

Anne Kristin Hole Trollnes

## **Akuttmottak på godt og vondt**

Kreftpasienters opplevelse av opphold i  
akuttmottak

Masteroppgave i Fakultet for medisin og helsevitenskap (MH)

Veileder: Bente Hamnes

Mai 2021



Anne Kristin Hole Trollnes

# **Akuttmottak på godt og vondt**

Kreftpasienters opplevelse av opphold i akuttmottak

Masteroppgave i Fakultet for medisin og helsevitenskap (MH)

Veileder: Bente Hamnes

Mai 2021

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Fakultet for medisin og helsevitenskap

Institutt for helsevitenskap i Gjøvik



Kunnskap for en bedre verden













## Sammendrag

Antall kreftpasienter i Norge øker jevnt og flere behandles poliklinisk. For å legges inn på sykehus må kreftpasientene oftest legges inn via akuttmottak. Akuttmottak er kjent for å være et sted med stor pasientpågang og med fokus på akutt kritisk syke pasienter.

Temaet for denne oppgaven er kreftpasienters opplevelse av opphold i akuttmottak. Dette er en kvalitativ studie med deskriptiv fenomenologisk analysemetode. Det er gjennomført semistrukturerte intervjuer med 8 kreftpasienter om deres opplevelse av opphold i akuttmottaket.

Resultatene viser at kreftpasienter opplever akuttmottaket som et samleband som er laget for akutt kritisk syke pasienter. Forløpet i akuttmottaket oppleves som slitsomt og unødvendig. Men å komme til akuttmottak oppleves som en trygghet og kreftpasientene får ofte god omsorg der. På tross av dette er det varierende grad av opplevelse av høflighet og kompetanse. Kreftpasientene ønsker å bli tatt imot av onkolog fordi de opplever kompetansen som bedre enn hos leger i akuttmottak. Sykepleiere står for det meste av omsorgen, men mangler kompetanse på prosedyrer som VAP og PICC Line. Kreftpasienter ser på akuttmottaket som en omvei til behandling fordi det ikke skjer noe kreftrelatert behandling der. De ønsker selv et mer tilrettelagt pasientforløp som tar hensyn til hvor mange ganger man legges inn for samme symptom.

Resultatene i denne studien sammenfaller med studier gjort i andre land, både når det gjelder opplevelser av opphold i akuttmottaket og ønske om et bedre pasientforløp. Det er et utfordrende skjæringspunkt når behandlingen i akuttmottak skal være pasientsikker for de akutt kritiske syke, men omsorgsfull for de kronisk syke. Mulige tiltak kan være å ha et hurtigere pasientforløp der blodprøver og et raskt overblikk blir gjort i akuttmottak før videreføring til kreftavdeling. I tillegg er det viktig å avklare forventningene som kreftpasienter har til akuttmottak og sykehuset.

## Summary

The number of cancer patients in Norway is increasing steadily and more are being treated as outpatients. In order to be admitted to hospital, cancer patients most often have to be admitted through an emergency department. The emergency department is known for being a place with overcrowding focused on acutely critically ill patients.

The theme for this thesis is cancer patients' experience of staying in an emergency room. This is a qualitative study with descriptive phenomenological analysis method. Semi-structured interviews have been conducted with 8 cancer patients about their experience of staying in the emergency department.

The results show that cancer patients experience the emergency department as an assembly line made for acutely critically ill patients. The process in the emergency room is perceived as tiring and unnecessary. Nevertheless, coming to the emergency department is experienced as a security and cancer patients often receive good care there. Despite this, there is a varying degree of experience of courtesy and competence. Cancer patients want to be admitted by an oncologist because they experience the competence as better than with doctors in the emergency department. Nurses are responsible for most of the care, but lack expertise in procedures such as VAP and PICC Line. Cancer patients see the emergency department as a detour to treatment because there is no cancer-related treatment there. They themselves want a more adapted patient course that takes into account how many times one is admitted for the same symptom.

The results of this study coincide with studies conducted in other countries, both in terms of experiences of staying in the emergency department and the desire for a better patient process. It is a challenging intersection when the structure in the emergency department is to be patient-safe for the acutely critically ill, but caring for the chronically ill. Possible measures may be to have a faster patient course where blood tests and a quick overview are done in the emergency department before being transferred to the cancer ward. In addition, it is important to address the expectations that cancer patients have for the emergency department and the hospital.

## Forord

Nå er en lang, spennende og lærerik prosess over og produktet ser dere her. Så mange har bidratt til at jeg har kommet meg gjennom denne prosessen, hver på sin måte. Alle smil, all oppmuntring, all konstruktiv kritikk og all positivitet har betydd noe og jeg klarer ikke nevne alle. Jeg er rik som har så mange fine folk rundt meg.

Allikevel må jeg gi en takk til de viktigste personene som har utgjort fundamentet i oppgaven min og som gjorde at jeg valgte denne problemstillingen. Tusen takk til dere som lot dere intervjuet. Som kjemper en kamp mot kreften og som noen allerede dessverre har tapt. Tusen takk for at dere stilte opp til intervju selv om dere hadde ubehag, smerte og var slitne! Takk for ærligheten, gledene og frustrasjonene. Jeg håper at deres innsats kan bety bedre forløp i akuttinntaket for de som kommer etter dere.

Jeg vil også rette en stor takk til seksjonsleder Katja Stenjord og sykepleierne ved kreftavdelingen. Til Katja – Takk for at du alltid var positiv og oppmuntrende før datainnsamlingen. Uten deg hadde dette vært vanskelig å gjennomføre. Til sykepleierne - Takk for smil, velvilje og iveren etter å hjelpe til. Takk for at dere spurte pasienter og skjermet de som ikke orket. Dere er hverdagshelter.

En stor takk rettes også til min veileder, Bente Hamnes. Takk for jevnlig god veiledning.

Takk til verdens fineste sjef og dere andre som har tilrettelagt for at jeg skal få gjennomført oppgaven med fornuften i behold. Takk for at dere har tålt frustrasjoner, tårer og «fjåsing», periodevis i stor grad. Line, Camilla, Karianne, Yvonne og Mona, dere er så fine folk.

Så til min største støtte. Stine, du er uvurderlig. Både på jobb, skolen og på fritiden har du delt opp- og nedturer med meg. Minnene fra disse to skoleårene er skapt sammen med deg og jeg vil ta dem med meg for alltid. Middagene på «badehotellet», vinen og turene, all latteren og de seriøse refleksjonene. Og mirakelet Emma. Å få være med på fødselen er det største som har skjedd under hele studietiden. Jeg er evig takknemlig.

Sist, men ikke minst, en stor takk til familien min! Kim, Theodor og Jakob, dere er de fineste! Takk for at dere ordner opp og har klart dere selv når jeg har sittet foran PC'en og skrevet. Og Max, takk for at du alltid villig er med på tur når jeg har hatt behov for å lufte hodet. Veldig glad i dere.

Halden 13.05.21

Anne Kristin

## Innholdsfortegnelse

Sammendrag .....	V
Summary .....	VI
Forord .....	VII
1. Innledning .....	1
2. Bakgrunn .....	2
2.1 Pasienter med kreft .....	2
2.1.1 Sykehusinnleggelse for kreftpasienter .....	3
2.2 Akuttmottakets organisering .....	4
2.3 Sykepleiere i akuttmottak .....	5
2.4 Internasjonal forskning .....	7
3 Hensikt og problemstilling .....	10
3.1 Avgrensninger .....	10
4.0 Metode .....	11
4.1 Det vitenskapsteoretiske perspektivet .....	11
4.2 Fenomenologi .....	11
4.3 Forskningsintervju .....	12
4.4 Intervjuguide .....	13
4.5 Forforståelse og hensyn intervjueren må ta .....	14
4.6 Informantene - Populasjon og utvalg .....	14
4.7 Datainnsamling – gjennomføring av intervjuene .....	16
4.8 Forskningsetikk .....	17
4.9 Transkripsjon og analyse .....	18
4.10 Troverdighet i kvalitativ forskning .....	21
5.0 Resultater .....	23
5.1 Å være på samleband .....	23
5.1.1 Effektivitet og ventetid .....	26
5.2 Opplevelse av trygghet .....	28
5.2.1 Syn på seg selv som kreftpasient i akuttmottaket .....	29
5.2.2 Omsorg, gode holdninger og høflighet gir trygghet .....	32

5.2.3	Behovet for å gi og få informasjon.....	34
5.2.4	Profesjoner og kompetanse .....	37
5.2.5	Møte med sykepleiere .....	40
5.3	Akuttmottak som en omvei på vei mot behandling .....	41
6.0	Diskusjon .....	45
6.1	Å være på samlebånd i akuttmottaket.....	45
6.1.1	Effektivitet og ventetid.....	46
6.2	Opplevelse av trygghet .....	47
6.2.1	Syn på seg selv som kreftpasient .....	48
6.2.2	Omsorg, gode holdninger og høflighet gir trygghet .....	49
6.2.3	Behovet for å gi og få informasjon.....	51
6.2.4	Profesjoner og kompetanse .....	52
6.2.5	Sykepleiere i akuttmottak .....	54
6.3	Akuttmottaket som en omvei til behandling .....	56
6.4	Diskusjon av metode .....	60
6.4.1	Utvalget.....	60
6.4.2	Intervjusituasjonen .....	61
6.4.3	Analyse.....	61
6.4.4	Troverdigheten i lys av metode .....	62
7.0	Konklusjon .....	63
7.2	Videre forskning .....	63
	Referanseliste .....	65
	Vedlegg .....	70

## Figurer

Figur 1 Illustrasjon av Amadeo Giorgis deskriptive fenomenologiske metode .....	19
Figur 2 Studiens hovedtemaer .....	23

## Tabeller

Tabell 1 Demografiske data .....	17
Tabell 2 Eksempler analysesteg .....	20

## Forkortelser

NTNU	Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
NSD	Norsk senter for forskningsdata
RETTTS	Rapid Emergency Triage and Treatment System
VAP	Venous Access Port
PICC Line	Peripheraly Inserted Central Catheter Line
KOLS	Kronisk obstruktiv lungesykdom
HF	Helseforetak

# 1. Innledning

Denne masteroppgaven er utarbeidet som en del av studiet Master i Klinisk Sykepleie ved NTNU Gjøvik. Temaet for forskningen er kreftpasienters opplevelse av å være i akuttmottak.

I 2019 fikk 16273 kvinner og 18706 menn bosatt i Norge kreft og trenden har vært økende de siste årene. Utvikling av kreft er vanligst hos personer over 50 år, men kan ramme alle aldersgrupper og omlag 30–40 % av alle nordmenn vil få en kreftdiagnose i løpet av livet (Kreftregisteret, 2021). I 2016 var det mer enn 260 000 personer i Norge som hadde eller hadde hatt kreft. Med bedre behandling, bedre diagnostikk (blant annet screeningprogram), økende risiko for noen typer kreft og økende alder vil dette tallet bare fortsette å stige. Prognoser viser at i 2034 vil det være over 40 000 nye krefttilfeller årlig (Omsorgsdepartementet, 2018,s 7-8).

Helse og Omsorgsdepartementet ga allerede i 1999 ut nasjonal kreftplan (1999-2003) som hadde som mål å lage en strategi for å forebygge nye krefttilfeller, bedre diagnostikk og behandling. Siden den gang har Helse- og Omsorgsdepartementet gitt ut fireårige planer for nasjonal kreftstrategi som har videreført deler av etablerte satsingsområder eller tilført nye strategier etter hvert som behandling og teknologi har utviklet seg. «Leve med kreft» er nasjonal kreftstrategi for 2018-2022 og har fem satsingsområder med fokus på brukerorientert kreftomsorg, pasientforløp, kreftforebygging, overlevelse og livskvalitet for pasient og pårørende. (Omsorgsdepartementet, 2018,s 7).

Norge har allerede god kvalitet på kreftomsorgen og gode overlevelsestall for flere kreftformer. Men for å gi pasient og pårørende best mulig livskvalitet gjennom, og etter, kreftsykdommen krever ikke dette bare ny teknologi og nye behandlingsmetoder, men stiller krav til å forbedre og justere allerede etablerte forløp og prosesser. Målområde «En mer brukerorientert kreftomsorg» har som mål at kreftpasienter skal bli godt ivaretatt gjennom hele pasientforløpet. Regjeringen vil skape pasientens helsetjeneste der pasientene skal kunne være med og ha innflytelse på hvordan helsetjenestene utformes (Omsorgsdepartementet, 2018,s 12).

For kreftpasienter som skal legges inn på norske sykehus går veien ofte via akuttmottak. Denne masteroppgaven tar opp temaet «kreftpasienters opplevelse av opphold i akuttmottak». Målet er å undersøke kreftpasienters egen opplevelse av et etablert forløp å få et utgangspunkt som kan gjøre det mulig å skape en helsetjeneste bedre egnet for denne gruppen pasienter.

## 2. Bakgrunn

### 2.1 Pasienter med kreft

Kreft er en samlebetegnelse på tilstander der genene som koder for celledeling skades slik at celler vokser ukontrollert. Hvis ikke immunforsvaret eliminerer slike celler vil dette gi sykdom med symptomer avhengig av hva slags celletype som deler seg og hvor disse er lokalisert (Hall & Guyton, 2011; Reitan & Schjølberg, 2017,s350-356). Det er både arvelige genetiske og miljømessige årsaker til at kreft oppstår og i de fleste tilfeller er det ikke mulig å peke på en enkelt årsak til sykdommen (Reitan & Schjølberg, 2017,s 369). Prostata- og brystkreft er krefttypene med høyest forekomst i Norge, men det finnes rundt 200 forskjellige krefttyper i Norge (Kreftregisteret, 2021). Dette gjør kreftpasienter til en stor og heterogen gruppe med stor variasjon i symptomer, forventet sykdomsforløp og behandling. Man kan få akutte symptomer eller ha mer subakutte plager som vedvarer over tid. Det er mange forskjellige behandlingsformer for kreft i dag, blant annet kirurgi, kjemoterapi, strålebehandling, hormonbehandling, stamcellebehandling og immunterapi (Reitan & Schjølberg, 2017,s 385-399) (NHI, 2018) .

Pasienter med kreft er en gruppe med sammensatte omsorgsbehov, både fysiske og psykiske. Kreftbehandling kan være en stor belastning og påvirke både fysisk og psykisk helse (Omsorgsdepartementet, 2018). Kreftbehandling er utpreget multidisiplinær og kirurgi, onkologi, patologi, radiologi, nevrologi, ortopedi, gynekologi, urologi og anesthesiologi er eksempel på noen av de mange disiplinene som samarbeider omkring kreftpasienten (Hellbom & Thomé, 2011,s 29).

Kreftbehandlingen har blitt økende spesialisert. Fremskritt i behandlingen har ført til at flere pasienter kan behandles poliklinisk. Kjemoterapi og strålebehandling gis ofte poliklinisk og man behandler symptomer i større grad hjemme. Dette har gitt en økning i antall som kommer til akuttmottak med akutte symptomer både på behandling og som et resultat av selve kreftsykdommen (K. Kvale & Bondevik, 2010) (Cooksley & Rice, 2017).

Kjemoterapi er en gruppe medisiner som i stor grad brukes mot forskjellige kreftsykdommer. Denne type medisin bremser hurtig cellevekst og dreper celler som formerer seg raskt, som kreftceller. Kjemoterapi ødelegger sjelden kun kreftcellene, men påvirker også kroppens egne celler som har rask celledeling. Dette gjelder for eksempel stamceller i benmarg, celler i hårfollikler, slimhinneepitel og celler i tarmslimhinnen. Dette gjør at man får uønskede bivirkninger som nedsatt immunforsvar, hårtap, sår og



soppinfeksjoner i munnhulen og kvalme, diaré og redusert opptak av ernæring (Reitan & Schjølberg, 2017,s350-353) (Hellbom & Thomé, 2011,s 137-143).

Annen kreftbehandling gir også uønskede bivirkninger. Strålebehandling gir skader i vevet der røntgenstrålene treffer og kan gi hudreaksjoner, diare, håravfall, skjøre slimhinner og blødning. Hormonbehandling gir bivirkninger på lengre sikt som impotens, benskjørhet og tørre og skjøre slimhinner. Selv målsøkende kreftbehandling kan gi systemiske bivirkninger som påvirker benmarg og gir anemi og nedsatt immunforsvar (Hellbom & Thomé, 2011,s 133-145).

Å få og leve med kreft er en stor psykisk påkjenning. Uvissheten i forhold til hver enkeltes opplevelsen av sykdomsforløp, behandling, symptomer og truende død kommer i tillegg til reaksjoner fra omgivelsene og det å måtte orientere seg i helsevesenet og andre offentlige instanser. Fra å kanskje føle seg frisk en dag til å få en kreftdiagnose neste dag blir hele den kjente livsverden snudd på hodet og alt fra arbeidsforhold til familieforhold blir påvirket (Hellbom & Thomé, 2011,s 25-33). Livskvalitet og håp er to begreper som får nye dimensjoner etter å ha fått en kreftdiagnose og de fleste får en form for krise- og sorgreaksjon. Denne reaksjonen forandrer oppfatning av omgivelsene rundt og gir rom for forskjellige mestringsstrategier. Det å møte kreftpasienter i krise- og sorg gir en ekstra stor utfordring for sykepleiere (Reitan & Schjølberg, 2017,s82-100).

### 2.1.1 Sykehusinnleggelse for kreftpasienter

Mye av kreftbehandling i Norge foregår poliklinisk og en økende andel kreftpasienter får kjemoterapi og strålebehandling uten at de legges inn på sykehus. De må i økende grad håndtere symptomer hjemme (Pedersen, Uhrenfeldt, Jacobsen, & Jorgensen, 2019).

For å håndtere symptomer og problemstillinger knyttet til behandling har mange helseforetak opprettet mulighet for å kontakte sykepleier med kompetanse på onkologi for hjelp til vurdering. Dette kalles ved gjeldene helseforetak «Krefttelefonen» og er et tilbud med myndighet til henvisning direkte til akuttmottak uten konsultasjon av lege. Pasientene ringer dit med sine problemstillinger og får enten telefonisk hjelp eller beskjed om å komme til vurdering i akuttmottak. For å legges inn på sykehus må de fleste kreftpasienter gjennom akuttmottak og ved gjeldene helseforetak finnes det ingen direkteinnleggelse til kreftavdelingen fra hjemmet.

## 2.2 Akuttmottakets organisering

I Norge er det vanlig at kreftpasienter tas imot i akuttmottak før innleggelse på avdeling. Sykehusene har etter Spesialisthelsetjenestelovens §3-1 plikt til å ta imot, undersøke og eventuelt sette i gang behandling av pasienter med behov for innleggelse i sykehus (Spesialisthelsetjenesteloven, 2001). Av døgnoppholdene i somatiske sykehus er over 70 prosent øyeblikkelig hjelp og stadig mer av utredning og behandling skjer i akuttmottak. Gode forløp for pasienter med akutte tilstander kan ha stor betydning for kvaliteten og ressursbruken i pasientbehandlingen. Det finnes veldefinerte forløp i akuttmottak for pasientgrupper ved mistanke om hjerneslag, hjerteinfarkt og alvorlige skader, men for pasienter med sammensatte problemstillinger, som eldre med akutt funksjonssvikt, pasienter med akutte forvirringstilstander, smerteproblematikk og ernæringssvikt er situasjonen mer utfordrende (omsorgsdepartementet, 2019).

Akuttmottak kan sjelden avvise pasienter og har lite kontroll over tilstrømming av pasienter. Avhengig av kultur for hva slags undersøkelser og behandlinger som initieres i akuttmottak kan antall pasienter overstige kapasiteten på helsetilbudet (Helsedirektoratet, 2014b). Akuttmottak er kjent i internasjonal litteratur for å være et sted med høyt pasientbelegg («crowding»), høyt arbeidstempo, fokus på fysisk presentasjon av symptomer og hurtig diagnostisering og behandling (Amaniyan, Faldaas, Logan, & Vaismoradi, 2020) (Rasouli, Aliakbar Esfahani, & Abbasi Farajzadeh, 2019). Det er også ansett som et sted der kreftpasienter ikke får møtt alle sine psykiske og fysiske behov (Manfredini, Dos Santos, Centrone, & Hamerschlag, 2018; Weil et al., 2015).

På grunn av perioder med stor pasientpågang er det utviklet vurderingsverktøyer (tragesystemer) som skal hjelpe helsepersonellet å prioritere pasienter til legetilsyn og behandling slik at pasienter med størst behov for livreddende behandling får dette før andre med mindre livstruende tilstander (Engebretsen, Roise, & Ribu, 2013; Widgren, 2012; Zachariasse et al., 2019). Rapid Emergency Triage and Treatment System (RETTTS) er et av flere vurderingsverktøy for «tid til legetilsyn» brukt i norske akuttmottak. Dette vurderingsverktøyet (triage) rangerer pasientene på bakgrunn av alvorlighetsgrad av symptomer og målte vitale verdier som blodtrykk, puls, respirasjonsfrekvens, temperatur og lignende (Engebretsen et al., 2013; Ruge et al., 2019; Widgren, 2012) (NAKOS, 2020). Målet med triageverktøyet er også å styre ressurser og bidra til økt faglig kvalitet i prioriteringene (NOU, 2015; Predicare, 2011). I akuttmottak må pasienter med subakutte symptomer vente i forhold til pasienter med mer akutte symptomer (Helsetilsynet, 2008).

Mange kreftpasienter har vært innom andre deler av helsevesenet over et lengre tidsrom for å få behandling. De kan ha symptomer som smerte, kvalme og slite med ernæringssvikt som følge av kreftsykdommen og bivirkning av behandling (Reitan & Schjølberg, 2017, s 136). Disse pasientene klassifiseres ifølge vurderingsverktøyet RETTS ofte som pasienter som «kan vente på legetilsyn» i forhold til andre pasienter med mistanke om hjerteinfarkt, hjerneslag eller traumer. Dette har ført til lang ventetid og sen behandling av pasienter som allerede er marginalisert og gir økt personlig lidelse for pasienten det gjelder.

Ved noen helseforetak tas pasienter med kreft imot av onkolog som har spesialkompetanse på onkologiske problemstillinger (legeforening, 2020). Andre steder tas disse pasientene imot av leger som har sitt daglige virke i akuttmottaket. Disse legene må også ta imot pasienter med andre akutte lidelser og kreftpasienten kan da prioriteres ned i forhold til pasientgrupper med bl.a. brystmerter og andre potensielt livstruende symptomer (Legramante et al., 2018). Det medisinske og det kirurgiske vaktteamet inkluderer et større antall- og flere leger i rotasjon slik at det er mindre mulighet til kjennskap til pasienten. I tillegg er det i flere akuttmottaket turnusleger som først møter pasientene (Helsedirektoratet, 2014b).

I et akuttmottak på Østlandet er det lege fra onkologisk avdeling i akuttmottaket deler av døgnet. Lege fra onkologisk avdeling tilser kreftpasienter i akuttmottak mellom kl 08-20 mandag til torsdag, kl 08-15 i helgen. Det resterende av døgnet og i helgene gjør leger fra medisinsk vaktteamet vurdering og behandling (Østfold, 2020b). Noen postoperative komplikasjoner og pasienter med magesmerter vurderes av kirurgisk vaktteam. Lege fra onkologisk avdeling kan kjenne til pasientens historie hvis pasienten har vært innlagt tidligere. Dette betyr at det kan være bedre kontinuitet og kompetanse når pasienter tas imot av lege fra onkologisk avdeling.

## 2.3 Sykepleiere i akuttmottak

Sykepleiere i akuttmottak møter mange typer pasienter og er fokusert på akutt kritisk syke mennesker. Sykepleierne i akuttmottak står ovenfor problemstillinger som faller inn under medisinske-, kirurgiske, nevrologiske- pediatrike-, geriatrike, ortopediske-, gynekologiske og onkologiske/hematologiske spesialiteter. I tillegg utfører de mange prosedyrer knyttet til akuttmedisin som grenser opp mot intensivmedisin (Mollaoglu & Celik, 2016).

Mange sykepleiere som arbeider i akuttmottak har bachelor som høyeste utdanning, men det finnes egen videreutdanning i akuttsykepleie som tilbys ved noen utdanningsinstitusjoner i Norge. Hvert år utdannes ca. 4% av de 375 ferdig utdannede spesialsykepleierne (90 studiepoeng) fra akutt-, anesthesi-, intensiv- barne-, operasjons- og kreftsykepleie til å bli akuttsykepleiere (Helsedirektoratet, 2017). I læreplanen for denne videreutdanningen er det lite undervisning og få mål som omhandler akuttsykepleie til kreftsyke (H. i. Østfold, 2019).

Sykepleierne i akuttmottak triagerer (bruker vurderingsverktøy som RETTS til hastegradsvurdering av pasientene), tar vitale måling og gjennomfører vurdering og behandling (Widgren, 2012). Sykepleierne har ansvaret for pasienten til lege kommer på tilsyn og har ansvaret for å gjennomføre behandling forordnet av lege. Sykepleierne har selvstendig ansvar for å vurdere pasientenes tilstand og tilkalle lege ved rask forverring av tilstand. De har også delegert forordning slik at de kan starte væskebehandling og noen smertestillende uten legeforskrift (Mollaoglu & Celik, 2016). For å behandle den store og heterogene pasientmengden er det også viktig med gode kommunikasjonsferdigheter og samhandlingsegenskaper (Morton & Fontaine, 2012, s 4-6).

Det er varierende kompetanse i forhold til kreftsykepleie blant sykepleierne i akuttmottak. Kreftbehandling har blitt økende spesialisert og kompleks og det kan være vanskelig å holde oversikt over kreftformer og kreftbehandling. Dette stiller krav til at sykepleieren har spesialkompetanse på høyt faglig nivå, og til klinisk kunnskap og kompetanse både på det mellommenneskelige, faglige og teknologiske planet. Denne kompetansen utvikles ikke tilstrekkelig på bachelornivå i sykepleierutdanningen (Reitan & Schjøberg, 2017, s 33).

Flere sykepleiere kompetanse eller er utrygge på prosedyrer som gjelder kreftpasienter i akuttmottak, blant annet på grunn av lite volum av pasienter med dette. Det kan være å håndtere en Venoport (VAP – Venous Access Port) eller en PICC Line (Periferal Inserted Centralvenous Catheter) (Dorph, 2016).

I Norge er en kreftsykepleier en autorisert sykepleier med minimum to års klinisk erfaring som har gjennomført videreutdanning i kreftsykepleie med 60 studiepoeng. De er spesialisert i direkte pasientrettet arbeid i forhold til kreftpasienter som har eller har hatt kreft. Behovet for denne videreutdanningen har sin bakgrunn i kompleksiteten i pasientens og familiens situasjon og de spesialiserte behandlingsformene som finnes i dag og som utvikles fortsatt (Reitan & Schjøberg, 2017, s 33-34). Kreftsykepleiere arbeider typisk ved kreftpoliklinikker og onkologiske sengeposter, men det er sjelden kreftsykepleiere arbeider i akuttmottak.

## 2.4 Internasjonal forskning

Det norske helsevesenet skiller seg fra helsevesen i andre land hvor det er gjort forskning og kan derfor ikke sammenlignes på alle områder. I Norge er mange pasienter vurdert og henvist til akuttmottak av fastlege eller legevakt før de kommer til akuttmottak. Ved behov for ambulanse vil ambulanspersonellet vurdere om pasienten skal kjøres direkte til akuttmottak etter gjeldene standarder eller kjøres til fastlege/legevakt (Blinkenberg, Pahlavanyali, Hetlevik, Sandvik, & Hunskaar, 2019). Dette gjør at mengden og sykighetsgraden på pasienter avviker fra for eksempel USA der man på eget initiativ kan ta seg til akuttmottak for vurdering. Tall fra St.Olavs i Trondheim viste at 15 % av pasientene til legevakt ble vurdert å være i behov av behandling i akuttmottak. Dette tilsvarte innleggelsesraten i USA der alle pasientene kom direkte til akuttmottak (Mayer, Travers, Wyss, Leak, & Waller, 2011).

Tall fra St.Olavs HF viste at hele 89 % ble lagt inn etter å ha kommet til akuttmottaket. Denne studien trakk også frem at den høye innleggelsesraten kunne komme av at akuttmottak i Norge tradisjonelt var bemannet med leger i spesialisering (turnusleger) og leger med kortere erfaring (Bjørnsen, Uleberg, & Dale, 2013).

Flere internasjonale studier har undersøkt hvilke grunner kreftpasienter har for å oppsøke akuttmottak. Mayer et al. (2011) gjennomførte en retrospektiv studie i USA som viste at 0,9 % av alle innleggelsene i North Carolina i 2008 var kreftrelaterte (37760 pasienter). De tre vanligste innleggelsesårsakene var relatert til smerte, pusteproblemer og gastrointestinalproblemer. Feber ble rangert som den syvende mest vanlige årsaken til innleggelse (Mayer et al., 2011).

En spørreundersøkelse med 1075 kreftpasienter viste at de fem vanligste symptomene for kreftpasienter i akuttmottak var magesmerter, feber, dyspnè, kvalme/oppkast og brystmerter. Den viste også at 62 % hadde smerter og kun 23 % var helt smertefrie (Caterino et al., 2019).

Cornillon et al. (2016) retrospektiv studie som undersøkte årsaker til innleggelse av palliative pasienter ved fire akuttmottak i et område av Frankrike (Puy-de-Dôme) over en periode på nesten to år. Palliative pasienter inkluderte, i tillegg til kreftpasienter, pasienter med hjerte-, nyre- og leversvikt samt KOLS. 52 innleggelse av palliative pasienter ble årsaksundersøkt. Årsaken til innleggelse var nedsatt almenntilstand, sosial isolasjon og ønske om undersøkelser. Andre årsaker var dyspne, smerter, pustevansker, utfordrende hjemmesituasjon og okklusjon/blødning (Cornillon, Loiseau, Aublet-Cuvelier, & Guastella, 2016).

En studie fra England viste at kreftpasienter kom til akuttmottak fordi de anså dette som et sted de kunne få hjelp med problemene sine. Dette var på grunn av den enkle tilgangen til akuttmottak, kompetansen og hyppigheten av overvåkning. I tillegg ble de mer kjent på sykehuset etter hvert som de fikk behandling slik at de heller kontaktet sykehus enn fastlegen sin (Henson et al., 2016)

En systematic review viste at sannsynligheten for innleggelse på sykehus via akuttmottak økte ved behandling med kjemoterapi. Funn fra 20 studier som omhandlet innleggelse i akuttmottak viste at 29 % av kreftpasienter som fikk kjemoterapi ble innlagt på sykehus (Prince, Powis, Zer, Atenafu, & Krzyzanowska, 2019) Kreftpasienter under kjemoterapibehandling som hadde behov for å oppsøke akuttmottak hadde 10-12 % høyere risiko for å dø (Considine, Livingston, Bucknall, & Botti, 2009).

Manfredini et al. (2018) undersøkte triagesystemet Emergency Severity Index i forhold til over- og undertriage av kreftpasienter. De konkluderte med kreftpasienter trenger et tilpasset triagesystem på grunn av stor grad av enten over- eller undertriage (Manfredini et al., 2018).

Det er gjort flere kvalitative studier om hvordan kreftpasienter og deres pårørende opplevde opphold i akuttmottak. En studie med 14 pasienter og 7 pårørende fra England viste at kreftpasienter ønsket innleggelse fordi de ikke var forberedt på å håndtere sykdommen hjemme. De viste også at akuttmottaket var et sted som økte angst og usikkerhet og at kommunikasjon med helsepersonell var svært viktig i forhold til den totale opplevelsen av akuttmottaket. Kreftpasientene hadde både gode og dårlige opplevelser i forhold til symptomlindring (Smith et al., 2010).

En kvalitativ undersøkelse med fenomenologisk analyse fra Australia med 19 pasienter og 10 pårørende viste at kreftpasienten og pårørende hadde mye usikkerhet og bekymring knyttet til kommunikasjon, sen behandling av symptomer og omgivelsene i akuttmottaket. Det var også vanlig med lang ventetid, men på tross av dette opplevde kreftpasientene også lettelse ved å få behandling i akuttmottak (Philip et al., 2018).

Studier av helsepersonells opplevelse av kreftpasienter i akuttmottak viste at de anså akuttmottak som et lite egnet sted for kreftpasienter. De opplevde at de ikke klarte å gi optimal pleie og behandling til kreftpasienter og følte seg presset mellom krav om effektivitet i behandling og behovet for å gi god palliativ pleie (Jelinek et al., 2013) (Marck et al., 2014).

Kvalitative studier som omhandlet sykepleie til kreftpasienter i akuttmottak viste at sykepleien de ga kreftpasienter avhang av symptomene pasientene kom med, ikke om de var kreftpasienter eller andre typer pasienter. De ga også uttrykk for at det var høy

bevissthet om akutte sykdommer som nøytropen sepsis, men at kunnskapsnivået om kreftbehandling og bivirkninger av dette var lavt (Gray & Meyer, 2014).

Spilsbury et al (2016) undersøkte sammenhengen mellom palliativ pleie i primærhelsetjenesten og antall besøk i akuttmottak i en retrospektiv kohortstudie. De fant at når palliative pasienter fikk palliativ pleie i primærhelsetjenesten sank besøksraten i akuttmottak med 50% (Spilsbury, Rosenwax, Arendts, & Semmens, 2017). Pasienter med hjertesvikt, nyresvikt, leversvikt og KOLS ble også definert inn i gruppen palliative pasienter.

Chen et al. (2019) undersøkte hvordan kreftpasienter opplevde å bli innlagt direkte på kreftavdeling. De fant at dette ble opplevd svært positivt og at kompetansen på kreftavdelingen ble opplevd som god. Omsorgen og høflighet var også god. To av innleggelsene var via akuttmottak og dette opplevde ikke pasientene som like godt. Svakheter med denne studien var det lille antallet som ble lagt inn via akuttmottak (2 pasienter med en innleggelse hver mot 43 innleggelser direkte til kreftavdeling) (Chen, Johnson, Boland, Seymour, & Macleod, 2019). Hong et al. (2019) viste at ved å etablere en akuttpoliklinikk for kreftpasienter sank antall som måtte legges inn via akuttmottak. De som allikevel kom til akuttmottak ble allikevel lagt inn i like stor grad som tidligere (Hong, Froehlich, Clayton Hobbs, Lee, & Halm, 2019).

Cooksley and Rice (2017) sammenlignet modeller for mottak av pasienter med kreft i USA og Storbritannia. De konkluderte med at spesialiserte kreftsentere ivaretok kreftpasienter best og at akuttmottak tilknyttet disse hadde en kompetanse som var viktig for å ivareta disse pasientene. De fremhevet viktigheten av strukturen på mottaksteamene og at kreftsykepleiere var en viktig del av disse.

En norsk studie om hvordan kreftpasienter så på sykepleieres kompetanse på kreft viste at de anså kunnskap om kreft som noe grunnleggende i sykepleien. De tok det som en selvfølge at sykepleiere hadde denne kunnskapen. Sykepleieres kunnskap om kreft ga pasientene en følelse av trygghet, reduserte lidelse og usikkerhet under kjemoterapibehandling og reduserte lidelse ved bivirkninger (K. Kvale & Bondevik, 2010).

## 3 Hensikt og problemstilling

Det finnes en risiko for at vi i et stadig mer effektivisert og økonomisk slanket helsevesen kan risikere å miste pasientens perspektiv, spesielt i et miljø der arbeidsverktøy favoriserer akutt kritisk syke pasienter og pasienter med mer kroniske sykdommer nedprioriteres. I «Leve med kreft» er det formulert nasjonale mål som blant annet sier «Kreftpasienter skal bli godt ivaretatt gjennom hele pasientforløpet». Regjeringen ønsker å skape pasientens helsetjeneste slik at pasientene skal kunne være med og bestemme, ha innvirkning på egen behandling og ha avgjørende innflytelse på hvordan helsetjenesten utformes. For å oppnå dette uttrykkes det et mål om at forskningsresultater på kreftområdet skal komme den enkelte pasient til gode og kunne utnyttes til samfunnets beste (Omsorgsdepartementet, 2018).

Med bakgrunn i resultater fra internasjonal forskning og egne erfaringer og oppfatninger er det derfor ønskelig å undersøke hvordan kreftpasienter selv opplever opphold i akuttmottak. Ved å belyse dette området er det mulig å finne ut hvordan man kan gjøre forbedringer som best mulig kommer kreftpasienter i akuttmottak til gode.

For å belyse dette er det gjort en studie med problemstillingen:

**Hvordan opplever kreftpasienter opphold i akuttmottak?**

### 3.1 Avgrensninger

Denne undersøkelsen ble gjennomført på ett middels stort sykehus i østlandsregionen. Dette med bakgrunn i et ønske om å se på forholdene ved dette sykehuset spesielt og på grunn av restriksjoner i forhold til Covid-19-pandemien. Smitteverntiltak gjorde tilgangen til andre sykehus og spesielt kreftpasienter vanskelig. Det ble derfor besluttet å gjennomføre undersøkelsen på ett sykehus også på grunn av tidsaspektet. For enklere å komme i kontakt med informanter ble bare pasienter som var inneliggende på sykehus spurt om deltagelse.

Det ble også kun inkludert onkologiske pasienter, ikke pasienter med hematologiske problemstillinger. Dette ble gjort fordi det var bedre tilgang til onkologiske pasienter som passet inklusjonskriteriene.



## 4.0 Metode

For å undersøke hvordan kreftpasienter opplever oppholdet i akuttmottaket ble det gjennomført en kvalitativ deskriptiv fenomenologisk studie med semistrukturerte dybdeintervjuer. Denne kvalitative studien ble gjennomført fordi forskeren ønsket å få et lite dokumentert fenomen bredt og grundig belyst i egen kontekst. Dette ble gjort for å øke bevisstheten og å skape dialog rundt fenomenet kreftpasienters opplevelse av akuttmottak (Polit & Beck, 2017).

### 4.1 Det vitenskapsteoretiske perspektivet

Vitenskapssyn handler om hvordan man forstår, forklarer eller nærmer seg den sosiale virkeligheten. Forskningens oppgave er å bidra til å skaffe kunnskap som gjør at man kan begripe, fatte eller forstå mer av virkeligheten. Vitenskapssynet innvirker på hvordan man ser på og tilegner seg denne kunnskapen (Brottveit & Del Busso, 2018,s 17-18). Vitenskapelig kunnskap har et stående krav til seg om begrunnelse og dokumentasjon, og at den skal være mulig å etterprøve (Polit & Beck, 2017).

Ontologi er læren om hva som eksisterer – om hva som er. Epistemologi er læren om viten og kunnskap og handler om hvordan vi skal kunne innhente og utvikle kunnskap og under hvilke omstendigheter kunnskapsinnhenting og utvikling kan foregå (Jenssen, Kjørstad, Seim, & Tufte, 2020,s 12). I forhold til problemstillingen «hvordan opplever kreftpasienter opphold i akuttmottak» kan vi stille det ontologiske spørsmålet: Hvilke fenomener eksisterer faktisk for disse pasienten? Og i forhold til epistemologi spør man seg hva man kan få vite om disse fenomener.

### 4.2 Fenomenologi

Fenomenologi er i utgangspunktet en filosofisk retning som oppstod rundt filosofen Edmund Husserl (1859-1938) rundt århundreskiftet. Ordet kommer fra gresk og betyr «det som viser seg». Fenomenologi er læren om det som viser seg, om fenomenene. I fenomenologisk orientert helsefaglig forskning er det ofte sentralt å få innblikk i hvordan personer som blir syke erfarer sin situasjon, hva de føler, tenker og opplever og hvilken betydning sykdommen får for deres forhold til verden og til andre mennesker. Førstepersonserfaringer er grunnleggende i fenomenologien, et fenomen eller situasjon

beskrives ikke som noe objektivt, men beskrives som hvordan fenomenet eller situasjonen viser seg og erfares av førstepersonen (Thoresen, Rugseth, & Bondevik, 2020,s 12).

Utgangspunktet for en fenomenologisk kunnskapsforståelse er at all menneskelig aktivitet, også vitenskapelig arbeid, har livsverden som sin basis. Med livsverden menes den konkrete og hverdagslige verden vi lever i. Begrepet livsverden innebærer en forståelse av at vi aldri kan tre ut av vår livsverden og betrakte den på avstand. Det finnes ikke noe nøytralt nullpunkt utenfor livsverdenen hvor forskeren kan studere situasjoner og fenomener som for eksempel et møte mellom sykepleier og pasient eller erfaringen av å leve med en kreftdiagnose. Tvert om er en grunnleggende forutsetning ved all vitenskapelig virksomhet, inkludert fenomenologiske forskningsstudier, at forskeren og forskningsdeltagerne deler noen grunnleggende livsbetingelser (som eksempelvis tiden, rommet, kroppsligheten) og den konkrete virkeligheten eller livsverden (Thoresen et al., 2020,s 34).

Fenomenologi er en posisjon og et bestemt perspektiv å forstå opplevelser fra og i lys av. Det er først og fremst tekningen og refleksjonen rundt hvordan deltagerne erfarer sin verden som er interessant å undersøke. Fordi det er et fenomen vi ønsker kunnskap om, opplevelsen av opphold i akuttmottak, er Amadeo Giorigis deskriptive fenomenologiske metode valgt som analysemetode. Den er brukt som gjengitt i boken «Fenomenologi i helsefaglig forskning» (Bevan, 2014) (Thoresen et al., 2020,s 45).

### 4.3 Forskningsintervju

Formålet med et kvalitativt forskningsintervju er å forstå sider ved intervjupersonens dagligliv, fra personens eget perspektiv. Denne forskningsmetoden gir tilgang til menneskers grunnleggende opplevelse av livsverden. Gjennom intervjuet søker man å forstå betydningen av forskjellige temaer i intervjupersonens livsverden og man søker kvalitativ kunnskap uttrykt i normalt språk slik som intervjupersonene selv beskriver den (S. Kvale, Brinkmann, Anderssen, & Rygge, 2015,s 47-48).

Et semistrukturert livsverden-intervju søker å innhente beskrivelser av deltagerens livsverden og særlig fortolkningen av meningen med fenomenene som blir beskrevet. Intervjuet ligger nært opp til en samtale i dagliglivet, men har en særegen tilnærming og teknikk. Målet med intervjuet er at intervjueren og deltageren sammen skal produsere kunnskap gjennom samtalen. Denne samtalen er i denne forstand semistrukturert og intervjueren driver samtalen i en spesiell retning ved å stille spørsmål rundt et tema. Den

gjennomføres ved hjelp av en intervjuguide som sirkler inn bestemte temaer, og som kan inneholde forslag til spørsmål. Ut fra situasjoner som oppstår under intervjuet og svarene deltagerne gir så følges ikke intervjuguiden slavisk, men intervjueren må være lydhør for temaer deltageren tar opp og utforske disse videre. I denne studien er det valgt å gjøre individuelle intervju for å få frem hver enkelt deltagers opplevelse uten at disse blir påvirket av andre (S. Kvale et al., 2015, s 36-37, 42-46).

Mulige etiske problemstillinger som kunne oppstå under intervjusituasjonen ble vurdert før intervjuene ble gjennomført. Det ble lagt vekt på å skape et rom der deltagerne kunne snakke fritt og trygt ved å bruke et imøtekommende kroppsspråk, informere om tilknytninger intervjueren hadde til akuttmottaket og tiltak gjort i forhold til å sikre personlige data. Målet var at intervjuet skulle bli en fin opplevelse for deltageren og dette ble vurdert ved at deltagerne smilte, lo og virket åpne og glade underveis og ved intervjuets slutt. Det ble også lagt vekt på at intervjueren skulle være bevisst naiv, være åpen for nye og uventede fenomener istedenfor å ha ferdige kategorier på forhånd selv om det ble fokusert på bestemte temaer ved hjelp av åpne spørsmål (S. Kvale et al., 2015, s 35, 47-48).

#### 4.4 Intervjuguide

Intervjuguiden ble utviklet av forsker selv med fokus på å lage åpne spørsmål om forskjellige temaer (Bevan, 2014). Intervjuguiden besto av tre deler. Første del besto av innledende spørsmål om bakgrunn som også kunne fungere som en måte å få deltagerne i tale med noe velkjent. Hoveddelen av intervjuet startet med spørsmålet «hvordan opplevde du oppholdet i akuttmottaket», et generelt spørsmål som ga deltagerne mulighet til å snakke om det de ønsket. Deretter ble spørsmålene i intervjuguiden mer spesifikke og ble avsluttet med oppsummerende spørsmål slik at deltagerne fikk mulighet til å kommentere eller dementere noe de ønsket ut utdype. Utdypende oppfølgingsspørsmål (for eksempel «kan du utdype det»?) ble ikke dokumentert på intervjuguiden (Polit & Beck, 2017, s 510).

Intervjuguiden ble testet ut i et pilotintervju med en person som ikke hadde kreft, men annen kronisk sykdom som krever mye tilstedeværelse og behandling på sykehus. Personen hadde nettopp vært behandlet i akuttmottaket og intervjuguiden ble vurdert om den ga svar på hvilke opplevelser pasienten hadde av oppholdet i akuttmottaket. Pilotstudien ble ikke inkludert i studien da deltageren ikke møtte inklusjonskriteriene. Intervjuguiden ble ansett som dekkende nok til å gi svar på problemstillingen (S. Kvale et al., 2015).

## 4.5 Forforståelse og hensyn intervjueren må ta

Husserls fenomenologiske filosofi hadde som mål å sette til side all forforståelse (époque) for å utforske fenomenet slik det direkte ble gitt av erfaringen. Husserls arvtager, Heidegger, modererte dette noe og erkjente at man har en bestemt verdenshorisont, en måte «å-være-i-verden», som man ikke kan settes i parentes (S. Kvale et al., 2015, s 122). Den som intervjuer må være bevisst egen forforståelse og forsøke å legge denne til side (Polit & Beck, 2017).

Siden forsker arbeider i akuttmottaket var det svært viktig å forsøke å sette til side forforståelsen. Dette ble gjort ved å bevisstgjøre seg hvilke tanker og holdninger forskeren hadde om kreftpasienter i akuttmottak. Ved å reflektere over dette var det mulig å unngå å bli forutinntatt (Thoresen et al., 2020).

Forskeren hadde en forforståelse om at kreftpasienter noen ganger kom med akutte tilstander som nøytropen sepsis, men ofte kom med symptomer som nedsatt almenntilstand, kvalme, ernæringsproblemer og smerter. Det var også en forforståelse om at kreftpasienter ofte måtte vente i akuttmottaket, hadde lengre opphold enn andre pasienter og at de fikk lite behandling for plagene sine. Kreftpasienter ønsket ikke å være i akuttmottaket og helsepersonell syntes det var vanskelig at de ikke fikk den hjelpen de burde hatt. Denne forforståelsen var dannet gjennom mange møter der forsker selv måtte prioritere kreftpasienter ned og følt på å ikke få gjort nok. Den ble også dannet ved å samtale med andre kollegaer som uttrykte tilsvarende syn.

## 4.6 Informantene - Populasjon og utvalg

Populasjonen utgjorde alle kreftpasienter innenfor spesialfeltet onkologi som ble lagt inn på sykehuset via akuttmottak i løpet av datainnsamlingsperioden. Fenomenologiske studier tenderer til å ha små utvalg, gjerne 10 eller mindre deltagere. Men det er svært viktig at alle deltagere må ha erfart fenomenet som det forskes på og klare å uttrykke opplevelsene sine rundt dette fenomen. Det ble valgt å inkludere inneliggende pasienter til denne undersøkelsen for å få enkel tilgang til informanter. Det var også ønskelig med noe variasjon i demografiske data og det ble gjort forsøk på å oppnå dette (Polit & Beck, 2017, s 499). Målet var at utvalget skulle være stort nok til at man kunne belyse den gjeldende problemstilling. Det mest optimale er at man burde gjennomført datainnsamling helt til forskeren ikke lenger fikk ny informasjon (Johannessen, Christoffersen, & Tufte, 2016, s 114). På grunn av tidsaspektet og tilgang til deltagere ble

det gjort et valg på å forsøke å skaffe 8 deltagere, men å vurdere dette underveis. For å få bevart de etiske aspektene og for å få et variert utvalg ble det utarbeidet inklusjons- og eksklusjonskriterier.

### **Inklusjonskriterier:**

- Personen over 18 år
- Innehar kreftdiagnose fra tidligere og er i et behandlingsforløp eller pasientforløp.
- Snakker og forstår muntlig norsk godt.
- Leser og forstår skriftlig norsk.
- Har hatt et opphold i akuttmottak den siste uken med behov for sykehusinnleggelse.

### **Eksklusjonskriterier**

- Nedsatte kognitive evner som demens eller ved påvirkning av annen somatisk sykdom (høy feber, leversvikt, sterke behandlingsresistente smerter).
- Nedsatte kognitive evner på grunn av medisinbruk.
- Har svært progrediert kreft i en terminal fase med kun dager/timer igjen å leve.
- Diagnostisert med førstegangs kreftdiagnose ved det aktuelle opphold i akuttmottaket.
- Ikke i stand til å gi skriftlig samtykke.

Det ble rekruttert en prosjektmedarbeider på kreftavdelingen på gjeldene sykehus som plukket ut kandidater til studien etter gjeldende kriterier. Denne prosjektmedarbeideren hadde oversikt over pasientene på avdelingen og fikk bistand av de pasientansvarlige sykepleierne til å velge ut pasienter. Prosjektmedarbeiderne eller sykepleierne på kreftavdelingen ga de aktuelle pasientene informasjonsskrivet og annen informasjon muntlig før de forespurte pasienten om deltagelse. Hvis pasienten svarte ja formidlet de kontakt til forsker som avtalte tid for intervju. Noen intervjuer ble tatt direkte, noen ble avtalt dagen etter (Johannessen et al., 2016,s 122-126).

Det var en utfordring å få aktuelle kandidater til studien. De innlagte kreftpasientene var ofte svake og svært syke så mange var uaktuelle på bakgrunn av eksklusjonskriteriene. Prosjektmedarbeider var også opptatt med andre oppgaver og hadde ikke alltid mulighet til å vurdere de innlagte pasientene. Det var også flere som ble forespurt som svarte nei til deltagelse fordi de hadde fått dårlige nyheter av leger i forhold til egen sykdom, hadde «en dårlig dag» i forhold til smerter, ernæringssvikt, dehydrering og psykiske plager. De gangene det ble gjort avtale om at forsker skulle komme for intervju dagen etter var det flere som trakk seg fordi dagsformen var blitt en annen.

De første deltagerne ble inkludert raskt, men deretter kom det flere avslag. Da det var inkludert et utvalg på åtte deltagere ble det vurdert at disse intervjuene dekket mange aspekter av problemstillingen og det ble vurdert at sannsynligheten for at nye aspekter skulle avdekkes var liten ved inklusjonens fortsettelse. Datainnsamlingsperioden strakte seg ut over seks uker for å få tak i utvalget på åtte personer.

## 4.7 Datainnsamling – gjennomføring av intervjuene

Alle intervjuene ble gjennomført av forsker selv mens deltagende pasienter var innlagt på kreftavdelingen og alle intervjuene, bortsett fra ett, ble gjennomført inne på pasientens rom. En pasient hadde kun seng i korridor og på grunn av personvernet var det ikke mulig å ta intervjuet der så det ble gjennomført på de ansattes personalrom uten andre tilstede.

Under intervjuet ble formålet med intervjuet presentert før selve intervjustart og det ble avrundet med mulighet for å supplere informasjon eller utdype det som var omtalt. Hoveddelen av alle intervjuene startet med spørsmålet «Hvordan opplevde du oppholdet i akuttmottaket»? Det ble lagt vekt på å stille klare, enkle og korte spørsmål på et språk som verken var akademisk eller medisinsk, men lå tett opp til dagligtalen. Det ble gitt tid for at deltagerne kunne snakke ut under intervjuet og det ble stilt korte oppfølgingsspørsmål for å få utdypende informasjon (Polit & Beck, 2017, s 510). Det ble lagt vekt på å skape en trygg og åpen atmosfære ved at forsker var blid, høflig, ydmyk, viste respekt og lyttet aktivt uten å avbryte (S. Kvale et al., 2015).

Alle intervjuene ble tatt opp på diktafon. Det måtte tas forskjellige smittevernhensyn på grunn av Covid-19 pandemien. Det måtte opprettholdes minst to meter avstand mellom deltager og forsker. I tillegg brukte forsker hele tiden munnbind under intervjuet. Det ble lagt vekt på at ingen navn ble nevnt under intervjuene slik at lydfilene skulle være delvis avidentifisert (S. Kvale et al., 2015).

Demografiske data ble hentet inn fra deltagerne selv og fra deltagernes journal. Kjønn, alder, type kreftsykdom og sykdomsvarighet ble hentet inn fra pasienten. Personnummer ble oppgitt av deltagerne og skrevet på samtykkeskjemaet. Dette brukt til å gå inn i deltagernes journal og se på tidspunkt for innleggelse og utskrivelse til annen avdeling i akuttmottaket. I tillegg ble det undersøkt hvem som hadde skrevet innkomstnotatet fra akuttmottaket. Dette ble gjort ved kun å se på forfatteren av innkomstnotatet uten å gå inn på selve notatet for å hindre mest mulig tilgang til sensitiv informasjon. Navnet på legen ble vurdert opp mot tilhørighet til avdeling for å beslutte om de var under

onkologisk spesialisering eller var i spesialiseringsløp i akuttmottaket. De demografiske data ble samlet i tabell 1.

Tabell 1 Demografiske data

Deltager	Kjønn	Aldersgruppe	Kreftsykdom	Sykdoms- varighet	Oppholdstid i akuttmottak	Mottak av onkolog eller lege i akuttmottak
A	Mann	65-70	Lever	3,5 år	3 t 45 min	Onkolog
B	Mann	55-60	Prostata	5 år	5 t 26 min	Onkolog
C	Mann	70-75	Pankreas	2,5 år	2 t 31 min	Onkolog
D	Kvinne	60-65	Brystkreft	2,5 år	4 t 22 min	Onkolog
E	Mann	50-55	Malignt melanom	1 år	3 t 43 min	Onkolog
F	Mann	75-80	Gallegang	2 år	4 t 10 min	Medisinsk lege
G	Mann	50-55	Malignt melanom	2,5 år	5 t 2 min	Medisinsk lege
H	Kvinne	70-75	Urinblære	2 år	3 t 15 min	Onkolog

## 4.8 Forskningsetikk

Forskere som har benyttet seg av kvalitative forskningsmetoder får ofte tilgang til menneskers personlige livsfortellinger og annen sensitiv informasjon. Deltagerne står i en skjev maktposisjon i forhold til forskeren og kan være sårbare i forhold til hvilken informasjon de har oppgitt (Brottveit & Del Busso, 2018,s 118-119).

Studien ble søkt Norsk Senter for Forskningsdata (NSD) og vurdert med referansenummer 845414. Når anonymitet ikke var en mulighet, som i denne studien, var konfidensialitet svært viktig. Med konfidensialitet menes at data ble avidentifisert slik at det ikke var mulig å identifisere personer med sensitive opplysninger (Polit & Beck, 2017). Sensitive personopplysninger i denne studien ble behandlet ved at intervjuer (både lydfiler og transkriberte intervjuer) ble avidentifisert ved å bruke annet navn. Koblingsnøkkelen som bandt personopplysninger og ny identifikasjon sammen ble lagret på kryptert minnepinne og med kode på selve dokumentet. Minnepinnen ble oppbevart innelåst og det var ikke internett-tilgang på PC da denne filen var i bruk. De

avidentifiserte data fra journal og pasient, transkripsjonene og lydfilene ble oppbevart på annen minnepinne som også ble kryptert og kodebelagt. Denne ble også oppbevart innelåst. Diktafon ble holdt innelåst når den ikke var i bruk og alle lydfiler med intervjuer ble lagt over på kryptert minnepinne og slettet fra diktafon rett etter intervjuene. Lydfilene ble deretter slettet etter at de ble transkribert. NSD gjorde en vurdering på at prosjektet ville være i samsvar med personvernlovgivningen ved at oppgitte oppbevaringsmetoder ble fulgt. Prosjektet ble også innrapportert til prosjektregisteret ved studiesykehuset. Personvernombudet ble også søkt og godkjente prosjektet.

Det ble utarbeidet informasjonsskriv og samtykkeskjema etter mal fra NSD.

Informasjonsskrivet inneholdt informasjon om hvorfor prosjektet skulle gjennomføres og hva målet med prosjektet var. Det ble gitt inngående informasjon om hva det innebar for den enkelte å delta og det ble opplyst om hva personopplysninger skulle brukes til. Informasjonsskrivet gjorde også rede for hvem som var ansvarlig for gjennomføring av prosjektet og vurdering av de forskningsetiske sidene. Det var informasjon om rettigheter i forhold til å trekke sitt samtykke og rettigheter til å klage. Som en del av informasjonsskrivet var det også et samtykkeskjema der det ble opplyst om hva det innebar å signere for samtykke (S. Kvale et al., 2015, s 97-98, 104-106).

Det ble gitt informasjon ved flere anledninger for å sikre et informert samtykke. I tillegg til skriftlig informasjon som ble delt ut før intervjuet ble det gitt ytterligere informasjon av forsker før intervjuet skulle starte, både ved at informasjonsskrivet igjen ble forelagt skriftlig og ved at deltageren kunne spørre etter utfyllende informasjon. Det ble også gitt muntlig informasjon om hva det innebar å samtykke til deltagelse rett før intervjuet. Deltagerne måtte signere samtykke før intervjuet startet (S. Kvale et al., 2015, s 104-106).

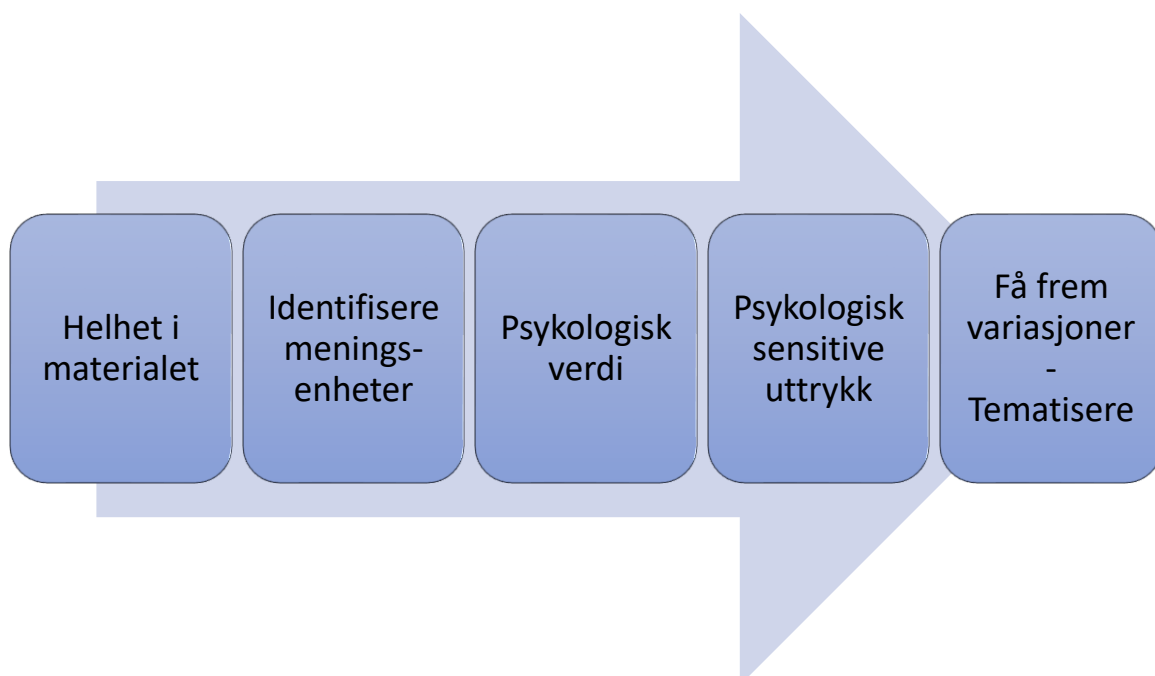
## 4.9 Transkripsjon og analyse

For å strukturere intervjuene slik at de var mer egnet for analyse ble alle intervjuene transkribert fra muntlig til skriftlig form. Intervjuene ble transkribert fortløpende av forsker selv, etter hvert som de ble foretatt. Intervjuene ble transkribert ordrett, tro mot deltagers setningsbygning og språklig form, men etter hvert ble småord som «ehh» og «mm» fjernet fordi det ødela flyten på teksten når den ble lest i etterkant. Det samme gjaldt bekreftende og støttende fyllord fra forsker underveis i deltagers utlegning (S. Kvale et al., 2015, s 204-214).



Etter at alle intervjuene var gjennomført og transkribert startet analysefasen. Amadeo Giorgis deskriptive fenomenologiske metode ble brukt i analysen av intervjuene. Metoden er hentet fra -boken «Fenomenologi i helsefaglig forskning» og bestod av fem trinn (Thoresen et al., 2020). Før selve analyseprosessen startet måtte den fenomenologiske reduksjonen behandles slik at forskeren la til side forforståelse av det som skulle studeres slik at fenomenet kunne «tre frem». Dette innebar å være oppmerksom på at man skulle videreformidle det som ble beskrevet uten å fortolke. Med fortolkning mentes at man ikke skulle tolke ut fra et teoretisk perspektiv eller en antagelse. Men man skulle anta en faglig holdning, i dette henseende, en sykepleiefaglig holdning (Thoresen et al., 2020,s 67-68).

I og med at forsker har arbeidstilknytning til akuttmottaket var det svært viktig å være bevisst på denne tilknytningen både under selve intervjuene og analyseprosessen og prøve å legge av seg kunnskapen knyttet til denne stillingen. Under intervjuet ga dette seg utslag i at når det var hendelser der pasienten ikke var helt sikker på hva som hadde skjedd eller hvorfor det skjedde kunne forsker ikke gå inn og forklare eller forsvare. Det var på samme måte også viktig å ikke kommentere positive ting med ord eller veldig tydelig kroppsspråk slik at dette kunne påvirke det deltager sa videre. Det var også viktig å få deltager til å utdype det de hadde vært igjennom ved å stille oppfølgings spørsmål på tross av at forsker kjente hva som ble gjort i mottaket godt (Thoresen et al., 2020,s 36-38).



Figur 1 Illustrasjon av Amadeo Giorgis deskriptive fenomenologiske metode

Deretter startet den fem trinns analysen ved at alt transkribert materiale ble lest igjennom for å danne en oversikt over helheten i materialet. Trinn to innebar å gå gjennom alt materialet på nytt og trekke ut de meningsbærende enhetene. Disse enhetene var noen steder kun deler av en setning, andre steder opptil flere setninger, men felles var at en meningsenhet handlet om det samme temaet og sa noe om fenomenet og fenomenets struktur og kjennetegn. Da temaet skiftet til en ny nyanse ble dette ny meningsenhet slik at alle nyanser skulle tas med. Disse meningsenheten ble satt inn i et skjema der alle meningsenheten ble nummerert og tilkjennegett med hvilket intervju det kom fra. Totalt over 600 meningsenheter ble hentet ut av datasettet (Thoresen et al., 2020,s 67-68).

I denne analysemodellen var trinn 3 modellens «hjerte». Alle meningsenhetene ble gjennomgått og den psykologiske verdien ble formulert. Dette ble gjort ved å formulere det som sto i meningsenheten i tredje person entall og trekke ut essensen av det som ble sagt. Den psykologiske verdien ble videreforedlet i trinn 4 til mer psykologisk sensitive uttrykk. Eksempler på denne utviklingen er vist i tabell 2. Essensen som ble trukket ut i trinn 3 ble destillert videre og sammenfattet uten personlig pronomen og i mer generelle former (Thoresen et al., 2020,s 67-68).

Det siste trinnet ble utført i flere steg. Det første var å gå gjennom alle meningsenhetene med tilhørende «psykologisk verdi» og «psykologisk sensitive uttrykk» og lage kategorier ut av dette. Dette ble satt opp i en egen kolonne. Samtidig ble alle kategoriene skrevet ned på et ark ved siden av slik at meningsenhetene ble vurdert opp mot allerede eksisterende kategorier. Hvis de ikke passet inn oppsto det en ny kategori. Totalt endte det med 21 forskjellige kategorier.

Tabell 2 Eksempler analysesteg

<b>Meningsbærende enhet</b>	<b>Psykologisk verdi</b>	<b>Psykologisk sensitivt uttrykk</b>	<b>Forslag til tema</b>
Tryggheten er jo det at det er fagpersonell rundt deg hele tiden.	Det er trygt at det er helsepersonell rundt hele tiden.	Å være omgitt av helsepersonell oppfattes som trygghetsskapende.	Helsepersonell i akuttmottak - trygghet
Så det er viktig med det at man stikker innom. At sykepleierne er innom og spør hvordan går det med deg og går det bra? Og den følelsen av at du har den tryggheten	At sykepleierne kommer innom rommet og undersøker tilstand gir følelse av at du har trygghet rundt deg.	Sykepleierne skaper trygghet ved tilstedeværelse	Helsepersonell i akuttmottak – trygghet - sykepleiere

rundt deg når du er der.			
For går det for lang tid mellom noen er inne så blir du (..) ah (..) blir jo kanskje litt urolig.	Lite tilstedeværelse av helsepersonell fører til en følelse av uro.	Lite tilstedeværelse av helsepersonell fører til en følelse av uro.	Helsepersonell i akuttmottak – lite tilstedeværelse – gir uro

Ut fra materialet utkrystalliserte det seg tre hovedkategorier, mens de andre kategoriene ble underkategorier. Dette ble foreløpig tegnet inn i et tankekart som et utgangspunkt for videre analyse. Deretter ble hele tabellen skrevet ut på papir og hver kategori ble merket med en farge. Hele tabellen ble klippet fra hverandre, etter en og en meningsenhet, og lagt i bunker i forhold til foreløpig kategori og underkategori. Dette utgjorde et utgangspunkt for vurdering av om kategoriene passet sammen eller om de måtte settes sammen på nye måter for å beskrive deltagerens opplevelse i akuttmottaket best. Arbeide med å danne kategorier var omfattende og det som primært så ut som hovedtemaer ble forkastet til fordel for andre vinklinger etter at prosessen gikk frem og tilbake fra vurdering av meningsenheter opp mot nye temaer. Dette ble gjort for å få frem variasjonene ved fenomenet og for å kunne si noe om dets essens (Thoresen et al., 2020,s 67-68).

## 4.10 Troverdighet i kvalitativ forskning

Troverdighet i kvalitativ forskning er omdiskutert og et av de store ankepunktene mot kvalitative studier. Men intervjuets stryke er dets unike tilgang til deltagerens livsverden og muligheten for å få beskrevet nyanser av fenomener som det kan være vanskelig å få beskrevet i en kvantitativ undersøkelse (S. Kvale et al., 2015,s 200).

Det er flere måter å vurdere troverdighet på og her er det tatt utgangspunkt i Lincoln og Guba's vurdering av troverdighet i kvalitative studier som gjengitt i Polit & Beck (2017). Det er trukket frem fem aspekter av troverdighet som er oversatt til troverdighet (credibility), pålitelighet (dependability), bekreftbarhet (confirmability), overførbarhet (transferability) og ekthet (authenticity) (Polit & Beck, 2017,s 559-560).

Troverdighet er overgripende og målet for kvalitativ forskning. Det refererer til hvor stor tillitt vi har til dataene er sanne og hvor sant de er tolket (Polit & Beck, 2017,s 559). Alle intervjuene som ble gjennomført i studien ble tatt opp på båndopptager og gjengitt ordrett under transkripsjon. Det var forsker selv som utførte både intervju, transkripsjon og analyse. Selve analysen ble utført etter en anerkjent analysemetode.

Pålitelighet refererer til hvor stabile dataene er over tid og under forskjellige forhold (Polit & Beck, 2017, s 559). Dette tilsvarer reliabilitet, muligheten for at en annen forsker klarer å reprodusere samme resultater på et annet tidspunkt (S. Kvale et al., 2015, s 276). Muligheten til å reprodusere like resultater varierer fordi man intervjuer mennesker som påvirkes av måten man stiller spørsmål på, selve intervjusituasjonen, tidligere erfaring og dagsform. Derfor vil forskjellige forskere kunne få varierende svar, avhengig av forskerens håndverksmessige dyktighet (S. Kvale et al., 2015, s 200). Det var en del spredning i svarene fra deltagerne så det antas at ved å spørre andre personer ville man fått tilsvarende resultater.

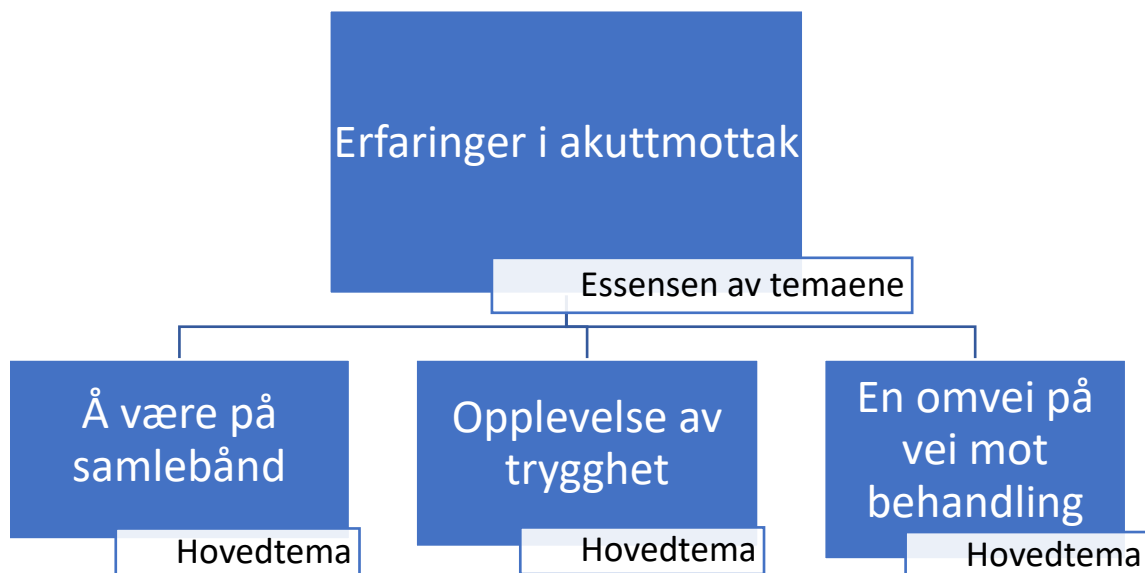
Bekreftbarhet referer til objektiviteten hos forskeren (Polit & Beck, 2017, s 559-560). De innsamlede data representerte informasjon fra deltagerne og ble gjengitt med mange eksempler på sitater direkte fra deltagerne. Det ble lagt stor vekt på å være objektiv både i forberedelsene til intervjuene, i selve intervjusituasjonen og under analysen. Ved utarbeiding av intervjuguide ble det lagt vekt på å bruke åpne spørsmål som skulle gi deltagerne mulighet til å trekke frem det de ønsket å si selv. Under intervjusituasjonen ble det stilt oppfølgingsspørsmål for å forsikre seg om hva deltageren mente selv om forsker hadde kunnskap om forskerfeltet. Analysen ble gjort så nært opp til det deltagerne sa som mulig ved at forsker bevisst la til side forkunnskap og gjenga resultater ut fra deltagerens utsagn. Funnene reflekterte deltagerens stemme og ikke forskerens egne meninger og perspektiver.

Overførbarhet sier noe om hvor overførbare resultatene er til andre forhold eller andre tilsvarende steder (Polit & Beck, 2017, s 560). Mange sykehus i Norge har tilsvarende forløp og samme utfordringer i akuttmottak. Overførbarheten til andre pasienter og andre akuttmottak ble sett på som stor. Tilsvarende undersøkelse i Australia ga også tilsvarende resultater, noe som viste at overførbarheten også gjaldt andre deler av verden (Philip et al., 2018).

Ekthet referer til hvor nyansert resultatene er fremlagt og hvor godt det beskriver deltagerens opplevelse av fenomenene (Polit & Beck, 2017, s 560). Det er lagt vekt på å bruke sitater for å gi innblikk i deltagerens språkbruk, beskrivelser og tanker.

## 5.0 Resultater

Deltagerne i studien delte generøst nyanser og aspekter av opplevelser de hadde hatt av opphold i akuttmottaket. Essensen av alle disse opplevelsene ble samlet i begrepet erfaringer.



Figur 2 Studiens hovedtemaer

### 5.1 Å være på samleband

De fleste deltagerne ringte krefttelefonen og ble henvist til akuttmottaket via denne tjenesten. Deltagerne forsto målet med forløpet i akuttmottaket som å få stilt en diagnose og bli lagt inn på kreftavdelingen. Akuttmottaket ble oppfattet som et sted der det ble utført mye utredning, men lite behandling. Ingen hadde fått behandling for selve kreftsykdommen, men noen hadde fått behandling for symptomer av kreftbehandling som intravenøs væsketilførsel og kvalmestillende.

Flere hadde opplevd å bli sendt hjem fra akuttmottaket tidligere, men det å bli sendt hjem ble oppfattet som lite sannsynlig. Forløpet i akuttmottaket ble oppfattet som tilnærmet likt hver gang deltagerne kom inn i akuttmottaket. Ved hver ny innleggelse, for samme problemstilling, ble de samme undersøkelsene og tilsynene gjennomgått, noe som ble oppfattet som unødvendig. Flere deltagere hadde gjentatte innleggelser med

samme symptombilde og det skapte frustrasjon når de måtte gjennomgå det samme forløpet hver gang. Frustrasjonen økte fordi de var sikre på å bli innlagt.

*«Det er jo opplest og vedtatt at jeg har den sykdommen jeg har og at (..) ber jo spesifikt om at (..) når jeg ringte inn her at vær så snill få slippe å gå igjennom den slusa. Fordi det er veldig spesielt og så bli satt på samleband der, men jeg skjønner også det er veldig nyttig for at man skal få oversikt over folk flest. Men når man har vært mye innom burde det vært et system som hadde fanga opp at ok nå kommer (navn) igjen og problemet hans er det og det» (Pasient E).*

Deltagerne opplevde forløpet i akuttmottaket som et samleband fordi de oppfattet at forløpet var tilnærmet likt for alle typer pasienter i akuttmottaket, uavhengig av hvilken sykdom eller skade de kom inn med og uavhengig av hvor mange ganger de hadde vært i akuttmottaket. De følte at forløpet passet bedre til pasienter som hadde mer akutte problemstillinger, som i utgangspunktet hadde vært friske, men som hadde fått akutte symptomer. Noen deltagere opplevde forløpet som så rigid og omstendelig at det forverret følelsen av sykdom.

*«For du blir ikke frisk av å være på akuttmottaket hvis du er dårlig når du kommer. Da blir du dårligere. Men det akuttmottaket er fantastiske med er alle som er utsatt for noe akutt som de da må, holdt jeg på å si, grave ut i for å finne ut hva er problemet med stakkaren som har blitt påkjørt eller fått hjerteinfarkt eller whatever da. Der er det fantastisk. Men for oss som er syke så er det helt feil å bli plassert på samlebandet der. Det er min erfaring» (Pasient E).*

Alle deltagerne hadde hatt opphold i akuttmottaket tidligere og de kunne beskrive forløpet inngående og gjenkjente samme forløp fra tidligere innleggelse. Denne standardiseringen forsterket inntrykket av å være på samleband. Standardiseringen gjennomsyret alt arbeidet i akuttmottaket og startet allerede før man ble sluppet inn i akuttmottaket. På grunn av Covid-19-pandemien ble alle pasientene vurdert i forhold til mulig smitte og alle måtte gjennom en kontroll før de ble sluppet inn i selve akuttmottaket. De som ikke ble smitteisolert ble sittende på venterom til de ble hentet inn til sykepleiere for første undersøkelser. Hvilke undersøkelser og tiltak som ble utført varierte litt etter behov og deltagernes symptomer, men fulgte samme mal.

*«Du kom jo inn da og ble geleidet inn den slusa og fikk nytt munnbind og alt og ble geleidet inn til poliklinisk der da. Og fikk.. og ble lagt i ei seng og fikk tatt EKG, blodprøver og en enklere form for undersøkelse liksom da. Før jeg ble sendt ut til et rom nede på poliklinisk. Og da etter hvert så kom det vel en lege» (Pasient H).*

Følelsen av å være på samleband ble forsterket av at undersøkelser og tilsyn ble oppfattet som rutine. Ved legetilsyn kom legen og stilte spørsmål og undersøkte

deltagerne fysisk. De bestilte deretter undersøkelser, ofte bildediagnostikk som røntgen og CT. Noen av deltagerne fikk en del informasjon om planen videre for oppholdet i akuttmottaket.

*«Sykepleierne gjorde vel ikke noen undersøkelser, men det kom jo to leger etter hvert som gjorde de rutineundersøkelsene med lytting på ryggen og (..) og generelt ellers: klemte på bein og alt som skjer når du kommer inn av den type undersøkelser. Det er masse spørsmål og noe informasjon. Nå sa jeg kanskje litt feil. Jeg mener sykepleieren tok jo blodtrykket og de tinga òg: Tempen selvsagt. Så hu gjorde jo mere enn å bare ta blodprøvene. Men alle undersøkelsene ble gjort av legen. Det gikk ganske fort faktisk til legen kom der (..) det var (..) så jeg synes det gikk veldig hurtig» (Pasient B).*

Det standardiserte forløpet gjorde at kreftpasientene måtte gjennom undersøkelser de opplevde som ubehagelige og unødvendige og som forsterket det negative inntrykket av å være på et samleband. På grunn av Covid-19 pandemien var det flere som måtte ta nese- og halsprøve for å teste for Covid-19. Deltagerne som omtalte denne prøven var ikke bekymret for at de hadde Covid-19 og opplevde prøvetakingen som nødvendig for dem personlig, men hadde forståelse for at det måtte gjennomføres som en del av en rutine. Det var knyttet en del negativ forventning til prøven og selve prøvetakingen ga ubehag for deltagerne.

*«Og så tok de den derre fæle prøva i halsen og alt det derre der (viser med hendene mot hals og nese). Ja den influensaprøva som alle tar nå da. Ja (..) det var greit! Den grua jeg meg litt for men det gikk greit, vil jeg si!» (Pasient A).*

De som var smitteisolert på eget rom ble sendt til en annen avdeling for å vente på Covid-19 prøvesvar før de fikk komme opp på kreftavdelingen. Dette ble oppfattet som et avvik fra det normale forløpet og enda en forlengelse av det standardiserte samlebandet.

Noen av deltagerne oppfattet akuttmottaket som et upersonlig sted på grunn av dem relativt korte oppholdstiden og det relativt store antallet ansatte og medpasienter. Noen deltagere uttrykte bekymring for at det var så mange pasienter samlet på ett sted at det var lett å miste oversikten, også for sykepleierne, særlig hvis pasientene ble liggende over vaktskifter.

### 5.1.1 Effektivitet og ventetid

Effektivitet var et begrep flere av deltagerne understøttet opplevelsen av å være på samlebånd med, både i negativ og positiv forstand. Hvis de opplevde høy effektivitet var begrepet samlebånd mer positivt ladet. Hvis det var lav effektivitet ble begrepet samlebånd negativt ladet. Deltagerne opplevde både høy og lav effektivitet og effektiviteten varierte i forhold hvor de var i akuttmottaksforløpet. Deltagerne ønsket å forkorte oppholdstiden i akuttmottaket og komme raskere dit hvor de kunne på spesialbehandling for kreftsykdommen sin.

*«[Forventninger til akuttmottak] Nei, at jeg liksom blir behandlet med det samme. Og det har jeg jo blitt. Det har ikke vært noe ventetid» (Pasient B).*

*«Det er sånn stort sett generelt tilbakemeldingene når det gjelder akutten. Det tar altfor lang tid» (Pasient E).*

Effektiviteten ble oppfattet som forbedret fra tidligere opphold i akuttmottaket. Effektiviteten ble betegnet som god i forhold til opplevelser, som lå tilbake i tid, fra andre sykehus. Selve opplevelsen av effektivitet avhang av flere variabler. Ventetid i form av venting på undersøkelser og legetilsyn var en stor del av opplevelsen av effektivitet. Total oppholdstid i akuttmottaket og behandlingstiden i forhold til undersøkelser og annen behandling virket også inn. God effektivitet ble oppfattet som liten ventetid på de forskjellige stegene i forløpet, spesielt mottak av sykepleier, tilsyn av lege og bildediagnostikk. Stegene i forløpet der deltagerne måtte vente var relativt like. Det første mottaket hos sykepleier gikk alltid raskt, men det tok ofte tid før lege kom på tilsyn. Av og til kom lege raskt på tilsyn. Raske forløp ga en svært positiv opplevelse, mens det å vente på tilsyn var en stor kilde til frustrasjon.

*«Det [hastighet] er viktig. At det ikke skal hope seg opp og sitte for mange på et sted og vente» ... «Og da gikk det bare slag i slag, inn og fikk EKG og alt det der og inn på det.. geleidet inn på et rom. Da fikk jeg ei seng og. Var godt!» (Pasient H).*

*«For det som skjer at man blir tatt imot fort, man venter stort sett ute i den der boksen først til noen kommer og henter deg så blir man lagt på en seng hvis man er heldig. Jeg maset meg til det for jeg sa at jeg klarer ikke å stå og da viste det seg at jeg hadde 2,6 liter blod i buken og litt sånn som var årsaken til det da, men så sier jeg til dem hva som er gæærn med meg og hva som er vond og sånn og så ber jeg om kan dere ikke klare å finne noen som har kunnskap om meg på*



*huset, men det som da skjer er at man blir tatt blodtrykk av og gjerne blodprøver av ganske raskt og så blir man lagt på vent» (Pasient E).*

Deltagerne som måtte gjennomføre bildediagnostikk måtte ofte vente på å få gjennomført undersøkelsene. Dette kunne ta flere timer og utsatte både diagnostikk og behandling. Å vente på bildediagnostikk var en stor kilde til frustrasjon. Det vanlige forløpet var at alle undersøkelsene var gjennomført før deltagerne ble sendt videre til kreftavdelingen.

*«Det var masse forskjellige leger og sykepleiere bortom og alle sa hele tiden: Ja, men vi har bestilt ultralyd, vi har bestilt ultralyd. Så hørte jeg ikke noe på tre timer. Og plutselig. Eller tre timer, det hadde skjedd mye før det. Så gikk det tre timer til så hadde det gått ni timer. Da var klokka ni på kvelden og jeg hadde fortsatt ikke vært og tatt ultralyd og alle hadde vært bortom og sagt at vi har prøvd å få deg inn, vi har prøvd å få deg inn» (Pasient E).*

Noen deltagere hadde en forventning om at det var lite effektivitet i akuttmottaket. Det å bli satt på venterom sammen med flere andre ga deltagerne en følelse av motløshet. De forventet å måtte sitte og vente på tilsyn etter tur, men ble positivt overrasket da de ble tatt imot av lege raskt etter ankomst. Dette ble sett på som svært positiv effektivitet.

*«Nei at det gikk så fort og så greit som det gjorde. At jeg slapp å vente for lenge. Når du ser et venterom med en 7-8 personer så venter du at «Oi, her må jeg sitte og vente lenge». Det når du er svimmel og du er kvalm og du bare har en pose i hånda det... jeg fikk en sånn spypose. Da føler du deg ikke så veldig til pass å sitte der og.. men jeg ble jo bare hentet etter noen.. toppen ti minutter tror jeg. Og da, DA er du trygg. Ja. Da var jeg trygg» (Pasient H).*

Det ble pekt på at effektiviteten varierer i løpet av døgnet og at det var mulig å komme inn til akuttmottaket på «feil tidspunkt». Til noen tider av døgnet var det høyere antall pasienter i akuttmottaket og leger hadde mye å gjøre med andre medpasienter. I tillegg hadde avdeling for bildediagnostikk mange undersøkelser å gjennomføre slik at det ble lang ventetid. Flere hadde ventet svært lenge ved tidligere opphold, både 9-, 12- og 18 timer. Flere av disse hadde ikke hatt noen seng, men hadde sittet på venterommet før de fikk en avklaring og en seng rett før innleggelse. Men flere deltagere uttrykte at ventetiden hadde blitt kortere ved de siste innleggelsene og de var positivt overrasket.

*«En gang satt jeg på nedpå akutten i 18 timer før jeg fikk ei seng. Så det var jo.. Der nede ja [akuttmottaket]. Det har jeg gjort. Da var det så travelt at dem var inne hos meg ørten ganger for å undersøke, men så måtte dem stikke av gårde igjen fordi det var akutt og så.. (..) Da kom jeg tidlig på morgenen og kom på.. fikk et rom her oppe midt på natta (..) men nok om det» (Pasient C).*

Det var forskjellig holdning til det å vente. Noen kom med en positiv avventende holdning og tok ventetiden som en naturlig del av oppholdet i akuttmottak. Ventetid ga deltagerne frustrasjon og økende ubehag fra symptomer, redsel, utmattelse og sult. Selv om tidsaspektet var viktig var det noen som trakk frem at det å vente var tålbart hvis de visste hva de ventet på. Hvis deltagerne hadde fått oppgitt en omtrentlig ventetid på neste steg i forløpet ble de positivt overrasket hvis ventetiden var kortere. Det å ha utmattende symptomer som kvalme og smerter gjorde ventetiden vanskelig å utholde på tross av at de visste hva de ventet på.

*«Det tar altfor lang tid. Altfor lang tid. Nå lå jeg der i fire timer sist gang, når jeg kom inn, forrige gang tror jeg det var syv timer. Og den første gangen satt jeg seks timer ute på venteværelset for å få tatt ultralyd av noe de trodde var en blodpropp. Og da kunne jeg vært død for lenge siden hadde det vært blodpropp» (Pasient D).*

Deltagerne hadde forslag om at samordning med kreftavdelingen ville gi bedre effektivitet. De håpet det var mulig å gjøre kreftpasienters gang gjennom akuttmottaket mer effektiv når pasienter kom gjentatte ganger for samme symptom.

## 5.2 Opplevelse av trygghet

Alle deltagerne hadde flere enn ett opphold i akuttmottaket og snakket ut fra alle erfaringene de hadde gjort seg, men med spesielt fokus på det siste oppholdet. Opplevelsene av opphold i akuttmottaket hadde bedret seg fra tidligere opphold, men det å være kreftpasient i akuttmottaket var både trygt og utrygt.

Deltagerne følte seg trygge i akuttmottaket, men de opplevde også utrygghet og engstelse på forskjellige områder. Deltagere uttrykte at de forventet og hadde tro på at de skulle bli tatt godt hånd om. Det å være i akuttmottaket representerte en trygghet ved at deltagerne visste at de fikk behandling og at de ville få hjelp hvis de ble akutt kritisk syke. Smerter og sykdomsfølelse ble trukket frem som årsaker til at deltagerne tok kontakt med akuttmottaket.

*«Ja for å si det sånn, man har jo så vondt og man føler jo bare en glede og en trygghet ved å komme inn på et sykehus da, for da vet du at detter jeg på gulvet her så har jeg i hvert fall større sjanse for å overleve enn om jeg detter på vei til bilen og havner i grøfta hjemme liksom. Så det er jo positivt» (Pasient E).*

### 5.2.1 Syn på seg selv som kreftpasient i akuttmottaket

Mange av opplevelsene deltagerne fortalte om var knyttet til opplevelsen av seg selv som kreftpasient. Essensen av dette var synet på seg selv som prioritert og immunsupprimert. Andre essenser i tilknytning til dette var smittevern og pårørende.

Alle deltagerne opplevde seg selv som syke og identifiserte seg med begrepet kreftpasient. Flere av deltagerne anga at de hadde god oversikt over egen sykdom og egen kropp og visste hvorfor de var i akuttmottaket. Noen hadde symptomer på grunn av kreftbehandlingen de hadde mottatt og visste hvilken behandling de trengte for dette.

Flere uttrykte at de skilte seg ut fra andre pasienter fordi de visste hvorfor de var i akuttmottaket. De hadde symptomer som de kunne sette i sammenheng med kreftsykdommen eller behandlingen og noen visste også hva slags behandling de skulle ha. Flere hadde gjentagende innleggelses via akuttmottaket for det samme problemet og de opplevde at de ikke «hørte til» i akuttmottaket. Deres opplevelse av en pasient som hørte til i akuttmottaket var en pasient med et nyoppstått problem for eksempel beinbrudd, blindtarmbetennelse eller traume.

*«Og så er det alle de fantastiske menneskene som jobber der som gjør så godt de kan for de menneskene som trenger å være der, de som må innom den veien da. Som har blitt, som jeg snakket om i stad, akutt skadet, hjertet eller blødninger eller whatever da. De må jo den veien». ... «Men jeg vet at det er ikke riktig for meg. Jeg har ikke noe på det akuttmottaket å gjøre. Jeg bør ikke vente på dr. Svendsen eller Jensen og spørre meg om «hva er det som er galt med deg da»? (Pasient E).*

De opplevde ellers i helsevesenet å være «prioriterte pasienter» for eksempel til blodprøvetaking og undersøkelser. De hadde derfor en forventning om å bli prioritert i akuttmottaket og ikke minst bli skjermet for andre pasienter i forhold til smittefare. Når disse forventningene ikke ble innfridd førte dette til utrygghet og en oppfatning av lav kompetanse hos helsepersonellet. Når deltagerne fikk seng på enerom og ble skjermet fra andre pasienter ga dette en trygghetsfølelse.

*«Jeg er så heldig så jeg skal være såkalt prioritert når jeg kommer både på blodprøver, og det regner jeg vel med at jeg sikkert er der nede og når dem ringer herfra [krefttelefonen]»... «Som en pasient i risikograppa forventer jeg at jeg skal slippe å sitte ute blant alle de menneskene som sitter der inne. Jeg vet ikke hva som feiler dem og det er jo så mye: Ikke skal jeg ha hoste rundt meg og ikke skal jeg ha.. og jeg prøver jo selv å være flink og gå med munnbind ute»...*

*«Jeg er alltid litt engstelig når jeg skal gjennom akuttmottaket. Ikke på grunn av koronaen hele tiden for det er ikke bare den for det er ikke bare den som gjør meg i risikogruppe, det er jo alle slags infeksjonssykdommer. Så jeg er alltid litt engstelig når jeg skal dit. Hvor lenge skal jeg sitte her og hvem får jeg ved siden av meg. Og den mottagelsen du får noen ganger da, liksom ja det er ringt fra kreftavdelingen sånn og sånn og jeg er i risikogruppen.. «Og så? Du får se om du finner deg en plass»» (Pasient D).*

Erfaringer i forhold til smittevern var essensen i mye av det deltagerne fortalte om. Det å sitte på venterommet med flere medpasienter var noe deltagerne bekymret seg for, fordi de ikke visste hva som feilte medpasienten og for at helsepersonellet ikke hadde vurdert smitterisikoen for dem adekvat. Noen opplevde at det ble tatt hensyn til smittevern fra helsepersonellet ved at de fikk stol ute i korridoren istedenfor å sitte inne på venterommet sammen med andre pasienter, andre igjen fikk eget rom og seng ved kapasitet. Deltagere ble trygge når de oppfattet at helsepersonell overholdt smittevern slik deltagerne ønsket det. Deltagerne kjente på motstående problemer ved at det var utrygt å sitte på venterommet med ukjente medpasienter, men utrygt å være helt alene på et rom uten noen rundt seg.

*«Ja, jeg var vel kanskje litt engstelig før jeg kom inn. Da når.. disse her satt på venterommet så tenkte jeg med en gang: «kanskje det var dumt å ikke velge et eget rom, eller egen stol, men det forsvant like fort for alle hadde munnbind på seg og den som ikke tok det over nesa fikk beskjed med en gang å ta det opp og.. det var bare å ha det på. Så jeg følte meg sikker etter hvert. Men det er klart når du kommer inn i et sånt miljø så du vet jo hva koronaen... jeg har jo lite immunforsvar og da.. da blir'n vel kanskje litt.. titter seg litt sånn ekstra rundt og holder seg litt sånn på avstand kanskje» (Pasient H).*

Ved tidligere innleggelse hadde deltagerne opplevd dårlig hygiene og lite renhold mellom pasienter som skulle inn på rom etter hverandre. De var engstelig for å få overført smitte fra omgivelsene og hadde generelt lite tiltro til smitteverntiltak i akuttmottaket.

Deltagerne opplevde at renholdet og smitteverntiltakene var blitt bedre ved siste innleggelse. På grunn av tidligere erfaringen hadde også noen behov for å se at renhold ble gjort og stolte ikke på at det var gjort hvis de ikke så dette selv.

Deltagerne som ble smitteisolert oppfattet at helsepersonellet var veldig påpasselige med å holde dører stengt og bruke smittevernutstyr. Dette ble ansett som positivt.

Smittevernrutiner i forhold til Covid-19 gjorde at deltagerne opplevde å bli flyttet til en smitteavdeling utenfor akuttmottaket for å vente på testresultater av Covid-test. Dette

ble en negativ opplevelse da det kun var for en kort tid, det ble ikke tid til å bygge relasjoner og det var lite helsepersonell tilstede.

*«Også en sånn smitteavdeling. Så jeg lå også der i en fire timer, fire og en halv time, før jeg kom opp hit. For dem måtte ha svar på Covid-testen. Så når jeg fikk den negativ så fikk jeg komme opp på smitterom her. Litt pesete synes jeg. Det blei liksom sånn veldig upersonlig (..) ja (..) det var en sånn derre ekstra slitasje (..) hvis du kan kalle det det. Nye sykepleiere for (..) som du skal da ha bare i noen få timer og venne deg til og nytt rom da og...Ja (..) Nei, det.. Jeg hadde nok heller ligget på det første rommet til jeg kom hit hvis jeg kunne valgt» (Pasient B).*

Essensen av erfaringene i akuttmottaket gjaldt også pårørende. Deltagerne ønsket å ha med pårørende inn i akuttmottak, men kunne ikke dette på grunn av restriksjoner i forhold til Covid-19 pandemien. De opplevde det å ha med pårørende som en trygghet. Opplevelsen av pårørende som en trygghet hadde flere aspekter. Noen hadde vansker med å bevege seg og ønsket pårørende som en fysisk støtte for å komme inn i akuttmottaket. Andre ønsket en å samtale med mens de ventet på det som skulle skje i akuttmottaket, både om trygge private ting, men også om hendelser som de opplevde der og da. Deltagerne ønsket også å ha med seg noen for å få hjelp til å huske spørsmål de skulle stille eller temaer de skulle ta opp. Deltagerne var bekymret for å ikke få med seg beskjeder som ble gitt om behandling og resultater av undersøkelser og så på pårørende som en mulighet til å huske denne informasjonen når deltageren selv var for medtatt til å klare det. Deltagerne brukte også pårørende som sparringspartnere i forhold til hva de skulle si til helsepersonellet eller hva de skulle spørre om for å bruke rett ordlyd og for å få frem budskapet.

*«Det er tryggheten. Det er jo mye tryggere når du har en du kan prate med, som du er trygg på og som du veit du kan si alt til og spørre om og (..) liksom (..) du (..) det du glemmer å si selv husker kanskje den som er med deg. Det du skal spørre om eller si eller hva det nå måtte være, så det er en slags sparringspartner på den måten der. Det er (..) det synes jeg er veldig trygt og godt å ha når du kommer inn. For jeg er en litt distre og glømsk type så det jeg skulle spurt om det glemmer jeg som regel og det jeg får beskjed om glemmer jeg også så (..) sånn er det jo» (Pasient B).*

## 5.2.2 Omsorg, gode holdninger og høflighet gir trygghet

Trygghet ble også skapt i møte med helsepersonell. Det å vite hvem man pratet med og hva de het skapte spesiell trygghet og tillit. Høflighet, holdninger og omsorg var essensen i mange av møtene med helsepersonellet.

God omsorg var viktig for den totale opplevelsen av opphold i akuttmottak. Den generelle opplevelsen var at omsorgen i akuttmottaket var god, og det ble eksplisitt uttrykt at god omsorg var viktig for opplevelse av trygghet. Opplevelsen av omsorg var relatert til helsepersonellens tilstedeværelse og de fysiske tingene de gjorde for å lette pasientens byrder som for eksempel å tilby mat og drikke.

Helsepersonellet var med på å skape trygghet blant annet ved å være tilstede hos pasientene. Sykepleierne skapte trygghet ved å være inne hos deltagere, undersøke deltagernes tilstand og ved å vise medmenneskelighet. Fra deltagere ble det gitt uttrykk for forståelse for at det var stressende i akuttmottaket og derfor betydde det mye bare at noen stakk hodet innom. Det å ha noen hos seg nesten hele tiden var svært trygt.

*«Så det er viktig at man stikker innom. At sykepleierne er innom og spør hvordan går det med deg og «går det bra»? Og den følelsen av at du har den tryggheten rundt deg når du er der» (Pasient B).*

I motsatt fall førte liten tilstedeværelse av sykepleier og lege til at deltagerne følte uro fordi de ble liggende alene med symptomer, tanker og spørsmål.

*«Jo du er jo syk når du først kommer inn også (..) du blir jo liggende og (..) når legen kommer fort og får forklart deg ting og begynner å se på deg og å ta prøver av deg og sånn ting så føler du deg jo ivaretatt veldig fort og du senker liksom skuldrene litt og forhåpentligvis går jo stressnivået litt ned og enn hvis du skal ligge og vente og fundere og tenke. Jeg tror jo at det psykososiale har littegrann å si med hvor dårlig du føler deg» (Pasient B).*

Noen deltagere kjente igjen helsepersonell i akuttmottaket fra tidligere innleggelse og dette ble stort sett tolket positivt. Å kjenne helsepersonell fra privat sammenheng ble oppfattet både positivt og negativ, avhengig om det var en profesjonell eller familiær relasjon. Deltagerne følte trygghet når de oppfattet at helsepersonellet gjenkjente og anerkjente symptomer og sykdomsbildet de hadde. Dette skapte stor tillitt, særlig hvis de i tillegg hadde kunnskap om behandling.

*«Og i løpet av den kvelden og natta der da så kom det en kvinnelig doktor eller lege som kjente meg igjen fra noen dager i forveien som da kunne ta tak i det og etter da så begynte prosessen å rulle litt» (Pasient E).*

Deltagerne opplevde forskjellige symptomer i akuttmottaket. Smerte og kvalme var vanlig, men også generelt ubehag på grunn av tilstander som feber og dyspné forekom. Deltagerne var fysisk syke og noen opplevde sterke symptomer og følelse av sykdom, mens andre følte seg ganske friske og våkne.

*«Egentlig hadde jeg ikke forventet noen ting for jeg var så svimmel og så kvalm og så utslitt. Så jeg håpet bare på å komme inn, bli tatt hånd om.. og det ble jeg jo og det gikk jo sånn som... jeg hadde vel ingen forventninger, hadde ikke noe i hodet tror jeg. Jeg tror det var så ganske tomt og innstilt på meg sjøl» (Pasient H).*

Noen deltagere følte ikke at helsepersonellet anerkjente symptomer og dette skapte utrygghet og frustrasjon. Dette økte sykdomsfølelsen når de kom til akuttmottaket. Dette bunnet i eget og helsepersonells fokus på symptomer, men også ventetid og ubehag ved gjennomføring av undersøkelser.

*«For du blir ikke frisk av å være på akuttmottaket hvis du er dårlig når du kommer. Da blir du dårligere» (Pasient E).*

Det varierte hvordan deltagerne oppfattet helsepersonellens høflighet. Noen opplevde at ingen i akuttmottaket presenterte seg eller sa hvilken faggruppe de tilhørte. De forsto hvilken faggruppe helsepersonellet tilhørte ut i fra temaer de snakket eller måten de stilte spørsmål på. Andre opplevde at helsepersonellet presenterte seg, men at de selv glemte både navn og tittel i etterkant. Sykepleiere var jevnt over flinkere til å presentere seg enn leger.

*«Dem presenterer seg og sier navnet. Jeg husker ikke det. Det kommer jeg aldri til å huske heller, men dem er veldig hyggelige og dem sa sikkert hva dem var for noe også, men det husker jeg ikke» (Pasient B).*

Det kunne være vanskelig å se forskjell på helsepersonellet på grunn av hvit uniform og smittevernutstyr. Deltagerne hadde ikke kapasitet nok på grunn av sykdom, til å huske helsepersonellet fra hverandre. Det at helsepersonellet ikke presenterte seg eller at deltageren glemte navnene fikk konsekvenser i forhold til at det ble vanskeligere å få tak i riktig sykepleier som blant annet kunne gi smertestillende.

Deltagerne opplevde at helsepersonellet i akuttmottaket prøvde å gjøre sitt beste og at alle prøvde å hjelpe og å yte den beste servicen de kunne for pasientene.

Helsepersonellet møtte stort sett pasientene med respekt og positive superlativer som ble brukt var blant annet søte, snille og flinke. Flere av deltagerne anga at de ble tatt imot på den måten de forventet å bli mottatt, i positiv forstand. Små handlinger skapte trygghet:

*«Og han var veldig hyggelig og fulgte meg helt inn til undersøkelsesrommet der nede. Så han var veldig blid og hyggelig og fortalte hvor han skulle gå hen og bar veske mi og» (Pasient H).*

Deltagerne oppfattet ofte at helsepersonellet var lette å prate med og det var flere som brukte humor og vitser i kommunikasjonen. Dette var med på å løse opp en trykket stemning og å få deltagerne til å glemme plager, uro og ventetid. God kommunikasjon skapte trygghet.

*«Hva jeg husker best? Det jeg husker best er jo liksom de hyggelige tingene. Det er jo en del vitsemakere der og jeg setter jo litt pris på at folk har litt humor og har litt (...) er litt blide da og lette og prate med. Det har jo vært en del sånne episoder som har løsnet litt opp på trykket og stemningen. Jeg synes ikke det gjør noe, men der er vi jo veldig forskjellige så man skal jo være litt forsiktig med hvordan man er og se an folk, men jeg er jo en person som heller liker det at, gjerne vær litt en fleip, det gjør ikke noe for meg. Det bare muntrer opp stemningen» (Pasient B).*

Non-verbal kommunikasjon var også med på å skape trygghet. På grunn av Covid-19 pandemien opplevde deltagerne utstrakt bruk av munnbind i akuttmottaket. Men på tross av bruk av munnbind som skjulte det meste av ansiktet anga en deltager at helsepersonellet smilte slik med øynene at det var lett å merke det blide humøret og stemningen på tross av heldekkende smittevernustyr.

Deltagerne opplevde også negative holdninger og negativ kommunikasjon i akuttmottaket. Dette førte til mindre tillitt til kompetansen hos helsepersonellet på tross av at dette var faglig begrunnet. Deltager fikk større tillitt til ufaglært personell fordi deres meninger sammenfalt med deltagers egen oppfatning.

Omsorg ble også opplevd som en vilje til å finne løsninger og svar på problemer og spørsmål. Sykepleierne svarte ofte godt, men hvis de ikke hadde svar så gikk de for å hente svar hos en lege eller andre kollegaer.

### 5.2.3 Behovet for å gi og få informasjon

Informasjon var et stort tema blant deltagerne og med motstridende synspunkter. Opplevelsen av behov for mengde informasjon var forskjellig fra deltager til deltager. Flere mente at de fikk altfor lite informasjon, mens andre opplevde at de fikk nok informasjon og den informasjonen de forventet seg. De som opplevde at de fikk nok



informasjon var svært fornøyde, mens de som savnet informasjon var mindre fornøyde med oppholdet i akuttmottaket.

*«[Hva er det viktigste for deg?] Tja.. si det. Nok en gang informasjon. Det er det viktigste for meg.. sånn.. mer altså.. For du er ganske uvitende når du kommer inn. Skal jeg bli her, skal jeg ikke bli her. For det kunne legen sagt noe liksom om. Hun tok jo noen tester og sånn.. prøver.. nei, det er den informasjonen.. den informasjonen» (Pasient G).*

Å få informasjon skapte forutsigbarhet og trygghet hos deltagerne. Det å få informasjon og å vite hva de ventet på gjorde ventetiden tålbar og enklere. Inntil et punkt virket det om deltagerne hadde mye større tålmodighet når det gjaldt å vente på undersøkelser og leger hvis de visste hva de ventet på og hvorfor de ventet.

*«Jeg får beskjed om man for eksempel på blodprøvesvar, om vi venter på at vi skal ta en CT eller MR eller hva det nå måtte være. Ja jeg har jo tatt det meste av det. Også vanlig bilde av brystet for eksempel så (..) Nei, dem er alltid innom og sier at nå venter vi på tid til CT'en eller «vi må bare avklare svar på de blodprøvene der eller» Ja da jeg får informasjon om det» (Pasient B).*

Deltagerne ønsket seg informasjon om hva som skulle skje i akuttmottaket slik at de visste hva de kunne forvente og helst når de kunne forvente det. De ønsket seg informasjon om hvilke undersøkelser som skulle gjøres, hvordan de ble utført, hvor lang tid det ville ta og hva deltagerne ventet på. Deltagerne opplevde denne informasjonen som spesielt viktig fordi undersøkelsene var ukjente for dem og de var bekymret for at de kunne være smertefulle. Mangel på denne informasjonen kunne skape redsel og utrygghet.

*«Ja. Du aner ikke. Da kommer de med apparater og du skal undersøkes og ditt og datt. Det er jo ikke mye, men det er jo blodtrykk og alt sånn og.. Men sånn informasjon er viktig: «nå skal vi gjøre det, fordi..» og derfor atte sånn og sånn..» (Pasient C).*

De ønsket å oppleve forutsigbarhet, men for mange var det lite forutsigbarhet i akuttmottaket. De savnet informasjon om hva neste trinn i forløpet var, hvilke lege de skulle treffe og hva de skulle prate om.

*«Du veit jo ingen ting. Hva er prosedyren videre liksom. Jeg ligger der og venter og venter og venter og du aner ikke hva som skal skje. Så forutsigbarheten er jo null sånn sett» (Pasient G).*

Noen hadde opplevd forløpet i akuttmottaket tidligere på grunn av gjentatte innleggelser, men disse savnet også informasjon om hva de ventet på tross av at de kjente

hovedtrekkene i prosessen. En av deltagerne erfarte at helsepersonellet glemte å gi informasjon fordi prosessen var så kjent for de som arbeidet i akuttmottaket at de ikke så informasjonsbehovet hos pasientene.

Noen ganger hadde ikke helsepersonellet informasjonen (for eksempel om tidspunktet når en bildediagnostikk-undersøkelse skulle gjennomføres), men da ga de hyppig informasjon om at de ventet og at de purret i ventetiden. Når helsepersonellet i motsatt fall ikke kom hyppig innom og deltagerne ble liggende alene og vente så skapte dette uro.

*«Tryggheten er jo det at det er fagpersonell rundt deg hele tiden. Så det er viktig med det at man stikker innom. At sykepleierne er innom og spør hvordan går det med deg og går det bra? Og den følelsen av at du har den tryggheten rundt deg når du er der. For går det for lang tid mellom noen er inne så blir du... blir jo kanskje litt urolig. Sånn følelse jeg har i hvert fall. Jeg kan jo bare prate for meg sjøl. Så... Ja, jeg tror det derre medmenneskelige og bare det å komme innom har mye å si hvis man har tid til det, jeg skjønner jo at det er stressende på et akuttmottak, men har man tid så, bare stikke hodet inn har mye å si det» (Pasient B).*

Det ble også uttrykket savn etter informasjon om hva som skulle skje etter akuttmottaket. Noen fikk ikke informasjon om at de skulle legges inn, men ble plutselig hentet av en portør som kjørte dem videre til neste avdeling. En ble transportert til en kohort-avdeling for Covid-19 i påvente av prøvesvar, men fikk lite informasjon om dette og opplevelsen ble negativ fordi han følte at han bare ble liggende uten å vite hva han ventet på eller hvor lenge han skulle ligge der.

Selv om flere deltagere snakket om mangel på informasjon var det også deltagere som opplevde at de ble slitne av for mye informasjon. De var syke og medtatte og ble slitne av å måtte ta inn for mye informasjon. Deltagerne måtte også selv gi ut en del informasjon om sin egen kreftsykdom, behandling og annen medisinerings. Flere opplevde at de måtte gi den samme informasjonen om sin egen helsetilstand først til sykepleiere og deretter til leger. Hvis mottagende lege var fra akuttmottaket måtte det gjerne komme andre leger å gjøre en ekstra vurdering slik at sykehistorien og symptomene måtte gjentas ytterligere. Dette ble opplevd som veldig frustrerende, slitsomt og utmattende. Flere opplevde at de slapp å gjøre dette ved siste innleggelse, særlig når det var en onkolog som tok imot dem. Det ble gitt uttrykk for at de hadde vært bekymret for å oppleve dette før de ankom akuttmottaket.

*«En blir jo veldig sliten av for mye informasjon.. av.. atte.. men nå synes jeg det fungerte greit for det var ikke så mange mellomledd. For det er det som er*

*skrekken at du skal treffe så mye mennesker og gjenta deg selv hele tiden på hva som egentlig feiler deg. Hvorfor skal du hit liksom og..» .... «Så jeg behøvde ikke forklare en hel masse. Og det er jo det som er litt deilig at du slipper å gjenta deg selv hele tiden med hva som feiler deg... Det blir litt slitsomt i lengden liksom.» (Pasient H).*

#### 5.2.4 Profesjoner og kompetanse

Kompetanse hos helsepersonellet i akuttmottak var et stort tema som det var knyttet både trygghet og usikkerhet til. Generelt ble kompetansen i akuttmottaket sett på som god, spesielt på infeksjonssykdommer. Opplevelsen av kompetanse hos helsepersonellet var svært viktig for opplevelsen av oppholdet i akuttmottaket. God kompetanse hos helsepersonellet ga en god opplevelse av oppholdet i akuttmottaket.

*«Jeg føler at kompetansen er høy hos de fleste, men jeg antar jo at det er som alle andre steder at det er forskjeller, men det jeg føler er at det er høy kompetanse» (Pasient B).*

Deltagerne hadde stort sett tillitt til helsepersonellets kompetanse i akuttmottaket, men var ikke alltid enige i vurderinger som ble gjort eller undersøkelser som ble utført. Av respekt for helsepersonellet turte de ikke si ifra.

*«Nei jeg var nesten 100% sikker på at jeg ikke hadde det, men... Ja.... Det er liksom sånn som du ikke utdyper så mye ovenfor dem som du føler er deg overlegne sånn... Sånn arbeidsmessig når det gjelder det faget eller yrkesmessig. Jeg kan jo liksom ikke sette meg opp og si sånn «nei hør her: Du bør ikke ta den testen. Jeg har ikke det.» Det blir liksom... Men dem var veldig veldig på alerten der og stengte dører og lukket luker. Men det var jo ikke noe da..» (Pasient F).*

Møte med legen ble ansett som den viktigste hendelsen under oppholdet i akuttmottaket og var nøkkelen til hva som skulle skje videre. Legene bestemte hvilke undersøkelser deltagerne ble sendt på eller om de ble lagt inn eller skulle sendes hjem. Deltagerne møtte enten lege som hadde sitt daglige virke i akuttmottaket eller lege fra onkologisk avdeling. Deltagere følte seg trygge og godt ivaretatt når det kom en lege som skulle gjøre undersøkelser.

Deltagerne opplevde forskjellig kompetanse hos onkolog og lege fra akuttmottaket. Det var stor tiltro til onkologer og den spisskompetansen de hadde på kreftsykdom. Deltagerne oppga at de visste onkologene hadde rett ekspertise for deres problem, mens legene i akuttmottaket hadde kompetanse på armbrudd, blindtarmbetennelse og andre

akutte tilstander. Det ble uttrykt forståelse for at leger i akuttmottak ikke var spesialister på kreft og at ikke dette ble forventet av dem. Legene fra akuttmottaket ble av flere omtalt som hyggelige og forståelsesfulle med fine personlige egenskaper, men på grunn av kompetansen ville de fleste snakke med en onkolog.

*«Det er legene [i akuttmottak]. Ja. Ja. Det blir ikke gjort noe videre. Enten det eller så blir jeg sendt hit og dit på en masse ting som ikke har noe med saken å gjøre. Jeg skjønner jo at de skal lære, men de behøver ikke akkurat å leke med oss. En blindtarm kan de ordne med og sånne ting, men.. Jeg vet jo hvorfor jeg kommer inn og jeg vet jo at jeg havner her oppe. Og her er det tryggheten selv» (Pasient D).*

Det var varierende tillit til legene i akuttmottaket og legene ble flere ganger omtalt som turnusleger og som «små verdensmestere» fordi de ikke hadde spisskompetanse på kreft og på grunn av personlig oppførsel. Deltagerne var svært skeptiske når legene i akuttmottaket ønsket å forandre medisinerings og lignende på tross av at de manglet spesialkompetanse på kreftsykdommer. Noen ga også uttrykk for at de trodde legene i akuttmottaket var studenter, under utdanning eller uerfarne. Hvilken lege som tok imot deltagerne hadde mye å si for trygghetsfølelsen:

*«Jeg ville vel følt... Sånn som nå så var det veldig trygt når de tilkalte en onkolog, men de andre gangene når det bare er en turnuskandidat er jeg ikke trygg altså. Det er klart på et armbrudd, på en helt vanlig ting så blir det noe helt annet, men når det er så spesifikt som det her sånn så... da er jeg ikke trygg» (Pasient D).*

Deltagerne opplevde at onkologene var mer effektive i prosessen med å få lagt inn deltagerne, de hadde ikke alltid behov for å vente på alle prøvesvar og sendte deltagerne til avdeling før all bildediagnostikk var utført. De kunne også gi rask informasjon om det ble innleggelse og om hva som var planen videre, ikke bare de neste timene, men også de neste dagene.

*«Men han [onkologen] var veldig veldig hyggelig. Og fortalte meg at da ville jeg bli lagt inn så skulle finne ut av hvorfor det var sånn. At jeg var sånn som jeg var. Og da ble jeg etter hvert kjørt opp her.. og.. føler meg... har følt meg veldig trygg siden jeg kom inn døra nede» (Pasient H).*

Ifølge deltagerne bestilte leger fra akuttmottaket flere undersøkelser enn onkolog på grunn av rutine. Legene hadde teorier som de ønsket å teste ut på tross av at deltageren hadde egen formening om hva som var problemet og løsningen. Legene måtte også av og til konferere med andre leger for å få en ny vurdering og noen opplevde at det var

uenighet eller usikkerhet om diagnose. Dette innebar at flere leger kom for å gjøre undersøkelser, noe som både var slitsomt og smertefullt for deltageren.

*«Ja altså, de kommer jo ikke med noe konkret når du er der nede for dem tenker at dem skal tenke og det er ikke måte på hva dem skal ha av utredelser, men det blir ikke gjort noe. Det er bare snakk» (Pasient D).*

En deltager trakk også fram vaktskiftet hos legene som en utfordring fordi da kom det nye leger på som måtte gjøre egne undersøkelser som igjen ga økende smerter og ubehag.

*«Og så kommer det en ny doktor bort til meg så sier han det: «Jeg hører du har vondt i magen, hva er problemet med deg?» Så forklarer du det, så er det vaktskifte, for det rekker ikke skje noe i mellomtiden. Så kommer det en ny lege, du bare ligger der i mellomtiden og skriker av smerter og så «Jeg hører du har vondt i magen, hva er det for noe med deg?» ...«Leger skal liksom danne seg et bilde de også, så det skjønner jeg jo. Men derfor er det feil for meg å komme dit [akuttmottaket]. Jeg trenger det lille overskuddet, hvis jeg har noe i det hele tatt, til noen som skal klemme på meg som er der for å fikse det der og da» (Pasient E).*

Det var ikke alltid det ble ansett som positivt å bli tatt imot av onkolog. En deltager som ble tatt imot av onkolog i akuttmottaket hadde et problem som egentlig hørte under en annen spesialitet, men som var et resultat av kreftsykdommen. Denne deltageren ble lagt opp på avdeling raskt, men måtte vente flere timer på bildediagnostikk og diagnostisering. Denne deltageren erkjente at onkologen manglet kompetanse på denne tilstanden.

Det at legene tok seg god tid når de kom på tilsyn var viktig for deltagerne. Ved tilsyn hadde deltagerne en forventning om å få mange spørsmål av legen og deretter informasjon om hva som skulle skje videre. Hvis dette ikke ble møtt, skapte dette irritasjon. De som fikk god informasjon om plan videre av legen var svært fornøyde. Dette gjaldt spesielt de som fikk informasjon av onkolog fordi de hadde mulighet til å gi mer spesifisert informasjon om behandlingen videre.

Det at legen virket forberedt var viktig for deltagerne. Det å slippe og gjenta egen historie og symptomer var tillitsvekkende og betryggende. Flere hadde mer enn en innleggelse for tilnærmet samme problemstilling og opplevde derfor forberedthet som svært viktig for å slippe å gjenta sykehistorie og symptomer. Flere opplevde at lege ikke virket forberedte. De opplevde å måtte fortelle sykehistorie på nytt hver gang de kom til akuttmottaket og opplevde å få lite forståelse for symptomer og treg diagnostisering.

Men deltagere uttrykte også at de ikke kunne forvente at legene i akuttmottak kunne alt om dem.

*«For jeg fikk jo inntrykk av at han visste en del om mine problemer når han kom. Så jeg tror nok at han hadde vært gjennom journalen. Det føltes litt trygt synes jeg. Jeg behøvde ikke sitte og fortelle... Veldig ofte sånn så må du gjenta og gjenta for så en person, så kommer en annen og så.. må du gjenta hele tiden hva det egentlig feiler deg da eller hva bakgrunnen kan være og.. det kan bli en lang historie. Så det var veldig godt at han visste litt på forhånd hva jeg kom til» (Pasient H).*

### 5.2.5 Møte med sykepleiere

De første som undersøkte deltagerne fysisk var sykepleierne. Deltagerne ble hentet inn fra venterom til et undersøkelsesrom eller undersøkelsen ble utført inne på rommet der pasienten hadde fått seng.

Kompetanse på kreft hos sykepleierne var varierende. Deltagerne opplevde at sykepleierne som hadde god kompetanse hadde kjennskap til symptomer, bivirkning og problemstillinger i forhold til kreftbehandling. De hadde også lest seg opp i journal og sjekket sykehistorie. Når deltagerne oppfattet at sykepleiere hadde spesialkompetanse på kreft var dette svært trygghetsskapende. Det at sykepleieren også kontaktet onkolog bidro ytterligere til å skape trygghet.

Deltagere trakk frem kompetansen på prosedyrer som bruk av Picc Line og VAP som manglende hos sykepleierne. Denne manglende kompetansen skapte ubehag for deltagerne og kunne skape forsinkelse i undersøkelser og behandling.

*«Natt til tirsdag da jeg kom inn her var det jo fullt kjørt i fra klokka var halv fem om morgenen. Og da var det jo sprøyter her og sprøyter der. Og så sier jeg «jeg har jo fått sånn Picc line. Hvorfor bruker de ikke det?» Nei det var det ingen som visste hvordan skulle brukes. Nei vel sa jeg. Lurte på når jeg har sette inn. «Jeg var inne om fredagen» sa jeg. Så det hadde jo vært en lettelse da istedenfor alle de nålestikkene, for det har blitt en del av gjennom tiden. Men.. Men dem gjorde vel så godt dem kunne. Dem sa oppriktig ærlig at dem ikke hadde vært borti det før så. Det er vel ikke alle som.. akkurat den dreneringen her (drar i Picc line) er det ikke alle som har vært borti. Det var ingen i (nevner navn på kommune) som hadde vært borti det før» (Pasient F).*

Det skapte usikkerhet hos deltagerne når sykepleieren ble oppfattet å ikke være forberedte. Når kunnskapen hos sykepleierne ikke sto til forventningene ble deltagerne utrygge.

*«Det virket noen ganger lite.. altså dem spurte meg om ting som jeg synes var helt innlysende hvorfor dem spurte om. Dem har vel en journal tenker jeg liksom sånn «når tok du de smertestillende, dem sette på plasteret, når gjorde du det, når gjorde du det?» Jeg husker ikke sånt vet du. I hvert fall ikke når du er drittdårlig. Og da tenkte jeg har de ikke greie på det liksom? Men det forsto jeg jo i etterhånd at noe av dette her var hjemmesykepleien i (nevner navnet på kommune) som håndterte som ikke dem fikk tilgang til med en gang eller»...*  
*«Ellers så var det mye på sykepleier som skulle utføre og lurte på hvor mye tabletter jeg hadde fått og. Dem var jo ikke klar over at jeg hadde smertepaster på ryggen eller kvalmeplaster» (Pasient F).*

Men på tross av manglende kompetanse uttrykte deltagerne at de satte pris på at sykepleierne bekjentgjorde områdene de hadde kompetansebrister på. Dette kunne øke tilliten til sykepleierne igjen.

De fleste av deltagerne opplevde smerte og andre symptomer på sykdom da de kom til akuttmottaket. De fikk smertelindring, men måtte etterspørre dette selv og fikk svake smertestillende fra sykepleierne. Hvis de trengte sterkere smertestillende var det en viss motstand de måtte overvinne for å få dette fordi sykepleierne måtte ha forordning av lege.

*«Ja. Du må be pent da. Så må dem høre med deg og så må dem se om du tåler en Panodil eller sånn da. Så da får du det da. Ja... Så har jeg bedt om en Tramadol og litt sånn småtterier etter det, da må vi gjennom hele kartoteket og spørre litt forskjellige. Men det er jo fordi når det står på som verst så er jo bare det som sukkertøy liksom» (Pasient E).*

### 5.3 Akuttmottak som en omvei på vei mot behandling

Deltagerne refererte til akuttmottaket som en sluse for innleggelse på sykehuset. Begrepet «sluse» ble brukt fordi de følte at behandlingen var standardisert, delvis unødvendig og upersonlig. Flere uttrykte at undersøkelsene som ble gjort i akuttmottaket kunne vært gjort andre steder og omtalte akuttmottaket som en «omvei»

for innleggelse. Flere av deltagerne forsto ikke hvorfor alle undersøkelsene skulle gjennomføres og trodde ikke det hadde noe effekt på utfallet de forventet.

*«Jeg har forventninger om å bli tatt godt hånd om, men jeg vet det at når jeg kommer dit så blir jeg tatt godt hånd om. Misforstå meg rett. Men jeg vet at det er ikke riktig for meg. Jeg har ikke noe på det akuttmottaket å gjøre. Jeg bør ikke vente på dr. Svendsen eller Jensen og spørre meg om «hva er det som er galt med deg da»? Jo det som er galt med meg er at jeg har kreft, jeg er operert seks ganger i det området her (peker på magen) og jeg vet at hvis jeg ikke får gjort noe med det så kan det gå galt. Du skal slippe den prosessen her da. Men.. Så for meg er akuttmottaket egentlig en stor omvei. Så blir'n gjerne liggende en halv dag eller dag før man kommer videre dit du da trenger for å komme for å bli bedre» .... «For du blir ikke frisk av å være på akuttmottaket hvis du er dårlig når du kommer. Da blir du dårligere» (Pasient E).*

Deltagerne hadde vært i kontakt med krefttelefonen på forhånd og blitt bedt om å komme til akuttmottaket for å vurdere innleggelse. Deltagerne oppfattet det som sannsynlig at de skulle legges inn og at de skulle få den behandlingen de trengte på kreftavdelingen. De anså det som lite sannsynlig at undersøkelser som ble gjort i akuttmottaket skulle forandre på det at de skulle legges inn. De oppfattet ikke at oppholdet i akuttmottaket gjorde noe positivt for at de skulle bli bedre, heller at det gjorde dem verre.

*«Det har liksom ikke vært min avdeling. Det er veldig bra at jeg kommer inn synes jeg, men... Men... Jeg føler meg ikke hjemme der... Sånt mellomsted ja» (Pasient F).*

*«Jeg skjønner jo at man må igjennom et mottak, men nå jeg nå har hatt tre innleggelser kort tid etter hverandre. Så hadde jeg kanskje trodd at jeg bare kunne ringe hit opp. For det de gjør der nede kan dem like gjerne gjøre her på avdelingen» (Pasient D).*

Deltagerne var også tydelig på at deres symptombylde ble prioritert ned i akuttmottaket. Akuttmottaket ble sett på som et sted der pasienter som hadde en akutt hendelse og var i behov av spesialisthelsetjenestekompetanse blå håndtert. Det ble uttrykt forståelse og en positiv holdning for at akutt kritisk syke ble prioritert, men deltagerne mente samtidig at akuttmottaket ikke var et sted for kreftpasienter når de måtte ha repeterende innleggelser for sin kreftsykdom. Deltagerne hadde en forståelse av utfallet, de ville bli lagt inn, men fikk en ekstra lang prosess i akuttmottaket fordi de ble prioritert ned til fordel for andre pasienter.



*«Da var det så travelt at dem var inne hos meg ørten gagnar for å undersøke, men så måtte dem stikke av gårde igjen fordi det var akutt og så... Da kom jeg tidlig på morgenen og fikk et rom her oppe midt på natta»...«Så da var jeg.. da tror jeg ikke at jeg lyver hvis jeg sier at legen var inne hos meg 4 eller 5 ganger og måtte løpe igjen uten at dem fikk utredet meg. Så det var frustrerende» (Pasient C).*

De uttrykte en følelse av «å ikke høre til» i akuttmottaket og ønsket å slippe forløpet der så andre kunne få rommet og sengen de opptok. De uttrykte også en uro over at det ikke ble oppfattet at de selv være svært syke selv om symptomene ikke var nyoppståtte akutte. Flere av deltagerne var slitne etter mye kontakt med andre deler av helsevesenet for behandling av kreftsykdommen sin og så på akuttmottaket som en unødvendig tilleggsbelastning.

*«Du kan si at på... det er ikke akutten du har lyst til å ligge lenge på for det er litt upersonlig der og ja, du føler jo at du er litt... ja jeg vet ikke helt hva jeg skal si jeg... du føler deg veldig syk når du kommer inn på akutt.. det.. så.. Men jeg føler også at jeg ble veldig godt ivaretatt. Tatt vare på» (Pasient B).*

Deltagerne mente at behovet for kompetanse blant legene var forskjellig om det var første gang man kom inn som pasient, enn om man kom gjentatte ganger. Deltagerne uttrykte forståelse for at hvis det var første gang man kom inn i akuttmottaket etter å ha fått en kreftsykdom så kunne man ikke forvente at forløpet skulle gå fort og smidig, men de ønsket at når de kom igjen gang etter gang at de ville bli «kjent igjen» og slippe å gå igjennom deler av forløpet.

*«Første gang du kommer inn ei dør så kan du [helsepersonell] ikke vite hvem som kommer inn og da må du jo kartlegge og da må du jo begynne på scratch. Det er det jeg mener. Det er der forskjellen er. Om du har vært igjennom den [prosessen] en gang så skal du slippe å gjøre det samme tiende gangen» (Pasient E).*

Noen deltagere ønsket å bli tatt imot direkte på kreftavdelingen fordi de mente at kompetansen på deres problemer og symptomer var høyere på kreftavdelingen. Men andre igjen tvilte på at effektiviteten og kapasiteten til sykepleierne på avdeling ville være like høy og mente derfor det var naturlig å skulle tas imot i akuttmottaket.

*«Det er (..) Kan man komme rett opp hit så er det sikkert det beste, men jeg har forståelse for at man må innom akuttmottaket for å få ta forberedende tester og prøver og sånn. Jeg ser jo på det som naturlig. Jeg ville heller sett det som unaturlig om jeg skulle komme rett opp hit. Ikke bare for min egen del, men også for alle rundt meg her og (..) jeg tror, jeg tror (..) det hadde blitt for mye for dem*

*her opp om dem skulle kjørt akuttmottak her oppe i tillegg til den vanlige sengeposten. Det hadde blitt vanskelig. Jeg har forståelse for at dem har et eget... for at du må innom der og bli klargjort for hvor du skal etterpå» (Pasient B).*

## 6.0 Diskusjon

Pasienttilfredshet er en viktig indikator for kvalitet i akuttmottak. For å skape kreftpasienters helsetjeneste er det viktig å lytte til de som eier opplevelsen og som kan sette søkelys på problemområder som kanskje ikke oppfattes av ansatte i helsevesenet (Omsorgsdepartementet, 2018). Målet med denne studien var nettopp å gi kreftpasientene en mulighet til å uttrykke sine tanker og meninger rundt egne opphold i akuttmottaket. Studien viste at opplevelsen av opphold i akuttmottak var sammensatt av en opplevelse av å være på samleband, opplevelse av trygghet og en opplevelse av akuttmottaket som en omvei til behandling.

### 6.1 Å være på samleband i akuttmottaket

Denne studien viste at deltagerne følte at de var på et samleband i akuttmottaket. Forløpet var standardisert og opplevdes tilnærmet likt ved hver innleggelse med samme undersøkelser og samme behandling. Kreftpasienters vei til innleggelse på sykehus går gjennom et akuttmottak som er utformet for å ta imot akutt kritisk syke pasienter. Behandling av pasienter i norske akuttmottak tar ofte utgangspunkt i mistenkt diagnose og er strukturert for å være effektiv slik at pasienter skal få forsvarlig helsehjelp når de trengte det (Helsedirektoratet, 2014b). Statens helsetilsyn avdekket i 2007 strukturelle mangler ved flere av landets største akuttmottak som truet pasientsikkerheten. Tilsynet avdekket at akuttmottak manglet struktur i forhold til pasientmottak -overvåkning og -behandling. (Helsetilsynet, 2008). Dette resulterte i en innføring av triagesystemer og andre strukturer som skulle gjøre pasientsikkerheten bedre slik at det ble sikret forsvarlig utredning, overvåkning og behandling av alle typer pasienter som kom til akuttmottak. For å unngå uforsvarlig behandling ved stor pasienttilstrømning har akuttmottaket blitt sterkt prosedyrestyrt og strømlinjeformet (Helsedirektoratet, 2014b).

Studien viste at strukturen i akuttmottaket ble oppfattet som unødvendig for deltagerne som kom med samme problemstilling gjentatte ganger. Triagesystem ble utviklet for at pasienter med livstruende tilstander skulle bli oppdaget og prioritert når kapasiteten på pasientmottak ble overskredet. Denne struktureringen førte til en standardisering av utredning og behandling i akuttmottak. Dette kan være et gode for å sikre pasientsikkerhet, men kan være opphavet til følelsen av «å være på samleband» i akuttmottaket når kreftpasientene følte seg nedprioritert (Engebretsen et al., 2013). Det studerte akuttmottak var også et høyteknologisk sted der det foregikk mange

undersøkelser og mye behandling med mye teknisk utstyr. Dette kan øke inntrykket av at det var et upersonlig sted som igjen kan øke opplevelsen av å være på samleband. For å opprettholde pasientsikkerheten var strukturer og teknologi nødvendig selv om det oppfattes som et onde (Helsedirektoratet, 2014b). Å være oppmerksom på hvordan strukturen i akuttmottak ble oppfattet av kreftpasienter kan være viktig for å utvikle informasjon som kan gjøre forløpet mer forståelig og lettere å håndtere.

### 6.1.1 Effektivitet og ventetid

Denne studien viste at forløpet i akuttmottaket opplevdes som om det var effektivisert til å ligne et samleband, hendelsene kom i en kronologisk rekkefølge som det sjelden ble avveket fra. Men dette kunne også gjøre at det ble lite effektivitet i akuttmottaket fordi deltagerne måtte vente mye både på tilsyn og undersøkelser. Effektiviteten varierte på forskjellig tider av døgnet. Deltagerne hadde også forskjellige holdninger til det å vente, noen hadde en avventende holdning, andre ble frustrerte. Forventningene til effektiviteten i akuttmottaket var lav. Akuttmottak har utfordringer med at det periodevis er stor pasienttilstrømning. For å sikre forsvarlig helsehjelp er det et mål at forløpet i et akuttmottak er effektivt (Helsetilsynet, 2008). Spesialisthelsetjenesten har plikt til å utøve forsvarlig helsehjelp, jmfør § 2-2, og plikt til å ta imot og behandle alle pasienter som trenger helsehjelp øyeblikkelig, jmfør §3-1 (Spesialisthelsetjenesteloven, 2001). Pasientene har rett på god og adekvat behandling og dette søker helsemyndighetene ved å sikre effektivitet slik at helsehjelpen blir forsvarlig (Helsetilsynet, 2008).

Deltagerne i studien anså ikke alltid effektivitet som god behandling fordi det følte upersonlig og fordi alle måtte gjennom det samme «samlebåndet». Arbeid med mennesker handler i stor grad om å gå inn i en hjelperelasjon. Det forventes at helsepersonellet er til hjelp for pasienten. Dette kan gjøre at helsepersonellet blir handlingsivrig og blir ensidig opptatt av å vise effektivitet gjennom å iverksette tiltak. Dette fokuset kan være spesielt verdifullt i situasjoner som ofte preges av alvorlige konsekvenser som sykepleie til akutt syke i et akuttmottak. Men for mennesker som ikke er akutt syke kan en handlingsmåte som er preget av handlingsorientering og regelstyring gi en følelse av objektivisering. Dette kan igjen gi en følelse av fremmedgjøring. (Røkenes, Hanssen, & Tolstad, 2012). Det å oppleve muligheten for selvbestemmelse og kontroll er viktig for livskvalitet og helse. Mennesker som opplever seg styrt av andre mennesker eller ytre forhold, har lettere for å gi opp og utvikle somatiske og psykiske plager (Røkenes et al., 2012). Dette er sammenfallende med at deltagerne i studien følte at de ble sykere ved å være i akuttmottaket. I akuttmottaket

hadde pasientene liten selvbestemmelsesrett over hva som skulle skje. Som pasient har man lovfestet rett til selvbestemmelse, men dette gjelder i hovedsak om man ønsker å motta helsehjelp eller ikke (Pasientrettighetsloven, 2001). Selvbestemmelsesretten detaljstyrer i liten grad hvordan denne helsehjelpen gis.

Ventetid ble beskrevet som en kilde til frustrasjon og dette er funn som er beskrevet i andre lignende studier. Smith et al. (2010) viste at ventetid skapte frustrasjon og en følelse av økende angst. Dette viste også Philip et al. (2018) i tillegg til å påpeke at pasientene hadde forskjellig forventning til det å vente. Noen var tolerante og forståelsesfulle med hensyn til å vente, mens for andre var dette en stor kilde til stress. Dette sammenfaller helt med funn fra vår studie der noen hadde en tålmodig holdning til å vente, mens andre ikke ønsket å vente i det hele tatt.

Å være oppmerksom på hvordan standardiseringen i akuttmottak gir en følelse av at akuttmottaket er upersonlig og et «samlebånd» er viktig for praksis. Ved at helsepersonellet er oppmerksom på hvordan regelstyrt, handlingsorientert helsehjelp kan oppfattes er det mulig å motvirke dette ved å skape en bedre relasjon til pasienten og en bedre opplevelse (Røkenes et al., 2012). Forbedring av den positive effektiviteten og redusere den negative ventetiden er viktig for å øke en positiv opplevelse. Dette kan gjøres ved å tilstrebe kortere liggetid i akuttmottak og tidlig tilsyn av lege for kreftpasientene. Også å adressere kreftpasientenes forventning til akuttmottaket og gi informasjon om grunnlaget for strukturen kan gjøre gangen over «samlebåndet» lettere. Dette bør gjøres både før og under et opphold i akuttmottak for å sikre at pasientene får tilstrekkelig informasjon når de har kapasitet til å forstå den.

## 6.2 Opplevelse av trygghet

Denne studien viste at akuttmottak hovedsakelig ble oppfattet som et trygt sted å være. Det å komme til akuttmottaket i seg selv var trygghetsskapende fordi deltagerne visste at de fikk hjelp hvis de ble akutt kritisk syke. Dette er også vist i andre studier der pasienter oppga at de heller valgte å kontakte sykehus enn fastlege fordi de følte at kompetansen og muligheten for å få hjelp var større på sykehus (Henson et al., 2016). Philip et al. (2018) fant at kreftpasienter og pårørende så på akuttmottaket som et sikkerhetsnett i helsesystemet. Samtidig kom det frem i vår studie at det var faktorer som gjorde deltagerne utrygge. Opplevelsen av trygghet i akuttmottaket var knyttet til synet på seg selv som kreftpasient og omsorg-, holdninger og høflighet som helsepersonellet viste. Trygghet var også knyttet til behovet for å få og gi informasjon, kompetanse hos leger og sykepleiere, smitteverntiltak og pårørende.

### 6.2.1 Syn på seg selv som kreftpasient

Studien viste at alle deltagerne identifiserte seg som kreftpasienter og de hadde god oversikt over egen sykdom og behandling. Dagens pasienter har mye større tilgang til informasjon og har lovfestede rettigheter i forhold til å få informasjon som er tilrettelagt etter deres forståelsesnivå (Pasientrettighetsloven, 2001). I tillegg er tilbud om ulike pasientutdanninger økende, også når det gjelder kreftbehandling. Målet med disse pasientutdanningene er å gjøre pasientene i økende stand til å opprettholde en god egenomsorg i hjemmet (Graubæk & Thorbjørnsen, 2010,s 188). Dette er også funnet i en studie fra New Zealand der sykepleiere fra akuttmottak opplevde kreftpasienter som høyt utdannede i forhold til egen sykdom. Sykepleierne opplevde også at pasientene hadde store forventninger til dem (Gray & Meyer, 2014). Denne kunnskapen påvirker den tradisjonelle pasientrollen der pasienten er en passiv mottaker av behandling fra helsepersonellet (Graubæk & Thorbjørnsen, 2010,s 188).

Deltagerne i vår studie opplevde de var prioriterte pasienter i helsevesenet generelt, men ble prioritert ned i akuttmottaket. De opplevde at de skilte seg fra andre pasienter i akuttmottaket ved at de hadde en mer kronisk sykdom. Å rammes av kreft innebærer å befinne seg i en sykdomsprosess der man balanserer mellom en kurativ og en palliativ tilstand. Kronisk sykdom kan føre til at pasienter opplever stress og spenninger over lang tid (Hellbom & Thomé, 2011). Uvissheten om hva det innebærer å bli definert i en rolle som kreftpasient kan være stor i begynnelsen og skape mye stress. Mestring er et allmennmenneskelig fenomen og er kognitive eller fysiske grep personer tar for å tilpasse seg en ny virkelighet. Kreftpasienter rangerer håp og egen kontroll som de beste mestringsstrategiene (Reitan & Schjølberg, 2017,s 88). Fysiske plager som smerter og kvalme kan føre til psykiske plager som angst, utrygghet og sorg (Reitan & Schjølberg, 2017). En studie fra Portugal viste at pasienter rapporterte økt forekomst av angst og depresjon etter oppstart av kjemoterapi (Cardoso, Graca, Klut, Trancas, & Papoila, 2016). Mange er i hyppig kontakt med helsevesenet og føler på en utmattelse både fysiske og psykisk ved å være i rollen som pasient og måtte vente og stole på andre (Philip et al., 2018). Disse aspektene er det viktig at helsepersonell er oppmerksom på. Oppmerksomhet rundt dette kan føre til bedre kommunikasjon og økt forståelse fra helsepersonellet og gi kreftpasientene økt følelse av mestring.

Deltagerne opplevde at de hadde behov for økt smittevern i forhold til andre pasienter. Akuttmottakets struktur og standardiserte behandlingsforløp ga ikke mye rom for at kreftpasienter skulle føle kontroll. Det er et viktig aspekt for helsepersonell å være bevisst på. Et akuttmottak miljø kan være et sted med lite mulighet for ro og privatliv. Det kan være et sted man blir eksponert for lyder, syn og lukter som kan være

stressende. Dette kan i økt grad være utfordrende for kreftpasienter som blir mer ømfintlige for lukt og smak som følge av bivirkninger av behandling (Considine et al., 2009). Dette ble støttet av funn fra Smith et al (2010) der pasienter og pårørende beskrev en økende følelse av angst assosiert med lang ventetid på venterom og på å bli innlagt fra akuttmottaket (Smith et al., 2010). I vår studie var også venterom assosiert med engstelse for smittefare. På en side var deltagerne engstelig for smitte, men på den andre side var noen av deltagerne utrygge for å være alene. Venterom er i andre studier assosiert med å oppleve mye støy og uro fra medpasienter (Philip et al., 2018). Dette ble ikke adressert i vår studie.

Studien viste at kreftpasientene hadde ønske om å ha med pårørende som støtte for å huske informasjon, som samtalepartner under ventetiden og for hjelp i kommunikasjonen med helsepersonellet. Dette samstemte med funn gjort i andre studier. Philip et al. (2018) fant i tillegg at pårørende ønsket å være med pasientene som en støtte. De ønsket å hjelpe pasienten med å gi informasjon til helsepersonell og uttrykke bekymring eller spørsmål når pasienten ikke var i stand til dette. Å få ha med pårørende på sykehus er trygghet både for pasient og pårørende. På grunn av Covid-19 pandemien har pårørende vært utestengt fra akuttmottaket og flere deltagere uttrykte sterk misnøye og savn etter å ha med pårørende. (Graubæk & Thorbjørnsen, 2010, s 168). Det er ikke alltid sykepleierne oppfatter pårørende som en ressurs og det kan være motstridende følelser i forhold til å ha pårørende tilstede (Graubæk & Thorbjørnsen, 2010, s 175). Pårørende er med på å øke antallet personer i akuttmottak og dette kan igjen øke opplevelsen av støy og uro som påvirker kreftpasienten negativt. Sånn sett vil det å ha pårørende i akuttmottak innebære både fordeler og ulemper for kreftpasientene.

Synet på seg selv som kreftpasient får konsekvenser for den kliniske sykepleien. Pasientene har en forventning om behandling i akuttmottak og det er viktig for opplevelsen av trygghet å avklare denne forventningen hvis den ikke kan innfris. Det er viktig å gi kreftpasientene riktige forventninger om prioriteringer av pasienter i akuttmottak i forhold til andre steder i helsevesenet.

### 6.2.2 Omsorg, gode holdninger og høflighet gir trygghet

Denne studien viste at omsorg ble utøvd av helsepersonellet, spesielt sykepleierne, i akuttmottak. Opplevelsen av god omsorg ga trygghet og ga en god opplevelse av oppholdet i akuttmottaket. God omsorg ble sett på som at sykepleierne var tilstede hos pasientene eller var oppmerksomme på tross av at de ikke hadde tid til å være tilstede hele tiden. Lite tilstedeværelse ga utrygghet og uro. En deskriptiv studie fra Tyrkia, der

pasienter i akuttmottak svarte på et spørreskjema om tilfredshet, viste at 78,6% av pasienten var fornøyd med oppmerksomheten og respekten fra sykepleierne. 82,1% var fornøyd med tilgjengeligheten til sykepleierne når de hadde et problem og 77,4% var fornøyd med frekvensen sykepleierne kom inn på rommet med (Mollaoglu & Celik, 2016). Selv om dette resultatet ikke direkte kan overføres til norske forhold, både fordi helsesystemet og kulturen er forskjellig, støtter dette opp om resultatene som viste at tilstedeværelse av sykepleiere ga en opplevelse av trygghet og omsorg. Den gjennomførte studien viste også at å kjenne igjen personell ga trygghet. I tillegg følte deltagerne seg trygge hvis helsepersonellet kjente igjen symptomer, behandlet dette og satte det i sammenheng med kreftsykdom og behandling. Dette ble også vist i en norsk kvalitativ studie som viste at kreftpasienter opplevde en følelse av trygghet og sikkerhet når de møtte helsepersonell med kompetanse på kreft. Den samme studien viste at hvis sykepleierne ikke hadde kompetanse hjalp det lite om de var blide og hyggelige. Dette ble ikke oppfattet som god omsorg (K. Kvale & Bondevik, 2010).

Funn fra denne studien viste at deltagerne møtte forskjellig typer helsepersonell og hadde varierende opplevelse av personellets høflighet. Det var vanskelig å se forskjell på helsepersonellet og det var ikke alle som introduserte seg. Dette fikk konsekvenser for deltagerne ved at de blant annet fikk forsinket smertebehandling. Røkenes og Hanssen (2012) omtaler en god relasjon som en samhandlingsprosess. Når fagpersonen skaper en relasjon med pasienten skaper dette tillit, trygghet og en opplevelse av troverdighet og tilknytning. Når pasienten føler seg forstått skaper dette igjen tillit, trygghet og en opplevelse av troverdighet og tilknytning. En god relasjon er altså en sirkulær prosess der relasjonen fører til god samhandling og den gode samhandlingen fører til en bedre relasjon. Når samhandlingen blir preget av prosedyrefokus kan dette gi en dårlig relasjon. Fokuset på prosedyrer i akuttmottaket kan derfor være grunnlaget for opplevelsen av negative møter (Røkenes et al., 2012, s 9-17).

Deltagerne i studien anga kommunikasjon som svært viktig. En kvalitativ studie fra USA støttet oppunder dette. De fant at kreftpasienter anså kommunikasjon som noe av det viktigste i akuttmottak. Kreftpasientene opplevde mye god kommunikasjon, men de beskrev også en følelse av distanse og upersonlige møter med helsepersonell (Smith et al., 2010). Deltagerne i den gjennomførte studien anga at bruk av humor ga god stemning, minsket stress og ble ansett som god kommunikasjon. Dette understøttes av studier som har vist at humor gir bedre effekt av smertelindring, bedring i immunforsvar og bedre opplevelse (Christie & Moore, 2005) (Tanay, Roberts, & Ream, 2013). Kreftpasienter i Australia opplevde at kommunikasjonen ble oppfattet som profesjonell, omsorgsfull og av høy standard. Men mange deltagere fremhevet viktigheten av god og regelmessig informasjon (Philip et al., 2018). God kommunikasjon er spesielt viktig i et



akuttmottak. Sviktende kommunikasjon er i studier identifisert som en av årsakene til at hendelser der brudd på pasientsikkerheten oppstår (Amanian et al., 2020). Den gjennomførte studien viste også at smittevernbekledning gjorde kommunikasjon utfordrende, men at dette gjorde god non-verbal kommunikasjon viktigere.

Deltagerne opplevde også dårlig kommunikasjon og ble møtt på en negativ måte. Dette var situasjoner der prosedyrer ble fulgt, men der dette ble opplevd negativt av deltagerne. Allerede på 1970-tallet begynte sykepleier og filosof Kari Martinsen å bekymre seg for den positivistiske utviklingen der sykepleie gikk fra å være et omsorgsyrke til å bli et prosedyrestyrt teknisk yrke fokusert på naturvitenskapelig kunnskap (Alligood, 2014, s 147-159). Hennes beskrivelse av omsorgens egenskaper var at den var relasjonell, praktisk og moralsk. Den oppstod i en relasjon der sykepleieren møtte en pasient med et behov. Martinsen tok avstand fra det som ble oppfattet som «formålsrasjonell» sykepleie, sykepleie som kun ble ytt på grunnlag av forhåndsbestemte resultatmål (Kirkevold, 1998, s 168-178). Sykepleie i akuttmottak kan lett sees som «formålsrasjonell» sykepleie som i utgangspunktet ikke er preget av omsorg. Deltagerne i denne studien opplevde allikevel omsorg på forskjellige områder. En studie som beskriver forskjellen mellom sykepleiere med kun bachelor- og videreutdanning i akuttmottak i Norge og Finland beskriver at det er viktig for sykepleierne å se pasientene som «et helt menneske». Sykepleierollen består ikke bare av prosedyrer i akuttmottak, men er fundert på omsorgsverdier. Sykepleierne oppga at det var viktig å bruke tid med pasientene og gi et inntrykk av omsorgsfull kompetanse (Boman, Levy-Malmberg, & Fagerstrom, 2020). Omsorg der pasientpågangen er stor og der samtidskonfliktene er mange kan være noe helt annet enn på en kreftavdeling med spisskompetanse på palliativ pleie. Det kan være at helsepersonellet må møte kreftpasientene med større fokus på høflighet og omsorg selv om dette kan være vanskelig i et hektisk miljø.

### 6.2.3 Behovet for å gi og få informasjon

Studien viste at deltagerne hadde stort behov for informasjon og flere opplevde at de fikk for lite informasjon. Deltagerne ønsket informasjon om forløp, undersøkelser og ventetid. De ønsket også informasjon om hva som skulle skje etter akuttmottaket. God informasjon skapte forutsigbarhet og trygghet og gjorde at deltagerne hadde større tålmodighet med ventetid og gjennomføring av undersøkelser. Disse funnene ble også fremhevet i Philip et al (2018). Der ble det også beskrevet at pasientene opplevde et brudd i kommunikasjonen når de ble flyttet fra et sted til et annet i akuttmottaket eller om det var vaktskifte (Philip et al., 2018). Kommunikasjon når pasienten forflyttet seg

fra et sted til et annet i vår studie ble beskrevet som god. Men informasjon over vaktskifter ble beskrevet som dårlig. Dette fikk som konsekvens at det ble utført ytterligere smertefulle undersøkelser og at deltagerne ble bedt om å oppgi samme informasjon flere ganger. Å oppgi samme informasjon gjentatte ganger opplevde deltagerne som svært frustrerende. Det var også frustrerende og å måtte oppgi samme informasjon ved hver innleggelse for samme symptom-bilde. I studien til Smith et al (2010) ble det også uttrykt frustrasjon over å bli spurt de samme spørsmålene fra flere forskjellige helsepersonell. Men det ble lagt vekt på at det også var forståelse for dette fordi det ble sett på som uunngåelig på grunn av sykehusenes utdanningsplikt.

Det ble påpekt at man kunne bli sliten av å få for mye informasjon. Samtidig har pasienten rett til informasjon. Pasienten skal informeres om mulige risikoer og bivirkninger, men informasjon skal ikke gis mot pasientens vilje. Pasienters rett til informasjon er i Norge forankret i lov om pasient- og brukerrettigheter. I §3-2 står det at pasienten skal ha den informasjonen som er nødvendig for at han kan få innsikt i sin helsetilstand og i innholdet i helsehjelpen (Pasientrettighetsloven, 2001). Pasienter har ofte stort behov for informasjon når de blir syke, men på grunn av stress og symptomer relatert til sykdommen kan de være i liten stand til å ta inn informasjon. Det er derfor viktig å tilpasse informasjon slik at den blir oppfattet adekvat og ikke ytterligere bidrar til forverring av stress. Dette kan blant annet gjøres ved å gi informasjon både skriftlig og muntlig (Reitan & Schjølberg, 2017, s 96). En av deltagerne foreslo under intervjuene å gi informasjon om forløpet i akuttmottaket skriftlig. Dette kan være et godt tiltak for å gi riktige forventninger. Denne informasjon kan komme på et tidlig tidspunkt ved oppstart av kreftbehandling eller når pasientene blir bedt om å komme til akuttmottak ved kontakt med krefttelefonen. En deltager i studien påpekte at helsepersonell kanskje ikke forsto behovet for hvilken type informasjon kreftpasienter ønsket fordi arbeidet var så velkjent og «hverdagslig» for dem. Dette understreker viktigheten av at helsepersonell er oppmerksom på informasjonsbehovet, samt behovet for kompetanse, innen kommunikasjon overfor kreftpasienter.

#### 6.2.4 Profesjoner og kompetanse

Funn fra denne studien viste at opplevelsen av helsepersonellens kompetanse var svært viktig for opplevelsen av selve akuttmottaket. Deltagerne anså møtet med legen som det viktigste som skjedde i akuttmottaket. De var nøkkelen til videre undersøkelse og innleggelse. I akuttmottaket hvor studien ble utført er det allerede innført mottak av lege fra onkologisk avdeling 08-20 mandag til torsdag, 08-15 i helgen. Utenom disse tider tas

kreftpasientene imot av lege fra medisinsk avdeling (Østfold, 2020b). Deltagerne opplevde større trygghet ved å bli tatt imot av onkolog fordi deltagerne følte de hadde spisskompetanse på deres problem. Det var en oppfatning blant noen av deltagerne at leger fra onkologisk avdeling hadde mer kunnskap enn leger fra akuttmottaket og at den siste gruppen var lite erfarne og at noen ikke var ferdig utdannet. I det aktuelle akuttmottaket er ikke alle leger fra onkologisk avdeling ferdig utdannede onkologer. Leger fra akuttmottaket kan være leger i spesialisering med flere års erfaring og dermed mer erfarne enn legene fra onkologisk avdeling, men det kan også være leger i spesialisering 1 (Østfold, 2020a) (S. Østfold, 2019b). Hovedforskjellen er fokusområde. Leger i akuttmottak har mange flere typer pasienter å håndtere innenfor spesialiteter som hjerte-, lunge-, nyre- og gastro- i tillegg til onkologi. De deltar i akutt team som hjertestansteam og medisinske akutt team (S. Østfold, 2019a). De fokuserer mer på den akutt kritisk syke pasient mens lege fra onkologisk avdeling kan tilegne seg dybdekunnskap på et smalere felt. En studie fra Australia beskrev utfordringene leger hadde med kreftpasienter i akuttmottak. Studien viste at leger anså oppgaven sin i akuttmottak som å diagnostisere, undersøke og «å redde liv». Det kunne være vanskelig å godta at målet «kun» skulle være palliativ pleie med symptomlindring. I tillegg hadde legene i akuttmottaket liten tid til hver pasient på grunn av et stort antall pasienter og følte derfor at de ikke fikk gitt kreftpasienter det fokuset de hadde behov for (Jelinek et al., 2013). Det er nærliggende å se for seg at dette kan være noen av de samme utfordringene som leger i norske akuttmottak står ovenfor.

Deltagerne oppfattet onkologene som mer effektive enn legene i akuttmottaket og de kunne sende deltagerne til kreftavdelingen raskere. Deltagerne opplevde at legene i akuttmottaket bestilte flere unødvendige undersøkelser og måtte konferere mer slik at det oftere var flere leger som kom for å gjøre egne undersøkelser. Dette førte til økende ubehag for deltagerne både i form av smerte, men også utrygghet og redsel for eventuelle nye funn. Legenes vaktskifte var også et problem fordi det da kom nye leger som måtte gjenta samme arbeidet som den før dem. Denne studien viste at deltagerne anså det som svært viktig at legene var forberedte, men de hadde opplevd flere ganger at særlig legene i akuttmottaket ikke var det. En av årsakene til oppfatningen av bedre kompetanse hos leger fra onkologisk avdeling kan være forklart med forberedthet. Lege fra onkologisk avdeling har færre pasienter i akuttmottak enn sine kollegaer på akuttmedisinsk avdeling. Medisin er den største spesialiteten ved dette sykehuset og har flest pasienter prosentvis i akuttmottak. Det kan derfor være nærliggende å tro at legene i akuttmottak har mindre tid per pasient enn legene fra onkologisk avdeling. Studien viste at deltagerne opplevde nettopp dette, at leger fra akuttmottaket hadde mer å gjøre, flere pasienter å ta seg av og oftere måtte prioritere akutt hendelser. Lege fra onkologisk avdeling er ikke del av noe akutt team i akuttmottaket og kan derfor ha en annen ro i

mottakssituasjon. Men på den andre siden har leger fra onkologisk avdeling også oppgaver på sengepost som kan være krevende.

### 6.2.5 Sykepleiere i akuttmottak

Denne studien viste at sykepleierne ble oppfattet som en trygghet ved at de var tilstede for pasientene. De svarte på spørsmål og innhentet informasjon hvis de ikke visste svaret selv. Dette tilsvarte funn gjort av Smith et al (2010) som fremhevet at sykepleierne var pasientenes talsmann ved å legge press på legene for at de skulle gi pasientene informasjon om resultater og plan for videre forløp (Smith et al., 2010).

Denne studien viste at kreftkompetansen til sykepleierne i akuttmottaket var varierende og opplevdes ofte som dårlig. Sykepleiere i akuttmottak jobber sjelden spesialiserte med en pasientgruppe og må ofte jobbe med et vidt spekter pasienter. Høy aktivitet kombinert med økende mengde multisyke eldre stiller store krav til kompetanse hos sykepleiere i akuttmottak. De skal yte helsehjelp til akutt og/eller kritisk syke mennesker i alle aldre og deres pårørende (Helsedirektoratet, 2014a; Livingston, Craike, Considine, Botti, & O'Connell, 2009). Det økende antallet kreftpasienter som får bivirkninger og symptomer gir leger og sykepleiere i akuttmottak en større utfordring på grunn av kompleksiteten i selve pasientgruppen og sykdomspresentasjonen (Livingston et al., 2009; Prince et al., 2019). Sett fra en sykepleier i akuttmottaks perspektiv er kreftpasienter en relativt liten gruppe som ofte presenterer med ikke livstruende symptomer som for eksempel kvalme, ernæringssvikt og nedsatt almenntilstand (Considine et al., 2009). Kreftpasienter får nedsatt immunforsvar på grunn av cellegiftbehandling, kan få elektrolyttforstyrrelser og skader som følge av behandling eller voksende tumormasse (Foulkes, 2010). En av de største årsakene til sykehusinnleggelse er smerteproblematikk (Caterino et al., 2019) (Prince et al., 2019). Dette er symptomer som gjør at de prioriteres ned til fordel for pasienter med mer livstruende symptomer som brystsmerte, mistanke om hjerneslag, blodpropp i lungene og lignende. For å bevare en struktur som øker pasientsikkerheten for de med akutt kritiske symptomer er en prioritering av disse pasientene viktig når kapasiteten overskrides (Helsedirektoratet, 2014b). En studie fra New Zealand viste at sykepleiere i akuttmottak behandlet kreftpasienter på samme måte som alle andre pasienter. De opplevde selv at de hadde liten kompetanse på kreftbehandling og bivirkninger, men de var fokusert på akutte tilstander som nøytropen sepsis (Gray & Meyer, 2014)

Deltagerne opplevde at sykepleierne spesielt manglet kompetanse på prosedyrer som bruk av PICC Line og VAP. Når sykepleieren demonstrerte inngående kunnskap om

kreftbehandling fikk deltagerne større tillitt og økende positiv opplevelse. Hvis sykepleierne bekjentgjorde mangel på kompetanse skapte dette også tillitt, men i mindre grad. Dette sammenfalt med resultatene av en norsk studie som undersøkte kreftpasienters opplevelse av kvalitet i forhold til sykepleieres kreftkompetanse. Denne studien fant at pasienter som hadde sykepleiere som ble oppfattet som kunnskapsrike med hensyn til kreftbehandling, følte seg tryggere og sikrere (K. Kvale & Bondevik, 2010). Kvale og Bondeviks (2010) studie viste også at kreftpasientene anså denne kunnskapen som grunnleggende for sykepleieren og tok for gitt at sykepleierne hadde denne kompetansen. I tillegg ble det også understreket at hvis ikke sykepleieren hadde de rette tekniske ferdighetene hjalp det lite om hun var smilende og imøtekommende (K. Kvale & Bondevik, 2010). Dette gjenspeiler funnene i denne studien at kreftpasientene følte seg tryggere hvis sykepleierne hadde kunnskap om kreftbehandling og om prosedyrer som VAP og PICC Line. Det ble også sett på som en grunnleggende kompetanse sykepleierne burde inneha. Antall pasienter med VAP er lite, tatt i betraktning alle pasientene som går gjennom akuttmottaket. Antallet pasienter med PICC Line er økende og brukes også ved andre tilstander som krever intravenøs tilgang over lengre tid (Berkett & Walford, 2013).

Denne studien viste at sykepleierne ga deltagerne smertelindring, men at det var utfordrende å få sterke nok smertestillende på grunn av manglende forordning. En studie fra Australia, der leger og sykepleiere ble spurt om hvordan de opplevde kreftpasienter i akuttmottak, var blant annet et av resultatene at helsepersonellet var bekymret for at de ikke hadde nok kunnskap om smertelindring til kreftpasienter. Det var også bekymring for at de manglet kompetanse på andre områder som var spesielle for kreftpasienter (Jelinek et al., 2013). Dette støtter opp under opplevelsene kreftpasientene hadde i denne studien. Caterino et. al (2019) viste at 62 % av pasientene i en studie hadde smerter med en gjennomsnittscore på 6,2 (der 10 er verst tenkelige smerte). Det ble ikke gjort noen vurdering av smertescore eller hvordan sykepleiere i akuttmottak oppfatter egen kompetanse på smertelindring i den gjennomførte studien her. Dette er et område som trenger mer kunnskap og mulig andre typer stående forordninger som sykepleiere i akuttmottak kan gi kreftpasienter uten direkte ordinasjon av lege.

For å bedre opplevelsen av opphold i akuttmottaket kan det være formålstjenlig å høyne kompetansen på prosedyrer som VAP og PICC Line for sykepleierne i akuttmottak. En mulighet kan være å etablere et tettere samarbeid med kreftsykepleierne på sengepost som har spisskompetanse på dette. Dette kan gjøres ved både å gi sykepleierne i akuttmottak undervisning eller opprette et samarbeid om å utføre prosedyrene.

### 6.3 Akuttmottaket som en omvei til behandling

Denne studien viste at akuttmottaket ble sett på som en omvei for å få behandling. Målet med oppholdet i akuttmottaket ble ansett som og legges inn på kreftavdelingen hvor deltagerne anså at de hadde riktig kompetanse og hvor de ville få behandling for kreftsykdommen. Deltagerne i denne studien anså muligheten for stor for at de ville bli innlagt. Dette ble støttet av en review-artikkel fra 2009 som trakk frem flere amerikanske studier der opp imot 58 % av pasienten ble innlagt etter ankomst til akuttmottak mot en vanlig innleggingsrate på 15 %. Tall fra Frankrike viste at 62 % av kreftpasientene ble innlagt etter ankomst til akuttmottak (Cornillon et al., 2016). Å få behandling med kjemoterapi økte sannsynligheten for innleggelse på sykehus via akuttmottak (Considine et al., 2009). Caterino et al (2019) viste også at innleggingsraten for kreftpasienter som kom til akuttmottak var mye høyere enn den gjennomsnittlige innleggingsraten for andre pasienter i Australia. Dette er ikke direkte overførbare resultater til norske forhold der helsevesenet er bygget opp på en annen måte med vurdering av fastlege eller lege på legevakt før henvisning til akuttmottak (Blinkenberg et al., 2019). Det er heller ikke funnet noen tilsvarende norske undersøkelser som kun omhandler kreftpasienter, men tall fra universitetssykehuset St. Olav HF viser at så mange som 89 % av alle pasienter som kom til akuttmottaket ble innlagt (Bjornsen et al., 2013). Det er derfor ikke usannsynlig å tenke seg at det er en stor mulighet for å bli innlagt som kreftpasient.

Deltagerne opplevde at de ikke fikk noen behandling i akuttmottaket og måtte gjennom uforståelige undersøkelser som ikke forandret at de ble lagt inn på kreftavdelingen. En fransk studie viste at 68 % av kreftpasienter som kom til akuttmottak ble kun innlagt for observasjon uten at det ble noen forandring i behandling. Hele 75 % av alle pasientene som kom til akuttmottaket hadde samme behandlingsnivå før og etter oppholdet, uavhengig om de ble lagt inn på sykehus eller sendt hjem (Cornillon et al., 2016). Studien viste også at den hyppigste kontaktårsaken var ikke akutte medisinske hendelser, men en forverring av en kronisk kompleks situasjon slik at hjemmesituasjonen ble uholdbar. Forskjellen mellom denne og vår studie er at den er gjennomført med terminalt syke kreftpasienter og i helsesystem som avviker fra det norske. Deltagerne i vår studie var ikke ansett å være i en terminal fase. Dette samstemmer allikevel med følelsen av at det ikke ble utført noen behandling i akuttmottaket. Men i den gjennomførte studien her ble det hverken definerte hva som ble lagt i ordet behandling eller undersøkt hva som objektivt ble gjort med pasientene. Funnene i studien kan tyde på at kreftpasienter hadde en forventning som et akuttmottak med dagens kompetanse og struktur ikke kan innfri.

Deltagerne i studien opplevde at akuttmottaket var upersonlig og standardisert. I en studie fra Australia beskrev helsepersonell akuttmottak som et lite ideelt sted for palliative kreftpasienter. Det ble fremhevet at akuttmottak var et travelt sted med mye larm og støy og ikke passende for pasienter og pårørende som hadde behov for et skjermet sted (Jelinek et al., 2013). Deltagerne i den gjennomførte studien her beskrev i liten grad uro og støy og flere hadde fått enerom eller ble skjermet fra medpasienter på andre måter. En deltager trakk eksplisitt frem at hun hadde blitt positivt overrasket over å ikke se så mange pasienter i korridorene.

Deltagerne i studien opplevde at deres symptomer ble nedprioritert i akuttmottaket til fordel for akutt kritisk syke. Deltagerne forsto dette og var positive til denne prioriteringen, men dette økte følelsen av å ikke høre til i akuttmottaket. Alle pasientene i det gjeldende akuttmottaket ble prioritert etter triagesystemet RETTS. Dette systemet tar ikke hensyn til kreftdiagnose eller antall ganger man kommer til akuttmottaket og vil prioritere kvalme, ernæringsproblematikk og nedsatt almenntilstand lavt. I en kvantitativ eksplorativ studie fra Brasil konkluderte de med at kreftpasienter burde få et eget tilpasset triagesystem fordi ordinære triagesystem triagerte unøyaktig i forhold til alvorlighetsgrad (Manfredini et al., 2018). Svakhetene med denne studien er at den gjelder et annet triagesystem og er utført på et privatdrevet kreftsenter i Brasil.

På grunn av kapasitetsutfordringer i akuttmottaket følte kreftpasientene at de ble nedprioritert og deltagerne foreslo direkteinnleggelse til kreftavdelingen, utenom akuttmottaket. De ønsket å frigjøre plassen deres i akuttmottaket til akutt kritisk syke. Philip et al. (2018) fant også at kreftpasienter ønsket en annen vei for innleggelse på sykehus enn via akuttmottaket. Som i vår undersøkelse foreslo kreftpasientene å legges direkte inn på kreftavdeling, men også å utvide åpningstider på kreftpoliklinikk, styrke hjemmebasert kreftsykepleie eller dedikere et eget område av akuttmottaket til kreftpasienter (Philip et al., 2018). Dette var også forslag som ble etterspurt og støttet av helsepersonell (Jelinek et al., 2014). Men det er utfordringer ved å la pasienter gå utenom akuttmottak. I Jelineks (2014) studie foreslo helsepersonell å lage et pasientforløp der de enten gikk utenom akuttmottak eller hurtig igjennom. Men det ble understreket at akuttmottaket måtte være et sikkerhetsnett for de som var akutt kritisk syke og fra en onkologs ståsted var veien gjennom akuttmottaket å foretrekke hvis det ikke var kapasitetsutfordringer der (Jelinek et al., 2014) (Jelinek et al., 2013). Deltagerne i vår studie forstod også at det ville bli vanskelig med direkteinnleggelse, men ønsket så liten tid som mulig i akuttmottaket.

Andre mente at sykepleierne på kreftavdelingen ikke hadde kunnskapen og tiden til å gjøre arbeidsoppgavene sykepleierne i akuttmottak skulle gjøre. De anga derfor at de ville få dårligere behandling hvis de gikk utenom akuttmottaket. Chen et al (2019) gjorde

20 dybdeintervjuer av kreftpasienter og deres pårørende om opplevelsen av direkteinnleggelse på et kreftsentor i England. 17 av intervjuene beskrev en svært god opplevelse ved direkteinnleggelse. De opplevde å bli tatt svært godt hånd om kreftavdelingen. De følte seg trygge og ble høflig og respektfullt behandlet. Symptomer ble adekvat behandlet og helsepersonellet ble oppfattet til å ha god kompetanse på aktuelle områder. De tre som gikk via akuttmottak hadde ikke samme opplevelse og klaget over lange ventetider, lavt nivå av omsorg og umøtte behov (Chen et al., 2019). Deltagerne i den gjennomførte studien her omtalte også kreftavdelingen med svært mange positive superlativer. Men selv om kreftpasienter ofte kommer til akuttmottak med symptomer som smerter, ernæringssvikt og nedsatt almenntilstand kan dette være symptomer på langt alvorligere tilstander. En av de mest alvorlige tilstandene er nøytropen feber eller sepsis på grunn av infeksjon og lavt immunforsvar som krever umiddelbar behandling med antibiotika og væske (Guddati et al., 2013). Dette er tilstander som vurderes alvorlig i et triagesystem og som sykepleiere i akuttmottak prioriterer. Pasienter med denne tilstanden og andre livstruende tilstander er det viktig å komme til et akuttmottak hvor helsepersonellet kan gjenkjenne dette og behandle dette raskt. Det må være gode rutiner for å fange opp sepsis og det krever mye av en sengepost for å gjøre dette i tillegg til de daglige gjøremål med inneliggende pasienter. Caterino et al (2019) viste at mistanke om infeksjon var en vanlig foreløpig diagnose for kreftpasienter i akuttmottak. 26,5 % fikk administrert antibiotika på grunn av mistanke. 43,3 % av disse hadde nylig fått behandling med kjemoterapi, men kun 2,4 % av disse hadde reell nøytropen feber (Caterino et al., 2019). Dette er tall som sier noe om hvor alvorlig man tar denne typen akutt sykdom, men at forekomsten er relativt lav. Det er ikke funnet tilsvarende tall for Norge, men de antas å være tilsvarende. Hvis kreftpasienter skal direkte på sengepost er det derfor viktig å ha et system som kan avdekke denne tilstanden raskt, noe som kan være krevende ved siden av daglig stell og pleie.

Deltagerne foreslo selv å få tatt blodprøver i akuttmottak og legges på post før blodprøvesvarene var kommet. De ønsket også å bli tilsett av en lege fra onkologisk avdeling der. Det burde lages et system som både tar høyde for kreftpasienters sårbarhet og påkjenning ved økende antall innleggelser vurdert opp mot potensiale for akutte livstruende tilstander (Caterino et al., 2019). På grunn av kompetanse og arbeidsmetoder i akuttmottak kan et raskt mottak i akuttmottaket være pasientsikkert før de går videre til kreftavdeling for videre behandling. I studien fra Jelinek et al (2014) ble det også vurdert en mellomløsning for å sikre at kreftpasienter som hadde behov for akutt kritisk hjelp fikk hjelp i akuttmottak, mens de som var stabile kunne gå videre til sengepost. (Jelinek et al., 2013). Et tilsvarende forløp ble beskrevet i en intervensjonsstudie fra Italia der det ble innført et eget pasientforløp gjennom



akuttmottaket for kreftpasienter med mottak av onkolog. Denne viste at innleggelsesraten for kreftpasienter sank, gjennomsnittlig liggetid både i akuttmottak og det totale sykehusoppholdet gikk ned i tillegg til at dødeligheten for kreftpasienter i akuttmottak sank (Legramante et al., 2018). På studiesykehuset er det allerede etablert lege fra onkologisk avdeling i akuttmottak deler av døgnet, men pasientene må ofte vente på undersøkelser og blodprøvesvar.

En studie fra North Carolina, USA, (2011) viste at 44,9 % av kreftpasientene kom til akuttmottaket på hverdager i vanlig kontortid. Det ble stilt spørsmål om disse kunne ha gått via en onkolog utenfor spesialisthelsetjenesten istedenfor rett til akuttmottaket (Mayer et al., 2011). Helse-systemet i Norge er som tidligere nevnt annerledes, men kreftpasienter ved vårt aktuelle sykehus blir henvist til akuttmottaket via krefttelefonen. Tidspunktet for ankomst til akuttmottaket ble ikke vurdert i vår studie og dette er en svakhet som gjør det vanskelig å diskutere om det hadde vært noe nytte i om kreftpasienter kunne tas imot av onkolog et annet sted på dagtid for å unngå akuttmottaket. Da er fortsatt laboratorie-tjenester åpne slik at det er mulig å få tatt blodprøver og lignende andre steder. I Australia viste en studie at palliativ omsorg i regi av primærhelsetjenesten reduserte innleggelsene via akuttmottak med 50 % (Spilsbury et al., 2017). Svakheter ved denne undersøkelsen i forhold til den gjennomførte studie her var at i gruppen palliative pasienter ble også mennesker med hjertesvikt, nyresvikt, leversvikt og KOLS inkludert i tillegg til kreftpasienter. Derfor er det vanskelig å vite om dette er relevante data for denne problemstillingen, også i forhold til at helsevesenet er bygd opp annerledes.

Med tanke på at antallet krefttilfeller øker, behandlingen er bedre og overlevelsen lenger vil antallet kreftpasienter som trenger sykehusbehandling øke med årene (Kreftregisteret, 2021). Dette vil gi et større pasienttrykk for akuttmottak som allerede i dag har utfordringer med samtidskonflikter og høy pasienttilstrømning. Det er kjent at stor pasienttilstrømning kan gi forsinket behandling, økte misnøye, økt feil behandling og død. Ikke bare for kreftpasienter, men for alle pasienter som kommer til akuttmottaket (Helsetilsynet, 2008; Rasouli et al., 2019). Det er derfor viktig å se på alternative pasientforløp som sikrer både forsvarlighet og pasienttilfredshet. Denne studien viste at det er behov for å se nærmere på forløpet i akuttmottak for kreftpasienter. For å lage en helsetjeneste for pasientene er det viktig å gjøre noe med det deltagerne omtaler som en «omvei» uten at det skal gå på bekostning av pasientsikkerheten. En gyllen middelvei kan være å lage et hurtigere forløp der det blir tatt blodprøver, vitale parametere i akuttmottak og gjort en rask vurdering før de får gå til kreftavdelingen for mottak av onkolog. Da kan man ivareta pasientsikkerhet ved å oppdage akutte tilstander og ivareta

pasientenes behov for ro og trygghet. Slik kan man omdanne dagens slitsomme omvei til en pasientvennlig snarvei.

## 6.4 Diskusjon av metode

### 6.4.1 Utvalget

Denne studien har begrensninger. Undersøkelsen ble kun gjort på ett sykehus, i forhold til ett akuttmottak. Lokale forhold ved dette sykehuset kan være annerledes enn ved andre sykehus og derfor gjøre at resultatene ikke nødvendigvis er direkte overførbare til andre steder. Gruppen kreftpasienter er også svært heterogen og resultatene kan derfor variere etter hvilke type kreftsykdom og hva slags symptomer de har.

Aldersgjennomsnittet var på 62 år. Flere krefttyper får økende forekomst med økende alder og faren øker spesielt etter passerte 70 år. Det vil derfor være flere over 70 år med kreft enn yngre (Omsorgsdepartementet, 2018). Aldersspennet er på 24 år så det er en viss spredning, men det kan være at den gjennomsnittlige kreftpasient er eldre enn de som er intervjuet i denne studien. En forklaring på aldersgjennomsnittet kan være at flere takket nei til å delta fordi de var slitne eller ble ekskludert på grunn av nedsatt kognitiv funksjon. Nedsatt kognitiv funksjon er vanligere med alderen og spesielt ved sykdom (Morton & Fontaine, 2012). Det kan være at inkludering av denne type pasienter ville gitt et mer riktig aldersnitt i forhold til den gjennomsnittlige kreftpasient, men det usikkert om dette ville kunne tilføre studien noe mer. Alle deltagerne i denne studien var oppegående og kognitivt adekvat. Videre forskning burde studere gruppen som har større sykdomsprogresjon og som har andre behov en kognitivt friske pasienter.

Populasjonen var alle kreftpasienter som ble innlagt på gjeldene sykehus i en periode på 6 uker. Prosjektmedarbeider forholdt seg strengt til inklusjons- og eksklusjonskriteriene i tillegg til å vurdere den totale situasjonen til pasienten i forhold til hvilken psykisk tilstand pasienten var i. Siden det var prosjektmedarbeider og sykepleiere på kreftavdelingen som plukket ut pasienter hadde ikke forsker noen innvirkning på hvilke pasienter som ble forespurt. Dette var positivt i forhold til å skape et utvalg som ikke var påvirket av forsker, men på den andre siden så var det heller ikke noe kontroll i forhold til hvem prosjektmedarbeider og sykepleiere på post valgte å forespørre. Derfor ble heller ikke antallet spurte eller vurderte registrert. Av de som initialt svarte ja, trakk tre stykker seg samme dag som intervjuet skulle foregå på grunn av endret almenntilstand. Resultatet ble åtte deltagere med totalt syv forskjellige kreftformer med et aldersspenn

på 24 år. Spredningen på deltagerne anses som god i forhold til det vanlige aldersspennet på kreftavdelingen.

For å øke studiens troverdighet kunne størrelsen på utvalget vært større. Men deltagerne sa mye av det samme og det tilkom ikke flere nyanser i de siste intervjuene. Dette indikerte at belysningen av fenomenet var mettet og at det derfor var liten sannsynlighet for at det ikke ville tilkomme ytterligere aspekter hvis intervjuene hadde fortsatt (S. Kvale et al., 2015).

### 6.4.2 Intervjusituasjonen

Deltagerne fikk informasjon om at forskeren hadde en arbeidstilknytning til akuttmottaket og dette kan ha hemmet svarene deltagerne ga. Men alle intervjuene bortsett fra det første ble gjennomført i sivile klær for ikke å skape assosiasjoner til denne tilknytningen. Alle intervjuene ble gjennomført på pasientens rom for å gi pasienten følelsen av å være på «hjemmebane» og skape trygghet (S. Kvale et al., 2015).

Intervjusituasjonen ble også gjennomført med munnbind og over to meters distanse som en følge av Covid-19 pandemien. Dette kunne føre til en følelse av distansering og fremmedgjøring, men også føre til at det var tryggere å prate om negative følelser fordi man får et distansert forhold. Det ble skapt et åpent samtaleklima som gjorde at det kunne være tillitt til at det som ble sagt var ærlige opplevelser og belyste temaet både fra positive og negative sider (Røkenes et al., 2012).

Prosjektmedarbeideren fungerte som et sikkerhetsnett for deltagerne hvis det skulle oppstå noen negative følelser hos deltagerne (S. Kvale et al., 2015). Det ble ikke bruk for dette og tilbakemeldingene til prosjektmedarbeideren var positive angående intervjusituasjonen.

### 6.4.3 Analyse

For å undersøke problemstillingen «hvordan opplever kreftpasienter opphold i akuttmottaket» ble det valgt en deskriptiv fenomenologisk tilnærming. Fenomenologi dreier seg om å finne essensen i det opplevde fenomenet slik det arter seg for den som har opplevd det. Det ble valgt å gjøre semistrukturerte intervjuer for å få så åpne og nyanserte svar som mulig uten å legge føringer som ved bruk av spørreskjema

(Thoresen et al., 2020). Dette anses derfor for å være et godt design og godt passende valg av analysemetode for denne problemstillingen.

#### 6.4.4 Troverdigheten i lys av metode

For å undersøke kreftpasienters egen opplevelse av opphold i akuttmottak ble en kvantitativ metode vurdert til ikke å være hensiktsmessig da de mulige variablene av meninger fortsatt er ukjent og man ønsker å finne bredden av de forskjellige variablene, ikke antallet av hver av dem. Et kvalitativt designet spørreskjema med åpne spørsmål kunne også gitt mye viktig informasjon om kreftpasienters opplevelse, men det ville vært vanskeligere å få bredden av opplevelsen.

Denne studien har gitt svar på hva de 8 deltagerne har opplevd under opphold i akuttmottak. Svarene de ga har samsvart med opplevelser kreftpasienter har hatt i andre land (Philip et al., 2018; Smith et al., 2010). Det er også samsvarende med hva helsepersonell mener om hvordan kreftpasienter opplever akuttmottak (Jelinek et al., 2013). Funnene i denne studien anses derfor som troverdige i forhold til annen forskning som er gjort på feltet. Men på grunn av det lille utvalget er det mulig at det er andre sider av fenomenet som ikke er beskrevet her. Videre forskning bør se på andre grupper kreftpasienter som både er friskere og sykere enn studiegruppen her og ved andre sykehus.

## 7.0 Konklusjon

Denne studien viste at kreftpasienter opplevde det som trygt å komme til akuttmottaket fordi de opplevde at de fikk hjelp. I hovedsak opplevde de at kompetansen og omsorgen var god i akuttmottaket, men forløpet i akuttmottaket var standardisert og gjorde opplevelsen upersonlig og slitsom. De opplevde at de var på et samleband og at akuttmottaket i utgangspunktet ikke var et sted for dem, men for akutt kritisk syke. De opplevde også noe manglende kompetanse hos både leger og sykepleiere i akuttmottak. Leger fra akuttmottak hadde ikke inngående kunnskap om kreftbehandling og de hadde dermed mindre troverdighet når det gjaldt å initiere behandling. Når kreftpasientene opplevde å bli tatt imot av lege fra onkologiske avdeling følte de en mye større trygghet. Sykepleierne manglet kompetanse på prosedyrer relatert til kreftpasienter som VAP og PICC Line.

Disse manglene gjorde at kreftpasientene ønsket å forandre forløpet i akuttmottaket slik at de fortere ble innlagt på kreftavdelingen som de anså som stedet der de fikk behandling. Noen ønsket å gå utenom akuttmottaket og direkte til kreftavdelingen. Dette er funn som samsvarer med funn gjort av Philip et al. (2018) og Smith et al. (2010). På helseinstitusjoner der det er laget egne pasientforløp for kreftpasienter viser det en økende fornøydhet blant kreftpasienter (Chen et al., 2019), lavere innleggelsesrate og kortere oppholdstid (Hong et al., 2019).

Denne studien viste at det var mange områder som kunne forbedres. Forventningene som kreftpasientene hadde før innleggelsen, burde avklares slik at det kan stå bedre i forhold til det som akuttmottaket er utformet for å være. For å skjerme kreftpasientene for støy og smittetrykk burde det dannes smidigere pasientforløp som både tar hensyn til kreftpasientens behov for skjerming og pasientsikkerhet. Med et pasientforløp basert på kreftpasienters egen opplevelse av akuttmottaket vil man nærme seg målet i den nasjonale kreftstrategien «Leve med kreft» om en mer brukerorientert kreftomsorg slik at kreftpasientene blir godt ivaretatt gjennom hele pasientforløpet.

## 7.2 Videre forskning

Studien pekte på flere områder som kan forbedres. Det kan være fornuftig å studere videre hvilke forventninger kreftpasienter har til sykehus, akuttmottak og kreftavdeling for å nyansere dette ytterligere. Det kan være hensiktsmessig å utvide populasjonen til kreftpasienter som også sendes hjem fra akuttmottaket eller er i dårligere fysisk form

enn deltagerne i denne studien. Målet med studien burde være å få utarbeidet målrettet informasjon til kreftpasienter som differensieres i forhold til alder, sykdom og læringskompetanse. Dette kan gjøre det enklere å gjøre tiltak som øker tilfredsheten uten at det går på bekostning av pasientsikkerheten.

Leger og sykepleiere burde også intervjues om deres syn på kreftpasienter i akuttmottak, for å nansere bildet ytterligere. Dette kan skaffe til veie ny kunnskap og nye forslag til løsninger som kan forbedre kreftpasientenes vei gjennom akuttmottaket.

Hva omsorg er, og hva det skal være, i et akuttmottak er også et område å studere videre. Sykepleie er ikke lenger forbeholdt det som skjer på sengeposter, men utøves i økende grad i spesialiserte høyteknologiske miljøer som akuttmottak og på poliklinikker. Der målsetning og krav til effektivitet er annerledes enn på sengeposter. Det å beskrive hvordan omsorg i et slikt miljø oppfattes, både av pasienter og sykepleierne selv, kan gi innsikt og være et grunnlag for utvikling av bedre helsetjenester.

## Referanseliste

- Alligood, M. R. (2014). *Nursing theorists and their work* (8th ed. ed.). St. Louis, Mo: Elsevier.
- Amanian, S., Faldaas, B. O., Logan, P. A., & Vaismoradi, M. (2020). Learning from Patient Safety Incidents in the Emergency Department: A Systematic Review. *J Emerg Med, 58*(2), 234-244. doi:10.1016/j.jemermed.2019.11.015
- Berkett, T., & Walford, A. (2013). Nurse led PICC line service. *Dissector, 41*(2), 19-21. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=103894749&site=ehost-live>
- Bevan, M. T. (2014). A method of phenomenological interviewing. *Qual Health Res, 24*(1), 136-144. doi:10.1177/1049732313519710
- Bjornsen, L. P., Uleberg, O., & Dale, J. (2013). Patient visits to the emergency department at a Norwegian university hospital: variations in patient gender and age, timing of visits, and patient acuity. *Emerg Med J, 30*(6), 462-466. doi:10.1136/emered-2012-201191
- Blinkenberg, J., Pahlavanyali, S., Hetlevik, O., Sandvik, H., & Hunskaar, S. (2019). General practitioners' and out-of-hours doctors' role as gatekeeper in emergency admissions to somatic hospitals in Norway: registry-based observational study. *BMC Health Serv Res, 19*(1), 568. doi:10.1186/s12913-019-4419-0
- Boman, E., Levy-Malmberg, R., & Fagerstrom, L. (2020). Differences and similarities in scope of practice between registered nurses and nurse specialists in emergency care: an interview study. *Scand J Caring Sci, 34*(2), 492-500. doi:10.1111/scs.12753
- Brottveit, G., & Del Busso, L. (2018). *Vitenskapsteori og kvalitative forskningsmetoder : om å arbeide forskningsrelatert*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Cardoso, G., Graca, J., Klut, C., Trancas, B., & Papoila, A. (2016). Depression and anxiety symptoms following cancer diagnosis: a cross-sectional study. *Psychol Health Med, 21*(5), 562-570. doi:10.1080/13548506.2015.1125006
- Caterino, J. M., Adler, D., Durham, D. D., Yeung, S.-C. J., Hudson, M. F., Bastani, A., . . . Venkat, A. (2019). Analysis of Diagnoses, Symptoms, Medications, and Admissions Among Patients With Cancer Presenting to Emergency Departments. *JAMA Network Open, e190979-e190979*. doi:10.1001/jamanetworkopen.2019.0979
- Chen, H., Johnson, M., Boland, E., Seymour, J., & Macleod, U. (2019). Emergency admissions and subsequent inpatient care through an emergency oncology service at a tertiary cancer centre: service users' experiences and views. *Support Care Cancer, 27*(2), 451-460. doi:10.1007/s00520-018-4328-5
- Christie, W., & Moore, C. (2005). The impact of humor on patients with cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing, 9*(2), 211-227. doi:10.1188/05.CJON.211-218
- Considine, J., Livingston, P., Bucknall, T., & Botti, M. (2009). A review of the role of emergency nurses in management of chemotherapy-related complications. *Journal of Clinical Nursing (Wiley-Blackwell), 18*(18), 2649-2655. doi:10.1111/j.1365-2702.2009.02843.x
- Cooksley, T., & Rice, T. (2017). Emergency oncology: development, current position and future direction in the USA and UK. *Supportive Care in Cancer, 25*(1), 3-7. doi:10.1007/s00520-016-3470-1
- Cornillon, P., Loiseau, S., Aublet-Cuvelier, B., & Guastella, V. (2016). Reasons for transferral to emergency departments of terminally ill patients - a French descriptive and retrospective study. *BMC Palliat Care, 15*(1), 87. doi:10.1186/s12904-016-0155-y
- Dorph, E. S., Anne. Olin, Wenche. Moe, Synnøve Hvidevold. Eide, Bjørn Tommy. . (2016, 30.08.2016). Sentralt venekateter (SVK) - stell, bruk og håndtering, komplikasjoner med tiltak, voksne. Retrieved from <https://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/sentralt-venekateter-svk-stell-og-bruk-av-tunnelert-og-ikke-tunnelert-kateter-hos-voksne>

- Engebretsen, S., Roise, O., & Ribu, L. (2013). Triage in Norwegian emergency departments. *Tidsskr Nor Laegeforen*, 133(3), 285-289. doi:10.4045/tidsskr.11.1121
- Foulkes, M. (2010). Nursing management of common oncological emergencies. *Nursing Standard*, 24(41), 49-56. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=105034943&site=ehost-live>
- Graubæk, A.-M., & Thorbjørnsen, K. M. (2010). *Å være pasient : en innføring i pasientologi*. Oslo: Akribe.
- Gray, L. M., & Meyer, S. (2014). Management of patients on chemotherapeutic treatment for advanced cancer with acute conditions in the emergency department. *Australas Emerg Nurs J*, 17(4), 146-151. doi:10.1016/j.aenj.2014.05.003
- Guddati, A. K., Kumar, N., Segon, A., Joy, P. S., Marak, C. P., & Kumar, G. (2013). Identifying oncological emergencies. *Medical Oncology*, 30(3), 669-669. doi:10.1007/s12032-013-0669-6
- Hall, J. E., & Guyton, A. C. (2011). *Guyton and Hall textbook of medical physiology* (12th ed. ed.). Philadelphia: Elsevier Saunders.
- Hellbom, M., & Thomé, B. (2011). *Perspektiv på onkologisk vård*. Lund: Studentlitteratur.
- Helsedirektoratet. (2014a). *Faglige og organisatoriske kvalitetskrav for somatiske akuttmottak*.
- Helsedirektoratet. (2014b). *Faglige og organisatoriske kvalitetskrav for somatiske akuttmottak*. [www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no): Nasjonale faglige retningslinjer IS-2236 Retrieved from [https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/kvalitetskrav-for-somatiske-akuttmottak/Faglige%20og%20organisatoriske%20kvalitetskrav%20for%20somatiske%20akuttmottak%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje.pdf/\\_attachment/inline/ea8baff-94d2-44f5-b525-f6c1f518aed5:029310dc7ad46980ba0fe85bdd9887148d4206b1/Faglige%20og%20organisatoriske%20kvalitetskrav%20for%20somatiske%20akuttmottak%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/kvalitetskrav-for-somatiske-akuttmottak/Faglige%20og%20organisatoriske%20kvalitetskrav%20for%20somatiske%20akuttmottak%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje.pdf/_attachment/inline/ea8baff-94d2-44f5-b525-f6c1f518aed5:029310dc7ad46980ba0fe85bdd9887148d4206b1/Faglige%20og%20organisatoriske%20kvalitetskrav%20for%20somatiske%20akuttmottak%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje.pdf)
- Helsedirektoratet. (2017). *Videreutdanning for sykepleiere - Hvordan sikre at behovet for avansert breddekompetanse blir ivarettatt i fremtiden?* [www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no): Helsedirektoratet Retrieved from [https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/videreutdanning-for-sykepleiere/Videreutdanning%20for%20sykepleiere.pdf/\\_attachment/inline/f6cf737a-6645-46fc-abab-a11bc3df0d8f:68b231a9abb4b8548a0d7f4d81e7ff0e973e1238/Videreutdanning%20for%20sykepleiere.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/videreutdanning-for-sykepleiere/Videreutdanning%20for%20sykepleiere.pdf/_attachment/inline/f6cf737a-6645-46fc-abab-a11bc3df0d8f:68b231a9abb4b8548a0d7f4d81e7ff0e973e1238/Videreutdanning%20for%20sykepleiere.pdf)
- Helsetilsynet. (2008). *"Mens vi venter..." - forsvarlig pasientbehandling i akuttmottakene?* [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no): Statens helsetilsyn Retrieved from [https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/publikasjoner/rapporter2008/helsetilsynetsrapport2\\_2008.pdf](https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/publikasjoner/rapporter2008/helsetilsynetsrapport2_2008.pdf)
- Henson, L. A., Higginson, I. J., Daveson, B. A., Ellis-Smith, C., Koffman, J., Morgan, M., . . . BuildCare. (2016). 'I'll be in a safe place': a qualitative study of the decisions taken by people with advanced cancer to seek emergency department care. *BMJ Open*, 6(11), e012134. doi:10.1136/bmjopen-2016-012134
- Hong, A. S., Froehlich, T., Clayton Hobbs, S., Lee, S. J. C., & Halm, E. A. (2019). Impact of a Cancer Urgent Care Clinic on Regional Emergency Department Visits. *J Oncol Pract*, 15(6), e501-e509. doi:10.1200/JOP.18.00743
- Jelinek, G. A., Boughey, M., Marck, C. H., Phillip, J., Weil, J., Lane, H., & Weiland, T. J. (2014). "Better pathways of care": suggested improvements to the emergency department management of people with advanced cancer. *J Palliat Care*, 30(2), 83-89. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25058985>
- Jelinek, G. A., Marck, C. H., Weiland, T. J., Philip, J., Boughey, M., Weil, J., & Lane, H. (2013). Caught in the middle: tensions around the emergency department care of people with advanced cancer. *Emerg Med Australas*, 25(2), 154-160. doi:10.1111/1742-6723.12047



- Jenssen, D., Kjørstad, M., Seim, S., & Tufte, P. A. (2020). *Vitenskapsteori for sosial- og helsefag* (1. utgave. ed.). Oslo: Gyldendal.
- Johannessen, A., Christoffersen, L., & Tufte, P. A. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (5. utg. ed.). Oslo: Abstrakt.
- Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteorier : analyse og evaluering* (2. utg. ed.). Oslo: Ad notam Gyldendal.
- Kreftregisteret. (2021). Kreftregisteret. Retrieved from <https://www.kreftregisteret.no/>
- Kvale, K., & Bondevik, M. (2010). Patients' perceptions of the importance of nurses' knowledge about cancer and its treatment for quality nursing care. *Oncol Nurs Forum*, 37(4), 436-442. doi:10.1188/10.ONF.436-442
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M., & Rygge, J. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg., 2. oppl. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- legeforening, D. n. (2020). Onkologi. Retrieved from <https://www.legeforeningen.no/fag/spesialiteter/Onkologi/>
- Legramante, J. M., Pellicori, S., Magrini, A., Frittelli, T., Formica, V., & Roselli, M. (2018). Cancer Patients in the Emergency Department: A "Nightmare" that Might Become a Virtuous Clinical Pathway. *Anticancer Res*, 38(11), 6387-6391. doi:10.21873/anticancer.12998
- Livingston, P. M., Craike, M., Considine, J., Botti, M., & O'Connell, B. (2009). Presentation to Emergency Departments due to chemotherapy induced complications: Opportunities for improving service delivery. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 12(4), 181. doi:<https://doi.org/10.1016/j.aenj.2009.08.091>
- Manfredini, L. L., Dos Santos, G. P., Centrone, A. F. Y., & Hamerschlag, N. (2018). Reclassification of risk in an emergency referral center: the need for a specific tool for the classification of onco-hematological patients. A cross-sectional study. *Med Oncol*, 35(6), 86. doi:10.1007/s12032-018-1136-1
- Marck, C. H., Weil, J., Lane, H., Weiland, T. J., Philip, J., Boughey, M., & Jelinek, G. A. (2014). Care of the dying cancer patient in the emergency department: findings from a National survey of Australian emergency department clinicians. *Intern Med J*, 44(4), 362-368. doi:10.1111/imj.12379
- Mayer, D. K., Travers, D., Wyss, A., Leak, A., & Waller, A. (2011). Why do patients with cancer visit emergency departments? Results of a 2008 population study in North Carolina. *J Clin Oncol*, 29(19), 2683-2688. doi:10.1200/JCO.2010.34.2816
- Mollaoglu, M., & Celik, P. (2016). Evaluation of emergency department nursing services and patient satisfaction of services. *J Clin Nurs*, 25(19-20), 2778-2785. doi:10.1111/jocn.13272
- Morton, P. G., & Fontaine, D. K. (2012). *Essentials of critical care nursing : a holistic approach*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- NAKOS. (2020). Rapid Emergency Triage and Treatment System (RETTs). Retrieved from <https://www.nakos.no/course/index.php?categoryid=132>
- NHI. (2018, 18.01.18). Kreft. Retrieved from <https://nhi.no/kroppen-var/sykdomsprosesser/kreft/?page=1>
- Først og fremst - et helhetlig system for å håndtere akutte sykdomer og skader utenfor sykehus, (2015).
- Omsorgsdepartementet, H.-o. (2018, 18.04.18). Leve med Kreft. Nasjonal Kreftstrategi (2018-2022). Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/leve-med-kreft/id2598282/>
- Meld. St. 7 (2019-2020) Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023, (2019).
- Pasientrettighetsloven. (2001). *Pasient- og brukerrettighetsloven* Oslo: [www.lovdatab.no](http://www.lovdatab.no) Retrieved from <https://lovdatab.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Pedersen, B., Uhrenfeldt, L., Jacobsen, H. R., & Jorgensen, L. (2019). The role of responsibility in oncological emergency telephone calls. *Nurs Ethics*, 26(7-8), 2071-2084. doi:10.1177/0969733019839214
- Philip, J., Remedios, C., Breen, S., Weiland, T., Willenberg, L., Boughey, M., . . . Weil, J. (2018). The experiences of patients with advanced cancer and caregivers presenting to Emergency

- Departments: A qualitative study. *Palliat Med*, 32(2), 439-446.  
doi:10.1177/0269216317735724
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing Research : generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed. ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Predicare. (2011). RETTS - Sveriges ledende beslutningssystem for triagering innen akutthjelp. Retrieved from <https://predicare.no/om-retts/>
- Prince, R. M., Powis, M., Zer, A., Atenafu, E. G., & Krzyzanowska, M. K. (2019). Hospitalisations and emergency department visits in cancer patients receiving systemic therapy: Systematic review and meta-analysis. *European Journal of Cancer Care*, 28(1), N.PAG-N.PAG.  
doi:10.1111/ecc.12909
- Rasouli, H. R., Aliakbar Esfahani, A., & Abbasi Farajzadeh, M. (2019). Challenges, consequences, and lessons for way-outs to emergencies at hospitals: a systematic review study. *BMC Emerg Med*, 19(1), 62. doi:10.1186/s12873-019-0275-9
- Reitan, A. M., & Schjølberg, T. K. (2017). *Kreftsykepleie : pasient, utfordring, handling* (4. utg. ed.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Ruge, T., Malmer, G., Wachtler, C., Ekelund, U., Westerlund, E., Svensson, P., & Carlsson, A. C. (2019). Age is associated with increased mortality in the RETTS-A triage scale. *BMC Geriatr*, 19(1), 139. doi:10.1186/s12877-019-1157-4
- Røkenes, O. H., Hanssen, P.-H., & Tolstad, O. (2012). *Bære eller bryte : kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker* (3. utg. ed.). Bergen: Fagbokforl.
- Smith, A. K., Schonberg, M. A., Fisher, J., Pallin, D. J., Block, S. D., Farrow, L., & McCarthy, E. P. (2010). Emergency department experiences of acutely symptomatic patients with terminal illness and their family caregivers. *J Pain Symptom Manage*, 39(6), 972-981.  
doi:10.1016/j.jpainsymman.2009.10.004
- Spesialisthelsetjenesteloven. (2001). *Spesialisthelsetjenesteloven og helseforetaksloven med forskrifter og vedtekter : lov om spesialisthelsetjenesten m.m., vedtatt 2. juli 1999 nr. 61 : lov om helseforetak m.m., vedtatt 15. juni 2001 nr. 93*. [www.lovdata.no](http://www.lovdata.no): Helse- og omsorgsdepartementet Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>
- Spilsbury, K., Rosenwax, L., Arendts, G., & Semmens, J. B. (2017). The Association of Community-Based Palliative Care With Reduced Emergency Department Visits in the Last Year of Life Varies by Patient Factors. *Ann Emerg Med*, 69(4), 416-425.  
doi:10.1016/j.annemergmed.2016.11.036
- Tanay, M. A. L., Roberts, J., & Ream, E. (2013). Humour in adult cancer care: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 69(9), 2131-2140.  
doi:10.1111/jan.12059
- Thoresen, L., Rugseth, G., & Bondevik, H. (2020). *Fenomenologi i helsefaglig forskning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Weil, J., Weiland, T. J., Lane, H., Jelinek, G. A., Boughey, M., Marck, C. H., & Philip, J. (2015). What's in a name? A qualitative exploration of what is understood by "palliative care" in the emergency department. *Palliat Med*, 29(4), 293-301. doi:10.1177/0269216314560801
- Widgren, B. R. (2012). *Retts : akutsjukvård direkt*. Lund: Studentlitteratur.
- Zachariasse, J. M., van der Hagen, V., Seiger, N., Mackway-Jones, K., van Veen, M., & Moll, H. A. (2019). Performance of triage systems in emergency care: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 9(5), e026471. doi:10.1136/bmjopen-2018-026471
- Østfold, H. i. (2019). Studieplan for Akuttsykepleie, videreutdanning (90 studiepoeng) (2018-2019). Retrieved from <https://www.hiof.no/studier/programmer/hsvak-akuttsykepleie-videreutdanning-90-stp/studieplaner/V2018.html>
- Østfold, S. (2019a). Medisinsk Akutt-Team. In. Elektronisk Kvalitetshåndbok: Sykehuset Østfold HF.
- Østfold, S. (2019b). *Stillingsbeskrivelse - lege i spesialisering (LIS)*. Prosedyre. Sykehuset Østfold HF. Elektronisk Kvalitetshåndbok Sykehuset Østfold HF. Retrieved from <https://ek-sohf/EKNet/docs/pub/DOK08392.pdf>

- Østfold, S. (2020a). *Arbeidsbeskrivelse - Leger i spesialisering i vakt- akuttmedisinsk avdeling*. Prosedyre. Sykehuset Østfold HF. Elektronisk Kvalitetshåndbok Sykehuset Østfold. Retrieved from <https://ek-sohf/EKNet/docs/pub/dok25411.pdf>
- Østfold, S. (2020b). *Mottak og visittgang - onkologiske pasienter*. Elektronisk Kvalitetshåndbok Sykehuset Østfold. Retrieved from <https://ek-sohf/EKNet/docs/pub/dok32070.pdf>

# Vedlegg

**Vedlegg 1:** Vurdering fra NSD

**Vedlegg 2:** Vurdering fra personvernombud

**Vedlegg 3:** Informasjonsskriv

**Vedlegg 4:** Intervjuguide

# Vedlegg 1    Vurdering fra NSD - prosjekt 845414

## **Prosjekttittel**

Akuttmottak på godt og vondt - Kreftpasienters opplevelse av opphold i akuttmottaket

## **Referansenummer**

845414

## **Registrert**

15.10.2020 av Anne Kristin Hole Trollnes - aktrolln@stud.ntnu.no

## **Behandlingsansvarlig institusjon**

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet / Fakultet for medisin og helsevitenskap (MH) / Institutt for helsevitenskap i Gjøvik

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

Bente Hamnes, Bente.hamnes@ntnu.no, tlf: 92832549

## **Type prosjekt**

Studentprosjekt, masterstudium

## **Kontaktinformasjon, student**

Anne Kristin Hole Trollnes, anne.kristin.hole.trollnes@so-hf.no, tlf: 45214895

## **Prosjektperiode**

24.08.2020 - 01.09.2021

## **Status**

23.11.2020 - Vurdert

## **Vurdering (1)**

### **23.11.2020 - 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 den 23.11.2020 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

---

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: [https://nsd.no/personvernombud/meld\\_prosjekt/meld\\_endringer.html](https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html) Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

## TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet behandler særlige kategorier av personopplysninger om helseforhold og alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 01.09.2021. Koblingsnøkkelen skal lagres i ett år (til 01.09.2022) etter godkjent masteroppgave av kontrollhensyn/etterprøvbart. Deretter slettes alle personopplysninger.

## 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 nr. 11 og art. 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 er dermed den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a, jf. art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

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 viderebehandles 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).

NSD vurderer at informasjonen 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 eventuelt 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: Jørgen Wincentzen

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

---

## Vedlegg 2      Vurdering fra personvernombud

**Fra:** forskningsavdelingen@so-hf.no <forskingsavdelingen@so-hf.no>

**Sendt:** 14. oktober 2020 08:50

**Til:** Anne Kristin Hole Trollnes <Anne.Kristin.Hole.Trollnes@so-hf.no>; SOHF PB Prosjektregisteret <Prosjektregisteret@so-hf.no>; SOHF PB Forskningsavdelingen <Forskingsavdelingen@so-hf.no>

**Kopi:** Andreas Stensvold <Andreas.Stensvold@so-hf.no>

**Emne:** Melding fra prosjektregisteret: Akuttmottak på godt og vondt - Kreftpasienters opplevelse av opphold i akuttmottak er godkjent

Prosjekttittel: Akuttmottak på godt og vondt - Kreftpasienters opplevelse av opphold i akuttmottak

Prosjektbeskrivelse:

Denne studien er en del av en Masteroppgave i Klinisk Sykepleie ved NTNU Gjøvik. Hensikten med denne studien er å undersøke hvordan pasienter med kreft opplever opphold i akuttmottaket når de må legges inn for behandling på sykehus. Det skal gjennomføres en kvalitativ undersøkelse der kreftpasienter (ca 8 pasienter) intervjues noen dager etter innleggelse. Det vil bli brukt en fenomenologisk tilnærming på intervjuguide (som vil ha åpne spørsmål, men være semistrukturert) og analysen for å få frem essensen av pasienters opplevelse av opphold i akuttmottaket.

Godkjent av: ASTEN

Forskningsavdelingen vil i samråd med personvernombudet gjennomgå dokumentasjonen som er knyttet til ditt prosjekt, og du vil få en tilbakemelding når prosjektet kan starte. Vennligst ettersend all nødvendig dokumentasjon til [forskingsavdelingen@so-hf.no](mailto:forskingsavdelingen@so-hf.no) for raskere saksgang. Nødvendig dokumentasjon og flyt for oppstart av prosjekt finnes i EK.

Dersom du har behov for støtte til oppstart og/ eller den praktiske gjennomføringen av studien, ta kontakt med klinisk forskningsenhet: [kliniskestudier@so-hf.no](mailto:kliniskestudier@so-hf.no)

Mvh. forskningsavdelingen

---

**Fra:** Magnus Kringstad Olsen <[Magnus.Kringstad.Olsen@so-hf.no](mailto:Magnus.Kringstad.Olsen@so-hf.no)>

**Sendt:** 28. oktober 2020 08:11

**Til:** Anne Kristin Hole Trollnes <[Anne.Kristin.Hole.Trollnes@so-hf.no](mailto:Anne.Kristin.Hole.Trollnes@so-hf.no)>

**Emne:** Innstilling fra PVO - Kreftpasienters opplevelse av opphold i akuttmottak

Hei

Prosjektet ditt ble tatt opp på PVO-møtet som var i slutten av forrige uke, og under følger innstillingen fra PVO:

«Dette er et prosjektet utenfor REKs mandat som skal gjennomføres i regi av NTNU og dataansvaret ligger der. Det rettslige grunnlaget for prosjektet er samtykke fra de aktuelle pasientene.

---

I prosjektet skal pasienter ved SØ intervjues av en ansatt ved SØ, i tillegg til at det skal innhentes noe informasjon fra journal. Det forutsettes at pasientene samtykker til deltakelse og videre at dette samtykket dekker både intervju og oppslag i journal. Forutsatt at aktuell avdelingssjef hvor prosjektet skal gjennomføres godkjenner prosjektet, har personvernombudet ingen innsigelser på at dette gjennomføres».

Lykke til med prosjektet!

Med vennlig hilsen  
Magnus Kringstad Olsen  
Rådgiver, Ph.D  
Sykehuset Østfold

Forskningsavdelingen  
Postboks 300, 1714 Grålum  
Besøksadresse: Kalnesveien 300, 1714 Grålum

Telefon 48 18 31 23  
[magnuo@so-hf.no](mailto:magnuo@so-hf.no)





## Vedlegg 3 Informasjonsskriv

### Vil du delta i forskningsprosjektet

#### ***Akuttmottaket på godt og vondt – Kreftpasienters opplevelse av opphold i akuttmottak.***

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke hvordan kreftpasienter opplever opphold i akuttmottak. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### **Formål**

Forskningsprosjektet er en del av en masteroppgave ved Fakultet for medisin og helsevitenskap ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU) Gjøvik. Hensikten er å undersøke hvordan kreftpasienter opplever behandling og opphold i et akuttmottak.

Ved sykehusinnleggelse må de fleste kreftpasienter i Norge gjennom akuttmottak for journalopptak og behandling før innleggelse ved kreftavdeling. Akuttmottak kan være et hektisk sted hvor fokuset ligger på pasienter med en akutt kritisk tilstand og dette prosjektet ønsker å utforske hvordan kreftpasienter opplever disse omgivelsene. Prosjektet vil ta sikte på å intervju 8 kreftpasienter om deres opplevelser under det siste oppholdet deres i akuttmottaket.

Intervjuene vil analyseres og brukes som grunnlag for en masteroppgave. Denne oppgaven vil kunne bli brukt som grunnlag for en artikkel i et helsefaglig forskningstidsskrift, undervisning på konferansen Akuttdagene i regi av Norsk Sykepleieforbunds Landsforening av Akuttsykepleiere og eventuelt kvalitetsforbedringsarbeid ved Sykehuset Østfold.

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

Fakultet for medisin og helsevitenskap ved NTNU Gjøvik er ansvarlig for prosjektet.

Personvernombudet ved Sykehuset Østfold har godkjent prosjektet.

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

Alle kreftpasienter som har blitt innlagt på kreftavdelingen via akuttmottaket er aktuelle deltagere i undersøkelsen. Prosjektmedarbeider på kreftavdelingen har forespurt deg om deltagelse på bakgrunn av at du akkurat har blitt innlagt via akuttmottaket til kreftavdelingen. Inklusjonskriterier er videre at du snakker og forstår skriftlig norsk godt, at du har en kreftdiagnose og er over 18 år.

Forsker får kontaktopplysninger av prosjektmedarbeider når du har sagt deg villig til å delta og vil ta kontakt for å avtale et intervju og svare på videre spørsmål.

---

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

Hvis du sier ja til å delta vil intervjuet gjennomføres med deg og forsker til stede og det vil benyttes båndopptaker. Intervjuet vil vare inntil 60 minutter og det vil i etterkant skrives ut av forsker. Underveis i intervjuet vil det kunne bli tatt notater hvis det er tanker og viktige stemninger som må beskrives.

I etterkant av intervjuet vil forsker hente ut informasjon fra din journal om lengde på opphold i akuttmottak og om mottagende lege var fra medisinsk eller onkologisk avdeling.

## **Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Undertegnede er ansatt som fagsykepleier i akuttmottaket, men dine svar og synspunkter vil ikke ha noe å si for behandlingen du får ved akuttmottaket eller på resten av sykehuset, verken nå eller senere hvis du måtte ha behov for ny innleggelse.

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

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

Det vil primært være forsker som har tilgang til personopplysningene dine og behandle disse. Ved behov på grunn av utdanningsløpet vil prosjektleder, som er veileder for masterstudenten/forsker, også kunne få tilgang til personopplysningene dine.

Navnet og kontaktopplysningene dine vil forsker erstatte med en kode som lagres på egen navneliste oppbevart adskilt fra intervjuene og journalopplysningene. Denne navnelisten vil oppbevares på en kryptert minnepenn som hele tiden ligger innelåst. Alle skriftlige intervjuer vil være anonymisert med kode slik at det ikke er noen gjenkjennbare personopplysninger. Disse vil være lagret på en annen kryptert minnepinne når filene ikke er i bruk.

Intervjuene skal analyseres og brukes i en masteroppgave og det vil ikke være noen personopplysninger som kan gjenkjennes i denne publikasjonen.

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

Opplysningene anonymiseres underveis og prosjektet avsluttes/oppgaven godkjennes etter planen september 2021. Lydfiler slettes etter at de er skrevet over i skriftlig format underveis i prosjektet. Koblingsnøkkelen som kobler deg til de aidentifiserte skriftlige transkripsjonene av intervjuene vil oppbevares i ett år av kontrollhensyn, anslagsvis til september 2022. Da vil koblingsnøkkel slettes og behandlingen av dine personopplysninger avsluttes.

## **Dine rettigheter**

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

---

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg, og
- å sende klage til 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 NTNU Gjøvik 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:

- NTNU Gjøvik, fakultet for medisin og helsevitenskap ved Bente Hamnes – bente.hamnes@ntnu.no
- NTNU's personvernombud Thomas Helgesen - thomas.helgesen@ntnu.no

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost ([personverntjenester@nsd.no](mailto:personverntjenester@nsd.no)) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Bente Hamnes  
Prosjektleder/veileder

Anne Kristin Hole Trollnes  
Forsker/mastergradsstudent

---

## Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Akuttmottak på godt og vondt – Kreftpasienters opplevelse av opphold i akuttmottak» og har fått anledning til å stille spørsmål.

Jeg samtykker til:

- å delta i intervju
- at forsker kan gå inn i min journal og hente opplysninger om oppholdstid i akuttmottaket ved forrige innleggelse og om mottagende lege var fra medisinsk avdeling eller onkologisk avdeling.

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet.

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

---

## Vedlegg 4 Intervjuguide for individuelle intervju

### **Studie: Akuttmottak på godt og vondt – Kreftpasienters opplevelse av opphold i akuttmottak**

**Studiens hensikt:** Få mer kunnskap om erfaringer etter opphold i akuttmottak hos mennesker med en kreftdiagnose.

**Registrering av bakgrunnsvariabler:** vil bli gjort skriftlig på et eget skjema:

- kjønn
- alder
- diagnose
- sykdomsvarighet

#### **Innledning til intervju**

Det vil bli vist til informasjonsbrevet som informanten fikk om forespørselen om deltakelse. Vi ønsker å få mer kunnskap om hvilke erfaringer deltakerne har etter å ha blitt innlagt på sykehus via akuttmottak.

#### **Hensikten med intervjuet**

- lytte til deltakerens meningsinnhold, tanker og refleksjoner knyttet til erfaringer

#### **Gjennomføring av selve intervjuet**

Intervjuet tas opp på lydbåndopptaker, skrives ordrett ut og bearbeides

Det er helt greit å melde pass på ulike spørsmål

Det blir også registrert ikke-verbale signaler som nikking, risting på hodet osv.

Intervjuet skal oppleves som en samtale

#### **Krav til intervjuer:**

Den som intervjues skal så langt mulig konkretisere og eksemplifisere (fra det generelle til det spesielle). Intervjuer følger assosiasjonsrekkene til den som blir intervjuet, dvs spørsmålene blir ikke besvart i den rekkefølge de er beskrevet.

---

### **Innledende spørsmål:**

Hvordan opplevde du å bli tatt imot i akuttmottaket?

Kan du fortelle litt om hva som skjedde i akuttmottaket?

Hvis du skulle fremheve noe ved oppholdet, hva skulle det være?

### **Temaer knyttet til oppholdet som tas opp:**

Kan du fortelle litt om undersøkelser du måtte igjennom?

- Hvordan opplevde du dette?

Hvilke personer og yrkesgrupper møtte deg i akuttmottaket?

Hvordan ble oppholdet i forhold til dine forventninger? (Informasjon, trygghet, ventetid.)

Hva slags kompetanse bør leger og sykepleiere ha i mottak av deg som pasient?  
(Kunnskap, holdninger og ferdigheter)

Når du skal legges inn på sykehus, hvordan vil det beste mottaket være for deg?

- Hva er det som gjør dette bra?
- Hva er forskjellig fra mottaket du har opplevd?

Hvilke erfaringer var viktigst for deg? Er det noe som spesielt gjorde inntrykk på deg.

### **Avslutning av intervjuet**

Er det noe som har dukke opp i løpet av intervjuet som du kunne tenke deg å si noe om?

Hvordan har det vært å delta i intervjuet?

**Tusen takk for deltagelsen!**

---

