt. Vi har begge erfaring fra legevakt, både som pasient og som ansatt. Vi ønsker å belyse viktigheten av god venteromsomsorg og hvordan sykepleier kan jobbe for å oppnå dette.

1.3. Avgrensning og presisering

Denne oppgaven omhandler voksne mellom 16 og 70 år. Vi har satt 16 år som nedre alder, ettersom vi har fokus kun på den aktuelle pasienten og ikke på pårørende. Pasient og brukerrettighetsloven (2018) § 3-4 sier at foreldre og/eller foresatte ikke skal informeres uten tillatelse fra pasienten, om pasienten er over 16 år. Øvre alders er satt til 70 år, ettersom eldre mennesker lider av sammensatte sykdommer og vil dermed ikke kunne triageres likt som yngre voksne (Sandvik, 2011). Barn har andre triage kriterier enn voksne, og bør ifølge Sandvik (2011) undersøkes relativt tidlig.

Denne oppgaven har ikke som hensikt å fange opp at pasienter kan bli dårligere i løpet av ventetiden. Riktignok er pasientsikkerhet en viktig del av sykepleiers ansvarsområde, men dette er ikke relevant for vår problemstilling.

Triagering er ikke et sentralt begrep i denne oppgaven, men vi definerer begrepet ettersom det blir nevnt ved flere anledninger. Triagering er et risiko og prioriteringssystem som brukes innen akuttmedisin. Verktøyet bidrar til å styre pasientflyten når behovet overstiger kapasiteten (Sandvik, 2011). Verktøyet baserer seg på ulike hastegrader, kategorisert etter fargekoder (Sandvik, 2011). I vår oppgave har vi hovedvekt på pasienter som er triagert grønn. Dette er en "ikke prioritert" pasientgruppe, som ofte må påregne lengre ventetid (Sandvik, 2011).

Ordet legevakt kan ikke oversettes til andre språk. Dette er en tjeneste som fungerer annerledes i Norge enn i utlandet. Vi har forstått det slik at i andre land, er det ikke et skille mellom legevakt og akuttmottak. Betegnelser som Emergency service (ES), Emergency room(ER) eller Emergency department (ED) er mest brukt på engelsk. I denne oppgaven bruker vi ordet legevakt.

1.4. Temaets sykepleiefaglig relevans

I denne oppgaven er sykepleie rettet mot omsorg, informasjon, trygghet, respekt og tillit mot pasienter på legevaktens venterom. Vi har valgt å anvende sykepleieteoretikerne Kari Martinsen og Joyce Travelbee for å belyse dette.

Våre verdier og vårt menneskesyn kommer til uttrykk i den måten vi samhandler med pasienten (Kristoffersen, Skaug og Nortvedt, 2011). Å vise interesse og respekt for pasienten, og å ha et mål om å hjelpe, er i stor grad i samsvar med grunnverdiene til sykepleien (Kristoffersen, Skaug og Nortvedt, 2011). Omsorgsfull hjelp omhandler måten pasienten blir behandlet på. Sykepleier skal vise respekt og ha innlevelse, noe som er nødvendig for pasientens opplevelse av omsorg (Johansen, 2015).

Sykepleien og andre helseprofesjoner støtter seg til et “holistisk menneskesyn” (Odland, 2012). En holistisk tankegang innebærer å se pasienten som en helhet av tanker, følelser, sårbarhet, smerte og livssituasjon og ikke utelukkende som en kropp og kroppens funksjon (Brinchmann.B.S, 2012).

Pasientene på venteværelset er i inngangsporten til helsehjelp (Sandvik, 2011). Triagering faller inn under et reduksjonistisk menneskesyn, som innebærer at oppmerksomheten rettes mot diagnosen og ikke mot mennesket som helhet (Brinchmann. B.S, 2012). Dette strider imot tanken om at sykepleiere skal jobbe etter et holistisk menneskesyn (Brinchmann. B.S, 2012).

2.0 Bakgrunn

2.1 Å være pasient på legevakt

En plutselig skade eller sykdomsinntrøden kan ha betydelig innvirkning på et menneske (Gro, 2011). Overgangen fra å være frisk, til å trenge hjelp er en uavhengig posisjon og beskrives som en individuell, unik situasjon (Gro, 2011). Hvordan pasienten opplever situasjonen er svært avhengig av hvordan sykepleieren ivaretar pasientens behov for hjelp (Gro, 2011). Det er mange ulike årsaker til at mennesker oppsøker legevakten. De fleste opplever en form for uheld, smerte eller ubehag (Wikstrøm, 2006). Disse symptomene kan oppleves traumatisk, uavhengig av alvorlighetsgrad (Wikstrøm, 2006). Gro (2011) hevder at helsepersonell er opptatt av å skape trygghet og tillit til pasientene gjennom dialog. Joyce Travelbee (2017) hevder at ordet pasient er en abstraksjon hvor pasienten er en diagnose som skal behandles, et menneske er i motsetning unikt, med egne tanker og følelser (Travelbee, 2017).

2.2. Sykepleiers rolle

Sykepleierens arbeid har stor betydning for befolkningens kvalitet på helsetjenestene (Mekki, et al., 2011). Sykepleierens funksjon dreier seg om å fremme helse og å hjelpe personer som utsettes for sykdom. Dette bidrar til ivaretagelse av menneskets grunnleggende behov (Mekki, et al., 2011).

Sykepleie iverksettes gjennom pleie, helse, forebyggende og helsefremmende arbeid. Grunnlaget for god sykepleie er respekt for det enkelte mennesket.

Sykepleiekunnskap deles inn i praktisk, etisk, teoretisk og erfaringsbasert kunnskap (Mekki, et al., 2011).

Joyce Travelbee hevder at:

“En profesjonell sykepleier er en person med sykepleierutdanning fra høgskole, som har som mål at studentene skal tilegne seg en disiplinert intellektuell tilnæringsmåte til pasientenes problemer, og lære å bruke seg selv terapeutisk” (Travelbee, 2001, s.71).

I denne oppgaven anser vi sykepleiers rolle som terapeutisk. Å bruke sin egen personlighet og egenskaper bevisst, bidrar til etablering av et forhold til den syke. Ved Terapeutisk tilnærming, bruker sykepleier sine evner til å vise omsorg, anskaffe tillit og å bidra til økt trygghetsfølelse blant pasientene som venter (Travelbee, 2001).

2.3 Kommunikasjon med pasienter

Som sykepleier og profesjonsutøver inngår man ulike typer relasjoner. Enhver relasjon aktualiserer dilemmaer og etiske spørsmål. God kommunikasjon bidrar til redusert problemløsning av etiske dilemmaer (Eide og Eide, 2007). Ved manglende etisk refleksjon hos sykepleieren kan dette føre til brudd på prinsippene for god, hjelpende og profesjonell kommunikasjon (Eide og Eide, 2007).

Ifølge Grov (2011) er helsepersonell opptatt av å skape trygghet og tillit gjennom dialog og bevissthet om samsvar mellom nonverbal og verbal kommunikasjon. Nonverbal kommunikasjon er en grunnleggende, profesjonell ferdighet, som sykepleiere utøver gjennom hjelpeprosessen med pasienten (Eide og Eide, 2007). Oppmerksomhet er rettet mot pasientens uttrykk, og å kunne la seg berøre og sanse av det. Dette skaper samspill mellom pasienten og sykepleieren (Eide og Eide, 2007). Sykepleier har et oppdrag i å skape trygghet for pasienten. En kan måle pasientens grunntrygghet ved observasjon. En pasient som ikke stiller spørsmål, som er taus, ikke tar initiativ, som aksepterer alt og ikke kommuniserer med andre, mangler trolig grunntrygghet (Segesten, 2010). Hos legevakten er dette observasjoner som kan bidra til at man kan hjelpe pasienten å føle seg trygg (Segesten, 2010).

Når man blir hjelpetrengende eller syk øker behovet for kunnskap og informasjon om praktiske forhold ved pasientforløpet (Eide og Eide, 2007). Å gi veiledning og informasjon er en av sykepleierens viktigste kommunikative oppgaver (Eide og Eide, 2007).

Pasientinformasjon er i stor grad formidling av relevant kunnskap. God formidling forutsetter at det foregår på pasientens premisser. Sykepleieren skal til enhver tid tilpasse dialogen og informasjonen som formidles etter pasientens behov. Informasjonen bør være så fullstendig som mulig. Samtidig unngå å overlesse pasienten med unødvendig informasjon, som pasienten ikke er i stand til å forholde seg til (Eide og Eide, 2007). Eide og Eide (2017) mener at den viktigste funksjonen, er å møte den andre på en oppmuntrende, bekreftende og bestyrende måte, gjennom dette skapes trygghet og tillit. Dette er nødvendig for at pasienten

skal åpne seg og dele tanker eller følelser. Ved dette kan nonverbal kommunikasjon være et hjelpemiddel for å bygge en relasjon, som stimulerer pasienten til å bruke sine ressurser så godt som mulig (Eide og Eide, 2007). Som sykepleier kan en respondere avvisende eller bekræftende i dialog med pasienter (Eide og Eide, 2007).

En viktig funksjon er hvordan sykepleieren møter pasienten (Eide og Eide, 2007). Tillit er fundamentalt i all menneskelig samvær, og er en nødvendig forutsetning for all menneskelig eksistens og alt menneskelig samkvem (Eide og Eide, 2007). Gjensidig tillit, er å bli tatt på alvor og å stole på hverandre. Hvis vi er usikre på om vi får hjelp som hjelpetrengende, blir vår tillit til den som skal hjelpe, erstattet med mistillit og angst. Er vi omsorgstrengende, forventer vi at noen tar seg av oss. Tillit må som omsorg, være opphavleg og det er sykepleiers ansvar å sørge for at pasientene opplever tillit (Knutstad og Kamp Nielsen, 2010).

2.4 Relasjoner mellom sykepleier og pasient

Et godt mellommenneskelig forhold mellom sykepleier og pasient er av stor betydning for utøvelsen av sykepleien (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug, 2005). Etablering av relasjonene i sykepleien er grunnlagt i verdier. Dette verdigrunnlaget er altruistisk og humanistisk. Dette betyr at sykepleie som virksomhet bygger på et menneskesyn som er humanistisk, og på verdier som barmhjertighet, omsorg og nestekjærlighet (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug, 2005).

I sykepleie er flere situasjoner karakteriske, ved at den syke av ulike grunner, ikke er i stand til gi uttrykk for egne ønsker. Pasienten kan være svekket psykisk og fysisk, som kan medføre begrenset evne til å motta relevant informasjon. Denne sårbarheten kan medføre økt sensitivitet overfor sykepleierens handlinger eller væremåte. Dette gjør samhandling med grunnlag for gode holdninger og evnen til god empatisk formidling svært viktig (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug, 2005).

For sykepleiere er sykdom og skader - fagkunnskap og prosedyrer. For pasienten, kan sykdom være smerte, ubehag, engstelse og for enkelte, tanker om liv og død. Dette gjør at den syke har et langt mer følelsesmessig forhold til sin sykdom og sykdom. Dette beskriver Kari Martinsen (2003) som generalisert gjensidighet (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug, 2005).

Relasjon til pasienter og samhandling med den hjelpetrequende, stiller krav til sykepleierens evne til å handle på en faglig, kyndig og medmenneskelig måte (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug, 2005). Det stilles krav til sykepleieren om å bygge tillit, være tålmodig og forståelsesfull i situasjoner, hvor det er vanskelig å føle omsorg for pasienten (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug, 2005). Pasienter som ikke oppfattes som kritisk syke, kan i mange tilfeller vente til fastlegen åpner neste dag. Allikevel må sykepleier vise forståelse og medmenneskelighet på lik linje som til de som haster mer (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug, 2005).

Omsorg betraktes som en grunnleggende menneskelig verdi, og utvikles gjennom livet (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug, 2005). Sykepleiere møter kontinuerlig pasienter som er ukjente. I slike situasjoner hvor sykepleieren ikke kjenner personen, går sykepleieren fra naturlig til etisk omsorg. Etisk omsorg er ikke til stede hos mennesker og må utvikles. Utviklingen av etisk omsorg er spesielt viktig hos sykepleiere, som i sitt yrke har ansvar for andre menneskers ve og vel (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug, 2005).

2.5 Sykepleiers yrkesetiske ansvar

helsepersonelloven § 7 sier at helsepersonell har som plikt å gi den helsehjelp de evner, når hjelpen er påtrengende nødvendig. Med tvil om helsehjelpen er påtrengende nødvendig, skal helsepersonell foreta nødvendige undersøkelser (Helsepersonelloven, 2011).

Sykepleieren står i en maktposisjon gjennom sin kompetanse og stilling. Derimot er pasienten satt i en sårbar posisjon. Pasienten er avhengig av at sykepleiere anvender sine kunnskaper og makt på en forsvarlig måte (Brodtkorb, 2011). Omsorgsmoralen spiller en viktig rolle for hvordan sykepleiere anvender makten, slik at makten ikke misbrukes, for oppnåelse av paternalisme (Brodtkorb, 2011).

Velgjørhetsprinsippet, et prinsipp som under etikken defineres som plikten til å gjøre godt mot andre, ligger til grunn for den nasjonale og internasjonale yrkesetikken (Sneltvedt, 2012). Sykepleierens handlinger skal være basert på kunnskaper som lindrer lidelse, fremmer helse og forebygger sykdom (Sneltvedt, 2012).

I følge helsepersonelloven § 4 (2017), skal sykepleiere utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til omsorgsfull hjelp og faglig forsvarlighet. Dette kan forventes ut i fra arbeidets karakter, sykepleierens kvalifikasjoner og situasjonen forøvrig (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2018). Sneltvedt (2012) skriver at sykepleiere skal være bevisst på dens maktposisjon, og jobbe målrettet for å unngå misbruk av denne. Kunnskapen skal brukes for å fremme det gode og unngå det som kan skade (Sneltvedt, 2012).

Grunnleggende verdier som respekt, menneskeverd, tillit, integritet og ansvar preger yrkesetiske retningslinjer (Brodtkorb, 2011). Retningslinjene omtaler samspillet mellom sykepleier og pasient, sykepleierprofesjonen og sykepleieren og arbeidsstedet. I retningslinjene heter det at grunnlaget for all sykepleie skal være verdighet og respekt for hvert enkelt menneskets liv. Sykepleie skal bygge på omsorg, barmhjertighet og respekt for menneskerettigheter og skal være kunnskapsbasert (Brodtkorb, 2011). Menneskerettigheter er grunnlag for yrkesetikken og innebærer at sykepleieren yter pleie, uavhengig av demografiske forhold (Sneltvedt, 2012).

Det er gjennom vår følelsesmessige innlevelse i situasjonen, at en skjønner hva som står på spill for pasienten (Brinchmann, 2013). Via kognitive og følelsesmessige avveininger, skaper sykepleieren en forståelse for hvordan en kan hjelpe pasienten (Brinchmann 2013). Martinsen (2003) skriver at de fagetiske nedskrevne regler blir kalt forkynt etikk. Skal disse fungere moralsk forsvarlig, må det være til stede et annet moralsk regelverk. En moralsk regel kan og skal bli tilpasset av den omstendigheten sykepleieren befinner seg i. Et moralsk regelverk fungerer ikke som et absolutt krav, men som et hjelpemiddel i konkrete situasjoner hvor individuelle skjønn oppleves vanskelige (Martinsen, 2003).

2.6 Teoretisk perspektiv

2.6.1 Kari Martinsen

Martinsen (2003) mener omsorg er forbundet med å ta hånd om og hjelpe andre. Omsorg er forbundet med nestekjærlighet. Omsorgsarbeid i sykepleien er rettet mot den syke pasienten. Å møte den syke med omsorg gjennom omsorgsarbeid innebærer ulike forutsetninger som ferdigheter og kunnskap (Martinsen, 2003). Sentralt i omsorg er den forståelsen sykepleiere får for den andres situasjon (Martinsen, 2003). Omsorgsarbeid er et uttrykk til generalisert gjensidighet og bestemmes ut i fra pasientens situasjon. En slik tilstand strukturerer arbeidet og sørger for pasienten ut fra en situasjonsforståelse. En slik forståelse krever innsikt i pasientens livssituasjon, begrensninger i situasjonen og menneskelige muligheter. Kari Martinsen (2003) mener god situasjonsforståelse er viktig for å ikke overstyre respekten for pasientens selvbestemmelsesrett (Martinsen, 2003). Martinsen legger også vekt på de praktiske delene av omsorgen. Hun mener det er i de ulike relasjonene med pasientene og i de praktiske situasjonene, at etiske krav kommer frem (Martinsen, 2003). Omsorgsmoraleen har en moralsk side. Den omhandler hvordan sykepleiere lærer å bruke makt. Martinsen (2003) mener makt kan brukes moralsk ut fra solidaritet med pasienten. Solidaritet er mer enn sentimental omsorg og sympati. Solidaritet er handlinger som baserer seg på engasjement (Martinsen, 2003).

2.6.2 Joyce Travelbee

Har som hovedfokus å skape et menneske-til-menneske-forhold mellom sykepleier og pasient. Hun mener at det ikke finnes pasienter, men enkeltindivider som alle er unike (Travelbee, 2001). Sykepleier burde strebe etter et menneske-til menneske-forhold og ikke et sykepleier-pasient-forhold. Travelbee (2001) hevder at sykepleie er en mellommenneskelig prosess. Det dreier seg alltid direkte eller indirekte om mennesker. Menneskets sykepleiebehov er å bli ivaretatt av en sykepleier som kan bruke seg selv terapeutisk, ved å ha en intellektuell tilnæringsmåte til problemer (Travelbee, 2001). Å bruke seg selv terapeutisk vil si å bevisst bruke sin egen personlighet og egne kunnskaper med sikte på å bevirke forandring hos den syke. Når dette lindrer vedkommendes plager, betraktes denne forandringen som terapeutisk (Travelbee, 2001)

Travelbee (2001) mener at reduksjonsprosessen finner sted når et individ blir oppfattet som en sykdom. Å oppfatte et enkeltmenneske som en sykdom, er å overse vedkommende som menneske. Sykepleiere kan oppfatte pasienter som en arbeidsoppgave og har mistet evne til å se det unike menneske i hver enkelt pasient (Travelbee, 2001). Dette er erfaringsmessig noe vi opplever på legevakt.

2.7 Sentrale begreper.

2.7.1 Pasienttilfredshet

De fleste er i kontakt med helsevesenet i løpet av livet, og benytter seg av helsetjenestene i ulik grad. Pasienttilfredshet er en indikator på pasientens opplevelse av tjenester som blir utøvet (*Tilfredshet med helsetjenestene*, 2013).

2.7.2 Venteromsomsorg

Venteromsomsorg er ikke et begrep vi finner noe litteratur på. Dette er et begrep som vi har blitt kjent med i praksis. Venteromsomsorg som begrep er beskrivende i seg selv. Vi har valgt å bruke dette begrepet i vår problemstilling, da vi ønsker å fremstille at dette er et behov som må belyses.

2.7.3 Legevakt

Legevakt er en del av kommunehelsetjenesten. Ved akutt sykdom er dette en av de første stedet å henvende seg. Disse henvendelsene varierer fra enkle skader, psykiatri og til mer alvorlige sykdommer. Legevakten samarbeider med ambulansetjenesten og medisinsk nødmeldetjeneste. Disse representerer en trygghet for befolkningen (NOU 1998: 9).

Legevakten er en allmennt medisinsk virksomhet, som sikrer at alle som oppholder seg i kommunen får nødvendig helsehjelp. Legevakten er i tillegg til fastlegen med på et tilbud om øyeblikkelig hjelp, slik at tilbudet er dekket døgnet rundt (Johansen, et al., 2015).

2.8 Hensikt og problemstilling

Hensikten med oppgaven er å belyse faktorer ved sykepleie som fremmer pasienttilfredshet hos pasienter på legevaktens venterom. Vi har selv erfart å sitte på venterommet, med en følelse av å bli glemt. Hva kan sykepleier gjøre annerledes for å bringe tålmodighet til venteværelset? Hvilke faktorer vektlegger pasienter når de vurderer grad av tilfredshet i møte med legevakt. Med dette som bakgrunn, har vi kommet frem til denne problemstillingen:

“Hvorfor er god venteromsomsorg viktig hos kommunal legevakt og hvilke faktorer i sykepleien bidrar til god pasienttilfredshet?”

3.0 Metode

Metode er et redskap som sier hvordan datainnsamlingen foregår for å besvare problemstillingen i en oppgave (Dalland, 2014). Dette er for å rettlede når en undersøker et nytt tema, ved innhenting, etterprøving og tilegning av kunnskap (Dalland, 2014). Det er en systematisk søkeprosess der man søker etter kilder som kan støtte opp under valgt problemstilling (Dalland, 2014).

3.1 Litteraturstudie som metode

Denne oppgaven er en systematisk litteraturstudie. En litteraturstudie er en vurdering og oppsummering av forskning og eksisterende kunnskap, relevant for et bestemt tema (Aveyard, 2014). Dette for å avdekke kunnskapshull og vise hvor det er behov for videre forskning. Hensikten er å innhente relevant litteratur på en oversiktlig måte, og gjøre en systematisk analyse av innholdet i artiklene (Aveyard, 2014).

I følge Dalland (2014) baserer en litteraturstudie seg på allerede eksisterende kunnskap. Det er en kritisk oppsummering av forskning om et emne, valgt ut ifra et tema og en problemstilling. Et grundig søk og analyse av litteratur, bidrar til ny innsikt som kun er mulig

når all litteraturen er nøye gjennomgått sammen og hver del av relevant informasjon blir satt i kontekst med annen informasjon (Aveyard, 2014).

Vi skal ikke ut å foreta egne undersøkelser eller intervjuer, men skal i stedet benytte studier som allerede er utført. Vi skal konkret beskrive hvordan vi har valgt litteratur, hvilke søkeord som er brukt og hvilke kriterier for avgrensninger. I en god litteraturstudie skal det benyttes artikler av god kvalitet og pålitelige kilder (Aveyard, 2014).

I kildehierarkiet beskrevet av Dalland (2014) er vitenskapelige artikler øverst på lista. I denne oppgaven er det benyttet primærstudier og en sekundær studie av vitenskapelige artikler. Primærstudier vil si at det er ny kunnskap innenfor emnet, og at den som utførte studien er den samme som har skrevet artikkelen, mens sekundærstudie benytter allerede utførte studier og gransker dem på nytt (Dalland 2014). Fordelene med en litteraturstudie er at det ofte finnes veldig mye god litteratur innenfor både fag- og forskningsområder (Dalland 2014). Vi kan dermed velge de artiklene som er relevant for vårt tema og vår problemstilling.

Vi har kun valgt å bruke primærlitteratur i vår oppgave, eksempelvis har vi brukt boka "*mellommenneskelige forhold i sykepleie*" som er en oversettelse av boken "*interpersonal aspects of nursing*", som er skrevet av Joyce Travelbee i 1971. I tillegg til denne, har vi brukt pensumlitteratur fra skolen, primærstudier, sekundærstudier, lover- og forskrifter og en brukerundersøkelse utført av lokal legevakt. Dette er alle kilder som vi anser som pålitelige.

3.2 kildekritikk.

Kildekritikk viser at man er i stand til å se kritisk på det kildemateriale som blir brukt i oppgaven. Det handler om å finne litteratur, som belyser problemstillingen, og gi en begrunnelse for valg av litteratur tilknyttet oppgaven (Dalland, 2014).

En systematisk oversikt er en forskningsartikkel hvor det allerede er utført en litteraturstudie (Aveyard, 2014). Forfatter av artikkelen har utført et litteratursøk, for så å samle tidligere forskning rundt et tema. Deretter kommet frem til en konklusjon, ved å sammenligne resultater fra ulike forskningsartikler (Thidemann og Thidemann, 2015). Vi finner lite forskning som omhandler vår problemstilling. Derfor har vi inkludert en systematisk oversikt for å se hva som finnes av litteratur.

En måte å måle pasienttilfredshet på, er via spørreundersøkelser (Thideman og Thideman,2014). Vi stiller oss kritiske til hvilke spørsmål forfatterne benytter, ettersom mangel på spørsmål kan utelukke et helhetlig svar (Dalland,2014). Vi vil vurdere artiklene ut ifra antall deltakere inkludert i studien og om målgruppen er relevant for vår studie. Vi stiller også spørsmål til om forskeren har relevant erfaring med sin problemstilling.

Vi har valgt å inkludere en brukerundersøkelse fra Ringerike interkommunale legevakt. Her har de har gjort et forsøk på å kartlegge brukertilfredshet rundt kontakten med legevakt. Vi anvender denne brukerundersøkelsen, for å knytte opp erfaring fra der vi bor. Artikkelen fant vi på ringerike kommunes hjemmesider. Vi stiller oss kritiske til svarene i brukerundersøkelsen, ettersom den hadde lav svarprosent (35%) og er utført i løpet av en begrenset tidsperiode, april og mai, 2012.

3.3 Kvalitativ og kvantitativ forskningsdesign

I sykepleieforskning skiller vi mellom kvantitative og kvalitative studier (Dalland, 2014).

Kvantitative studier har som formål å måle en større mengde objektive data, for så å kunne bruke disse dataene til å lage statistikker (Dalland,2014). For eksempel vil en undersøkelse med spørreskjemaer kunne gi svar, som kan kvantifiseres på denne måten (Dalland, 2014). Fordelen med kvantitativ metode er at kvantitativ data er målbare enheter som kan brukes til statistiske beregninger (Thidemann og Thidemann, 2015). Dermed øker muligheten for å få representative data, forutsett at populasjonsutvalget er godt nok (Dalland, 2014). En ulempe ved kvantitativ metode er at det ofte brukes standardiserte spørreskjemaer, hvor spørsmål som ikke er inkludert vil oversees. Her kan viktig informasjon ekskluderes ved at deltakeren ikke blir stilt spørsmålet (Dalland, 2014).

Kvalitative metoder har til formål å objektivt studere kunnskaper, opplevelser og meninger for å få frem nyanser (Aveyard, 2014). Prosesser som samhandling, utvikling, bevegelse og helhet kan også utforskes ved bruk av denne metoden (Thidemann og Thidemann, 2015). Fordelen med kvalitativ metode er at en får studert en mening eller en opplevelse dypere (Dalland 2014).

Å bevisst utelate en kvalitativ eller kvantitativ studie, vil ikke bidra til å styrke litteraturstudien (Aveyard, 2014). Vi vil vurdere både kvalitative og kvantitative forskningsartikler, men stille oss kritiske til kvaliteten på oppgaven (Aveyard, 2014).

3.4 Søkestrategi.

Under selve søkeprosessen har vi hentet relevant litteratur gjennom manuell søking som ble utført i ulike databaser (Thidemann og Thidemann, 2015). I søkeprosessen har vi anvendt databaser gjennom NTNU, Gjøvik sine sider. Databasene vi har valgt å bruke er Chinal Complete, Ovid Nursing, Medline/PubMed, Psycinfo og Eric.

Psycinfo og Eric er databaser vi ønsket å inkludere i vår søkeprosess, da disse omhandler psykologisk og pedagogisk forskning (Eric, 2018) og (Thideman og Thidemann, 2015). Dette for å belyse pasientens psykologiske opplevelse av ventetiden på legevakt. Vi brukte søkeord som “stress”, “nurses”, “emergency service” og “client service”.

Gjennom denne databasen ønsker vi å belyse artikler som omhandler kvalifikasjoner og kunnskapsnivå, en sykepleier trenger for å kunne utøve sykepleie på legevakt. Søkeordene vi har valgt å bruke er “knowledge”, “emergency room” og “education, nursing”. Ingen av våre søkeord i disse databasene ga oss relevante artikler.

Gjennom søkeprosessen har vi utført både strukturerte søk i databaser, og ustrukturerte søk i Google scholar. I en systematisk review, relevant for vår problemstilling, gjorde vi et dypdykk i artikkelens referanseliste. Her fant vi artikler og søkeord som vi ønsket å benytte oss av videre i systematiske artikkelsøk (Thidemann og Thidemann, 2015).

Tidlig i søkeprosessen fant vi lite forskningsartikler tilknyttet temaet “sykepleie på legevakt”. Vi brukte begreper som “safety”, “communication”, “trust” og “information”. Her ble treffene mange og det var vanskelig å konkretisere søkene til de artikkelene som var relevante for vårt tema. Ut fra dette bestemte vi oss for å begrense søket. Pasienttilfredshet er et sentralt begrep i vår undersøkelse. Vi bestemte oss dermed for å bruke “patient satisfaction” som et nøkkelbegrep i vårt søk. Vi prøvde både “waiting room” og “waiting time”. Vi ønsker å ha et sykepleieperspektiv, og ut fra dette brukte vi søkeordene “nurse role/nursing role”, “nurse practitioner”, “emergency nurse practitioner” og “emergency nursing”.

Som nevnt tidligere kan ikke ordet legevakt oversettes til andre språk. Betegnelser som Emergency service (ES), Emergency room (ER) eller Emergency department (ED) er de mest brukte på engelsk. Vi har benyttet disse begrepene i vårt strukturerte søk og i ustrukturerte søk. Vi har i tillegg lest igjennom litteraturlisten til en systematisk oversikt, for å finne relevante forskningsartikler.

3.5 Inklusjons og eksklusjonskriterier

(Matrise 1)

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Engelsk språk	Barn 0-15 år og eldre over 70
Publiseringsår: 2000-2018	Kritisk syke pasienter
Artikler som er publisert i publiseringskanaler som er fagfellevurdert til nivå 1 eller 2	Pårørende
IMRaD struktur	

I databasene valgte vi “avansert søk” og krysset av for artikler som var “peer reviewed” som betyr at de skal være fagfellevurdert, og i tillegg valgte vi at de skulle være publisert mellom år 2000 og 2018. Vi lagde en liste på inklusjons- og eksklusjonskriterier (Se: matrise 1) for å avgrense søkene. Vi har vært sparsommelige ved bruk av “literature review”, ettersom dette er en oppsamling av forskningsartikler. Vi har valgt å bruke en slik artikkel. artikkelen skal følge IMRAD struktur (Introduksjon, Metode, Resultat And/og Diskusjon), da dette er mer oversiktlig og ifølge Aveyard (2014) skal vitenskapelige artikler ha denne oppbyggingen. Vi har i tillegg valgt å bruke NSD sin publiseringskanal for å se om tidsskriftet artikkelen er publisert i var godkjent på nivå 1 eller 2.

3.6 Forskningsetikk

Dalland (2014) beskriver etiske spørsmål og vurderinger som en viktig del av planleggingsfasen. Allerede ved valg av tema og problemstilling er det viktig med etiske spørsmål. Spesielt er det viktig når pasientene ikke får direkte nytte av arbeidet (Dalland, 2014). Helsinkideklarasjonen er etiske retningslinjer som brukes i hele verden ved forskningsetikk. Helsinkideklarasjonen slår fast at forskning skal følge aksepterte prinsipper og må utføres av vitenskapelig kvalifiserte personer (Førde, 2014).

Forskningsetiske komiteer har et ansvar for å kontrollere forskning i norsk forskning (Dalland, 2014). Forskningsetisk komite har som hensikt å overvåke interessene til forsøkspersonene. Å sørge for at kriteriene for fri informert samtykke er ivaretatt og kontrollere prosjektets kvalitet (Dalland, 2014). Ved alle medisinsk og helsefaglig forskning som involverer mennesker eller helseopplysninger, skal det søkes om forhåndsgodkjenning. Dette søkes gjennom en av syv regionale komiteer for medisinsk og helsefaglige forskningsetikk (Dalland, 2014).

Personopplysningsloven har som formål å beskytte mot krenkelse av personvern, gjennom behandling av personopplysninger (Dalland, 2014). Helseforskningsloven (2017) sier at forskning skal basere seg på respekt for forskningsdeltakernes menneskeverd og menneskerettigheter. Medisinsk og helsefaglig forskning skal ivareta medisinske, etiske, helsefaglige, vitenskapelige og personvernmessige forhold (Helseforskningsloven, 2017).

3.7 Presentasjon av søkestrategi i matrise.

Avgrensning av søket: 5 år, Fulltekst, Abstract.

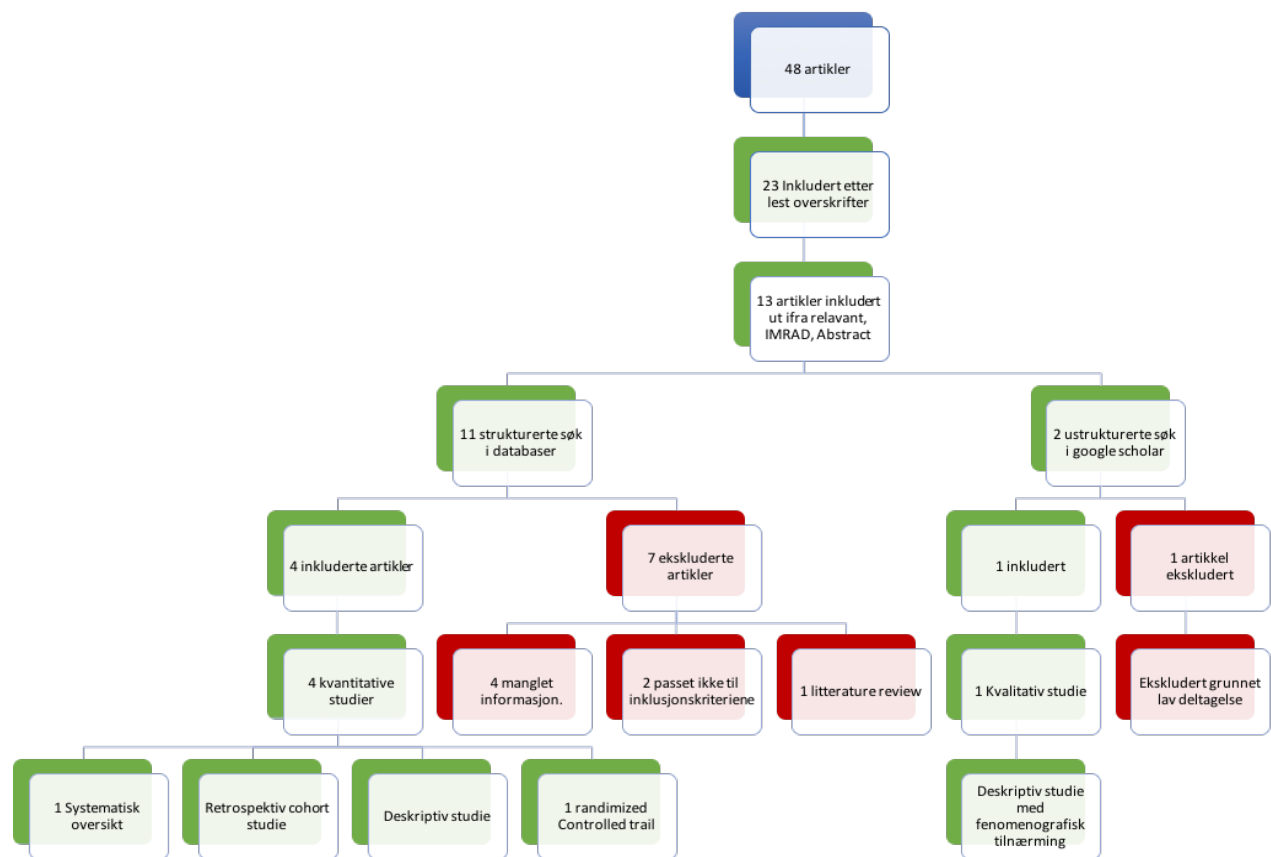
(Matrise 2)

<u>Søkeord</u>	<u>Database</u>	<u>Kombinasjoner</u>	<u>Antall treff</u>	<u>Inkluderte artikler</u>
1.Patient satisfaction	PubMed		114.108	
2.Emergency department			217.104	
3. Information			1.160.778	
4. Factors			806,993	
5. Emergency Nursing			21.740	
		1 AND 2 AND 3 AND 4 AND 5	13	2
6. Nursing care			21740	
7. Evaluation			340,394	
		1 AND 2 AND 3 AND 6 AND 7	35	
				1

(Matrise 3)

<u>søkeord</u>	<u>database</u>	<u>kombinasjoner</u>	<u>antall treff</u>	<u>Inkluderte artikler</u>
1.Waiting rooms	Cinahl		626	
2.Patient satisfaction			44, 489	
3.Emergency service			45, 217	
		1 AND 2 AND 3	10	
				1

(Matrise 4)



4.0 Resultater

Her presenterer vi kort resultatene fra forskningsartiklene i matriser, med en oversikt over innholdet i de ulike artiklene.

4.1 Presentasjon av resultater

(Matrise 5)

Forfatter(e) -Publiseringsår - Tidsskrift -Land	<i>Rehman, S. A. og Ali, P. A. (2016) A review of factors affecting patient satisfaction with nurse led triage in emergency departments, International Emergency Nursing, 29, s. 38-44. doi: https://doi.org/10.1016/j.ienj.2015.11.002.</i> - England
Tittel	<i>“A review of factors affecting patient satisfaction with nurse led triage in emergency departments”.</i>
Hensikten med studien	Ved å foreta en systematisk oversikt, fastslå pasienttilfredsheten ved triagering, utført av sykepleier på legevakt.
Metode	Gjort artikkelsøk i databaser som Medline, Cinahl, Psycinfo, Embase, Cochrane library, Joanna Briggs library og Google Scholar. Artikkelen er en systematic review og har utnyttet en Cochrane Collaboration systematisk review metode (Aveyard, 2014).
Hovedfunn/resultater	18 studier møtte inklusjonskriteriene. Faktorer som påvirker pasienttilfredsheten ved triagering av sykepleiere er: Sykepleiers evne til å gi omsorg til pasientene, kommunikasjonsferdigheter, tilgjengelighet og synlighet av sykepleiere, forsyning av informasjon på et forståelig språk, evne til å besvare spørsmål, og å gi pasientene mulighet til å stille spørsmål.

Kvalitetsvurdering	<p>Dette er en systematisk oversikt. Artikkelen har en tydelig tittel og problemstilling. Den har en omfattende og beskrevet søkestrategi som forklarer søkeord, antall treff, inklusjons- og eksklusjonskriterier og hvordan de har begrenset søkene. De har også nøye beskrevet funnene de har gjort i de forskjellige artiklene og laget en oversiktlig matrise. Alt i alt har vi konkludert med at dette er en god systematisk oversikt. De har fulgt IMRaD-strukturen med en problemstilling, en metodedel, resultatdel, diskusjon og konklusjon.</p> <p>Artikkelen har to forfattere, som begge har lest nøye igjennom alle artiklene. I følge Aveyard (2015) er cochrane en kjent metode som er utarbeidet i den hensikt, at systematiske oversikter skal utføres etter en streng protokoll, for å sikre en omfattende søkestrategi, og sikre god kvalitet på studien.</p> <p>Artikkelen er publisert i 2015. Artiklene inkludert i denne studien er artikler fra 1992 - 2012, men her er ingen systematiske oversikter inkludert.</p> <p>Fagfellevurdering nivå 1</p>
Redegjort for etiske overveielser.	<p>Finner ingen informasjon om etiske overveielser i denne systematiske oversikten. Vi anser dette som akseptabelt ettersom dette er en systematisk oversikt, og ingen mennesker er berørt i denne studien.</p>
Kommentarer til artikkelen	<p>Formålet med å ha med en systematisk oversikt i denne studien, er å se hva slags forskning som allerede er gjort på dette området. Selv om temaet for denne artikkelen er triagering av sykepleier, viser konklusjonen hva slags verdier ved sykepleier som skaper god pasienttilfredshet, og er derfor meget relevant for vår problemstilling. En systematisk oversikt er i følge Whitlock et.al (2008) i Aveyard (2014) utdatert om den er eldre enn 3-5 år. vi</p>

	Understreker at den ikke har samme problemstilling som vår studie, derfor anser vi ikke vår studie som allerede utført (Aveyard, 2014).
Konklusjon	Pasienter er generelt fornøyde med triagering utført av sykepleiere på legevakten.

(Matrise 6)

Forfatter(e) -Publiseringsår - Tidsskrift -Land	Möller, M., Fridlund, B. og Göransson, K. (2010) Patients' conceptions of the triage encounter at the emergency department, <i>Scandinavian journal of caring sciences</i> , 24(4), s. 746-754. - Sverige
Tittel	<i>Patients' conceptions of the triage encounter at the Emergency Department</i>
Hensikten med studien	Å beskrive en pasients oppfatning av deres møte med triagering på legevakten.
Metode	Denne studien har en deskriptiv, kvalitativ metode med en fenomenografisk tilnærming. Dette er en metode som beskriver et sekundært perspektiv (<i>Fenomenografi</i> , 2015). Altså at noe som er implisitt, som ikke er reflektert over, skal komme frem. De har valgt å følge en modell som heter "The 7 steps of phenomenographic analysis" av Dahlgren og Falsberg, beskrevet i artikkelen i figur 1. De sørget for å få utfyllende svar på spørsmålene som ble stilt. Ved å bruke spørsmål som: "kan du beskrive mer detaljert": "Hva mener du med dette"? "Kan du forklare dette litt nærmere"?. Basert på funnene fra spørreundersøkelsene, delte de funnene opp i beskrivende kategorier, basert på pasientenes oppfatning av triagering.
Hovedfunn/resultater	Ut ifra funnene fra intervjuene, ble det delt opp i 5 beskrivende kategorier.

	<p>1: Det utrygge møtet - Pasientene var bekymret for at de ikke skulle klare å beskrive symptomene sine. Pasientene ønsket ikke å klage i forkant av lege undersøkelsen, da de var redde for å ikke bli tatt alvorlig. Pasientene var redde for å bli glemt på venterommet, da de ble etterlatt for seg selv.</p> <p>2: Det humanistiske møtet: Pasientene uttrykte at de satte pris på sykepleiers tilnærmede til pasientene og deres evne til være omtenkssomme og empatiske. Samt deres utstråling av selvsikkerhet i forhold til sykepleierens kompetanse.</p> <p>3: Det logistiske møtet: Pasientens forståelse av triagerings prosessen.</p> <p>4: Utveksling av informasjon: Pasientene klaget på lang ventetid etter triageringen. De klaget på mangel av informasjon. Noen følte informasjonen om triageringen var unødvendig, andre ble sinte om de fant ut at de var nedprioritert. De pasientene som hadde fått god informasjon om triageringsgruppene, følte det var lettere å vente og taklet bedre endringer underveis.</p> <p>5: Det siste gikk ut på omgivelsene på venterommet, hvorvidt pasientene var fornøyde med rommet.</p>
<p>Kvalitetsvurdering</p>	<p>I en god kvalitativ studie bør den som utfører studien ha relevant erfaring for å kunne utføre undersøkelsen (Aveyard, 2014). Denne undersøkelsen er utført av 3 forfattere, som alle har arbeidserfaring fra legevakt. De har selv valgt ut deltakere, noe som er viktig for å få god innsikt i undersøkelsen (Aveyard, 2014). Temaet avviker fra vår problemstilling, men samtidig ser vi at funnene peker mot det samme som vi har som mål å redegjøre for i vår studie. Det er uklart for oss hvor mange deltakere som har deltatt i studien. Det nevnes at det er 20 deltakere fra diverse triagerings kategorier, men det kommer ikke tydelig frem for oss antall deltakere som deltok i studien.</p> <p>Fagfelleurdert nivå 1.</p>

Redegjort for etiske overveielser.	Partisipantene fikk verbal informasjon angående studien. Deltagelse var frivillig og partisipantene ble informert om at de kunne trekke seg om ønskelig. all data var konfidensiell som er i tråd med det etiske prinsippet autonomi. Det ble ikke tildelt noen godkjenning av etisk komite, da de ikke anså dette som nødvendig, siden det ikke var noe fysisk eller psykisk påkjenning, ettersom pasientene ble intervjuet etter endt behandling.
Konklusjon	For å legge til rette for flere positive erfaringer av triageringen på legevakten, viser artikkelen til viktigheten av å behandle pasientene etter en holistisk tilnærming. Ved bedre informasjon om triagering, bidrar det til forståelse av ventetidens omfang.

(Matrise 7)

Forfatter(e) -Publiseringsår - Tidsskrift -Land	Mollaoğlu, M. og Çelik, P. (2016) Evaluation of emergency department nursing services and patient satisfaction of services, <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 25(19-20), s. 2778-2785. - Tyrkia
Tittel	<i>“Evaluation of emergency department nursing services and patient satisfaction of services”</i>
Hensikten med studien	Hensikten med artikkelen er å fastslå hvilket fokus sykepleiere har i møte med pasienter ved ankomst. Artikkelen ønsker også å undersøke hvilket faktorer som påvirker pasienttilfredsheten.
Metode	Dette er en kvantitativ forskningsartikkel. En deskriptiv studie som har som formål å beskrive eller kartlegge, ikke å bekrefte eller avkrefte sammenheng eller effekt, i motsetning til analytisk studie som ønsker å avdekke årsak-virkningsforhold (Stoltenberg, E. 2018) En kvantitativ forskningsartikkel hvor 84 pasienter deltok i studien fra januar 2011 til juli 2011. Studien ble utført fra 08:00 til 18:00 på dagen. Før hjemreise deltok pasienten i et intervju på et stille rom,

	<p>hvor pasientene fikk informasjon om studien fra helsepersonell. Undersøkelsen varte i 15 til 20 minutter. Dataene ble samlet inn gjennom et spørreskjema vedrørende pasientinformasjon og tilfredshetsnivå.</p> <p>Spørreskjemaet inneholdt 16 spørsmål. Pasienten ble spurt om å rangere hvert spørsmål fra 1-5 hvor 1 var veldig dårlig og 5 veldig bra.</p>
<p>Hovedfunn/resultater</p>	<p>Pasienttilfredshet er avhengig av kvalitet hos sykepleier. Pasientene som var tilfreds med sykepleierens oppførsel, mener at kjernen til god pasienttilfredshet er et godt pasient og sykepleier forhold. Studien viser til andre artikler som resulterer i høy tilfredshet hos pasienten når de blir kontinuerlig informert.</p> <p>Studien viser at kvaliteten på informasjonen som ble gitt i denne studien var for lav. Kommunikasjonsferdigheter hos sykepleier spiller en viktig rolle i forhold til pasientens opplevelse av å bli ivaretatt. Pasientsentrert og individuell omsorg er viktige elementer for å skape tillitsforhold mellom sykepleier og pasient, og pasienten vil føle seg verdsatt.</p>
<p>Kvalitetsvurdering</p>	<p>Studien har en tydelig tittel og problemstilling. Artikkelen følger IMRAD struktur og har en tydelig presentasjon av resultater og funn.</p> <p>Vi stiller oss kritiske til få deltakere i studien, hvor 84 pasienter deltok i undersøkelsen. Forfatterne nevner antall deltakere og hvorfor, men fremmer ingen synspunkter eller kommentarer til lav deltakelse. 122 pasienter oppfylte inklusjonskriteriene, men 38 av disse ble ikke inkludert, grunnet deres helsetilstand.</p> <p>Studiens varighet er fra januar 2011 til juli 2011.</p> <p>Spørreskjemaet som ble utdelt inneholdt en skala fra 1-5 hvor 1 var veldig dårlig og 5 veldig bra. Vi stiller oss kritiske til</p>

	<p>resultatet av en slik undersøkelse, ettersom mange faktorer kan bli utelatt. varigheten og metode for spørreundersøkelse gjør oss usikre på om studien er pålitelig.</p> <p>Vi stiller oss kritiske til studiens resultater og setter spørsmålstegn vedrørende resultatets statistiske signifikans.</p> <p>Fagfellevurdert nivå 2.</p>
Redegjort for etiske overveielser.	<p>Studien er godkjent av en etisk komite på sykehuset hvor studien er utført. Pasientene er informert om at de kan avslutte deltakelsen når ønsket. Privat informasjon ville ikke bli utlevert og taushetsplikten ville bli opprettholdt.</p>
Konklusjon	<p>Studien viser at sykepleiere ofte ga fysisk omsorg og informerte pasienten i stedet for å gi følelsesmessig omsorg. De fleste av pasientene var tilfreds med omsorgen og pleien som ble utført, sykepleierens oppførsel, væremåte og varigheten av pleien som ble utøvet.</p>

(Matrise 8)

Forfatter(e) -Publiseringsår - Tidsskrift -Land	<p>Aaronson, E. L., <i>et al.</i> (2018) Overall Emergency Department Rating: Identifying the Factors That Matter Most to Patient Experience, <i>Journal for healthcare quality : official publication of the National Association for Healthcare Quality</i>. doi: 10.1097/jhq.000000000000129.</p> <p>- USA</p>
Tittel	<p><i>Overall Emergency Department rating: identifying the factors that matter most to patient experience.</i></p>
Hensikten med studien	<p>Hensikten med artikkelen er å undersøke faktorer som kan påvirke pasienttilfredshet i positiv eller negativ grad.</p>
Metode	<p>Dette er en retrospektiv kohort studie. En kvantitativ metode hvor en gruppe mennesker har blitt utsatt for en spesiell</p>

	<p>hendelse eller livsstil, og blir deretter fulgt opp for å observere effekten (Aveyard, 2014).</p> <p>Et tilfeldig utvalg av pasienter hos legevakt.</p> <p>7 872 pasienter deltok i studien, hvor det ble utført et telefonintervju.</p>
Hovedfunn/resultater	<p>Funn gjort i denne studien, viser at pasienttilfredshet er relatert til samarbeid, kommunikasjon, ventetid, miljøet på venterommet og en oppfattelse av at pleien var til hjelp.</p> <p>Ved å forstå de faktorene som bidrar til pasienttilfredsheten på legevakt, kan helseorganisasjoner rette mer oppmerksomhet rundt faktorer som har mest innflytelse på pasienttilfredshet. Det bør rettes mer fokus på å styrke sykepleier-pasient forhold. Å ha øvelser i team-arbeid, og ha en innsats ved å kunne anslå ventetid og ved å sørge for et godt omsorgsmiljø.</p>
Kvalitetsvurdering	<p>Artikkelen har en tydelig tittel og problemstilling og følger IMRAD struktur.</p> <p>Resultatene er tydelig presentert i matriser. Alle pasientene som besøkte legevakten var egnet for å være med på studie. Dette for å vise ulike demografiske forhold ved studien. Dette var en stor studie som inkluderte mange mennesker. Til tross for dette, var det kun 39,2% av pasientene som deltok i studien.</p> <p>Vi fant ikke denne artikkelen i NSD. Vi gikk inn på hjemmesiden til Journal for healthcare quality, hvor det står at dette er en fagfelleurdert publiseringskanal. Vi har valgt å stole på dette.</p>
Redegjort for etiske overveielser.	<p>Studien er godkjent av sykehusets etiske komite.</p>
Konklusjon.	<p>Artikkelen konkluderer med at faktorer som kommunikasjon, teamarbeid og ventetid er i stor grad assosiert med</p>

	pasienttilfredshet. Artikkelen konkluderer også med et behov for videre forskning innenfor hver enkel faktor.
--	---

(Matrise 9)

-Forfatter(e) -Publiseringsår - Tidsskrift -Land	L., M. M., <i>et al.</i> (2011) A Randomized Controlled Trial of the Effect of Service Delivery Information on Patient Satisfaction in an Emergency Department Fast Track, <i>Academic Emergency Medicine</i> , 18(7), s. 674-685. doi: doi:10.1111/j.1553-2712.2011.01119.x. - USA
Tittel	“ <i>A Randomized Controlled Trial of the Effect of Service Delivery Information on Patient Satisfaction in a Emergency Department Fast Track</i> ”
Hensikten med studien	Hensikten med denne studien var å avgjøre effekten på pasienttilfredshet ved å gi pasientene en estimert ventetid
Metode	En randomisert kontrollert studie, en kvantitativ metode. Studiens varighet er fra 26 oktober 2009 til 30 desember 2009. <i>Deltakerne ble delt inn i tre grupper.</i> 1) Pasientene mottok standard informasjon ut i fra legevaktens vanlige prosedyre. 2) Pasientene mottok muntlig og skriftlig informasjon om legevaktens system 3) Pasientene mottok muntlig og skriftlig informasjon om legevaktens system, og forventet behandling og ventetid på venterommet. Deltakerne svarte på en kort undersøkelse som de skulle besvare etter utskrivelse. Undersøkelsen målte kvaliteten på informasjonen som ble levert, generell tilfredshet og aktualiteten av omsorgen som ble utøvet.

	<p>Deltakerne skulle rangere tilfredsheten ut fra sin gruppe ved å bruke ordene som: veldig god, god, rimelig, dårlig og veldig dårlig.</p>
Hovedfunn/resultater	<p>1261 pasienter ble triagert som haster og 1011 ble plassert i en randomisert studie gruppe. I studiegruppen var det 863 pasienter som fullførte undersøkelsen.</p> <p>Studien viser at nesten halvparten av studiegruppen rangerte generelle omsorgen som veldig dårlig. Pasientene viste misnøye med venteroms komforten, ventetiden før pasientene ble sett på av lege og misnøye med informasjonen sykepleierne ga til pasientene på venterommet.</p> <p>Pasienttilfredsheten varierte betydelig i forhold til sykepleieren, selv etter å ha endret faktor som ventetid.</p> <p>Resultatene viser at tilfredsheten når det kom til omsorg, var betydelig lavere ved triagering utført av lege, enn hos pasienter som ble triagert av triage sykepleier. pasientens alder var en viktig faktor, og pasienter fra 18- 34 var mindre tilfreds enn pasientene fra 35 år og eldre.</p> <p>Studien viser at pasientene som fikk generell informasjon og en forventet behandlingstid, ikke ga økt pasienttilfredshet. I stedet var faktorer som aktuell ventetid og sykepleierne som triagerte de og pasientenes alder.</p>
Kvalitetsvurdering	<p>Artikkelen har en tydelig tittel og problemstilling og følger IMRAD struktur.</p> <p>Dette er en randomisert kontrollert studie. Dette ansees som å være den mest effektive måten å avgjøre effekten av tiltak (Thidemann og Thidemann, 2015).</p> <p>Her var deltakerne tilfeldig fordelt i 3 grupper og ble ikke informert angående undersøkelsen. Dette for å sikre at utfallet ikke blir påvirket ved at deltakerne har kunnskap om</p>

	<p>undersøkelsen som pågår.</p> <p>Resultatene er tydelig presentert i matriser.</p> <p>Studien tar for seg kritisk syke pasienter. Dette stiller vi oss kritiske til, da dette ikke svarer på oppgavens inklusjonskriterier, allikevel ønsker vi å inkludere studien da den er relevant for vår problemstilling.</p> <p>Pasienter som dro fra legevakten uten legetilsyn, ble tatt med i studien. Disse ble rangert “veldig dårlig “ på spørreundersøkelsen, av sykepleieren. Studien har kort varighet og vi stiller oss kritiske til studiens resultater og funn. Fagfellevurdert nivå 1.</p>
Redegjort for etiske overveielser.	<p>I denne artikkelen nevnes det ikke noe om etikken i forbindelse med spørreundersøkelsen, Men undersøkelsen var godkjent for å kunne utføres uten å informere deltakerne.</p>
Konklusjon.	<p>Studien konkluderer med at pasienttilfredsheten ikke var økende, om pasientene fikk anslått estimert ventetid.</p> <p>Pasientens alder, ventetiden på venterommet og sykepleierne viser økt pasienttilfredshet.</p>

4.2 Sammenfatning av resultater

4.2.1. Ventetid på legevakt

I studien til *t al.*,(2011) viser det seg at 48% av de som var minst fornøyde i spørreundersøkelsen, var av de som hadde ventet lengst. I denne artikkelen undersøker de om anslått ventetid i forkant, er med på å skape forutsigbarhet for pasienten og dermed bedre pasienttilfredshet.

Rehman og Ali (2016) påpeker at ventetid er en betydelig faktor som påvirker pasienttilfredshet. Blant 18 studier, rapporterte 5 av de om ventetid, relatert til sykepleierstyrt

triagering. Blant 3 av disse nevnes det at det var kortere ventetid ved sykepleierstyrt triagering, enn av leger.

I Möller, M., Fridlund, B. og Göransson, K. (2010) klaget pasienter på lang ventetid, og følte seg glemt. I følge (Mollaoğlu og Çelik, 2016) hevder pasienter at de ikke ønsker å vente for lenge, før de blir behandlet av lege. 48% av de som svarte at de var minst tilfreds under spørreundersøkelsen til L., *et al.*, (2011), var blant de pasientene som viste seg å måtte vente lengst.

L., *et al.*, (2011) har brukt spørreundersøkelser til å vise, at ved økning med 10 minutt på ventetiden, minsket sannsynligheten for at de krysset av på “veldig godt fornøyd”, med 8 %. Det de har konkludert med i sin studie, er at ventetiden kan være den viktigste faktoren for pasienttilfredshet på legevakt.

4.2.2. Sykepleiers kvaliteter i samhandling med pasienter

Rehman og Ali (2016) har listet opp faktorer som påvirker pasienttilfredsheten ved triagering, utført av sykepleiere: omsorgsevne, empati for pasientene, kompetanse til å identifisere en diagnose og å handle effektivt deretter. Kommunikasjonsferdigheter, responstid, holdninger, bruk av et forståelig språk, tilstrekkelig informasjon og oppfordre pasienten til å stille spørsmål (Rehman og Ali, 2016).

Möller, Fridlund og Göransson (2010) hevder flere pasienter på legevakten, følte seg glemt på venterommet. De følte sykepleierne kunne ha gjort en bedre jobb, med bekreftelse av pasientens følelser. De følte seg i tillegg avvist, da de ble kritisert for oppmøte på legevakten, grunnet lav alvorlighetsgrad. Pasientene ble deretter henvist til fastlegen neste morgen. Inne i triageringsrommet, beskrev pasientene deres tilfredshet med sykepleiers omsorgsevne og vennlighet. Forfatterne konkluderer her med at et godt førsteinntrykk, kan bidra til økt pasienttilfredshet gjennom hele legevakts oppholdet (Möller, Fridlund og Göransson, 2010).

Mollaoğlu og Çelik (2016) definerer hva pasientene anser som en god sykepleier: deres evne til å vise respekt, vennlighet, oppmerksomhet og forståelse. Gjennom profesjonell atferd, god kunnskap og ferdigheter, bidrar dette til trygghet for pasientene, som igjen gir økt

pasienttilfredshet. (Mollaoğlu og Çelik, 2016) En annen faktor som skaper trygghet er et godt sykepleier-pasient forhold (Mollaoğlu og Çelik, 2016). Her hevder de at pasienttilfredsheten øker, om pleier gir informasjon om antatt ventetid.

4.3.3. informasjon

En konklusjon av studiene til Rehman og Ali (2016) viser at sykepleierens evne til å gi gode råd til pasienten, bidro til pasienttilfredshet. At sykepleier lytter til pasientene, samt gir informasjon angående pasientens helsetilstand og behandling, bør gjøres med et forståelig språk til de som ikke er helsepersonell.

Möller, Fridlund og Göransson (2010) hevder at pasientene klaget på mangelfull informasjon. Ikke bare om triagering, men også om ventetiden generelt. “Å sitte og vente i 3 timer uten informasjon, er vanskelig”, er en av tilbakemeldingene i studien. Det viser seg at pasienter som har fått god informasjon, hadde lettere for å akseptere den lange ventetiden. Möller, Fridlund og Göransson (2010) mener at god kommunikasjon er en av de viktigste aspektene innen pleie. Mangel på informasjon i løpet av ventetiden, bidro til større misnøye enn ventetiden i seg selv. Möller, Fridlund og Göransson (2010) beskriver sykepleie tiltak som omhandler sykepleierens rolle på venterommet. Studien konkluderer med økt pasienttilfredshet, ved å informere pasientene hver halvtime, om eventuelle forsinkelser (Möller, Fridlund og Göransson, 2010).

Tidligere studier har i følge Mollaoğlu og Çelik (2016) vist at pasienttilfredsheten har vært assosiert med pleier-pasient- rollen. Denne studien bekrefter dette og viser at informasjon angående forventet ventetid, resulterte i økt tilfredshet blant pasientene.

5.0 Drøfting

Her skal vi drøfte funn/resultater opp mot annen forskning/fagkunnskap og teoretisk perspektiv. I tillegg skal vi utføre en kritisk vurdering av forskningsetiske overveielser og kildevalg.

“Hvorfor er god venteromsomsorg viktig hos kommunal legevakt og hvilke faktorer i sykepleien bidrar til god pasienttilfredshet?”

5.1 Legevakt - en helsetjeneste, men hvor er omsorgen?

Sykepleiere er ifølge helsepersonelloven §7 pliktet til å foreta nødvendige undersøkelser, ved tvil om behandling er påtrengende nødvendig (Helsepersonelloven, 2011). I Möller, Fridlund og Göransson (2010) sin kvalitative studie, viser det seg at pasienter føler seg uønsket på legevakten, da de fikk beskjed om at behandling ikke hastet. Å få spørsmål som “hvorfor kom du hit, dette er da ikke så farlig”, er ikke akseptabelt i følge Wikstrøm (2006). Sykdom er individuelt og i følge Joyce Travelbee (2017) er sykdom subjektivt. En er så syk som en selv føler seg til enhver tid. Pasienter har behov for bekreftelse for sin opplevelse av uhelse, av den grunn bør sykepleiere vise evne til god empatisk formidling (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug, 2005).

I følge helsepersonelloven § 4, skal sykepleiere utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp (Helsepersonelloven, 2011).

Legevakten er en helsetjeneste, ikke en omsorgstjeneste. En allmennmedisinsk virksomhet, som sikrer at alle som oppholder seg i kommunen får nødvendig helsehjelp (NOU 1998: 9). Men betyr dette at omsorgen ikke er viktig? Helsepersonelloven sidestiller faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp og ifølge Möller, Fridlund og Göransson (2010) er omsorg en viktig faktor som påvirker pasienttilfredsheten på legevakten, også på venterommet. Pasienter i studiens spørreundersøkelse påpeker en følelse av å bli glemt på venterommet.

Sykepleierne kunne gjort en bedre jobb med å bekrefte pasientens følelser i følge Möller, Fridlund og Göransson (2010). Dette understreker Kari Martinsen i sin omsorgsfilosofi. Hun mener at sentralt i omsorg, er sykepleiers forståelse for den andres situasjon (Martinsen, 2003). I følge Travelbee (2017) skal en sykepleier bruke seg selv terapeutisk. Dette må kombineres med en disiplinert intellektuell tilnæringsmåte til den sykes behov. Travelbee (2017) beskriver viktigheten av sykepleiers oppfatning av pasienten. Hun mener sykepleier skal behandle pasienten som et unikt menneske, og ikke som et objekt.

Hvorfor mener vi at omsorg er viktig? Faktorer som påvirker pasienttilfredsheten ved triagering av sykepleiere, er i følge Rehman og Ali (2016) sykepleiers evne til å gi omsorg, vise respekt og omtanke til pasientene. Å bruke egen personlighet og egenskaper bevisst, bidrar til å etablere et forhold til den syke (Grov, 2011). Dette kan relateres til pasientenes behov på venterommet, selv om pasientene triageres eller ikke. Å møte den syke med omsorg gjennom omsorgsarbeid innebærer ulike forutsetninger som kunnskap og ferdigheter (Martinsen, 2003). Sentralt i omsorg er den forståelsen sykepleiere får for den andres situasjon (Martinsen, 2003). Å bruke sine evner til å vise omsorg og anskaffe tillit, øker trygghetsfølelse blant pasientene på venterommet (Travelbee, 2017).

På legevakten forventer pasienter å bli tilnærmet med respekt og omsorg (Mollaoğlu og Çelik, 2016). Et godt sykepleier-pasientforhold, er viktig for pasienttilfredsheten (Mollaoğlu og Çelik, 2016). Dette bekrefter Aronson, *et al.*, (2018) som mener at pasienttilfredshet er assosiert med et godt sykepleier-pasient forhold. På legevakten kan det være travelt. Da kan det bli lite tid til å utvikle et godt sykepleier-pasient forhold. “Den automatiske sykepleier-pasient-interaksjonen, er en form for interaksjon hvor det er kommunikasjon, men lite innsats i å bli kjent med hverandre (Travelbee, 2017). Sykepleier evner ikke å bruke seg selv terapeutisk og klarer ikke å bruke en disiplinert intellektuell tilnæringsmåte (Travelbee, 2017). Kvaliteter ved sykepleier som pasienter bemerker seg i studien til Mollaoğlu og Çelik (2016) er som følgende: Respekt, vennlighet, oppmerksomhet, forståelse, profesjonell atferd og utstråling av selvtillit ved egne ferdigheter og kunnskap. Vil bevissthet rundt pasientenes bemerkninger, bidra til å endre sykepleiers tilnærming til pasientene. Dette til tross for at arbeidsmengden er stor? Travelbee (2017) mener at sykepleierens oppgave er klar: “Hun skal bryte ned kategoriseringen for å kunne oppfatte “menneske“ i pasienten” (Travelbee, 2017, s 187). Om en sykepleier som ikke ser “menneske” i pasienten skal endre tilnæringsmåte, må hun selv ha et bevisst ønske om dette (Travelbee, 2017). Det er sykepleiers oppgave å være

bevisst over hvordan hun selv oppfatter andre, og erkjenne det unike i pasienten (Travelbee, 2017). En holistisk tankegang innebærer å se pasientene som en helhet av tanker, følelser, sårbarhet, smerte og ikke utelukkende som en kropp og kroppens funksjon (Brinchmann.B.S, 2013). I følge Mollaoğlu og Çelik (2016) oppfattes ofte pasienten på legevakt som en sykdom og ikke som et menneske. Dette strider imot Travelbee (2017) og Brinchmann.B.S (2013) sin teori om en holistisk tankegang og viser at reduksjonsprosessen fortsatt finner sted blant sykepleiere på legevakt.

Mollaoğlu og Çelik, (2016) konkluderer med i sin studie, at i tillegg til den fysiske omsorgen, bør sykepleiere også ha et større fokus på psykisk omsorg. De fleste opplever en form for uhelse, smerte eller ubehag (Wikstrøm, 2006). For mange kan disse symptomene være noe av det verste en har opplevd, uavhengig av alvorlighetsgrad (Wikstrøm, 2006). En plutselig skade eller sykdomsinntrøden kan ha stor betydelig innvirkning på et menneske (Grov, 2011). Hvordan pasienten opplever situasjonen er svært avhengig av hvordan sykepleieren ivaretar pasientens behov for hjelp (Grov, 2011). Kristoffersen, Nortvedt og Skaug (2005) mener at pasienten kan være for svekket psykisk, noe som gjør at samhandling med grunnlag for gode holdninger og evnen til god empatisk formidling er svært viktig.

5.2 Viktigheten av god informasjon- når ventetiden blir lang.

Som sykepleier skal en være bevisst på pasientens kunnskap om legevaktens legelister. Dette innebærer at pasientene mangler et helhetlig bilde av hvilke andre pasientgrupper som søker helsehjelp på legevakt (Wikstrøm 2006). L., *et al.* (2011) hevder at informasjon om ventetid ikke påvirker pasienttilfredsheten. På en annen side har Aaronson, *et al.*, (2018) i sin studie kommet frem til at informasjon om ventetid, bidrar til økt pasienttilfredshet. I brukerundersøkelsen til RIL (2012), viser resultat fra spørsmål om tilfredsstillende informasjon angående estimert ventetid, med 60,7% av på de svaralternativene som viste minst tilfredshet (“i noe grad”, “i liten grad” eller “ikke i det hele tatt”). Dette støtter opp under Aaronson, *et al.*, (2018) sin mening om at informasjon påvirker pasienttilfredsheten, noe Rehman og Ali (2016) også har konkludert med i sin studie. Ved forslag til forbedringer i RIL (2012) sin brukerundersøkelse, har pasientene bl.a kommentert, at de ønsker bedret venteromsomsorg og mer informasjon til pasienter, både i forhold til ventetid og prioriteringer.

Wikstrøm (2006) mener at informasjon er viktig for å unngå unødvendig irritasjon og frustrasjon på venterommet. Et besøk på legevakten kan være stressende i seg selv og man kan befinne seg i en sjokkfase. Derfor er det viktig å gi informasjon på en enkel og forståelig måte. Det er viktig at sykepleier opprettholder sin taushetsplikt i møte med pasienter på venterom (Molven, 2011). Helsepersonelloven §21 sier at helsepersonell skal hindre at andre får kjennskap eller tilgang til opplysninger om folks sykdomsforhold eller andre personlige forhold, som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell (Helsepersonelloven, 2011).

I Möller, Fridlund og Göransson (2010) sin kvalitative studie går forfatteren dypere inn i pasientens tanker og følelser (Aveyard, 2014). Pasienter i denne studien påpeker at mangel på informasjon i løpet av ventetiden, kan være en større grunn til misnøye enn ventetiden i seg selv. I studien til Möller, Fridlund og Göransson (2010) kommer det frem, at pasientene opplever det som vanskelig å sitte 3 timer uten informasjon. Når ventetiden ble lang, oppfattet pasienter det som om de ble glemt. Pasienter som hadde blitt tildelt tilstrekkelig informasjon, hadde mye lettere for å akseptere den lange ventetiden. (Möller, Fridlund og Göransson, 2010).

Nielsen og Hillsdale (2004) i Möller, Fridlund og Göransson (2010) hevder at dersom sykepleierne går en runde gjennom venterommet, hver halvtime og forklarer forsinkelser, er dette nok for å øke pasienttilfredsheten. Det er viktig å gjenta informasjonen for å redusere stress (Wikstrøm, 2006). Sykepleieren er ofte pasientens første møte med legevakt. Gjennom samtale om videre forløp, reduserer dette engstelse (Sandvik, 2011). Pasienter verdsetter informasjon angående estimert ventetid, og hvor lenge en kan forvente å bli på legevakten. For de fleste tilstander vil det ikke være nødvendig å bruke lang tid på å gi informasjon (Sandvik, 2011).

5.3 Kommunikasjon og sykepleiers tilnærming til pasienten.

Rehman og Ali (2016) viser til faktorer som påvirker pasienttilfredsheten ved triagering av pasienter: Sykepleiers kommunikasjonsferdigheter, tilgjengelighet og synlighet. I tillegg viser studien til økt tilfredshet ved forsyning av informasjon, evne til å besvare spørsmål og ved å gi pasientene mulighet til toveiskommunikasjon. Eide og Eide (2007) mener at fordelene med toveiskommunikasjon er at det er mulig å oppklare misforståelser. Dette fører frem til en felles forståelse. Andre kvaliteter ved sykepleier som pasientene retter oppmerksomhet mot,

er sykepleiers evne til formidle kunnskap og informasjon (Mollaoğlu og Çelik, 2016). Dette gjelder også måten sykepleier ordlegger seg på i kommunikasjon med pasienter. De som arbeider i helsetjenesten bruker faguttrykk som er enkle å forstå for dem i mellom. Derimot kan et slikt faguttrykk være vanskelig å forstå for andre (Håkonsen, 2014). Det bør benyttes et tilpasset språk for den enkelte pasient og ikke fagspråk som virker fremmedgjørende (Martinsen, 2013). Det er viktig at sykepleier viser evne til å svare på pasientens spørsmål, og gir mulighet til å stille spørsmål i retur (Mollaoğlu og Çelik, 2016).

Hvordan vi bruker språket for å formidle informasjon er viktig for at meningsinnholdet vi ønsker å formidle, blir oppfattet som tenkt (Håkonsen, 2014). God kommunikasjon er en av de viktigste aspektene innen pleie (Möller, Fridlund og Göransson, 2010).

Grov (2011) beskriver at helsepersonell i samsvar med non-verbal og verbal kommunikasjon, er opptatt av å skape trygghet og tillit gjennom dialog. Stemme høyde, intensitet, pauser og tonasjon i språket er aspekter som påvirker hvordan det vi formidler, oppfattes av andre (Håkonsen, 2014). God kommunikasjon med pasienter, bør være målrettet og effektivt. Desto viktigere er det at samhandlingen mellom sykepleier og pasient oppleves positivt (Håkonsen, 2014).

Mollaoğlu og Çelik (2016) hevder at pasientene verdsetter egenskaper hos sykepleier som respekt, godhet, oppmerksomhet, forståelse og profesjonell holdning, sidestilt med en oppfatning av at sykepleier har god kunnskap og gode ferdigheter (Mollaoğlu og Çelik, 2016). Rehman og Ali (2016) bekrefter dette gjennom sine funn i studien. Funnene viser at pasientene etterspør sykepleiers evne til respekt og omtanke, og kompetanse til å diagnostisere. Kommunikasjon- og lytteferdigheter er også viktig i samhandling med pasienter. Kari Martinsen (2003) mener god situasjonsforståelse, er viktig for å ikke overstyre respekten for pasientens selvbestemmelsesrett. En viktig funksjon i dialogen er hvordan sykepleieren møter pasienten (Eide og Eide, 2007).

5.4.Forskningsetiske overveielser

Helsefaglige og medisinske forskningsprosjekter skal søke regional komite for medisinsk forskningsetikk, for å få en etisk vurdering av en prosjektbeskrivelse (Helseforskningsloven, 2017). Alle våre 5 artikler er spørreundersøkelser. Alle artiklene er godkjent av etisk komite eller er fritatt for etisk overveielse av ulike grunner.

Spørreundersøkelser er en mye brukt datainnsamlingsmetode i forbindelse med måling av pasienttilfredshet (Hellevik, 2015). Dette bekreftes av våre søk i databaser, hvor majoriteten av våre funn, inneholder spørreundersøkelser. I kvantitative spørreundersøkelser stilles de samme spørsmålene til et forholdsvis stort utvalg mennesker, ofte med ferdigstilte svaralternativer. Intervjuene kan foregå ansikt til ansikt, over telefon, eller slik at respondenten selv leser spørsmålene og angir svarene, i et spørreskjema sendt i posten eller over internett.

I artikkelen til L., *et al.* (2011) nevnes det ikke noe om etiske overveielser i spørreundersøkelsen. Undersøkelsen var godkjent for å kunne utføres, uten at deltakerne var informert. En randomisert studie, er en blind studie, hvor det er viktig at deltakerne ikke har kjennskap til studien, ettersom dette kan påvirke resultatet (Aveyard, 2014). Vi stiller oss kritiske til dette, og vurderer om det kan dukke opp ulike etiske dilemmaer på bakgrunn av dette? Dette finner vi ikke noe konkret svar på. Her er det viktig at deltakerne får mulighet til å trekke seg, slik at data blir slettet om ønskelig (Hellevik, 2015).

Möller, Fridlund og Göransson (2010) mener at pasienter ble intervjuet etter fullført behandling, og var ikke under noen psykisk eller fysisk påkjenning. Dermed er de fritatt fra behovet for en formell etisk tillatelse. Vi stiller oss kritiske til dette med spørsmål om hvordan etisk komite, kan ha kjennskap til pasientens psykiske eller fysiske helse?

I Rehman og Ali (2016) Finner vi ingen informasjon om etiske overveielser. Vi anser dette som greit, ettersom dette er en systematisk oversikt, og ingen mennesker er påvirket i denne studien. Aveyard (2014) påpeker at en systematisk oversikt, ikke har behov for godkjenning av etisk komite, da dette er en oppsamling av tidligere studier.

I en kvalitativ studie er forskningsetikken vesentlig for å bevare integriteten til de som intervjues. Her forklarer deltakerne sine opplevelser med egne ord, noe som gjør det vanskeligere å ivareta anonymiteten (Hellevik, 2015). Möller, Fridlund og Göransson (2010) har sørget for at alle deltakerne ble informert om studien og fikk bekreftet at all info blir behandlet konfidensielt, med respekt for å bevare pasientens autonomi.

I Helseforskningsloven (2017) § 13, ”*Hovedregel om samtykke*” står det at det kreves samtykke fra deltakere i medisinsk og helsefaglig forskning, med mindre annet følger av lov. Samtykket skal være informert, frivillig, uttrykkelig og dokumenterbart.

Möller, Fridlund og Göransson (2010) mottok verbal bekreftelse for deltakelse i sin studie. Er dette godt nok? Vi stiller oss kritiske til dette på bakgrunn av Helseforskningsloven §13 (2018) som sier at samtykket skal være dokumenterbart. Möller, Fridlund og Göransson (2010) har informert sine pasienter om sine rettigheter ved studien. Ved frivillig deltakelse hadde pasientene rett til å trekke seg til en hver tid.

5.5 Kildekritikk og metodiske overveielser

Etter å ha valgt ut artikler med relevante overskrifter, skumleste vi “abstract” og sjekket om de fulgte IMRaD-strukturen. Vi satt til slutt igjen med 13 artikler som var relevante for vår problemstilling. Vi analyserte metoden for å finne ut om det var kvantitative eller kvalitative studier og om de var godkjent av etiske komite. Vi undersøkte også om intervjuobjektene var en målgruppe, relevant for vår problemstilling. De artiklene vi ikke fant med fulltekst i databasen, fant vi ved et søk i Google Scholar. Ved mangel på full tekst i Google Scholar, fikk vi artiklene tilsendt fra NTNU Gjøvik.

Vi valgte til slutt ut fem artikler som stilte til alle våre krav. En systematisk oversikt, en randomisert kontrollert studie, en deskriptiv studie og en retrospektiv cohort studie (Aveyard, 2014). Etersom pasienttilfredshet ofte måles i statistikker, finner vi flest kvantitative studier i vårt litteratursøk. Fire av disse er kvantitative studier (Thidemann og Thidemann, 2015). I tillegg ønsket vi å finne en kvalitativ studie. Grunnen til dette er at vi ønsket en studie hvor vi kunne gå mer inn i pasientens tanker og følelser (Aveyard, 2014). Denne studien har en deskriptiv, kvalitativ metode med en fenomenografisk tilnærming.

Den kvalitative studien, fant vi i litteraturlisten til en systematisk oversikt. Vi oppdaget denne studien i litteraturlisten og gjorde et søk i Google Scholar med artikkelens overskrift. I tillegg

har vi brukt en brukerundersøkelse fra Ringerike kommunes interkommunale legevakt, som er relevant for vår problemstilling.

6.0 Konklusjon

Gjennom denne litteraturstudien har vi identifisert ulike faktorer som er avgjørende for pasienttilfredshet, blant pasienter på legevaktens venterom. God venteromsomsorg er viktig for at pasienten på venterommet skal føle seg ivaretatt. Dette skaper økt trygghet og tålmodighet, som igjen skaper en opplevelse av å bli sett og ikke glemte. Ved å utforske hvilke faktorer som bidrar til pasienttilfredsheten på legevakt, kan helseorganisasjoner rette mer oppmerksomhet på dette.

To av disse faktorene er kommunikasjon og informasjon til pasienter. Informasjonen må formidles på en enkel og forståelig måte og trenger ikke være tidkrevende.

Sykepleiere skal jobbe etter et holistisk menneskesyn. Her er det viktig å ikke kategorisere pasientene, men se pasienten som et unikt menneske, med egne tanker og følelser.

Alle pasienter har en individuell opplevelse av uhelse og har et behov for å bli sett, hørt og trodd. Et godt sykepleier-pasient forhold skal inneholde gjensidig respekt og tillit.

Vi konkluderer med at det er behov for mer forskning rundt temaet venteromsomsorg og mener det er nødvendig med utarbeiding av klare retningslinjer.

7.0 Litteraturliste

Aaronson, E. L., et al. (2018) Overall Emergency Department Rating: Identifying the Factors That Matter Most to Patient Experience, *Journal for healthcare quality: official publication of the National Association for Healthcare Quality*. doi: 10.1097/jhq.0000000000000129.

Aveyard, H. (2014) *Doing a literature review in health and social care: a practical guide*. 3rd ed. utg. Maidenhead: McGraw-Hill/Open University Press.

Brinchmann, B. S. r. (2012) *Etikk i sykepleien*. 3. utg. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.

Brodtkorb, K. (2011) *Yrkesetikk*. i Mekki, T. E., et al. (red.) *Sykepleieboken : 1 : Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 4. utg. utg. Oslo: Akribe, s. 306- 325.

Eide, H. og Eide, T. (2007) *Kommunikasjon i relasjoner : samhandling, konfliktløsning, etikk*. 2. rev. og utv. utg. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.

Eric (2018) Tilgjengelig fra: <https://www.ebsco.com/products/research-databases/eric>
(Hentet: 11. Mai 2018).

Fenomenografi (2015) Tilgjengelig fra: <https://sv.wikipedia.org/wiki/Fenomenografi> (Hentet: 01. Mai 2018).

Førde, R (2014) *Helsinkideklarasjonen*. Tilgjengelig fra: <https://www.etikkom.no/FBIB/Praktisk/Lover-og-retningslinjer/Helsinkideklarasjonen/>
(Hentet: 07. Mai 2018).

Grov, E. K. (2011) *Å bli pasient og hjelpetrengende* i Mekki, T. E., et al. (red.) *Sykepleieboken : 1 : Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 4. utg. utg. Oslo: Akribe, s. 51- 66.

Hellevik, O. (2015) *Spørreundersøkelser*. Tilgjengelig fra:
<https://www.etikkom.no/FBIB/Introduksjon/Metoder-og-tilnarminger/Sporreundersokelser/>
(Hentet: 15.Mai 2018).

Helseforskningsloven (2017) *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning*. Tilgjengelig fra:
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44> (Hentet 09. Mai.18)

Helseforskningsloven (2017) *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning*. Tilgjengelig fra:
https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44#KAPITTEL_3 (Hentet: 03. Mai 2018).

Helsepersonelloven (2011) *Lov om helsepersonell m.v.* Tilgjengelig fra:
https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_2 (Hentet: 28. April 2018)

Johansen, I. H., et al (2015) *Forsvarlighet og omsorgsfullhet*. Tilgjengelig fra:
http://www.lvh.no/administrative_forhold/rettigheter_og_plikter/forsvarlighet_og_omsorgsfullhet
(Hentet: 30. April 2018).

Johansen, et al., (2015) *Hva er legevakt?* Tilgjengelig fra:
http://www.lvh.no/administrative_forhold/legevakt_generelt/hva_er_legevakt (Hentet: 30.
April 2018).

Karoliussen, M. (2011) *Nightingales arv - ny forståelse: sykepleiens kjerne; verdier, intensjon og handling*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Knutstad, U. og Kamp Nielsen, B. (2010) *Sykepleieboken : 2 : Sentrale begreper i klinisk sykepleie*. 3. utg. utg. Oslo: Akribe.

Kristoffersen, N. J., Skaug, E.-A. og Nortvedt, F. (2011) *Grunnleggende sykepleie : B. 1 : Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar*. 2. utg. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. og Skaug, E.-A. (2005) *Grunnleggende sykepleie : 1*. Oslo: Gyldendal akademisk.

L., M. M., et al. (2011) A Randomized Controlled Trail of the Effect of Service Delivery Information on Patient Satisfaction in an Emergency Department Fast Track, *Academic Emergency Medicine*, 18(7), s.674- 685. doi: doi:10.1111/j.1553-2712.2011.01119.x.

Mekki, T. E. og Holter, I. M. (2011) *Hvem er pasientene, og hvor befinner de seg?* , i Mekki, T. E., et al. (red.) *Sykepleieboken : 1 : Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 4. utg. utg. Oslo: Akribe, s. 27-37.

Mollaoğlu, M. og Çelik, P. (2016) *Evaluation of emergency department nursing services and patient satisfaction of services*, *Journal of Clinical Nursing*, 25(19-20), s. 2778-2785.

Molven, O. (2011) *Helsepersonells rettigheter og plikter* i Mekki, T. E., et al. (red.) *Sykepleieboken : 1 : Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 4. utg. utg. Oslo: Akribe, s. 328- 346.

Möller, M., Fridlund, B. og Göransson, K. (2010) *Patients' conceptions of the triage encounter at the emergency department*, *Scandinavian journal of caring sciences*, 24(4), s. 746-754.

NOU 1998: 9 (1998) *Hvis det haster- Faglige krav til akuttmedisinsk beredskap*. Oslo. Regjeringen.

Odland, L. H. (2012) *Menneskesyn* i Brinchmann, B. S. (red.) *Etikk i sykepleien*. 3. utg. utg. Oslo: Gyldendal akademisk, s. 23- 40.

Pasient og brukerrettighetsloven (2018) *Lov om pasient og brukerrettigheter*. Tilgjengelig fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3 (Hentet: 01. Mai. 2018).

Ramsalt (2018) *Forskjeller i henvendelse til legevakt*. Tilgjengelig fra: <https://tidsskriftet.no/2007/05/originalartikkel/forskjeller-i-henvendelse-til-legevakten> (Hentet: 15. Mai 2018).

Rehman, S. A. og Ali, P. A. (2016) *A review of factors affecting patient satisfaction with nurse led triage in emergency departments*, *International Emergency Nursing*, 29, s. 38-44. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2015.11.002>.

(RIL, 2012) *Ringerike Interkommunale Legevakt, 2012. Brukerundersøkelse*. Upublisert

Sandvik, E., Norwegian Manchester Triage, G. og Manchester Triage, G. (2011)

Akuttmedisinsk triage. Oslo: Unipub.

Segesten, K. (2010) *Trygghet og utrygghet ved uklar og/eller alvorlig sykdom*, i Knutstad, U. og Kamp Nielsen, B. (red.) *Sykepleieboken : 2 : Sentrale begreper i klinisk sykepleie*. 3. utg. utg. Oslo: Akribe.

Sneltvedt, T. (2012) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleie* i Brinchmann, B. S. (red.) *Etikk i sykepleien*. 3. utg. utg. Oslo: Gyldendal akademisk, s. 97- 111.

Stoltenberg, E. (2018) *Deskriptiv*. Tilgjengelig fra: <https://snl.no/deskriptiv> (hentet: 07. Mai 2018).

Thidemann, I.-J. og Thidemann, M. U. (2015) *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter : den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforl.

Thorsen, R. (2011) *Trygghet*, i Kristoffersen, N. J., et al. (red.) *Grunnleggende sykepleie : B. 3 : Pasientfenomener og livsutfordringer*. 2. utg. utg. Oslo: Gyldendal akademisk, s. 105- 126.

Tilfredshet med helsetjenestene (2013) Tilgjengelig fra:

<http://www.sv.uio.no/mutr/publikasjoner/rapporter/rapp2003/rapport74/index-Tilfreds.html>

(Hentet: 28. April.18).

Travelbee, J. (2001) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal akademisk

Wikström, J. (2006) *Akutsjukvård : handläggning av patienter med akut sjukdom eller skada*.

Lund: Studentlitteratur.

Førde, R. (2014) *Helsinkideklarasjonen*. Tilgjengelig fra:

<https://www.etikkom.no/FBIB/Praktisk/Lover-og-retningslinjer/Helsinkideklarasjonen/>

(Hentet: 01.Mai 2018).