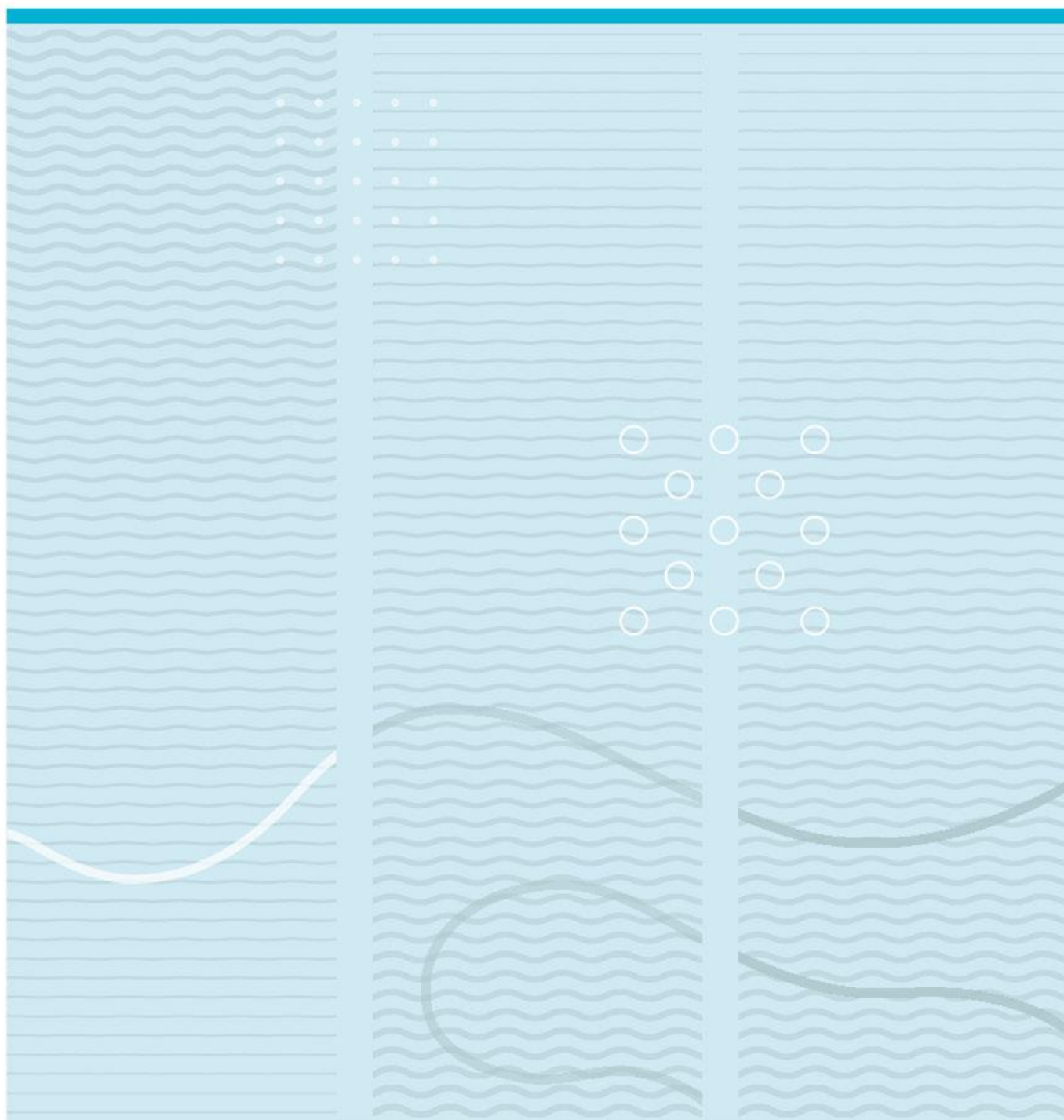


Alison Axisa Eriksen

Pasientopplevd kvalitet på Akuttsenteret ved Sykehuset i Vestfold HF



Universitetet i Sørøst-Norge
Fakultet for helse- og sosial vitenskap
Institutt for helse-, sosial- og velferdsfag
Postboks 235
3603 Kongsberg

<http://www.usn.no>

© 2018 Alison Axisa Eriksen

Denne avhandlingen representerer 30 studiepoeng
Antall ord: 19 376

Sammendrag

Hensikten med studien var å foreta en evaluering av pasientopplevd kvalitet på Akuttsenteret ved Sykehuset i Vestfold HF (SiV). For å identifisere hva som er viktig i forhold til kvalitet for pasienter som blir behandlet på Akuttsenteret, brukte jeg følgende problemstilling: Hvordan opplever pasientene behandlingen de har fått på Akuttsenteret ved SiV? Hvilke dimensjoner av kvalitet er viktig for pasientene og hvorfor? Kvalitative intervjuer av åtte pasienter ble brukt for å få svar på problemstillingen. Følgende kategorier av dimensjoner av kvalitet ble identifisert: venting, oppfølging av pasienter/ kontakt med helsepersonell, informasjon, pårørende, det fysiske miljøet, helsepersonell med riktig kompetanse og pasientfelleskapet. Jeg brukte teoriene salutogenese og forberedende venting for å diskutere pasienterfaringene og for å prøve å forstå hvorfor disse dimensjonene av kvalitet er viktig for pasientene.

Pasientene i min undersøkelse er fornøyde med ventetider på Akuttsenteret og med kontakten de har hatt med helsepersonell. De har observert at noen eldre pasienter strevde med å få kontakt med helsepersonell. Pasientene ønsker mer informasjon både i ventesituasjoner og i forhold til undersøkelser og behandling, men særlig i ventesituasjoner. Noen pasienter har stor nytte av å ha med seg pårørende på Akuttsenteret. De som hadde med seg pårørende var fornøyde med hvordan pårørende deres ble møtt på Akuttsenteret. Pasientene har identifisert flere forhold i det fysiske miljøet som kan bli bedre. De mente spesielt at det er viktig at pasienter får mulighet til å vente i et miljø som er tilrettelagt i forhold til deres helsetilstand. Pasientene identifiserte tre aspekter ved helsepersonell med riktig kompetanse: at legen som behandlet dem var spesialist i forhold til det som feilet kroppen deres, at helsepersonell kunne forutse utfordringer pasientene kommer til å få etter endt opphold på Akuttsenteret, at helsepersonell ga helhetlig behandling til pasientene. Jeg mener at studien viser at Akuttsenteret har klart å tilfredsstille pasientenes forventninger og ønsker i forhold til det første aspektet men har ikke alltid klart det i forhold til de siste to aspektene. Pasientene på Akuttsenteret er opptatt av hverandre og noen pasienter hjelper også hverandre med praktiske ting. Dette er noe som helsepersonell på Akuttsenteret bør være observante på.

Søkeord: pasientopplevd, pasient erfaringer, kvalitet, akuttmottak, salutogenese, forberedende venting

Abstract

The purpose of this study was to evaluate quality of care at the emergency department (ED) of Vestfold Hospital Health Authority, from the patients' perspective. To identify what aspects of quality of care are important to patients I looked at the following research problem: How do patients experience the care they are given at the emergency department? What dimensions of quality of care are important for the patients and why? I used qualitative methods and interviewed eight patients that were cared for at the ED to answer the research problem. The patients identified these categories of dimensions of quality of care: waiting, patient follow-up/contact with staff, information, relatives, the physical environment, competent health professionals and contact with fellow patients. I used salutogenesis and theory of preparative waiting to discuss my findings and to understand why these dimensions are important.

Patients in my study were satisfied with waiting times and the contact with staff at the ED. Some patients however observed that elderly patients sometimes struggled to get contact with the staff. Patients would like more information about waiting times at the ED. More information about tests, medical procedures and medical care were also sought after by some patients. Being accompanied by a close relative can be very beneficial for some patients. Patients accompanied by relatives at the ED reported that their relatives were acknowledged by the ED staff. The physical environment at the ED is not optimal according to the patients' views. Patients were especially worried about having to wait in an environment that is not adequate because of their health issues. Patients meant that health professionals were competent if: 1) they were the right "experts" in treating their disease or injury, 2) they were proactive regarding problems they would encounter after their ED visit 3) they had a holistic approach to health. I think this study shows that health professionals in the ED were competent regarding 1) but not always competent regarding 2) and 3). Patients are interested in other patients while they are at the ED. Some patients even help other patients. I think that ED staff should be aware of the relationships patients build with each other.

Keywords: patients' perspective, patient experience, quality of care, emergency department, salutogenesis, preparative waiting

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	3
Abstract.....	4
Innholdsfortegnelse.....	5
Forord	7
1 Innledning	8
1.1 Fra evalueringsprosjekt til masteroppgave	8
1.2 Brukermedvirkning	9
1.3 Helsetjenester i Norge	10
1.4 Akuttsenteret ved SiV	11
1.5 Veien videre	12
2 Tidligere forskning om pasienterfaringer og relevante teorier	14
2.1 Tidligere forskning om pasienterfaringer	14
2.2 Tidligere forskning om pasienterfaringer fra behandling på akuttmottak	16
2.3 Hvorfor er det nødvendig med enda en studie om pasienterfaringer?.....	17
2.4 Salutogenese	18
2.5 Teori om forberedende venting.....	20
3 Hva ønsker jeg å finne ut og hvordan?.....	23
3.1 Problemstillingen	23
3.2 Metode	24
3.2.1 Forhåndskunnskap.....	24
3.2.2 Kvalitative metoder	25
3.2.3 Fra plan til praksis	27
3.2.4 Selve intervjuene	29
3.2.5 Arbeidet etter intervjuene	32
3.2.6 Videre analysearbeid	32
3.3 Pålitelighet, troverdighet og overførbarhet	34
3.4 Etske vurderinger i studien.....	35
4 Pasientenes erfaringer	37
4.1 Venting	37
4.2 Oppfølging av pasienter/ kontakt med helsepersonell.....	39
4.3 Informasjon	41

4.4 Pårørende.....	43
4.5 Det fysiske miljøet.....	45
4.6 Helsepersonell med riktig kompetanse	46
4.7 Pasientfelleskapet.....	48
5 Diskusjonen.....	50
5.1 Hvordan opplever pasientene behandlingen de har fått på Akuttsenteret?	50
5.1.1 Venting	50
5.1.2 Oppfølging av pasienter/kontakt med helsepersonell	51
5.1.3 Informasjon	52
5.1.4 Pårørende.....	53
5.1.5 Det fysiske miljøet.....	54
5.1.6 Helsepersonell med riktig kompetanse	55
5.1.7 Pasientfelleskapet.....	56
5.2 Hvilke dimensjoner av kvalitet er viktig for pasientene og hvorfor?	57
5.2.1 Pasientene søker og gir informasjon	58
5.2.2 Pasientene tolker tegn	59
5.2.3 Håndtere eksistensiell trussel	60
5.2.4 Søker hvile	61
6 Avslutning	63
Litteratur.....	65
Vedlegg 1: Samtykkeskjema	69
Vedlegg 2: Intevjuguide	71
Vedlegg 3: Dimensjoner av kvalitet	72
Vedlegg 4: Svar fra REK	78
Vedlegg 5: Svar fra NSD.....	79

Forord

Jeg har vært utrolig heldig som har fått lov til å gå på Master i Helsefremmende arbeid de siste fire årene. Jeg har fått muligheten til å utvikle meg selv videre gjennom å høre på mange inspirerende forelesninger og diskutere forskjellige synspunkter med andre studenter i pausene. Jeg vil takke min sjef Hilde Margrete Haugerud for at jeg har fått muligheten til å disponere mine fridager slik at jeg kunne møte opp på alle studiedagene.

Å bruke fire år på deltidstudier når man jobber 80% og har tre barn er heller ikke mulig uten støtte fra familien. Jeg vil takke min mann Bjørn Thomas for alle fotballkampene, skirenn og treningsamlinger han har fulgt barna våre på, slik at jeg kunne sitte hjemme og jobbe. Jentene har også hatt stor forståelse for at det måtte være stille i huset inn i mellom og spesielt i helgene før store innleveringer. Tusen takk Mathea, Kristina og Jenny. Jeg må også takke min mor Josephine og min søster Berenice for oppmuntrende ord og for at dere alltid har trodd på meg.

Det å skrive masteroppgave har vært en krevende, reflekterende og lærerik reise som jeg ikke ville vært foruten. Det var en helt unik erfaring som jeg har nytt underveis. Jeg har bevist for meg selv at jeg klarer å nå målene mine når jeg jobber strukturert og målrettet. Likevel så ville jeg ikke klart dette alene.

Det hadde ikke vært mulig å begynne med denne studien hadde det ikke vært for den store hjelpen jeg har fått fra mange ansatte på Akuttsenteret. Takk for hjelpen med rekrutteringen av pasientene. Det hadde heller ikke vært noen pasienterfaringer å skrive om, hadde det ikke vært for pasientene som har delt sine historier med meg. Tusen takk for at dere har stilt opp.

Jeg ville nok aldri ha klart å gjennomføre studien og å skrive masteroppgaven uten konstruktive tilbakemeldinger, støttende ord og gode råd fra min veileder. Tusen takk Jonn Øyvind Syse.

Jeg vil også takke Elin Saga som var til stor hjelp med inspirasjon og veiledning i forhold til problemstilling og metode. Mine kollegaer Marianne og Stin har også støttet meg gjennom denne reisen med både faglige og oppmuntrende samtaler og revidering av oppgaven. Tusen takk.

Til slutt vil jeg takke Runar Danielsen, senterlederen på Akuttsenteret for tilliten. Håper at studien vil være til nytte for utviklingen av kvaliteten på Akuttsenteret.

Andebu, 23.04.18
Alison Axisa Eriksen

1 Innledning

Pasienterfaringer kan fortelle oss noe unikt om kvaliteten av helsetjenester (Baker, Fancott, Judd, & O'Connor, 2016; Beattie, Murphy, Atherton, & Lauder, 2015; Mohammed et al., 2016; Schlesinger, Grob, & Shaller, 2015; Wolf, 2016). Bruken av pasienterfaringer i kvalitetsforbedring utvikler helsetjenester som er pasientorienterte (Mohammed et al., 2016).

1.1 Fra evalueringsprosjekt til masteroppgave

Akuttsenteret ved Sykehuset i Vestfold HF (SiV) har vært gjennom en omorganisering i januar 2017. Omorganiseringen er vedtatt for å oppfylle kravene til flere nye nasjonale føringer samt forbedre den akuttmedisinske kjeden i Vestfold (Vestfold, 2016).

Helsedirektoratet (2014) har publisert en veileder for somatiske akuttmottak, der det stilles nye krav i forhold til organisering, drift, klinisk virksomhet og kompetanse.

I omorganiseringen, er det derfor satt spesielt fokus på å ha en tydelig ledelse av senteret, for å kunne klare å drive virksomheten på en effektiv, sikker og forutsigbar måte (Vestfold, 2017). Omorganiseringen er organisert i form av et prosjekt som ble godt beskrevet i et prosjektmandat. Som en del av prosjektet er det ønskelig med en evaluering av seks fokusområder for å se om organiseringen gir de ønskede resultatene (Vestfold, 2017). Lederen av Akuttsenteret, Runar Danielsen, er prosjekteier og har ansvaret for evalueringen av den nye organisasjonsmodellen. Det er også satt sammen en styringsgruppe som består av alle klinikksjefer og en prosjektgruppe som består av forskjellige fagpersoner, en brukerrepresentant, en tillitsvalgt, et verneombud og en ansatt ved Universitetet i Sør-Øst Norge (USN). Sammensetning av styringsgruppen og prosjektgruppen gir god forankring i ledelsen og medvirkning fra alle berørte parter. Pasientopplevd kvalitet/brukererfaringer er et av fokusområdene som ønskes undersøkt på Akuttsenteret ved SiV (Vestfold, 2017).

I januar 2017 etablerte prosjektgruppen et samarbeid med USN. Målet med samarbeidet var å få en eller flere personer med akademisk bakgrunn fra USN til å undersøke pasientopplevd kvalitet ved Akuttsenteret (Danielsen, 2017). På bakgrunn av dette la USN informasjon om prosjektet på universitetets webside. Da prosjektet vekket opp min interesse, valgte jeg å ta kontakt med Elin Saga. Hun er kvalitetsrådgiver på SiV og var utnevnt som kontaktperson i

prosjektet. Slik ble pasientopplevd kvalitet og brukererfaringer fra Akuttsenteret ved SiV, tema i min masteroppgave.

1.2 Brukermedvirkning

Å samle inn pasienterfaringer er en form for brukermidvirkning, der brukere av tjenestene gis en mulighet til å dele sine erfaringer og gi en tilbakemelding på hva som fungerer og hva som ikke fungerer ved dagens praksis (Medisinsk fagavdelingen, 2013). Styringsorganer både internasjonalt og lokalt har gitt ut sterke signaler for at det er ønskelig med brukermidvirkning (Coulter, 2009; Groene & Sunol, 2015; Helsedepartementet, 1999a; Regjeringen, 2015).

Across England and the developed world, from Oslo to Ontario, Newcastle to Newquay, giving the public a more direct say in shaping the organization and delivery of healthcare services is central to the current health reform agenda
(Tritter, 2009).

Dette siden brukermidvirkning gir en mulighet til å utvikle helsetjenester som er mer brukerorienterte (Pizzo, Doyle, Matthews, & Barlow, 2015; Tritter, 2009). I den Nasjonale helse- og sykehusplan (2016-2019) står det at helsetjenestene skal sette pasienten i sentrum og tjenestene skal være rettet mot pasientens behov (Regjeringen, 2015). Helse Sør-Øst (2017) har det å styrke pasientrollen som et av tre satsingsområder i sin Regional strategi for kvalitet, pasientsikkerhet og HMS for 2018-2020.

Ifølge Ottawa Charter, WHO (1986) er helsefremmende arbeid den prosessen som gir mennesker muligheten til å ta kontroll over og til å forbedre sin egen helse. Tilbakemelding fra pasienter om opplevd helsetilbud er viktig for å sette pasientene i stand til å ta vare på egen helse og for å kunne forbedre kvaliteten av helsetilbudet (Delbanco & Gerteis, last updated 2015).

WHO (1986) appellerer til organisasjoner som leverer helsetjenester til å lytte til borgernes stemme når det gjelder borgernes helse. Organisasjonene er også oppfordret til å dele sin «makt» sammen med brukerne av helsetjenestene. Ifølge Green og Tones (2010, s. 38),

inntreffer empowerment i det mennesker opplever større maktposisjon eller kontroll. Tveiten (2016, s. 117) mener at institusjoner som gir pasientene muligheten til å påvirke forholdene de er behandlet i, utøver strukturell empowerment.

1.3 Helsetjenester i Norge

I rapporten av Saunes, Hansen, Tomic og Lindahl (2017), står det at i Norge har folk generelt god helsetilstand og gode levevaner sammenlignet med andre OECD-land. I tillegg er det høy forventet levealder og det er lav dødelighet etter hjerteinfarkt og slag. Norge har likevel en del helseutfordringer. Det er høy forekomst av kreft og høy dødelighet blant alvorlig psykisk syke pasienter. I tillegg er helseutgifter per innbygger ganske høye sammenlignet med andre land (Ringard, Sagan, Saunes, & Lindahl, 2013). Helsetjenestene er i stor grad finansiert av staten. Det betyr at befolkningen har tilgang til gode helsetjenester som de betaler en liten egenandel for (Ringard et al., 2013).

I en rapport av Ringard et al. (2013), om det norske helsesystemet står det at i Norge er det Helse- og omsorgsdepartementet som har ansvar for og som bestemmer hvordan helsetjenestene i Norge skal forvaltes. Helsesystemet er desentralisert slik at staten har ansvar for spesialistbehandlingen mens kommunene har ansvar for primærhelsetjenesten.

Primærhelsetjenesten tilbyr befolkningen en fastlegeordning som tilbyr helsetjenester i form av utredninger og enkle behandlinger. De som trenger vurdering/behandling ved spesialisthelsetjenesten blir henvist videre av fastlegen. Ved akutt sykdom kan befolkningen få behandling hos fastlegen eller legevakten når fastlegekontoret er stengt.

Spesialisthelsetjenesten involveres når det er behov og det er da akutt mottak som gir øyeblikkelig hjelp til de som trenger det. Alle sykehus med øyeblikkelig hjelp-funksjon har et akutt mottak.

Akutt mottak er organisert på forskjellige måter fra sykehus til sykehus. De fleste akutt mottak har faste helsepersonell som sykepleiere og helsesekretærer, men legene tilhører som regel primært andre seksjoner (Helsedirektoratet, 2014). Forløpet pasientene går gjennom i et akutt mottak er ganske lik uansett hvilket akutt mottak i Norge pasientene kommer til.

Pasientene blir registrert, triagert¹, undersøkt/behandlet og utskrevet/overflyttet til en annen

¹ Triage er en form for prioritering av pasienter som har behov for akuttbehandling (Widgren, 2016).

seksjon i sykehuset (Unni, Lindahl, Eli, & Elisabeth, 2015). I Helsedirektoratet (2014) står det at Helsetilsynet i 2007 har gjennomført et tilsyn av akuttmottak i Norge og har avdekket noen utfordringer ved norske akuttmottak. Pasienter i norske akuttmottak venter for lenge, ofte fordi det er vanskelig å få tilsyn av relevant spesialist i forhold til pasientens sykdom/skade. I tillegg er det vanskelig å gi forsvarlig overvåking i den tiden pasientene venter på akuttmottak. Etter tilsynet i 2007, ble det skrevet en Veileder for somatiske akuttmottak (Helsedirektoratet, 2014) som var en av grunnene til omorganiseringen som ble beskrevet i 1.1.

Hele Norges befolkning har rett til å velge behandlingssted når de trenger behandling fra spesialisthelsetjenesten (Helsedepartementet, 1999a, §2-4). Dette er en form for brukermedvirkning der befolkningen har mulighet til å velge behandlingssted etter hvilket behandlingssted de mener er best til å behandle den diagnosen de har. Denne form for brukermedvirkning kaller Dent og Pahor (2015) for «Choice», der pasienten kan velge hvor/hvem som utfører helsetjenesten.

Befolkningen har derimot ikke mulighet til å velge behandlingssted ved behov for akutte helsetjenester (Helsedepartementet, 1999a, §2-1b; 1999b, §3-1). Dette siden akutte helsetjenester må tilbys ved det nærmeste stedet for å forsikre at tilbudet gis så fort så mulig (Helsedepartementet, 1999b, §3-1). Folk som blir behandlet på akuttmottak har derfor ikke noe direkte mulighet til å medvirke i helsetjenesten som blir tilbudt.

1.4 Akuttsenteret ved SiV

SiV har ansvar for å tilby akutte helsetjenester for hele befolkningen i Vestfold, unntatt Sande og Svelvik kommune (Sykehuset i Vestfold, 2018b). Akuttsenteret består av enhetene Akuttmottak, Observasjonspost og Poliklinikk Skadestue og tilbyr akutt helsehjelp til ca. 30 000 pasienter i året (Sykehuset i Vestfold, 2018a). Det tilbys tjenester innen medisin, kirurgi, ortopedi, pediatri, gynekologi, øre-nese-hals, onkologi og nevrologi (Sykehuset i Vestfold, 2015). Senterlederen er ansvarlig for driften og utviklingen av Akuttsenteret (Vestfold, 2016). I Introduksjonsprogram for nyansatte i akuttseksjon (Sykehuset i Vestfold, 2015) står det at sykepleiere som jobber på Akuttsenteret har vakter på alle enhetene. Ansvarshavende sykepleier (ANS) har ansvar for koordinering av pasientarbeidet og for

sykepleieressurser i Akuttsenteret. ANS samarbeider med Akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK), ambulansetjenesten og annet helsepersonell for å få til god pasientflyt. Triagesykepleier har ansvaret for å vurdere og prioritere alle pasientene som kommer til Akuttsenteret.

RETTS er systemet som blir brukt for å prioritere pasientene (Sykehuset i Vestfold, 2015). Alle pasientene som kommer til Akuttsenteret, bortsett fra skadestuepasienter, blir triagert i forhold til dette systemet. Ifølge det som står i Widgren (2016), blir pasientene merket med fargene rød, oransje, gul og grønn i forhold til hvor syke de er. Pasienter som er triagert rød er direkte livstruende syke og trenger akuttbehandling umiddelbart. De som er triagert oransje, er ikke livstruende syke, men kan bli det. De trenger akuttbehandling umiddelbart. Pasienter som er triagert gul er ikke livstruende syke, men de har fortsatt behov for akuttbehandling innen rimelig tid. De som er triagert grønn er heller ikke livstruende syke og de trenger også behandling innen rimelig tid. Forskjellen mellom de som er triagert gul og grønn er at de som er triagert gul er noe sykere.

Etter triage, blir enten pasientene tatt inn til behandling på et av behandlingsrommene på Akuttsenteret, eller de blir bedt om å vente på venterommet. En av sykepleierne får tildelt ansvar for pasientene og får ansvar for pasientene under hele oppholdet på Akuttsenteret (Sykehuset i Vestfold, 2015).

1.5 Veien videre

Jeg har nå presentert hvorfor jeg har valgt å skrive om pasientopplevd kvalitet på Akuttsenteret ved SiV og hvordan dette er relevant i forhold til faget helsefremmende arbeid. Jeg har også skrevet noe om hvordan akuttmottak i Norge og Akuttsenteret ved SiV er organisert. Videre i oppgaven vil jeg skrive om tidligere forskning på dette området. Dette gjør jeg i kapittel 2. I samme kapittel vil jeg også presentere noen teorier som jeg mener er relevante for min studie. I kapittel 3 vil jeg skrive om hvilken problemstilling jeg ønsker å utforske og hvilke metoder jeg velger å bruke for å gjøre dette. Jeg vil også reflektere om oppgavens pålitelighet, troverdighet og overførbarhet, og om hvordan jeg har valgt å jobbe med etiske utfordringer i studien.

I kapitel 4 vil jeg presentere pasientenes erfaringer som jeg mener kom fram gjennom analysen av intervjuene. Videre i kapitel 5 vil jeg diskutere disse erfaringer i lys av tidligere forskning og noen kjente teorier. Til slutt i kapitel 6 vil jeg gjøre et forsøk på å oppsummere funnene i studien.

2 Tidligere forskning om pasienterfaringer og relevante teorier

I dette kapittelet ønsker jeg å introdusere tidligere forskning på området og presentere noen teorier som jeg mener er relevante for å kunne diskutere mine funn lengre frem i oppgaven.

2.1 Tidligere forskning om pasienterfaringer

Som nevnt i 1.2, er myndighetene både nasjonalt og internasjonalt, opptatte av brukermedvirkning i utvikling av helsetjenester. Flere land har derfor utviklet sine egne kvantitative undersøkelser for å kunne måle pasienterfaringer ved bruk av helsetjenester. I England var NHSIP implementert i 2002, for å utvikle mer pasientorienterte helsetjenester (DeCourcy, West, & Barron, 2012). I USA var HCAHPS den første nasjonale undersøkelsen som var utviklet. Den målte pasientopplevd kvalitet av helsetjenester i sykehus og var implementert i 2006 (Giordano, Elliott, Goldstein, Lehrman, & Spencer, 2010). I Norge var PasOpp utviklet som en nasjonal undersøkelse for å måle pasienterfaringer med norske sykehus. Resultatene fra 2015 som står i rapporten til Holmboe og Bjertnæs (2016), viste at pasientene ble stadig mer fornøyde med norske sykehus. I 2015 var pasientene mest fornøyde med møte med pleiepersonalet og legene, og med hvordan deres pårørende var ivaretatt. Pasientene var minst fornøyde med utskrivningsprosessen, samhandling mellom sykehus og kommunene, ventetid for elektive pasienter og organisering av sykehus.

I tillegg til disse nasjonale undersøkelsene, er det gjort annet type forskning om pasienterfaringer i de siste årene, og det er skrevet noen systematiske oversikter om disse som jeg ønsker å presentere her. Mohammed et al. (2016) har gjort en systematisk oversikt for å finne dimensjoner av kvalitet fra pasientens perspektiv. Ti dimensjoner av kvalitet var identifisert i studien; kommunikasjon, tilgang til helsetjenester, samvalg², klinisk kvalitet/behandlarkunnskap og kompetanse, det fysiske miljøet, pasientundervisning, elektronisk pasientjournal, smertebehandling, utskrivningsprosesser og helseforebyggende tilbud. De dimensjonene som var oftest nevnt var kommunikasjon og samvalg.

² I nevnt studie står det shared decision making som jeg oversetter til samvalg. Samvalg er definert i helsenorge.no (2018) som en prosess der pasienten tar beslutninger om undersøkelses- og behandlingsmetoder sammen med helsepersonell.

I primærhelsetjenesten var tilgang til helsetjenester den dimensjonen som var viktigst for pasientene. Kommunikasjon med helsepersonell og samvalg var også viktig. For pasienter som var innlagt ved sykehus var klinisk kvalitet og det fysiske miljøet viktigst. På akuttmottak var kommunikasjon med helsepersonell, det fysiske miljøet og smertebehandling viktigst.

Ziebland et al. (2014) har gjort en sekundær analyse av tidligere kvalitative studier fra 1989-2012, om pasienterfaringer. I tillegg har de gjort fokusgruppeintervjuer av pasientgrupper som ikke var godt representert i tidligere studier. Studien har sett på hva pasienter med forskjellige diagnoser verdsetter i møte med helsetjenester. Ziebland et al. (2014) mener at pasienter verdsetter de samme dimensjonene av kvalitet uansett diagnose, men prioriteringen om hva som er viktigst kan variere avhengig av diagnosen. Studien har avdekket noen sider av helsetjenester som er viktig for pasienter.

En del av disse er tilnærmet lik dimensjonene av kvalitet som Mohammed et al. (2016) har identifisert, men noen andre dimensjoner var også avdekket. Ziebland et al. (2014) mener at det var viktig for pasientene at helsepersonell hadde forståelse for hvordan sykdom påvirket livet deres og de ønsket informasjon om hvor de kunne finne ekstra støtte. Pasientene ønsket å bli behandlet av samme helsepersonell hver gang de trengte behandling for samme diagnose. Pasientene mente også at det var verdifullt for dem at helsepersonell hadde nødvendig kompetanse for å gjennomgå samtaler om vanskelige temaer.

Ingen av de oppnevnte studiene har undersøkt hvordan pasienter erfarer det å dele settingen på helseinstitusjoner med andre pasienter. Det gjorde Album (1996) i sin studie om pasienter på sykehus. Album (1996) har observert hvordan pasienter forholder seg til hverandre på sykehus. Han mener at pasienter har mye med hverandre å gjøre, og at de har nytte av hverandre. Pasienter hjelper hverandre med å få en bedre forståelse av sykdommen de har, de snakker med hverandre for å få tida til å gå, de har en forståelse for at det er kun de aller sykeste/de dødende som får enerom og de gjør praktiske tjenester for hverandre. Album (1996) kaller dette for pasientfelleskap. Album (1996) mener at pasientene oppfører seg slikt på grunn av det er det som er forventet av dem i den situasjonen de er i. Pasientene hjelper hverandre med å finne løsninger på problemer som oppstår og som ikke er løst av helsepersonell eller av sykehuset. Derfor mener jeg at denne studien er relevant i forhold til temaet.

2.2 Tidligere forskning om pasienterfaringer fra behandling på akuttmottak

Ifølge Mohammed et al. (2016), hadde settingen pasienten befant seg i også en innvirkning på hvilke dimensjoner av kvalitet pasienten vektla. Derfor mente jeg at det også var viktig å se på studier av pasienterfaringer i en akutfase da det var denne settingen jeg skulle utføre studien min i.

Nairn, Whotton, Marshal, Roberts og Swann (2004) har sett på tidligere forskning som handler om pasienterfaringer i akuttmottak. Mange av forskningsartiklene de har sett på i den systematiske oversikten, var kvantitative. Forfatterne identifiserte seks temaer som pasientene var opptatt av: ventetider, kommunikasjon, de kulturelle aspektene av tjenestene, smerte, miljøet og dilemmaer i tilgang til pasienterfaringer. Forskningen viste høy grad av pasienttilfredshet men flere kvalitetsforbedringspunkter kom også fram.

Gordon, Sheppard og Anaf (2010) har også kommet med kvalitetsforbedringspunkter i sin systematiske oversikt av 10 artikler, som ble skrevet mellom 1990 og 2006. Artiklene Gordon et al. (2010) har sett på handlet om kvalitativ forskning av pasienterfaringer på akuttmottak. Pasienterfaringene ble delt innen følgende kategorier; følelser en opplever i en akuttsituasjon, forholdet mellom helsepersonell og pasientene, venting, pårørende og miljøet på akuttmottaket. Gordon et al. (2010) mente at artiklene viste at pasientenes psykososiale og emosjonelle behov ikke var ivaretatt i en setting der “medisinsk-teknisk” kompetanse og effektivitet var i fokus.

Elmqvist, Fridlund og Ekebergh (2012) mente også at behandlingen på akuttmottak bør ha større fokus på pasientenes følelser og eksistensielle behov i tillegg til behandlingen av den biologiske kroppen. Elmqvist et al. (2012) fant at pasienter på akuttmottak får lite informasjon om hvordan akuttmottaket fungerer. Som følge av dette fikk pasientene feil forventinger i forhold til behandlingen de fikk. Pasientene klarte ikke å delta i den medisinske behandlingen og opplevde et behandlings paradoks fordi den biologiske kroppen fikk mye oppmerksomhet mens resten av kroppen ikke fikk noe oppmerksomhet i det hele tatt.

Frank, Asp og Dahlberg (2009) har sett nærmere på hvordan pasienter erfarer deltakelse i behandlingen på et akuttmottak. De konkluderte med at pasienter har forskjellige behov for deltakelse i behandlingen og helsepersonell bør være klar over dette. Nydén, Petersson og

Nyström (2003) og Kihlgren, Nilsson, Skovdahl, Palmblad og Wimo (2004) har også vært opptatt av at forskjellige pasienter på akuttmottak har forskjellige behov. De har derfor sett på hvordan eldre pasienter blir behandlet på akuttmottak. Nydén et al. (2003) mente at de laveste behovene i Maslow sin hierarkiet av grunnleggende behov³ ble bedre ivaretatt enn behovene øverst i hierarkiet. Men det var sikkerhetsbehovene som ble gitt mest fokus. Kihlgren et al. (2004) påviste at noen helsepersonell var flinke til å forutse og dekke grunnleggende behov som pasienter hadde. Andre helsepersonell dekket kun de behovene pasienten hadde, som oppsto pga. av innleggelsesårsaken.

Det er gjort flere studier om pasienterfaringer på akuttmottak enn disse jeg presenterte her. Både de studiene som jeg har nevnt og andre tar opp forskjellige utfordringer som oppstår ved akuttmottak som blir identifisert av pasienter. Derfor vil man kanskje oppsummere at det er gjort nok forskning om dette temaet.

2.3 Hvorfor er det nødvendig med enda en studie om pasienterfaringer?

Olthuis et al. (2014) mener at pasienter på akuttmottak jobber stadig med forskjellige type bekymringer som oppstår i den situasjonen de er i og på grunn av situasjonen de er i. Disse bekymringene er i tillegg presise, personlige og settingsavhengige. Det vil si at selve settingen pasientene blir behandlet i vil ha innvirkning på måten pasientene opplever behandlingen på. Da det er ingen setting som er helt lik en annen (Scriven & Hodgins, 2012, s. 16) kan man derfor tenke at pasientopplevelser kan variere noe fra setting til setting.

Som nevnt i 1.1 er pasienterfaringer noe som ønskes undersøkt etter organisasjonsendringene på Akuttsenteret ved SiV. Dette for å kunne evaluere de endringene som er gjort, men også for å få mer informasjon om hva som er viktig for pasientene når de er akutt syke (Vestfold, 2016, 2017). Det er ønskelig at denne informasjonen skal brukes videre for å måle tjenestene Akuttsenteret tilbyr på en kvantitativ måte (Vestfold, 2017). Ved å se gjennom tidligere forskning på området, kan man finne dimensjoner av kvalitet som pasientene som er

³ Maslows hierarki av grunnleggende behov rangerer menneskets behov slik; fysiologiske behov, sikkerhetsbehov, kjærlighet og tilhørighet, selvtillit og selvrealisering. Fysiologiske behov er rangert nederst i hierarkiet og er også de mest nødvendige for mennesket. Selvrealisering er rangert øverst og er minst nødvendig men fortsatt viktig for mennesket (Maslow & Lewis, 1987).

behandlet på akuttmottak er opptatt av. Likevel vil en kvalitativ studie av pasienter som behandles på Akuttsenteret ved SiV her og nå, gi et mer presist bilde av det pasientene er opptatt av. I tillegg er denne formen for brukermedvirkning ønskelig i Helse Sør-Øst (2017), som hevder at for å utvikle pasientenes helsetjeneste videre er det viktig å finne ut om hva som er viktig for pasientene.

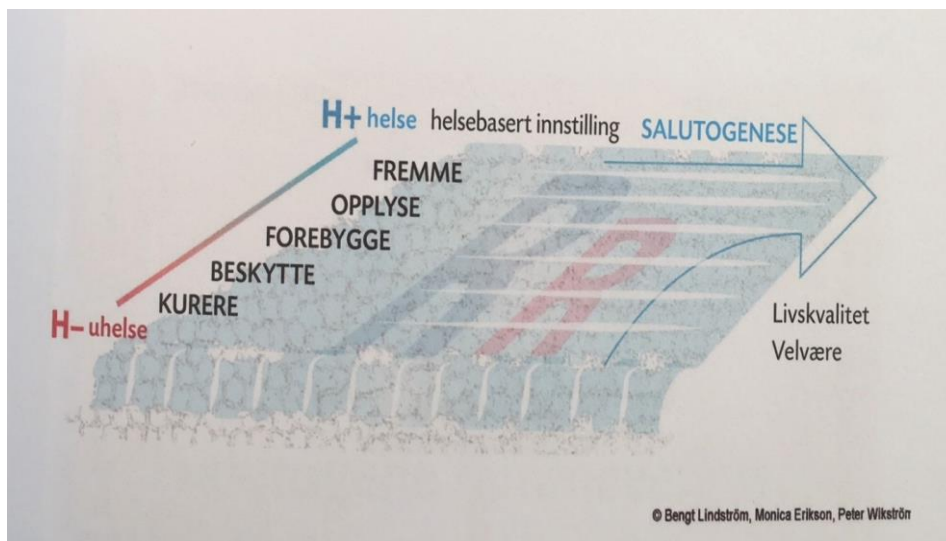
2.4 Salutogenese

I 1.2 skrev jeg at brukermedvirkning kan gi pasientene en form for strukturell empowerment, noe som kan være helsefremmende for pasientene som deltar i min studie. Det vil derfor være naturlig å bruke helsefremmende teori i studien.

Ifølge Haugan og Rannestad (2016a) og Jürgen (2017) er helsefremming ikke det som man tradisjonelt sett har tenkt på som en primær sykehusoppgave. Sykehus har som regel hatt hovedfokus på sykdom og sykdomshelbredelse. Pasientene drar dit fordi de har skadet seg eller fordi de har blitt syke. Sykehusets oppgave har vært å fokusere på patogenese dvs. kunnskap om sykdom, og å gi pasientene den nødvendige behandlingen for å bli frisk eller bedre. Salutogenese er det motsatte av patogenese, det er å ha fokus på hva som gjør mennesker friske.

Fenomenet salutogenese var introdusert av Antonovsky (Jürgen, 2017). Et salutogen perspektiv ser ikke på helse som en dikotom variabel, der mennesker er enten «syke» eller «friske» på et visst punkt i livet. Helse er heller sett på som en kontinuerlig variabel som kan variere i forhold til hvordan mennesker har det i en hvis punkt i livet. Det vil si at mennesker opplever helse til tross for at de er syke (Antonovsky & Sjøbu, 2012, s. 27; Jürgen, 2017). Ved å anerkjenne at mennesker opplever helse samtidig som de er syke, så lenge de lever, vil optimale helsetjenester ved et sykehus, ikke bare innebære behandling av sykdom, men også salutogene tiltak (Haugan & Rannestad, 2016a; Jürgen, 2017). Haugan og Rannestad (2016a) foreslår en syntese av patogenese og salutogenese for å få til dette. De mener at det er helse som er grunnleggende i et menneskets liv. Det er helse som er til stede først og som er til stede hele tiden. Sykdom kommer og går. Derfor bør helsetjenester sette høyere fokus på å fremme helse i tillegg til å helbrede sykdom.

Lindström, Eriksson og Sjøbu (2015) har jobbet videre med Antonovskys arbeid om salutogenese og de illustrerer hvordan et menneske beveger seg gjennom helsekontinuumet under påvirkning av helsevesenet ved bruk av Helse i Livets elv, se figur 1. Figuren presenterer et menneske som svømmer i en elv, med et fossefall langs elvens bredde. Mennesket vil alltid svømme et sted i elven og det vil alltid være en risiko for å falle ned i fossen, og for sykdom og død. Dette er illustrert med H- uhelse i enden av kontinuumet. På den andre siden av kontinuumet er H+ helse.



Figur 1. Helse i livets elv (Lindström et al., 2015, s. 25)⁴

Hvor dyktig et menneske er til å svømme i elven avhenger av menneskets evne til å bruke de nødvendige ressursene for å svømme oppover i elven ifølge Lindström et al. (2015, s. 24). Evnen til å bruke disse ressursene opparbeider et menneske gjennom læring og livets erfaringer. Disse ressursene blir kalt for ressurser for helse (Lindström et al., 2015, s. 17). Begrepene ressurser for helse omfavner det pasientene klarer å utføre og klarer å være, til tross for sykdom. Antonovsky og Sjøbu (2012, s. 36) kaller disse ressursene for mestringsressurser. Ved en salutogen tilnærming fokuserer man på disse mestringsressursene som hjelper pasientene med å få bedre helse istedenfor på stressfaktorer som skaper sykdom.

Når et menneske blir syk, vil mennesket synke lengre ned i elven, nærmere H- uhelse ifølge Lindström et al. (2015, s. 23-25). Helsevesenet kan velge å kurere mennesket og gi hjelp til beskyttelse og forebygging mot sykdom. Mennesket vil da svømme lengre opp i elven mot

⁴ Jeg har fått muntlig tillatelse til bruk av figuren fra redaktøren den 23.04.18.

H+ helse. Velger helsevesenet å bruke en mer salutogen perspektiv, vil mennesket også opplyses om helsefremmende tiltak. Helsevesenet kan også velge å styrke menneskets ressurser og hjelpe mennesket å svømme enda lengere opp mot H+ helse.

Ifølge Haugan og Rannestad (2016a, s. 48) kan helsepersonell hjelpe mennesker med å svømme lengre opp i livets elv med salutogene verktøy som empowerment, sosial støtte og helsefremmende interaksjon. Empowerment oppstår når helsepersonell lar pasientene ha større makt i relasjonen og når pasientene får muligheten til å medvirke og påvirke sin situasjon pga. denne maktfordelingen (Haugan & Rannestad, 2016a, s. 47). Pasientene kan oppleve sosial støtte fra helsepersonell både når de får hjelp til praktiske ting, når de får gode råd og når de får hjelp til å arbeide med følelsene sine. Pasienter som opplever sosial støtte blir ofte lettet av den byrden de føler fordi de er syke og de opplever større mestring av situasjonen de befinner seg i (Haugan & Rannestad, 2016a, s. 46). Ifølge Haugan og Rannestad (2016a, s. 48) kan helsefremmende interaksjon oppstå når helsepersonell oppretter en relasjon til pasientene. For å få til dette må helsepersonell se på pasientene helhetlig og ikke bare fokusere på sykdommen/skaden pasientene har. Helsepersonell må også klare å vise empati og respekt for pasientene og anerkjenne pasientenes følelser for å få til helsefremmende interaksjon. Helsefremmende interaksjon styrker pasientens helse.

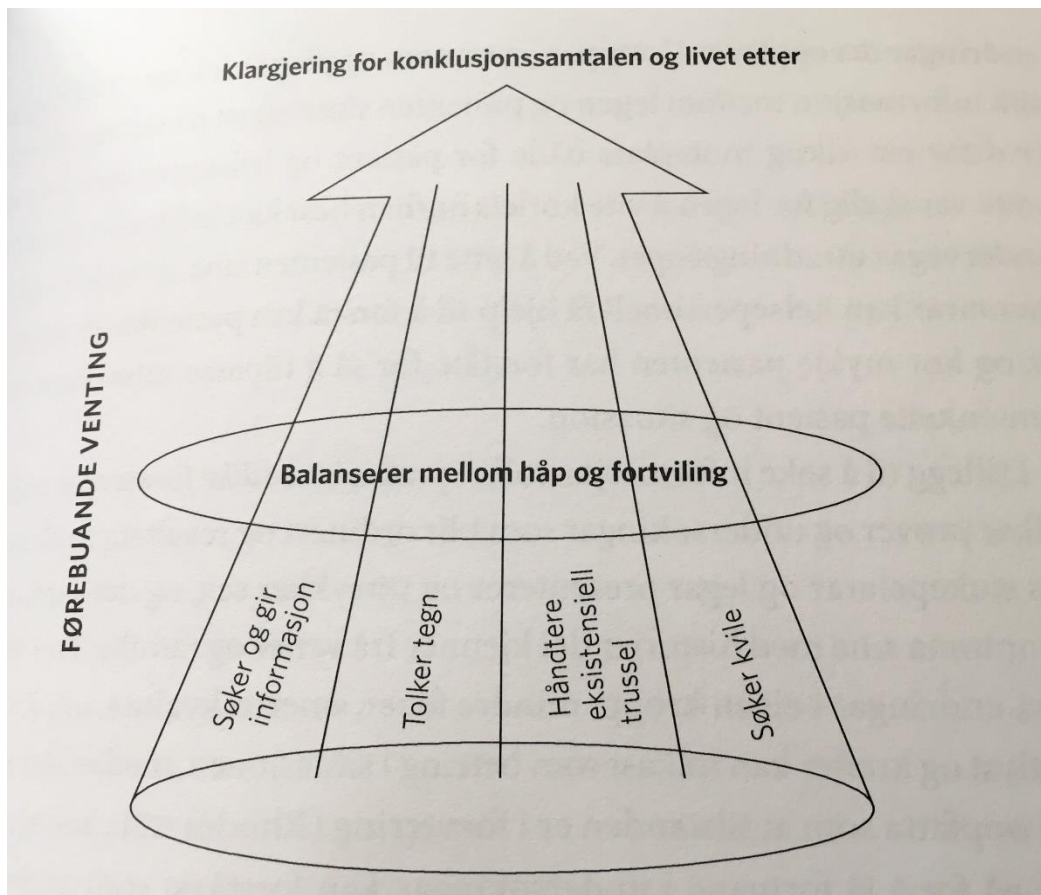
2.5 Teori om forberedende venting

Pasienter som kommer til Akuttsenteret er blitt akutt syke eller har fått en akutt skade. Stubberud, Eikeland og Sjøbjerg (2013, s. 17) definerer akutt sykdom som følgende:

Akutt sykdom er sykdom eller skade som oppstår brått, uten en forutgående sykdomshistorie, og som utvikler seg raskt, men som også kan gå fort over.

Pasienter som blir akutt syke reagerer på forskjellige måter, men måten de reagerer på avhenger av psykososiale reaksjoner og behovene de får akkurat der og da. Reaksjonene kan skifte fra håp til håpløshet, visshet til uvisshet og trygghet til utrygghet flere ganger i løpet av noen timer (Stubberud et al., 2013, s. 21). Giske og Gjengedal (2007) har i en studie som ble gjennomført i 2002-2003 sett på hvordan pasienter som var innlagt på en gastroseksjon har erfart hvordan det er å vente på en diagnose. I studien kom de frem til en teori om

forberedende venting⁵. Teorien forklarer hvilke strategier pasientene tar i bruk for å forberede seg selv inntil svaret fra utredningen kommer. Pasientene søker og gir informasjon, tolker tegn, håndterer eksistensiell trussel og søker hvile for å forberede seg til svar fra undersøkelsene. Pasientene veksler mellom disse strategiene i en prosess hvor de balanserer mellom håp og fortvilelse. Teorien om forberedende venting er illustrert i figur 2.



Figur 2: Teorien Forberedende venting (Giske, 2016, s. 151)⁶

Pasientene søker informasjon fra helsepersonell for å finne mening med det som foregår og for å kunne forestille seg hva som kommer til å skje med dem (Giske & Gjengedal, 2007). Informasjon om hvilke prøver/undersøkelser de skal gjennomgå gir dem muligheten til å forberede seg selv både fysisk og psykisk (Giske & Artinian, 2008). En god oversikt av hva

⁵ Begrepene som blir brukt i artikkelen er «preparative waiting» på engelsk. Jeg oversetter begrepene til forberedende venting på norsk bokmål og bruker disse begrepene videre i oppgaven.

⁶ Jeg har fått skriftlig tillatelse til bruk av figuren fra forfatteren Giske den 20.04.18

som skal skje gir pasientene en større følelse av kontroll. Pasientene strever også med å få informasjon fra helsepersonell om deres tilstand for å kunne beregne hvor alvorlig syke eller skadet de er (Giske & Gjengedal, 2007). Ifølge Giske og Artinian (2008) mener pasientene at helsepersonell er ansvarlig for å gi riktig informasjon i et språk som pasientene forstår. Pasientene ønsker å bli fulgt opp av faste helsepersonell og de gir også informasjon om seg selv til helsepersonell. Dette gjør pasientene for at helsepersonell skal få muligheten til å vurdere pasientenes situasjon på best mulig måte (Giske & Artinian, 2008).

Å tolke tegn er også noe pasientene jobber med hele tiden ifølge Giske og Gjengedal (2007). Pasientene ser på forandring av symptomer i kroppen, hvilken type prøver/undersøkelser de gjennomgår og hvordan de blir prioritert i systemet. Disse tegnene bruker de også for å få en forståelse av hvor alvorlig situasjonen de er i er. Tolkningen av disse tegnene gir dem muligheten til å forberede seg for samtalen som gir dem svar på hva som feiler kroppen deres og en eventuell diagnose. Giske og Gjengedal (2007) forteller at pasientene forbereder seg for samtalen ved å senke forventningene om best mulig resultat og ved å tenke gjennom forskjellige type svar på resultatene og hvilken innvirkning svarene vil ha for dem.

Giske og Gjengedal (2007) forteller at pasientene håndterer eksistensiell trussel mens de venter på en diagnose. Pasientenes fremtid er usikker og avhenger av svarene fra prøvene/undersøkelsene. I en slik situasjon blir pasientene mer oppmerksomme på forholdet de har til nærmeste pårørende og hva de betyr for dem. Pasientene blir også mer opptatt av hva som er viktigst i livet deres.

Pasientene som venter på en diagnose søker også hvile på forskjellige måter, ifølge Giske og Gjengedal (2007). Pasientene er nødt til å hvile for å få nok energi for å kunne klare den usikkerheten situasjonen de er i medbringer. Situasjonen pasientene er i mens de prøver å balansere mellom håp og fortvilelse er tung og smertefull. Pasientene prøver derfor å komme ut av den situasjonen ved å flytte på tankene sine. Miljøet rundt dem, helsetilstanden og undersøkelser avgjør om pasientene lykkes med å få hvile.

3 Hva ønsker jeg å finne ut og hvordan?

I dette kapitlet vil jeg presentere problemstilling jeg har valgt å utforske og hvilken metode jeg har valgt å bruke. Målet med studien er å identifisere hva som er viktig i forhold til kvaliteten av helsetjenesten for pasientene på Akuttsenteret ved SiV. Forhåpentligvis vil studien føre til refleksjoner både på settingsnivå (blant helsepersonell ved Akuttsenteret) og på systemnivå (blant ledelsen) om hva kan gjøres annerledes for å få til en enda bedre pasientopplevelse. Ledelsen har også et ønske om å bruke noen av disse dimensjonene av kvalitet som er viktig for pasientene for å måle kvaliteten av behandlingen på Akuttsenteret i fremtiden (Vestfold, 2017).

3.1 Problemstillingen

Før jeg presenterer problemstillingen ønsker jeg å definere begrepene behandling og kvalitet, da disse begrepene er sentrale i problemstillingen.

Ifølge McCormack og McCance (2010) har begrepet behandling tradisjonelt vært sykdomsorientert. I de seinere år har det allikevel vært ønskelig med et paradigmskifte der begrepet behandling fanger opp et mer holistisk syn som er mer relasjonsorientert (McCormack & McCance, 2010, s. 21-22). Når jeg snakker om behandling i min studie referer jeg til denne definisjonen av begrepet. Jeg referer til hele opplevelsen pasienten får på Akuttsenteret på grunn av den konteksten pasienten er i, og hvordan opplevelsen av å være i denne konteksten påvirker pasienten.

Kvalitet er et subjektiv fenomen som er vanskelig å definere (Beattie et al., 2015). Ifølge Medisinsk fagavdelingen (2013) avhenger betydningen av begrepet god kvalitet i helsevesenet av hvilken rolle en har i helsevesenet. Pasienter, pårørende, helsepersonell og ledere har forskjellige meninger om hva god kvalitet er. Helsepersonell er som regel opptatt av faglig kvalitet. «Faglig kvalitet (objektiv kvalitet) handler om riktig diagnostikk og behandling på grunnlag av eksisterende kunnskap» (Medisinsk fagavdelingen, 2013). Pasienten er også opptatt av faglig kvalitet, men opplevelsen av selve behandlingen er også avgjørende for hvordan pasienten ser på kvaliteten av tjenesten. Denne kan kalles for

subjektiv kvalitet (Medisinsk fagavdelingen, 2013). Det er denne dimensjonen av kvalitet jeg er opptatt av i min studie.

Med tanke på formålet med studien og definisjonene ovenfor ønsker jeg derfor å utforske følgende problemstilling som er todelt:

**Hvordan opplever pasientene behandlingen de har fått på Akuttsenteret ved SiV?
Hvilke dimensjoner av kvalitet er viktig for pasientene og hvorfor?**

3.2 Metode

Jeg vil her presentere hvordan jeg har planlagt og gjennomført datainnsamlingen i studien. I tillegg forklarer jeg hvordan jeg har arbeidet med dataene for å komme frem til resultatene i studien.

3.2.1 Forhåndskunnskap

Jeg gikk inn i studien bevisst om at min bakgrunn vil være med på å påvirke min studie (Johannessen, Christoffersen, & Tufte, 2010, s. 55). Jeg er sykepleier som har jobbet ved SiV siden 2008. Mine erfaringer fra min rolle som sykepleier gjorde at jeg kom inn i studien med noen fordommer og antakelser om hvordan forskjellige aktører oppførte seg på et sykehus. I tillegg til å være påvirket av mine erfaringer som sykepleier, var jeg også påvirket av all litteratur som jeg hadde lest om temaet. Selv om jeg var bevisst på at mine egne erfaringer og meninger kunne og ville påvirke min forskning, ønsket jeg å bruke elementer fra en fenomenologisk design i min studie. I et slikt design prøver forskeren å forstå et fenomen gjennom måten deltakerne i studiet opplever fenomenet på (Johannessen et al., 2010, s. 82-83).

Akuttsenteret var ikke en setting som jeg hadde noe særlig kjennskap til fra tidligere. Jeg hadde kun vært innom Akuttsenteret som pasient i 2016 og jeg følte ikke at min erfaring som pasient ga meg nok kunnskap om felten. Jeg bestemte meg derfor å observere settingen i noen få timer før jeg satt i gang med datainnsamlingen. I tillegg rådførte jeg meg med en

fagligrådgiver på Akuttsenteret i forhold til noen av valgene i prosjektet som krevde forhåndskunnskap om felten.

3.2.2 Kvalitative metoder

Jeg valgte å bruke kvalitative metoder for å få svar på min problemstilling. Dette fordi det var det som var ønskelig fra prosjekteieren (Vestfold, 2017). I tillegg mente jeg også selv at det var riktig metode å bruke i forhold til målet med studien. Forskning på område sier at spørreundersøkelser om pasienterfaringer gir svar om hvordan pasienter opplever helsetjenesten, men ikke om hvorfor de opplever det slikt (Schlesinger et al., 2015; WHO, 2005). Ifølge Widerberg og Bolstad (2001, s. 38) egner kvalitative metoder seg bedre enn kvantitative metoder når man er interessert i å få fram forståelser og ikke kun fakta. Det er enklere for helseinstitusjoner å sette i gang endringsprosesser når de forstår hvorfor pasientene er/ikke er fornøyde med kvaliteten av helsetjenestene (Schlesinger et al., 2015), enn når de bare får informasjon om hva pasientene er/ikke er fornøyde med.

Som nevnt i 3.2.1, observerte jeg settingen i noen timer før jeg satt i gang med datainnsamlingen. Under observasjonen gikk jeg med hvite klær, som helsepersonell som jobber på Akuttsenteret har på seg, pga. hygieniske prinsipper. Jeg hadde på meg et skilt med navnet mitt og Master Student under. Observasjonen ga meg en bedre forståelse av hvordan Akuttsenteret var organisert, hvordan pasientene ble triagert og prioritert i systemet og hvordan arbeidet var fordelt mellom helsepersonell. Observasjonen var også nyttig for å vinne innpass i felten, som Repstad (2007, s. 44) kaller det. Jeg ble kjent med noen helsepersonell som jobbet der, noe som gjorde det litt lettere for meg å snakke med dem om studien seinere. I tillegg fikk jeg noen ideer om hvordan jeg kunne rekruttere pasienter som kunne være med i studien.

Jeg valgte å bruke semistrukturerte intervjuer for å finne ut hva pasientene mente om selve opplevelsen de hadde på Akuttsenteret. Jeg hadde et ønske om å finne ut hva slags tanker og følelser pasientene fikk som et resultat av kontakten med helsetjenesten. Dette var noe pasientene kunne fortelle meg om i et intervju (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 1).

I forhold til studiens troverdighet, mente jeg at det var viktig å velge så heterogene informanter som mulig. Dette siden alder, kjønn og innleggelsesårsak, ville ha noe

innvirkning for hvordan type tilbakemelding pasienter gir angående opplevd kvalitet av helsetjenester (WHO, 2005). Samtidig var dette en kvalitativ studie som ikke ville være statistisk representativ og ville derfor ikke kunne brukes for å gjøre statistiske generaliseringer (Johannessen et al., 2010, s. 241). Likevel, ved å velge forskjellige type informanter ville jeg få tilgang på et bedre utvalg av pasienter og derigjennom større bredde av erfaringer og opplevelser hos pasientene. På denne måten ønsket jeg å få et utvalg som i større grad representerte pasientgruppen, og forhåpentligvis ville dette føre til at studien ble mer troverdig (Johannessen et al., 2010, s. 230).

Det var vanskelig for meg å avgjøre hvor mange intervjuer jeg burde foreta for å få inn nok data. En anbefaling er å avslutte når man vurderer at man har nådd metning, dvs. at informantene begynte å fortelle om det samme (Tjora, 2010, s. 140). Tid og andre ressurser er som regel avgjørende for hvor mange intervjuer som blir gjennomført (Johannessen et al., 2010). Hadde en hatt uendelig med ressurser ville en allikevel få problemer med å få analysert et stort mengde data som mange intervjuer hadde gitt (Repstad, 2007, s. 83). Med tanke på disse forutsetningene planla jeg å prøve å intervju 10-12 pasienter.

Jeg valgte å få hjelp av sykepleierne på Akuttsenteret for å rekruttere pasienter til studien. På denne måten forsikret jeg meg om at pasientene ikke følte seg presset til å være med i studien. Jeg fikk da heller ikke tilgang til personlige opplysninger av personer som ikke var interessert i å delta. Jeg lagde en perm med informasjon til sykepleierne om studien, og en liste med inklusjons- og eksklusjonskriterier for hvilken type pasienter som kunne være med i studien.

Pasientene sykepleierne skulle velge måtte: være triagert gul eller oransje, være over 18 år, ha samtykkekompetanse, beherske det norske språket muntlig, være i god nok helsetilstand for å kunne vurdere om de ønsket å være med i studien eller ikke. Jeg valgte disse kriteriene for å være sikker på at pasientene som var med i studien hadde god nok helsetilstand til å kunne ta en reel vurdering på om de ønsket å være med i studien eller ikke. Pasienter som var triagert gul eller oransje var pasienter som trengte akutt behandling umiddelbart eller innen rimelig tid, men de var ikke direkte livstruende syke (Widgren, 2016). Jeg antok at pasienter som ikke behersket det norske språket muntlig ikke ville forstå hva det å være deltaker i studien ville innebære.

I permen la jeg også et samtykkeskjema⁷ som pasientene skulle få. Gjennom samtykkeskjema kunne pasientene lese om studien og samtykke til å delta hvis de var interessert i det.

Sykepleierne ble informert om studien gjennom en epost fra kvalitetsrådgiveren. Der fikk de informasjon om målet med studien og om metoden. Det ble også skrevet et kort innlegg om studien i et nyhetsbrev for alle ansatte i Akuttsenteret, som kom ut i oktober.

I starten besøkte jeg Akuttsenteret hver onsdags ettermiddag og informerte den sykepleieren som hadde ansvarsvakt (ANS) om studien. ANS fikk også informasjon om hvilken type pasienter som jeg hadde allerede rekruttert og hvilke som gjensto, med tanke på alder, kjønn og innleggelsesårsak. ANS valgte ut pasienter som var aktuelle. Hun/han spurte sykepleieren som hadde ansvar for de enkelte pasientene om å snakke med pasientene om studien. ANS la samtykkeskjemaene fra pasientene som ville være med i studien tilbake i permen og noterte kontaktinformasjonen til pasientene. Jeg hentet permen på Akuttsenteret torsdags morgen. Jeg ringte pasientene mandag eller tirsdag uken etterpå og avtalte et intervju med pasientene ca. en uke etter at de hadde vært på Akuttsenteret.

Det er anbefalt av Repstad (2007, s. 95), å ikke intervju informanter lang tid etter opplevelsen. Dette siden mennesker glemmer fort. I tillegg vil informantens opplevelser også påvirkes av tanker som informantene gjør om opplevelsene i ettertid. Jeg valgte likevel å intervju pasientene en uke etter at de hadde vært på Akuttsenteret. Dette siden pasienter som kommer til Akuttsenteret er akutt syke pasienter som er i en sårbar situasjon (Gordon et al., 2010).

Planen var å få rekruttert to pasienter i uken og intervju dem uken etterpå. Da regnet jeg med at det ville ta ca. seks uker å intervju 10-12 pasienter.

3.2.3 Fra plan til praksis

Det viste seg å være litt mer utfordrende enn jeg trodde å få rekruttert pasienter. Dette var forventet siden jeg hadde hørt andre medstudenter og veiledere snakke om dette tidligere. I tillegg står det også om dette i metodebøkene (Tjora, 2010, s. 129; Widerberg & Bolstad,

⁷ Se vedlegg 1

2001, s. 62-80). Som ny forsker hadde jeg likevel en forhåpning om at ting skal gå litt lettere for meg enn det andre fortalte.

Første gang jeg var innom Akuttsenteret for å begynne med datainnsamling var det forholdsvis rolig. Jeg tok meg god tid til å introdusere meg selv og til å informere ANS om prosjektet. Jeg informerte også om hva slags pasienter jeg ønsket å ha med i studien.

Dagen etter da jeg kom for å hente permen, var permen akkurat som jeg hadde etterlat den. Ingen samtykkeskjemaer var fylt ut. Det førte fram til noen refleksjoner fra min side; hva skjedde? Var ikke informasjonen jeg ga klar nok? Hadde de det for travelt for å kunne spørre pasienter? Var det ingen pasienter som samtykket?

Da jeg fortsatt var på Akuttsenteret og jeg trengte å rekruttere pasienter, prøvde jeg samme runden med den nye ANS. Denne gangen spurte jeg om sykepleieren kunne skrive noen kommentarer om hvordan det hadde gått. Jeg var innom Akuttsenteret igjen samme ettermiddagen. Igjen var det ingen pasienter som var rekruttert og heller ikke noen kommentarer om hvordan det hadde gått med rekrutteringen av pasienter.

Slik gikk det, dag etter dag og uke etter uke. Ofte var det veldig travelt på Akuttsenteret når jeg kom, slik at det var vanskelig for meg å formidle informasjonen på en riktig måte. Andre ganger var det roligere. Noen sykepleiere var veldig interesserte i studien, andre var ikke interesserte i det hele tatt. At de var interesserte i prosjektet når jeg snakket med dem, hadde heller ingen sammenheng med om de klarte å skaffe informanter til studien. Fra planen om å besøke Akuttsenteret én gang i uken, visste det seg at jeg måtte innom Akuttsenteret kanskje tre eller fire ganger i uken.

I starten lurte jeg på om jeg måtte finne nye metoder å få rekruttert informanter på, men med litt oppmuntring fra min veileder og rådgiveren på Akuttsenteret, klarte jeg å holde til planen. Etterhvert klarte sykepleierne å rekruttere noen pasienter. Men det viste seg også at pasientene kunne ombestemme seg når jeg kontaktet dem per telefon. Noen var fortsatt i dårlig helsetilstand og ønsket ikke å delta, noen hadde det for travelt, andre hadde rett og slett ombestemt seg og ønsket ikke å være med i studien allikevel. Jeg var nøye med å ikke presse pasienter til å avtale et intervju hvis de ikke ønsket det. Til sammen klarte sykepleierne å

rekruttere 15 informanter til studien i løpet av seks uker, mellom 19. oktober og 23. november. Av de 15 pasientene klarte jeg å avtale et intervju med åtte.

Da jeg var ferdig med å intervju pasientene, skjønte jeg at de fleste var rekruttert fra en periode hvor det var forholdsvis rolig på Akuttsenteret. Flere pasienter hadde sagt at de ikke måtte vente veldig lenge før de fikk tilsyn og behandling. På grunn av studiets troverdighet tenkte jeg først at jeg burde intervju flere pasienter for å kunne få synspunkter fra pasienter som hadde vært der i travle perioder. Jeg prøvde på dette, men jeg opplevde gang på gang, at det var vanskelig for sykepleierne å rekruttere i travle vakter. De hadde rett og slett ikke tid til å prioritere dette. Jeg rådførte meg med min veileder om dette. Da kom vi til en enighet om at jeg hadde fått nok relevant data fra de pasientene jeg hadde intervjuet for å kunne fullføre studien. I tillegg hadde mange av pasientene i min studie vært behandlet på Akuttsenteret under travle perioder tidligere. Da de ble spurt om hva som var viktig for dem under behandlingen på Akuttsenteret var det naturlig for dem å også reflektere om disse erfaringene.

3.2.4 Selve intervjuene

Jeg ønsket å være til minst bry for pasientene som skulle delta i studien. Derfor tilba jeg dem å intervju dem på et sted som de selv ønsket. Da jeg ringte pasientene sa jeg at jeg kunne komme hjem til dem, eller treffe dem på et sted i nærområdet som et bibliotek eller en kafe. Tjora (2010, s. 104) anbefaler å intervju informantene på et sted hvor de kan føle seg komfortable. De fleste valgte å bli intervjuet hjemme hos seg selv. Tre pasienter valgte å bli intervjuet andre steder og jeg klarte å imøtekomme ønskene deres.

En av pasientene hadde med seg en pårørende under intervjuet. Samme pårørende var også til stede under oppholdet på Akuttsenteret og var deltakende i intervjuet. I de andre intervjuene var det bare jeg og pasientene som var til stede. I begynnelsen av intervjuene introduserte jeg meg selv, hva jeg jobbet med og hvorfor jeg valgte å gjennomføre denne studien. Jeg informerte pasientene om at de kunne ombestemme seg når som helst om det å være med i studien. Jeg fortalte at jeg ønsket å ta lydopptak av intervjuene og at lydopptaket blir slettet når jeg var ferdig med studien. Alle samtykket muntlig til dette. Pasientene fikk også tilbud om å få tilsendt et sammendrag av intervjuet og en kopi av masteroppgaven. Dette gjorde jeg for å gi pasientene en mulighet til å trekke deler av intervjuet hvis de ønsket det. Widerberg og Bolstad (2001, s. 83) gjorde også det i sin studie. Fire av pasientene ønsket et sammendrag

av intervjuet. Disse ble sendt per post og pasientene kunne ta kontakt med meg per epost eller telefon hvis de var uenige med noe av det som sto i sammendraget. Ingen av pasientene kontaktet meg i ettertid.

Jeg valgte å bruke en intervjuguide⁸ som påminnelse om temaer som jeg mente var viktig å ta opp for å kunne få svar på problemstillingen. Intervjuguiden var delt i fire forskjellige deler. I første delen hadde jeg spørsmål om bakgrunnsinformasjon. Jeg ønsket å finne ut om pasienten hadde vært behandlet på Akuttsenteret eller andre deler av sykehuset tidligere. Del 2 handlet om selve opplevelsen de hadde på Akuttsenteret denne gangen. Hvordan tok de kontakt med Akuttsenteret, hva skjedde når de kom ditt osv. I del 3 dreide spørsmålene om viktige dimensjoner av kvalitet. Jeg ville vite om hva som var viktig for pasientene i den situasjonen de var i. Om behandlingen de fikk på Akuttsenteret klarte å dekke deres behov og hva som var bra/ikke bra med behandlingen. Til slutt i del 4 ville jeg spørre om hvordan denne erfaringen ville påvirke seinere opphold på Akuttsenteret.

Hensikten med inndelingen av intervjuguiden var å kunne skille mellom forventningene som pasientene hadde til Akuttsenteret pga. tidligere erfaringer og selve opplevelsen de hadde hatt denne gangen. Dette gjorde jeg da forskningen forteller at pasienter ofte tenker på tilfredshet når de er spurt om opplevelsen de har hatt i bruken av helsetjenesten (Anhang Price et al., 2014; Beattie et al., 2015; Manary, Boulding, Staelin, & Glickman, 2013; WHO, 2005). Pasienttilfredshet avhenger av pasientforventinger og ikke nødvendigvis av kvaliteten på helsetjenestene (Beattie et al., 2015). I tillegg vil «erfarne» pasienter ha andre forventninger enn «nye» pasienter (Ziebland et al., 2014).

Til tross for planlagte temaer og spørsmål i intervjuguiden, var jeg først og fremst opptatt av å gi informantene muligheten til å ta opp temaer som han/hun mente var viktig (Johannessen et al., 2010, s. 139). Derfor begynte jeg som regel intervjuene med å spørre pasientene om å fortelle meg sin historie i møte med Akuttsenteret. Jeg brukte etter hvert spørsmålene fra intervjuguiden der de passet best i samtalen.

Jeg skrev noen notater underveis i intervjuene. Rett etter intervjuene skrev jeg også et notat om hvordan intervjuet hadde foregått. Grunnen til dette var at jeg hadde lest at det er en del

⁸ Se vedlegg 2

visuell kommunikasjon som foregår under et intervju, som man ikke klarer å fange opp gjennom lydopptak (Tjora, 2010, s. 127; Widerberg & Bolstad, 2001, s. 101). Dette kunne jeg skrive om etter intervjuene. I tillegg mente Widerberg og Bolstad (2001, s. 84) at notatene de hadde skrevet etter intervjuene de gjennomførte i studien deres var veldig verdifulle i analyse delen av studien. Bla. hadde de gjennom å skrive sammendragene klart å huske intervjuene bedre. I notatene mine skrev jeg det jeg husket om pasienterfaringen. I tillegg gjorde jeg en liten refleksjon om hva slags data jeg hadde fått. Denne refleksjonen førte til at jeg forandret noe på spørsmålene på de neste intervjuene for å kunne finne ut mer om noen spesielle temaer som var tatt opp.

For eksempel, etter andre intervjuet skjønte jeg at pårørende var viktig for pasientene som var behandlet på Akuttsenteret. Jeg hadde fått noen svar fra pasientene om hvorfor det var viktig med pårørende, men ikke helt klare svar om hvorfor det var nødvendig. I de neste intervjuene bestemte jeg meg derfor å spørre nøyere om hvorfor pasientene mente at pårørende var viktig, når pasientene mente det. På denne måten jobbet jeg med å utvikle intervjuguiden videre fra intervju til intervju.

Jeg følte at selve intervjuene var veldig krevende. Jeg forberedte meg godt ved at jeg holdt et par testintervjuer. Datteren min hadde en liten ulykke på skolen og ble behandlet på Akuttsenteret. Jeg intervjuet henne og min mann (som var hennes pårørende under oppholdet) og reviderte intervjuguiden i ettertid. I tillegg deltok jeg på en workshop på min arbeidsplass der ansatte skulle trene på pasientintervjuer. Likevel følte jeg at det var vanskelig å veksle fra å være genuint interessert i pasientens historie og samtidig spørre de riktige spørsmålene. Noe jeg måtte jobbe spesielt med under intervjuene var å la pasientene svare på spørsmålene uten å komme med mulige svar selv. Det var også vanskelig å spørre pasientene om å utdype videre om hva de mente, og å reflektere om hvorfor de mente det, uten å virke for pågående. I ettertid ser jeg at jeg klarte å skape en avslappende situasjon for pasientene, slik at de klarte å fortelle hva som var viktig for dem i møte med Akuttsenteret.

For å vise pasientene at jeg satt pris på at de tok seg tid til å delta i studien, valgte jeg å gi dem en liten gave etter intervjuet. Gaven var sponset av SiV. Den var ikke av stor pengeverdi og var ikke ment som betaling for den informasjonen jeg fikk. Pasientene visste takknemlighet over gesten.

3.2.5 Arbeidet etter intervjuene

Jeg prøvde å transkribere intervjuene så fort så mulig etter hvert intervju. Det at jeg hadde selve intervjuet veldig klart i minne gjorde at det var lettere for meg å transkribere. Da jeg var ferdig med å transkribere et intervju, leste jeg intervjuet og notatene jeg hadde skrevet under og etter intervjuet. Jeg prøvde å få et helhetsinntrykk av hvert intervju (Johannessen et al., 2010, s. 174). Videre systematiserte jeg dataene fra intervjuet i forhold til de delene jeg hadde satt opp i intervjuguiden. Med dette arbeidet var jeg allerede i gang med å analysere dataen, ved å fokusere om det som var mest sentralt i intervjuet (Johannessen et al., 2010, s. 174).

Jeg valgte å fortolke dataene i et hermeneutisk perspektiv. Det vil si at jeg gjorde et forsøk på å forstå hvordan informantene opplevde behandlingen de fikk på Akuttsenteret. Jeg ønsket å prøve å tolke svarene for hvert spørsmål og forklaringene av fenomenene i seg selv, men også i lys av hele intervjuet. Jeg var også klar over at mitt inntrykk av pasientene og til og med stedet jeg intervjuet pasientene i hadde en innvirkning på måten jeg fortolket dataene på. Prosessen jeg snakker om her kalles for den hermeneutiske sirkelen. Kvale og Brinkmann (2015, s. 216-217) referer til den som en fruktbar sirkel som forskeren bruker for å fortolke deler av et intervju for å kunne forstå helheten. Samtidig bruker forskeren helheten for å forstå enkelte fenomener eller enkelte deler av intervjuet.

Det var dette produktet med et sammendrag av intervjuet som var systematisert i forhold til spørsmålene i intervjuguiden som jeg sendte til de pasientene som ønsket det, som nevnt i 3.2.4.

3.2.6 Videre analysearbeid

Da jeg valgte å ha elementer av en fenomenologisk design i studien, valgte jeg å forholde meg til det som kom frem i empirien i de første stegene i analysen. Jeg avventet derfor med å bruke kjente teorier til de siste stegene i analysen. Jeg har fulgt noe av det som Johannessen et al. (2010, s. 173-178) skrev om fenomenologisk analyse, men har ellers gjort det som føltes mest naturlig i den prosessen jeg var i. Jeg tok utgangspunkt i sammendraget fra hvert intervju. Der hadde jeg laget en tabell med to kolonner. Under den ene kolonnen skrev jeg de viktige dimensjonene av kvalitet som pasienten hadde nevnt i intervjuet. Under den andre kolonnen skrev jeg hvorfor disse dimensjonene var viktig for pasienten.

Disse tabellene fra hvert intervju slo jeg sammen til en tabell⁹ som inneholdt 35 dimensjoner av kvalitet som var viktig for pasientene. Noen dimensjoner var nevnt av flere pasienter. Forklaringen på hvorfor disse dimensjonene var viktig har variert litt fra pasient til pasient. Etter at jeg hadde lest alle dimensjonene grupperte jeg dem under følgende kategorier:

- venting
- kommunikasjon
- tilgjengelighet
- miljø
- fortrolighet
- helsepersonell er opptatt av hvordan pasienten skal ha det seinere
- pårørende
- informasjon
- videre behandling
- medpasienter
- riktig kompetanse
- føle seg ivaretatt
- oppdaterte helseopplysninger
- gode rutiner
- samarbeid på tvers av seksjonene

Jeg valgte videre å analysere hver kategori for seg. Dette gjorde jeg ved å skrive om hver kategori. Jeg tok da utgangspunkt i det jeg hadde skrevet om kategorien i tabellen i vedlegg 3. Videre leste jeg om igjen alle intervjuene for å finne i intervjuet hvor det sto meningsbærende elementer som hørte til den kategorien. Dette gjorde jeg for hver eneste kategori. Da jeg skrev om den første kategorien, begynte jeg å lese det første intervjuet først også den andre, osv. Rekkefølgen forandret jeg på for hver kategori. Dette gjorde jeg bevisst slik at jeg ga hvert eneste intervju lik oppmerksomhet. Etter hvert ble jeg kjent med intervjuene så godt at jeg husket hvilken pasient som hadde snakket om den dimensjonen. I tillegg kodet jeg alle intervjuene med de forskjellige dimensjonene i margene slik at jeg fant raskere fram til den informasjonen jeg trengte.

⁹ Se vedlegg 3

Underveis i analysen forandret jeg også på navnene på kategoriene. Først hadde jeg f.eks, kommunikasjon som kategori, men da jeg begynte å skrive om det, skjønnte jeg etterhvert at det jeg skrev om handlet ikke helt om kommunikasjon men heller om hvordan helsepersonell fulgte opp pasientene og om hvor tilgjengelige helsepersonell var for pasientene. Jeg byttet derfor navnet på kategorien til oppfølging av pasienter/kontakt med helsepersonell. Noen kategorier slo jeg sammen, andre mente jeg ikke var så viktig å skrive om allikevel. Det ble til slutt syv kategorier som beskrev de dimensjonene av kvalitet som pasientene var mest opptatt av:

- venting
- oppfølging av pasienter/ kontakt med helsepersonell
- informasjon
- pårørende
- det fysiske miljøet
- helsepersonell med riktig kompetanse
- pasientfelleskapet

3.3 Pålitelighet, troverdighet og overførbarhet

Som forsker har jeg prøvd å dokumentere hele forskningsprosessen på en så transparent måte som mulig. Dette fordi jeg hadde et ønske om at studien skal være pålitelig (Tjora, 2010, s. 175-178). For å få til en troverdig studie har jeg forsøkt å gjøre meg kjent med temaet ved å lese forskningsartikler og annet relevant litteratur, og med settingen gjennom observasjon. Johannessen et al. (2010, s. 230) mener at det er viktig å gjøre seg godt kjent med temaet/feltet man ønsker å undersøke for å ha muligheten til å velge de riktige metodene for å få svar på problemstillingen.

Som jeg har påpekt i 3.2.3 har metoden jeg har brukt gjort at det ble vanskelig å snakke med pasienter som var behandlet på Akuttsenteret i en travel tid. Jeg fikk heller ikke snakket med de sykeste pasientene da jeg bevisst valgte å ikke rekruttere disse. Likevel mener jeg at jeg har klart å få mye relevant data for å få svar på problemstillingen. I tillegg hadde flere av pasientene vært på Akuttsenteret tidligere under travlere perioder. Noen få hadde også vært mye sykere da de var behandlet ved Akuttsenteret tidligere. Pasientene snakket også om disse erfaringene i tillegg til erfaringene de hadde gjort ved siste besøket.

Da jeg begynte med studien hadde jeg et ønske om at beskrivelsene av pasientenes opplevelser og måten jeg fortolker disse kunne være nyttige for utviklingen av helsetjenestene på Akuttsenteret ved SiV og kanskje også ved andre sykehus. Johannessen et al. (2010, s. 231) mener at studiens overførbarhet avhenger av om man lykkes med å komme frem til funn som kan være nyttige ved andre steder enn det stedet som blir undersøkt. Funnene som jeg presenterer i neste kapittel er tilnærmet lik funnene andre har gjort om temaet¹⁰. Derfor mener jeg at selv om funnene mine beskriver best hva pasientene ved SiV vektlegger i forhold til kvalitet, kan funnene også brukes i liknende settinger andre steder.

3.4 Etske vurderinger i studien

Før jeg satt i gang med studien, gjorde jeg meg kjent med Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag (NEM, 2009). Dette siden jeg valgte å bruke kvalitative metoder og siden informantene mine er pasienter som er behandlet på en helseinstitusjon. Jeg har gjort meg noen tanker om etikken rundt studien og jeg diskuterte disse med min veileder. Jeg sendte en framleggingsvurdering av studien til REK og fikk tilbakemelding om at studien ikke trengte REK¹¹ godkjenning. Derfor sendte jeg en søknad til NSD som godkjente¹² måten jeg har valgt å håndtere personligopplysninger på.

Jeg har gjort etiske vurderinger hele veien i studien og jeg har skrevet om disse underveis i oppgaven. Som forsker har jeg passet på å behandle alle informantene med høflighet og respekt. Jeg har også vært varsom i intervjuene med pasientene for å ikke krenke pasientenes integritet. Når pasientene snakket om temaer som virket vanskelig for dem har jeg byttet samtaleemne for å ikke belaste pasientene mer enn nødvendig. Jeg har også vært nøye med å ikke oppgi navn på pasientene som jeg har intervjuet til noen andre. Måten jeg skriver om pasientintervjuene i oppgaven gir ikke noe informasjon som kan gjøre det mulig å identifisere informantene.

¹⁰ Se kapittel 4 og 5

¹¹ Se vedlegg 4

¹² Se vedlegg 5

Personopplysninger av informantene var lagret i mine dokumenter på datasystemet på min arbeidsplass dvs. SiV. Alle informantene ble tildelt en kode. All data som ble generert av intervjuene, lydfiler, transkriberte intervjuer, sammendrag av intervjuer osv. ble lagret på min personlig PC kun merket med kodene som ble tildelt. Bare jeg har hatt tilgang til min PC mens studien har pågått. Personopplysninger og lydfiler blir slettet når studien er avsluttet.

4 Pasientenes erfaringer

I dette kapitlet vil jeg presentere de syv forskjellige kategoriene av pasientopplevd kvalitet som jeg gjennom analysen¹³ har kommet fram til at pasientene har snakket om i intervjuene. Jeg vil presisere at det er kategorier av pasientopplevd kvalitet jeg skal presentere og ikke dimensjoner av kvalitet. Av den grunn vil noen dimensjoner av kvalitet høre under forskjellige kategorier og det vil derfor være naturlig å nevne de under flere av kategoriene.

4.1 Venting

Alle pasienter som var med i studien var opptatt av ventesituasjonen på Akuttsenteret. Alle har snakket om hvor lenge de har ventet, uansett om de måtte vente lite eller lenge. De fleste av pasientene hadde en slags forventning om at de måtte vente når de kom til Akuttsenteret. Pasientene hadde enten selv erfart at det var vanlig å vente for å få behandling på Akuttsenteret, ellers så hadde de hørt det fra andre. Så de var på en måte forberedt. De hadde også en forståelse for hvorfor de måtte vente. En pasient fortalte:

..jeg følte ikke noe ubehag eller noe som manglet, eller jeg forventer ikke at ting skal gå noe raskere heller, jeg var ikke noe livstruende sjuk på noe måte.

Hele pasientsituasjonen på Akuttsenteret er preget av venting. Pasienten sitter først ut på venterommet og venter på å bli kalt inn til et behandlingsrom. Ventingen her avhenger av hvordan pasienten er triagert og hvor mange andre pasienter som er på Akuttsenteret. Ofte tas det prøver og både pasienten og helsepersonell venter på svar fra prøvene. Pasienten venter videre på en vurdering fra en turnuslege eller en spesialist, noen ganger fra begge. Legen vil vurdere hva som feiler pasienten og ta en beslutning om hva slags behandling som må settes i gang for at pasienten skal bli frisk igjen.

Måten pasientene forteller historiene sine på viser tydelig at erfaringen deres er preget av venting. En pasient sier:

¹³ se kapitel 3.2.6

...og tok noen prøver da, tok blodtrykk og EKG og blodtrykk, også gikk han, også så jeg ikke noe mere til han. Også hørte jeg ikke noe mere. Også ble det vaktskiftet klokken 22 også var det ingen ting som skjedde, og det gikk i hvert fall en halv time, 45 minutter, og så gikk en dame inn og så var det nattevakten, og hun spurte bare om hvordan jeg hadde det.

Pasientene mener at det er viktig å bli tatt hånd om ganske fort, og at behandlingen blir startet ganske fort. Dette er viktig for dem pga. de vil bli fort friske og de vil ikke bli sykere enn det de allerede er, i mens de venter. I tillegg mener pasientene at det er viktig å ikke vente for lenge fordi man opplever en viss usikkerhet og bekymring i ventetiden. Pasientene vet ikke alltid hva som feiler dem og de vil ha en bekreftelse på hva som gjør dem syke.

En pasient har merket seg at det var en plan for behandling for pasienter med bestemte diagnoser. Dette gjorde at han fikk den behandlingen han skulle raskere fordi ting var satt i et system. Noen av pasientene har også snakket om venting etter behandlingen på Akuttsenteret. Ikke alle pasienter blir ferdig behandlet på sykehuset. Noen må tilbake på polikliniske undersøkelser i ettertid for videre vurdering eller behandling. Andre venter på en time til operativ behandling.

En pasient som fikk informasjon om at han skulle få time til en poliklinisk undersøkelse ble veldig usikker når han fikk tilbakefall av symptomene dagen etter at han var behandlet på Akuttsenteret. Han gikk tilbake til Akuttsenteret og etterspurte timen. Han fikk beskjed om å ta kontakt med poliklinikken. Da fikk pasienten en følelse av å ikke bli tatt på alvor.

Terskelen for å ta kontakt med poliklinikken var høy, så han valgte å vente. En pasient som ble lovet operativ behandling innen en uke, ble veldig fornøyd når hun fikk time til avtalt tid. Hun så frem til å bli frisk for å kunne komme tilbake til jobben igjen.

De fleste av pasientene fikk utredning/behandling i løpet av kort tid, noe som de var veldig glade for. De fikk da en bekreftelse på hva som feilet dem og da slapp de å bekymre seg lenge uten å vite. Å vente på utredning/behandling i et nytt køsystem opplevdes negativt av en av pasientene.

4.2 Oppfølging av pasienter/ kontakt med helsepersonell

Mange av pasientene har også snakket om måten de ble fulgt opp av helsepersonell på Akuttsenteret. De fleste snakket om at de møtte flere helsepersonell, men det var en som hadde et ekstra ansvar for dem. Det virker som pasientene satt pris på kontakten med den som hadde hovedansvaret. En pasient sa følgende når spurt om hva som var det beste med behandlingen hun hadde fått:

Tja, det beste, jeg synes jo hun sykepleieren som kom ut, for hun var, hun holdt liksom kontakt hele tiden, så jeg følte meg litt sånn, jeg følte meg sett på en måte, midt i alt det her e kø, jeg følte at jeg ble tatt være på, ble ikke glemt.

En annen svarte dette til samme spørsmålet:

Nei, det er jo ofte den dere pleien du får av sykepleierne tenker jeg, fordi, i hvert fall min opplevelse akkurat, nå har jeg ikke vært så veldig mye på sykehus men jeg har vært med moren min noen ganger. Men for leger har jo litt dårlig tid, mens disse sykepleierne har jo, når de først er inne også, så har de tid. Og har en slags beroligende, de vet liksom hva som skal skje.

Jeg mener at kontakten med sykepleierne ga noen pasienter en følelse av å være anerkjent og det gjorde at pasientene følte at de ikke var glemt. Kontakten skapte også noe sikkerhet i en usikker situasjon.

De fleste av pasientene mente at det var enkelt å få kontakt med helsepersonell når det var behov for det. De kunne bare gå til luka på venterommet eller dra i klokka hvis de var inne i et undersøkelsesrom. Dette sa en av pasientene:

Man, har jo alltid en snor å trekke i, og det vet man, ikke vanskelig for meg i det hele tatt å ringe på snora hvis jeg hadde trengt...nei, nei, nei... men man vet jo ikke hvor travle de er og når de kommer og sånt...

Selv om pasienten visste at helsepersonell var lett tilgjengelig, hadde hun også en viss form for respekt for arbeidsressursene pasienten brukte, og ringte ikke hvis det ikke var virkelig

behov for å ringe. Andre pasienter har også gitt uttrykk for at de ikke ringte etter helsepersonell for små ting.

Likevel var det noen pasienter som observerte andre pasienter som plundret litt mer med å få kontakt med helsepersonell. En pårørende fortalte at hun observerte en eldre pasient som ventet på venterommet, som ikke kunne gå og som satt på en stol. Pasienten måtte på toalettet og trengte hjelp fra helsepersonell da hun ikke klarte dette alene. Hun klarte ikke å få kontakt med helsepersonell fra der hun satt og måtte få hjelp av andre som satt på venterommet for å nå fram til helsepersonell.

En annen pasient fortalte om en pasient som hun delte rom med. Medpasienten som var en eldre dame hadde veldig vondt og var ganske syk. Hun ringte på flere ganger for å få snakke med helsepersonell, men av en eller annen grunn klarte ikke hun å formidle til helsepersonell om hva hun trengte. Til slutt hjalp pårørende til nabopasienten henne med å få til seg drikke og noe mat fra vesken sin.

Pasientene som oppholder seg på Akuttsenteret er ofte så syke/skadet at de ikke klarer å opprettholde sine fysiologiske behov uten hjelp fra andre. Pasientene mener at det er viktig at helsepersonell er tilgjengelige slik at pasientene får muligheten til å formidle disse behovene. En pasient sier følgende:

...hvis man blir sittende lenge da, så kan det være greit å få kanskje hjelp til å få noe vann og så ja, det er ikke alltid man har mulighet til det selv da, å få tak i noe, hvis man blir sittende der hele dag, som regel hvis man er skadet så har man kanskje ikke spist på en stund heller ikke sant, så det er vanskelig å opprettholde det.

En annen pasient fortalte at det tok tid med å få kontakt med de bak luka da hun kom til Akuttsenteret. De var der, de så henne, men de visste tegn ovenfor henne som fortalte henne at de ikke var tilgjengelige. Pasienten fortalte følgende:

...nei da, hun så meg jo, til slutt, men at hun, at jeg sto der og så at hun ikke...at hun så meg men ikke ville betjene meg.

Pasienten opplevde at hun ble sett, men at hun ikke ble prioritert der og da. Det ga henne en følelse av at hun ikke var viktig for helsepersonellet bak luka. Samtidig var pasienten der pga. at hun var akutt syk og hun mente at da burde hun være første prioriteten til de som satt bak luka.

En pasient følte at helsepersonell ikke hadde kontroll på hans helsetilstand mens han ventet ute på venterommet. Han fortalte følgende:

Man blir veldig ofte, hvis det er noe, hvis det er noe galt, blir man ofte sendt til akuttmottaket. Så blir man sittende og vente der. Men hva hvis ting utvikler seg der og alt sånt noe, så er det viktig å ha mennesker i nærheten som kan ta hånd om deg.

Han fortalte videre:

.. også jeg slet med å puste, og jeg satt jo da svimmel og helt sånn. Det var ingen som, hadde jeg sovnet der så er det ingen som hadde lagt merke til det før dem hadde ropt meg opp. Det tror jeg ikke.

Pasienten mente at det er mulig at helsepersonell hadde kontroll på helsetilstanden hans, men følelsen han satt med, var at de ikke hadde det.

De pasientene jeg har intervjuet har gitt uttrykk for at det var nok med helsepersonell tilgjengelig på Akuttsenteret. Noen av dem følte seg sett og ivaretatt og dette var viktig for pasientene fordi det ga dem en bekreftelse på at de ble tatt på alvor. Det var noen som passet på dem i en situasjon der de ikke kunne helt ta vare på seg selv. Andre opplevde at de eller andre rundt dem ikke ble sett og da var det også vanskelig for pasientene å få dekket sine fysiologiske behov.

4.3 Informasjon

De fleste av pasientene jeg har intervjuet har nevnt informasjon som en av de viktigste dimensjonene av kvalitet. De nevnte spesielt informasjon i ventesituasjoner. Det virker som pasientene skjønner at det er viktig at de sykeste pasientene blir behandlet først på

Akuttssenteret, likevel er ikke pasientene kjent med prioriteringssystemet som er i bruk. En pasient forteller:

jeg har skjønt at det måtte være en sånn form for prioritering, om det var farger eller om det var tall, eller jeg har skjønt det, om at det må være noe sånt noe.

Pasientene var innforståtte med at de måtte vente på Akuttssenteret, men de mente at det var viktig for dem å få informasjon om hvorfor de venter, og om hvor lenge de måtte vente. Dette fortalte en av pasientene:

Nei også når man sitter der for det første så har man ikke lyst til å være der. Men man trenger å være der, selv om man er syk eller skadet. Og da er det slitsomt å sitte og vente. Og det er enda mer slitsomt og irriterende å sitte og vente på noe som man ikke helt vet når kommer.

Når spurt om hvorfor det er viktig å få informasjon i ventesituasjoner, svarte en pasient følgende:

Jo fordi det er noe med det å ha kontroll og på en måte bli tatt litt på alvor da. At du ikke bare blir oversett liksom. Her sitter jeg og ingen sier noen ting. Det er aldri noe god følelse.

Noen pasienter snakket om informasjonen de fikk om utredningen eller den medisinske behandlingen. De fortalte at de var fornøyde med informasjonen de fikk. En pasient fortalte at hun fikk informasjon om hva som skulle skje, men ikke om hvorfor.

... For det. Det skjer mye. Skal man gå helt ned til basic, så kan man si at det de virkelig informerer deg om, det er, nå stikker jeg! nå får du et stikk! nå kommer det et stikk! Det får du som det holder. Ja, ja. Det er det du får vite, nå kommer det et stikk. Ja men, hvorfor gjør du det? og hva gir du meg nå?

Pasienten opplevde at hun ikke fikk informasjon om selve behandlingen. Her snakket hun primært om den medisinske behandlingen. I tillegg mente hun at man måtte ha en viss erfaring som pasient for å klare seg bra som pasient på sykehus.

Jo det jeg har opplevd er at du skal være frisk for å være på sykehus. Du skal forstå språket. Du skal forstå hva de snakker om. Du skal tørre å spørre. Hva mente du nå? Kan du gjenta det? Du skal tørre å spørre hva, hvilke komplikasjoner, hvilke virkninger. Du skal tørre å spørre spørsmål.

Når spurt om informasjonen hun fikk fra spesialisten på Akuttsenteret om behandlingsalternativer, svarte pasienten at spesialisten ga henne god informasjon i et språk som var forståelig. Men hun gjentok at det ikke var noe problem for henne å skjønne det språket nå. Pasienten fortalte også at i andre situasjoner på sykehuset har hun spurt nøye om type behandlinger som var anbefalt og når hun har nektet å ta imot behandlingene som var foreslått, var det godtatt av helsepersonell. Samtidig så følte hun at helsepersonell ikke aksepterte beslutningen hennes. De ga henne en kald skulder.

Totalt sett ønsket pasienter mer informasjon gjennom oppholdet på Akuttsenteret. Dette spesielt i forhold til ventesituasjoner, men også i forhold til utredningsprosessen og behandlingen.

4.4 Pårørende

To av de åtte pasientene som jeg har intervjuet hadde med seg pårørende under oppholdet. Begge mente at det var viktig å ha med seg pårørende i en slik situasjon. En av de fortalte at pårørende kan være til stor nytte i ventesituasjoner. Hun svarer følgende, når spurt om hvordan:

Avlede ventesituasjonen. Tankene rundt hva skal de gjøre med meg. Hva skal tro. Hva som skjer. Hvem kommer. Lure på hva de skal gjøre. Avlede alt det. Fordi at man snakker om andre ting. Man snakker om sine daglige ting. Sine arbeids ting.

Pasienten mente at dette var spesielt viktig i ventesituasjonen på Akuttsenteret, fordi man ikke vet hva som skal skje og hva slags behandling man vil få.

De andre pasientene jeg snakket med valgte å være på Akuttsenteret alene. Det virket som de fleste hadde mulighet til å ha med seg noen dit, men de mente at de ikke hadde behov for det i

den situasjonen de var i. De mente allikevel at det var viktig å ha med seg pårørende, spesielt hvis man var veldig syk. En av pasientene fortalte følgende når jeg spurte om hvorfor det var viktig:

Fordi da kan du på en måte ikke snakke. Ikke hjelpe deg selv. Du ser ikke helt dine egne behov. Men noen som kjenner meg og som kan være min talsperson og som jeg stoler på. Det tror jeg er viktig for å holde litt kontroll. For jeg tror det er å miste kontroll over deg selv. At du er så syk at du ikke kan det. Men at det er noen som er nær deg som kan følge med litt.

Flere av de pasientene jeg har intervjuet mente det samme. Hvis de var i en situasjon hvor de var veldig syke eller ikke kunne gjøre rede for seg ville det være viktig å ha med seg en som var nær. Noen pasienter mente også at pårørende kunne informere dem om det som har skjedd mens de har vært bevisstløs eller for syke til å kunne følge med.

Når spurt om hva helsepersonell kan gjøre for å hjelpe pasienten i de tilfellene pasienten ikke har med seg en pårørende, svarte flere pasienter at det var viktig at pasientopplysningene på datasystemet til sykehuset var oppdatert. Hadde helsepersonell tilgang til riktig helseopplysninger om pasientene så var det ikke like stort behov for å ha med seg pårørende mente noen pasienter. En pasient mente at helsepersonell ikke kan erstatte pårørende, og man kan heller ikke forvente at de skal gjøre det. Likevel mente pasienten at helsepersonell bør følge opp pasienter som er alene tettere enn de som har med seg pårørende. En annen pasient fortalte at helsepersonell kan hjelpe pasienten med å få med seg nødvendig informasjon. Pasienten mente at legene hadde ikke veldig god tid når de var hos pasienten. Annet helsepersonell kunne hjelpe pasienten med å spørre de riktige spørsmålene for å få nok opplysninger om sin helsetilstand.

Fra informasjonen jeg har fått gjennom intervjuene ser det ut at for noen pasienter kan det være verdifullt å ha med seg en pårørende på Akuttsenteret. Det er derfor viktig at pårørende føler seg velkomne i en slik setting. En pårørende som var med en pasient fortalte at hun følte seg veldig velkommen på Akuttsenteret. Hun fikk lov til å hjelpe pasienten med å få dekket noen grunnleggende behov og det syns hun gjorde situasjonen lettere for både pasienten og helsepersonell. I tillegg så mente denne pårørende at selv om hun var fysisk i veien, så opptrådte helsepersonell seg profesjonelt, slik at hun ikke følte at hun var i veien.

4.5 Det fysiske miljøet

Pasientene snakket en del om det fysiske miljøet og om hvordan det påvirket oppholdet deres på Akuttsenteret. Tre av pasientene delte undersøkelsesrom med en annen pasient. De ga uttrykk for at de fikk med seg veldig mye av det som foregikk som hadde med pasienten de delte rom med å gjøre. To av pasientene mente at dette var veldig ubehagelig. Slik uttrykte en av pasientene seg om situasjonen:

..Også fikk jeg et rom. Og der ventet jeg en god stund. Og der lå det en nabo, en eldre dame ved siden av meg da. Og det var ikke så hyggelig. Og sånn er det i akutten, jeg skjønner ikke at det ikke går an å gjøre noe med det...

Jeg spurte pasienten om hva han tenkte om situasjonen og da svarte han:

Nei da lå hun i den senga med et sånt forheng imellom oss også kom legen hennes først og skal undersøke henne eller snakke med henne også skal jeg sitte og høre på alt dette, som både for meg og for henne sikkert, det syns jeg egentlig er helt uverdige....

Pasienten fortalte videre at han mente at det er en dårlig situasjon både for den som forteller om seg selv og blir hørt av andre pasienter og for den som hører uten behov for å høre. En annen pasient mente at situasjonen kan føre til at pasienter avstår fra å fortelle alt de har behov for å fortelle om på grunn av at de vet at medpasienten hører alt som blir sagt.

Flere av pasientene fortalte at det var viktig at miljøet pasientene ventet i var tilrettelagt i forhold til den helsetilstanden pasienten befant seg i. Dette gjaldt uansett om pasienten ventet på venterommet, i et undersøkelsesrom eller i gangen (i de tilfellene undersøkelsesrommene var opptatte). Pasientene mente at de ble sykere når de ventet i et dårlig tilrettelagt miljø. En av pasientene nevnte følgende eksempel:

Ja for eksempel jeg har fulgt en eldre dame inn med brudd i armen, men det var en gammel og skrøpelig dame som ble sittende og vente i to timer og hun ble fort sliten. Eh så det var ikke egnet for henne å sitte på en pinnestol i to timer med mye smerter.

Pasienten mente at denne damen hadde veldig vondt i ventetiden og brukte mye krefter på å sitte oppreist. Dette gjorde at damen ikke hadde noe overskudd til å kunne snakke med legen da hun ble undersøkt. En annen pasient fortalte at ved et tidligere besøk ble han liggende på en hard bære i fem timer. Pasienten mente at den harde bæren gjorde at smertene hans ble forsterket.

En pasient snakket om tidligere erfaringer fra Akuttsenteret. Pasienten mente at man kunne risikere å bli plassert i gangen hvis man var der i et travelt tidspunkt. I gangen fikk man oversikt over flere pasienter som var syke. Noen kom inn med ambulanse og var veldig syke. Pasienten mente at dette kaoset gjorde han sliten.

Noen pasienter snakket om luka ved inngangen til Akuttsenteret. De mente at det var en slags barriere mellom venterommet og helsepersonell på Akuttsenteret. Pasientene måtte gå til luka for å få kontakt med helsepersonell, og pasientene på venterommet kunne få en følelse av at helsepersonell ikke hadde helt kontroll på deres helsetilstand. I tillegg kunne helsepersonell «gjemme seg» bak luka. De kunne holde på med mange ting, virke opptatte og de hadde ikke fokus på pasientene som ventet foran luka eller på venterommet hele tiden. På den andre siden skjønnte de at luka måtte være der. Det var en form for beskyttelse mot pasienter som ikke klarte å oppføre seg på en ordentlig måte. En pasient sa følgende:

...på en måte så oppleves det som en nødvendighet. For det er ikke bare min type pasient som står der, en snill behersket voksen dame.

4.6 Helsepersonell med riktig kompetanse

Pasientene jeg har intervjuet var fornøyde med behandlingen de har fått på Akuttsenteret. De stolte på at helsepersonell som har undersøkt dem var faglige dyktige og de ga dem riktig medisinsk behandling, eller tilbud om riktige undersøkelser for å kunne avdekke det som var feil med kroppen deres. Flere av pasientene jeg har intervjuet har nevnt at det var viktig å bli møtt av en lege/spesialist som hadde den riktige kompetansen i forhold til hva som feilte dem. Dette opplevdes som viktig fordi pasientene har erfart at når en blir undersøkt av en lege med den riktige kompetansen med en gang, blir en satt på den riktige medisinske behandlingen raskere. Noen av pasientene nevnte at de har ved tidligere anledninger måtte vente lenge på

den legen/spesialisten som kunne avgjøre hvilken type behandling de skulle få. På grunn av dette måtte de tåle en del smerter over lengre tid. Dette mente de at de kunne ha unngått hadde riktig lege vært der til rett tid. En av pasientene mente at ved tidligere erfaringer på Akuttsenteret var han undersøkt av forskjellige og måtte fortelle historien sin til forskjellige over og over igjen. Dette virket uryddig for han:

Også er det stadig nye leger du snakker med. Eller jeg vet ikke om det er leger en gang jeg. Men de kommer og se på det, også må hun snakke eller han snakke med en annen og sånn holder de på hele tida. Så jeg syns det virker så rotete eller de har sikkert et system på det, men.

Dette kan tyde på at opplysningene som pasienten informerte helsepersonell om ikke ble lagret eller at de ikke ble kommunisert videre mellom helsepersonell.

Noen pasienter mente at helsepersonell viste at de var faglig dyktig ikke kun ved å gi bra behandling der og da, men også ved å forutse utfordringer pasienter kommer til å få i ettertid, pga. sin helsetilstand. En av pasientene fortalte om hvordan en sykepleier på Akuttsenteret satt på en ortose (en type bandasje som gir god støtte) på en av hendene hennes istedenfor en vanlig gips. Pasienten hadde brudd i begge hendene/underarmene hennes. Hadde hun fått gips på begge armene hadde hun ikke klart å dekke sine grunnleggende behov i mange uker framover. En annen pasient savnet informasjon om hva hun kunne gjøre når hun kom hjem for å bli friskere. Pasienten trengte ikke noe medisinsk behandling, men hun var fortsatt ikke helt frisk da hun kom hjem.

En pasient mente at faglig dyktighet handler også om at man behandler pasienten på en helhetlig måte. Hun fortalte følgende:

Kommer man til akutt og har brukket et ben, ja så skal man først og fremst det profesjonelle som skal til for det, ja, og så kommer resten av menneske i fokuset etterpå. Hvem er du? Hva, har du andre ting du sliter med? Har du andre ting på din agenda? Og de fleste har jo det.

Samme pasienten snakker om en medpasient som ikke fikk helhetlig helsehjelp av helsepersonell på Akuttsenteret. Medpasienten ringte etter helsepersonell flere ganger og

klarte aldri å formidle alle behovene hun hadde. Helsepersonell klarte heller ikke å se disse behovene. Til slutt begynte medpasienten å gråte av fortvilelse.

Det er jo selvfølgelig vanskelig for dem. For jeg registrerte jo at det var en pasient som ikke sa fra alt som hun hadde i seg. Men hun hadde selvfølgelig blitt avvist to, tre ganger før, og hadde kanskje gitt opp å åpne seg eller noe sånt. Vi reagerte, ja vi reagerte på at hun fikk lite støtte, lite hjelp, lite oppfølging og de var fryktelig snare inne hos henne, men vi reagerte ikke før hun begynte å gråte.

4.7 Pasientfelleskapet

Flere pasienter jeg har intervjuet har vært opptatt av hvordan andre pasienter som oppholder seg på Akuttsenteret har det. Noen pasienter blir til og med bekymret når de ser at andre pasienter ikke har det bra. En pasient sa følgende om dette:

Vi er opptatt av de rundt oss.

Noen pasienter jeg har intervjuet var opptatt av hvor lenge andre pasienter måtte vente for å få hjelp av helsepersonell eller behandling på Akuttsenteret. En pasient forteller at han ikke måtte vente lenge på venterommet i forhold til en annen pasient som også ventet der. En annen pasient synes det var sørgelig å se på nabopasienten som måtte vente lenge til tross for at hun var veldig smertepåvirket. Dette fortalte hun:

Det påvirket meg servicemessig. Hva er det vi holder på med her? Hvor er det vi er? Hva? Er vi overlatt til oss selv i påvente av en lege? Nå kom legen til henne etter at min lege hadde kommet. Så legen var ikke hos henne før klokken ett. Og hun hadde ligget der siden klokken seks.

Flere pasienter hadde også en forståelse for at andre pasienter som var sykere enn dem måtte behandles først. Dette sa en av pasientene:

De sa at det vil ta litt tid før spesialisten kommer for vi har fått inn et akutt hjerneslag. Så det skjønner jeg jo godt at hun måtte ta henne først.

En pasient mente at det kunne være vanskelig å få kontakt med helsepersonell for pasienter som var veldig syke. Han sier følgende når han blir spurt om det var vanskelig å få kontakt med helsepersonell:

Nei. Da kunne man sikkert ha ringt i. Og da svarer de sikkert. Det kan du få til. Men da var ikke jeg så dårlig at det var noe krise for meg. Men kanskje for andre som er mere dårlig holdt jeg på å si.

To pasienter har observert andre pasienter som strevde med å få kontakt med helsepersonell. Disse observasjonene har jeg allerede presentert i 4.2. De pasientene som strevde med å få kontakt med helsepersonell fikk praktisk hjelp av pårørende til pasienter som var i nærheten.

Noen andre pasienter var bekymret for nabopasientene som ikke fikk muligheten til å snakke med helsepersonell uten at de som lå i sengen ved siden av hørte på alt sammen. Disse erfaringene har også allerede vært presentert tidligere, i 4.5.

To pasienter har uttrykt sin bekymring ovenfor pasienter som måtte vente i et miljø som de oppfattet som lite egnet for dem. En sa følgende om dette:

... hvordan man må sitte å vente. Det er ikke alle som har, det er noen som er såpass syke at de ikke klarer å sitte å vente. At det er pga. smerter eller at det er et eller annet. Så må mann faktisk sitte på de stolene som er der.

Ingen pasienter som jeg har intervjuet sier at de har fått hjelp av noen andre pasienter som var til stede på Akuttsenteret. Pasientene er likevel tydelig opptatte av hvordan andre pasienter har det. Derfor mener jeg at pasientfelleskapet er en skjult dimensjon av kvalitet. Ingen snakker direkte om pasientfelleskapet, men min vurdering er at det er en dimensjon ved kvalitet som pasientene er opptatt av og som de indirekte berører i intervjuene.

5 Diskusjonen

I dette kapittelet vil jeg diskutere spørsmålene i problemstillingen, som er følgende: Hvordan opplever pasientene behandlingen de har fått på Akuttsenteret ved SiV? Hvilke dimensjoner av kvalitet er viktig for pasientene og hvorfor? Diskusjonen gjennomføres ved å trekke fram sentrale funn og se disse opp mot teori og annen forskning.

5.1 Hvordan opplever pasientene behandlingen de har fått på Akuttsenteret?

Som nevnt i kapittel 4 har jeg kommet fram til at pasientene har gitt uttrykk for at disse kategorier av dimensjoner av kvalitet er viktig for dem: venting, oppfølging av pasienter/kontakt med helsepersonell, informasjon, pårørende, det fysiske miljøet, helsepersonell med riktig kompetanse og pasientfelleskapet. Jeg har derfor valgt å forsøke å svare på denne delen av problemstillingen ved å diskutere disse kategoriene.

5.1.1 Venting

Venting er en dimensjon av kvalitet som alle pasienter i min studie var opptatt av. Både Nairn et al. (2004) og Gordon et al. (2010) forteller at venting er et tema som er gjennomgående i artikler som handler om pasienterfaringer fra akuttmottak. Gordon et al. (2010) peker på at hele oppholdet til pasienter på akuttmottak er preget av venting. Dette mener jeg også kommer frem gjennom fortellingene i min studie.

To av pasientene i min studie ble ikke ferdig behandlet på Akuttsenteret og måtte vente på nye timer til vurdering og behandling i et nytt køsystem. Dette gjorde at en av pasientene ble veldig usikker over sin egen helsetilstand dagen etter at han var behandlet på Akuttsenteret. Pasienten tok kontakt igjen med Akuttsenteret men han fikk ikke noe hjelp videre. Han måtte vente på den nye timen. Situasjonen viser at helsepersonell som har behandlet pasienten var opptatt av å behandle pasientens tilstand der og da. De har ikke snakket med pasienten om hva han bør gjøre ved tilbakefall av symptomer. Med referanse til metaforen om livets elv som ble presentert i 2,4, mener jeg at behandlingen pasienten fikk, hjalp pasienten lengre opp i livets elv mot H+ helse i en kort stund. Pasienten fikk de samme

symptomene tilbake dagen etterpå og jeg vil tenke at han da svømte ned elven mot H- helse igjen. Jeg mener at helsefremmende tiltak gjennom empowerment, sosial støtte og helsefremmende interaksjon fra helsepersonell kunne hjulpet pasienten å svømme opp mot H+ helse i en lengre periode.

De fleste av pasientene jeg har intervjuet har ikke ventet lenge for å få utredning og behandling på Akuttsenteret. Ventetiden har mest sannsynligvis vært forholdsvis kort pga. pasientene var rekruttert under rolige perioder, som nevnt i kapitel 3.2.3. Uansett kan jeg oppsummere med at de pasientene jeg har intervjuet, har hatt en relativ kort ventetid på Akuttsenteret og de fleste av dem er fornøyde med ventetiden.

5.1.2 Oppfølging av pasienter/kontakt med helsepersonell

Noen pasienter i min studie nevnte at de fikk spesielt god kontakt med sykepleierne. Måten disse pasientene forteller om kontakten med sykepleierne viser at sykepleierne har gitt god helhetlig pleie. Pasientene følte seg sett og anerkjent. Sykepleierne tok tid til å utføre god pleie og dette var betryggende og beroligende for pasientene. Jeg mener at disse sykepleierne bidro til å styrke pasientenes mestringsressurser i tillegg til å tilby pasientene den medisinske behandlingen som var nødvendig. Disse pasientene fikk styrket sine ressurser slik at de kunne svømme lengre opp i elven mot H+ helse som er visst i figur 1 i 2,4.

Flere pasienter i min studie har fortalt at det var lett for dem å få kontakt med helsepersonell når de hadde behov for det. Likevel har noen pasienter observert andre pasienter som strevde med å få kontakt med helsepersonell. Disse pasientene hadde et stort behov for å kontakte helsepersonell fordi de trengte hjelp for å dekke sine fysiologiske behov. De pasientene som strevde med å få kontakt med helsepersonell var eldre pasienter. Nydén et al. (2003) og Kihlgren et al. (2004) fant også ut i sine studier av eldre pasienter på akuttmottak at helsepersonell ikke alltid klarte å dekke de fysiologiske behovene til pasientene.

En av pasientene jeg intervjuet følte at helsepersonell ikke klarte å følge med hans helsetilstand mens han ventet på venterommet på Akuttsenteret. Pasienten satt på venterommet alene i ca. en times tid, mens han hadde problemer med pusten. Han trodde ikke at helsepersonell hadde kontroll over hvordan han hadde det. Nydén et al. (2003) forteller også om pasienter i sin studie som ble engstelige mens de ventet over lengre tid uten observasjon av helsepersonell. Jeg vet ikke om helsepersonell som var ansvarlig for pasienten i min studie som ventet på venterommet alene, vurderte at pasientens helsetilstand var stabil og at han ikke trengte å bli overvåket. Pasienten ble likevel usikker om sin helsetilstand. Det kan synes som helsepersonell ikke har klart å identifisere pasientens usikkerhet og har ikke klart å mobilisere pasientens mestringsressurser for å hjelpe pasienten opp i livselven i denne situasjonen.

5.1.3 Informasjon

De fleste av pasientene jeg har intervjuet mente at informasjon og spesielt informasjon om ventetider var en av de viktigste dimensjonene av kvalitet. Noen av pasientene fikk noe informasjon om dette. Flere mente at den informasjonen de fikk ikke var tilstrekkelig. Nairn et al. (2004) viser til flere studier som har funnet at pasienter som venter på et akuttmottak setter høy pris på å få informasjon om ventetider regelmessig. Noen pasienter nevnte at de ikke hadde fått noe informasjon om prioriteringssystemet på Akuttsenteret. Gordon et al. (2010) nevner noen studier som påpeker at pasienter ønsker mer informasjon om triagesystemet som er i bruk på akuttmottak.

Noen av pasientene jeg har intervjuet har nevnt at de har fått informasjon om hvilken prøver de skulle gjennom i utredningsprosessen. En av pasientene nevner at flere ganger under oppholdet ble det tatt prøver av henne. I disse situasjonene ble hun informert om hva helsepersonell skulle gjøre med kroppen hennes under disse prøvene, men de forklarte ikke hvorfor de tok prøvene. Gordon et al. (2010) kom også frem til, i deres systematiske oversikt, at pasienter på akuttmottak trenger mer informasjon om prøver som blir tatt og om hvordan disse vil påvirke kroppen. Frank et al. (2009) forteller at pasienter som er klar over hva som skal skje, eller hva som er planlagt føler at de har mer kontroll over seg selv eller sin kropp. Når pasienter får informasjon om utredningsprosessen får pasientene muligheten til å delta i beslutningene om den medisinske behandlingen. Dette er en form for

maktomfordeling og en form for empowerment (Haugan & Rannestad, 2016a, s. 47). Som følge av empowerment blir pasientenes mestringstro styrket ifølge Haugan og Rannestad (2016a, s. 47). Dette kan være en av grunnene til hvorfor pasientene i Frank et al. (2009) sin studie opplevde mer kontroll når de fikk informasjon om utredningsprosessen.

En pasient fortalte at man klarer seg bedre på sykehus hvis man har tidligere erfaring som pasient. Pasienten har lang erfaring med bruk av helsetjenester på sykehus. Hun mener at man trenger noe erfaring som pasient for å kunne skjønne språket som blir brukt av helsepersonell og for å kunne stille de riktige spørsmålene for å eventuelt få nok informasjon om hva som skal skje videre. Olthuis et al. (2014) har også funnet i sin studie at kommunikasjonen mellom pasienter og helsepersonell krever en del erfaring fra begge parter. Pasientene har et behov for å vise at de vet hva de snakker om. Samtidig har Frank et al. (2009) funnet ut at pasienter som har en viss kunnskap om sin tilstand og som spør mange spørsmål om utredningsprosessen eller den medisinske behandlingen, blir som regel avvist av helsepersonell. Dette snakket også denne pasienten om at hun har erfart tidligere ved andre avdelinger ved sykehuset.

5.1.4 Pårørende

Flere av pasientene i min studie verdsetter det å ha med seg en pårørende på Akuttsenteret. Dette spesielt hvis man er veldig syk og enda viktigere hvis man er bevisstløs. Pasientene har nevnt at pårørende hjelper til med: å takle ventesituasjoner bedre, assistanse med å få dekket fysiologiske behov, gi helsepersonell helseopplysninger om pasienten, informere pasienten om hva som har skjedd i ettertid og overvåke pasienten når ikke helsepersonell er til stede.

Bøckmann, Kjellevold og Sotberg (2015, s. 52-57) forteller at pårørende tar på seg ulike roller i forholdet med pasientene og helsepersonell. Pårørende kan velge å ta på seg en eller flere roller. Forfatterne nevner blant annet at pårørende kan ta rollen som: mottaker av informasjon, kunnskapskilde, samarbeidspartner og pasientens representant. Jeg mener at beskrivelsene som kommer fram i min studie om hva pårørende gjør for pasientene kan plasseres i disse rollene som Bøckmann et al. (2015, s. 52-57) skriver om. Gordon et al.

(2010) skriver at pårørende på akuttmottak hjelper pasientene med å takle angst og ensomhet. De mener at pårørendes tilstedeværelse har mye å si for hvordan pasientene opplever tilværelsen på akuttmottak. Jeg mener at pasientene i min studie forteller at pårørende hjelper til med å fremme mestringsressurser hos pasientene ved å yte blant annet sosialstøtte. Dette kan være grunnen til at noen pasienter mener at pasienter som ikke har med seg pårørende trenger ekstra oppfølging og støtte fra helsepersonell.

5.1.5 Det fysiske miljøet

Pasientene i min studie var ikke helt fornøyde med det fysiske miljøet på Akuttsenteret. De pasientene som delte rom med andre fortalte at de kunne høre alt som foregikk hos pasienten de delte rom med. En av pasientene mente at han trodde at pasienter kan unnlate å gi deler av informasjon til helsepersonell fordi de vet at de blir hørt av andre de deler rom med. Dette bekrefter Karro, Dent og Farish (2005) i sin studie om invadering av pasientenes privatliv i akuttmottak. Pasienter som vet at samtalen deres med helsepersonell blir hørt av andre vil mest sannsynligvis holde igjen deler av informasjonen fra helsepersonell. Jeg vil anta at det vil være vanskelig for pasienter å åpne seg mot helsepersonell i et slikt miljø og at det vil derfor være vanskelig for helsepersonell å sette i gang helsefremmende interaksjon i slike omgivelser.

Noen av pasientene erfarte at miljøet de oppholdte seg i på Akuttsenteret ikke alltid var tilrettelagt helsetilstanden deres. Dette gjorde at pasientene ble sykere, mer slitne og de ble utsatt for mere smerter mens de oppholdte seg på Akuttsenteret. Slike bemerkninger om det fysiske miljøet på akuttmottak var også nevnt i artiklene til Gordon et al. (2010) og Nairn et al. (2004). Jeg vil anta at et dårlig tilrettelagt fysisk miljø gjør det vanskelig for helsepersonell å hjelpe pasientene med å styrke sine ressurser for helse.

Det ble også nevnt av noen pasienter at luka på venterommet var en barriere mellom helsepersonell på Akuttsenteret og pasientene. MacAllister, Zimring og Ryherd (2016) viser til flere studier som har funnet at det er en sammenheng mellom romstruktur og menneskers adferd og kommunikasjon med andre.

5.1.6 Helsepersonell med riktig kompetanse

De fleste pasienter jeg har intervjuet mente at de var undersøkt av helsepersonell med riktig kompetanse i forhold til det som feilet kroppen deres. Pasientene ga uttrykk for at de var fornøyde med utredningsprosessen og den medisinske behandlingen de har fått. På den andre siden, har noen av pasientene i min studie nevnt at de har ventet lenge for å bli vurdert/behandlet av en lege med riktig kompetanse ved tidligere besøk på Akuttsenteret.

Gordon et al. (2010) mener at det er mulig at pasienter som er behandlet på akuttmottak stoler på at helsepersonell har god faglig kompetanse da det er mye oppmerksomhet rundt den medisinske behandlingen i et akuttmottak. Slik jeg forstår det pasientene sier har Akuttsenteret mye fokus på det som er feil med pasientens kropp og behandlingen av denne, det patogene. Jeg tror likevel ikke at de pasientene jeg har intervjuet mente at de fikk god behandling av helsepersonell med riktig kompetanse pga. mye fokus på den biologiske kroppen. Dette siden pasientene har klart å identifisere flere sider av god faglig kompetanse.

Noen pasienter nevnte at helsepersonell viste at de var faglig dyktige når de kunne forutse utfordringer pasientene kommer til å få etter endt opphold på Akuttsenteret. En av pasientene var veldig fornøyd med behandlingen hun fikk. Sykepleieren som ga behandlingen klarte å gi pasienten en behandling som ikke svekket de andre ressursene pasienten hadde. På denne måten kunne pasienten komme mer mot H+ helse i figur 1 i 2,4, i dagene etter oppholdet på Akuttsenteret. Dette til tross for at hun hadde to armer som var skadet. En annen pasienten mente at hun ikke fikk nok informasjon om hva hun kunne gjøre for å bli friskere etter oppholdet på Akuttsenteret. Slik jeg forstår det hadde ikke helsepersonell på Akuttsenteret klart å forutse utfordringene pasienten kom til å få i ettertid denne gangen.

En av pasientene jeg intervjuet mente at god fagligkompetanse handler også om god helhetlig behandling. Jeg mener at det kommer fram i min studie at pasientene ikke alltid fikk helhetlig behandling. Haugan og Rannestad (2016b, s. 27), mener at det er viktig å ta vare på pasienten på en helhetlig måte også når pasienten er behandlet på et sykehus. Dette fordi når en del av pasienten svikter pga. sykdom eller skade, kan pasienten klare seg bedre

hvis de andre ressursene pasienten har blir styrket. En av pasientene i min studie snakker om en medpasient som ringte etter helsepersonell flere ganger. Helsepersonell kom og var til stede i korte perioder. Medpasienten klarte ikke å kommunisere behovene sine til helsepersonell og det endte til slutt med at medpasienten gråt av fortvilelse. Fortellingen viser at helsepersonell ikke klarte å gi denne pasienten den helhetlige behandlingen som Haugan og Rannestad (2016a) referer til. Jeg antar at pasienten ville hatt en mulighet til å mestre situasjonen sin bedre hvis helsepersonell hadde prøvd å styrke pasientens ressurser, og ta være på de emosjonelle behovene til pasienten.

5.1.7 Pasientfelleskapet

Medpasienter vekket interessen til flere av pasientene jeg har intervjuet. Pasientene var opptatte av hvor lenge ikke bare de måtte vente, men også av hvor lenge andre pasienter måtte vente. De hadde også en forståelse for at de måtte vente lenger siden andre var mer alvorlig syke enn de. Gordon et al. (2010) referer til tre studier som fant at pasienter var villige til å vente lenger når de visste at det var andre pasienter som var sykere enn dem.

Pasientene i min studie var også opptatt av andre pasienter i forhold til andre ting enn akkurat venting. De brydde seg om: pasienter som plundret med å få kontakt med helsepersonell, pasienter som ikke klarte å dekke sine fysiologiske behov, pasienter som ikke klarte å fortelle historien sin uten at andre hørte på og pasienter som ventet i et miljø som ikke var tilrettelagt i forhold til helsetilstanden. To av pasientene nevnte til og med at pårørende deres hjalp en annen pasient som var til stede.

Dette minner meg om det som Album (1996) kaller for pasientfelleskapet, som jeg presenterte i 2.1. Pasientene som Album (1996) har observert oppholdt seg ikke på et akuttmottak, men på en sengepost på somatiske sykehus. Jeg tror ikke at pasienter på akuttmottak rekker å bygge opp et forhold til hverandre som pasienter på sengepost gjør. Dette da oppholdene på akuttmottak er ganske korte. Likevel mener jeg at studien min viser at pasienter på Akuttsenteret er opptatt av hvordan medpasientene har det og hjelper også til en viss grad hverandre. Dette spesielt når helsepersonell ikke klarer å dekke medpasientenes behov.

Jeg har ikke klart å finne mange studier på akuttmottak som handler om dette tema. Schultz, Qvist, Mogensen og Pedersen (2014) skriver litt om pasienter som kommer i møte med andre pasienter i forskjellige observasjonsavdelinger på akuttmottak. Pasienter i denne studien satt pris på aktivitet i rommene de oppholdt seg i. I tillegg følte pasientene at de hadde ansvar for å passe på pasienter som ikke klarte å ta vare på seg selv.

Jeg mener at pasientfelleskapet på Akuttsenteret kan være gunstig. Det er mulig at medpasienter kan ta noe av rollen til pårørende, for pasienter som ikke har med seg pårørende. Helsepersonell på Akuttsenteret trenger allikevel å være observante i forhold til dette da medpasienter blir ikke informert om pasienten på samme måte som pårørende. En pasient i min studie fortalte at hennes pårørende hjalp en medpasient med å få tak i mat som hun hadde i vesken sin. Pasienten og hennes pårørende trodde at de hjalp medpasienten med å dekke en av sine grunnleggende behov og at de gjorde en god gjerning. Likevel kan det være mulig å tenke at medpasienten ikke fikk mat av helsepersonell fordi hun måtte faste med tanke på den medisinske behandlingen. Slik informasjon blir ikke gitt til medpasienter.

5.2 Hvilke dimensjoner av kvalitet er viktig for pasientene og hvorfor?

I denne delen av diskusjonen skal jeg prøve å se på hvorfor pasientene i min studie er opptatt av de dimensjonene av kvalitet som jeg har presentert i 4.0 og diskutert i 5.1. Gordon et al. (2010) mener at pasientene på et akuttmottak befinner seg i en emosjonell tilstand.

Pasientene er redde for sitt eget liv eller for hvordan den nye oppståtte sykdommen vil påvirke livet deres. Pasientene er derfor sårbare, engstelige, stresset og redde. Olthuis et al. (2014) finner i sin studie at pasienter på akuttmottak er styrt av en rekke bekymringer som får pasientene til å jobbe for å finne måter å mestre disse bekymringene på. Giske (2016, s. 149) forteller at pasienter som er under utredning opplever ofte situasjonen som vondt og vanskelig. Dette fordi de er klar over at det er noe som skjer med kroppen som ikke er som det skal være. Samtidig er det ingen som vet hvordan helsetilstanden deres kommer til å være i fremtiden.

I 2.5 presenterte jeg en teori om forberedende venting der pasienter bruker fire strategier: søker og gir informasjon, tolker tegn, håndtere eksistensiell trussel og søker hvile. Disse strategiene bruker pasientene for å balansere mellom håp og fortvilelse mens de venter på en diagnose. Med hjelp av disse fire strategiene skal jeg forsøke å forstå hvorfor pasientene i min studie er opptatt av visse dimensjoner av kvalitet.

5.2.1 Pasientene søker og gir informasjon

Giske (2016) forteller at en pasient som venter på en diagnose er opptatt av å søke informasjon om sin helsetilstand og samtidig å informere helsepersonell om sin helsetilstand. Informasjonen pasienten får fra helsepersonell bruker pasienten for å gi seg selv håp om at ting vil ordne seg. Nairn et al. (2004) viser til flere studier der pasienter setter stor pris på informasjon om ventetid. Pasientene i min studie mente også at det var viktig for dem å få informasjon når de var på Akuttsenteret og spesielt i ventesituasjoner. De mente at de ble fortvilet når de ikke fikk informasjon om hvor lenge de måtte vente eller hvorfor de måtte vente. Elmqvist et al. (2012) fant også ut i deres studie at pasienter som ventet på akuttmottak mistet kontroll over seg selv, tiden og sin frihet. Dette pga. at helsepersonell tar avgjørelser om pasientene uten at pasientene er klar over det. Samtidig sitter/ligger pasientene og venter på noe som de ikke er helt klar over. Dette gjør at pasientene befinner seg i et «tomt rom» som Elmqvist et al. (2012) kaller det.

Informasjon er viktig for at pasientene skal klare å ha noe kontroll i en situasjon hvor de har allerede mistet noe av kontrollen over sin kropp, pga. sin helsetilstand. Pasientene i min studie mente at dette var så viktig, at de ville ha med seg pårørende hvis de var i en situasjon hvor de var bevisstløse. Pårørende vil i ettertid ha muligheten til å informere pasientene om hva som har skjedd mens pasienten var bevisstløs.

Giske (2016, s. 153) mener at god oppfølging av helsepersonell og av samme helsepersonell er viktig for å unngå at pasienten blir fortvilet pga. den situasjonen pasienten er i. Dette mente også pasientene i min studie. Det var viktig å føle at de fikk bra oppfølging av helsepersonell. Det gjorde at de følte seg sett og anerkjent.

I tillegg til at de søker informasjon prøver pasientene å informere helsepersonell om sin helsetilstand. Dette gjør de for å forsikre seg om at de får best mulig utredning (Giske, 2016, s. 151). Samtidig mente Gordon et al. (2010) at pasientene ble slitne av å fortelle om seg selv, og spesielt når de måtte fortelle samme historie til forskjellige helsepersonell. En pasient i min studie fortalte at han fikk et inntrykk av at systemet på Akuttsenteret ikke var bra nok, når han ble spurt om sin historie fra flere. Nairn et al. (2004) nevner at noen studier viser at det er en forbindelse mellom repetert innhenting av helseopplysninger og negative pasienterfaringer.

Pasientene i min studie var opptatt av at helsepersonell får de nødvendige helseopplysningene om dem. Pasientene mente at i en situasjon hvor de ikke klarte å gjøre rede for seg selv og informere om sin helsetilstand, ønsket de å ha med seg en pårørende. Pårørende kunne gi de nødvendige helseopplysningene. Pasientene mente også at hvis Akuttsenteret hadde gode nok helseopplysninger om dem, ville de ikke i samme grad ha behov for å ha med seg pårørende. Ved god kommunikasjon mellom helsepersonell og bra dokumentasjonssystemer, slipper pasientene å fortelle mer enn det som er mest nødvendig. Pasientene vil da også stole på at systemet er god nok til å lagre deres helseopplysninger og de får en ting mindre å bekymre seg om.

5.2.2 Pasientene tolker tegn

Pasientene tolker tegn i tillegg til å søke informasjon ifølge Giske (2016). De bruker tidligere erfaringer og kunnskap for å tolke betydningen av undersøkelsene som blir gjort. De følger også med symptomene sine for å se om de blir bedre eller verre. I tillegg vurderer pasientene også hvordan de blir tatt imot av helsepersonell, og hvordan de blir prioritert framfor andre pasienter (Giske & Artinian, 2008).

Jeg mener at pasientene i min studie også har tolket tegn som oppsto i det som foregikk rundt dem under oppholdet sitt på Akuttsenteret. De mente for eksempel at det var greit at de måtte vente for å bli undersøkt av en spesialist fordi de hadde en forståelse for at andre som var sykere enn dem måtte behandles først. Selve tiden de måtte vente for å bli undersøkt var et tegn på at de ikke var livstruende syke. Det at helsepersonell fulgte dem opp tolket

pasientene som et tegn på at de ikke var glemt i systemet. Selv om de ikke fikk informasjon om hva som foregikk bak scenen, fikk de en bekreftelse på at helsepersonell jobbet videre med «saken» deres.

I tillegg tolket pasientene i min studie at helsepersonell på Akuttsenteret hadde det travelt og derfor misbrukte de ikke muligheten til å ta kontakt med helsepersonell hvis det ikke var absolutt nødvendig. Dette fant også Nairn et al. (2004) ut i sin systematiske oversikt. Jeg mener at det er mulig at pasientene i min studie fikk mindre kontakt med helsepersonell enn de ellers hadde gjort om de ikke hadde tatt hensyn til at helsepersonell hadde det travelt. En av pasientene jeg intervjuet fikk ikke kontakt med de i luka med en gang, hun så at hun ble sett men det var ingen som snakket med henne. Dette tolket hun som et tegn om at hun ikke var viktig nok for helsepersonalet bak luka. Olthuis et al. (2014) fant i sin studie at pasienter sliter med å bli anerkjent av helsepersonell.

Det er viktig at helsepersonell er klar over at pasientene er ut etter å samle informasjon som kan gi dem noe mer forståelse for hva som skjer med dem mens de venter på utredningen. Alle tegn som pasientene tolker, kan gi dem mer håp eller fortvilelse over situasjonen de befinner seg i.

5.2.3 Håndtere eksistensiell trussel

Giske (2016, s. 152) mener at i en situasjon hvor de er usikre om fremtiden, stiller pasientene eksistensielle spørsmål til seg selv. De tenker på hva som er viktigst for dem i livet. Gordon et al. (2010) forteller at pasienter som er behandlet på akuttmottak, og spesielt eldre pasienter eller pasienter som har vært behandlet flere ganger, er redde for at de ikke kommer til å klare seg denne gangen. I så fall vet de at selv om de vil kanskje klare seg, så vil de miste noe av kontrollen de har over livet sitt.

Pasientene tenker disse tankene, men snakker sjeldent om de (Giske & Artinian, 2008). Dette kan være grunnen til at pasientene jeg har intervjuet ikke fortalte noe om disse bekymringene i de intervjuene jeg hadde. Samtidig spurte jeg dem aldri direkte om hva de

tenkte på mens de ventet på å bli behandlet på Akuttsenteret. Likevel sa pasientene i min studie at det var viktig å ikke vente for lenge fordi de var usikre og bekymret da de ikke visste hva som feilet dem. Det betyr at de har hatt en følelse av usikkerhet over sin framtid mens de ventet på Akuttsenteret.

Giske og Artinian (2008) forteller også at å bli innlagt på sykehus gjorde at pasientene tok situasjonen deres enda mer alvorlig. Lydene, luktene og muligheten til å se helsepersonell og andre pasienter rundt seg, gjorde det vanskelig for pasientene å glemme disse tankene.

Gordon et al. (2010) viser også til studier som har funnet ut at pasienter blir urolig av å se på andre pasienter. Dette kom også frem i min studie. En pasient fortalte at han ble sliten av å se på andre pasienter som var sykere enn han når han var plassert i gangen. En annen pasient mente at det var ikke noe problem for henne å ligge i gangen og vente. Likevel mente hun at det kunne være vanskelig for pasienter som var sykere enn det hun var, å takle å ligge i gangen, der man ligger «midt i trafikken».

Giske og Artinian (2008) mener at måten mennesker finner sin balanse mellom håp og fortvilelse på, vil ha innvirkning på hvor stor påkjenning de vil oppleve i forhold til eksistensiell trussel. Forskjellige pasienter vil derfor takle det å være eksponert for andre syke pasienter i en gang på forskjellige måter. Eksistensiell trussel kan også føre til at pasienter som er på akuttmottak ikke ønsker å være alene. Gordon et al. (2010) peker til studier som har funnet ut dette. Pasientene ble redde, bekymret og frustrert når de var alene. Dette kan være noe av grunnen til hvorfor to av pasientene jeg har intervjuet mente at det var veldig verdifullt å ha med seg pårørende på Akuttsenteret. At pasientene i min studie var opptatt av andre pasienter kan også være et tegn på at pasientene ikke ønsker å være alene.

5.2.4 Søker hvile

Pasienter som venter på en diagnose søker ofte etter hvile og avlastning ifølge Giske (2016, s. 152). Pasientene trenger hvile fra bekymringene sine. Dette får de gjennom å høre på musikk, lese, snakke med andre pasienter eller sove. Denne type avlastning gir pasientene hvile og muligheten til å fornye sine styrker (Giske & Artinian, 2008).

Pasientene i min studie har påpekt hvor viktig det er at pasienter venter i et miljø som er adekvat i forhold til sin helsetilstand. Noen pasienter mente at det var vanskelig å få hvile når de ventet i en stol eller på en hard bære. Dette gjorde at de hadde enda mindre ressurser til å takle smerter og håndtere samtaler med helsepersonell. Noen av pasientene jeg har intervjuet har også sagt at det var ubehagelig å høre på samtale mellom nabopasienten og helsepersonell. Jeg antar at å høre på andre pasienter kan også gjøre det vanskeligere å hvile. MacAllister et al. (2016) har i sin litteraturstudie også funnet ut at det fysiske miljøet har innvirkning på pasientenes søvn, smerter og oppholdet på sykehus.

En av pasientene snakket om hvor viktig det var å ha pårørende til stede, nettopp for å avlede henne fra situasjonen hun var i. Det å snakke om hverdagslige ting fikk henne til å glemme noe av bekymringene hun hadde. Gordon et al. (2010) forteller også at pasienter som hadde med seg pårørende under oppholdet på akuttmottak følte at tiden gikk fortere.

6 Avslutning

Denne studien ble initiert etter et ønske om en evaluering av pasientopplevd kvalitet på Akuttsenteret ved SiV, etter en omorganisering i 2017. Målet med studien var å identifisere hva som er viktig i forhold til kvaliteten av helsetjenesten for pasienter som var behandlet på Akuttsenteret. For å innfri målet med studien valgte jeg å utforske følgende problemstilling som er todelt: Hvordan opplever pasientene behandlingen de har fått på Akuttsenteret ved SiV? Hvilke dimensjoner av kvalitet er viktig for pasientene og hvorfor?

Jeg valgte å bruke kvalitative metoder for å besvare problemstillingen. Jeg har derfor intervjuet åtte pasienter som var behandlet på Akuttsenteret i oktober/november 2017. Etter en fortolkning av dataene som var inspirert av et fenomenologisk perspektiv, kom jeg frem til syv kategorier av dimensjoner av kvalitet som pasienter var opptatt av: venting, oppfølging av pasienter/ kontakt med helsepersonell, informasjon, pårørende, det fysiske miljøet, helsepersonell med riktig kompetanse og pasientfelleskapet. I kapittel 4 presenterte jeg hvordan pasientene snakket om disse kategoriene av kvalitet i intervjuene.

I kapittel 5 har jeg forsøkt å svare på første delen av problemstillingen ved å diskutere det pasientene fortalte om disse dimensjonene av kvalitet opp mot tidligere forskning og salutogenese. Jeg mener at pasientene i studien er opptatt av disse dimensjonene av kvalitet pga. en del behov som oppstår i den situasjonen de befinner seg. Jeg bruker derfor teorien om forberedende venting for å besvare andre delen av problemstillingen. I påvente av en vurdering og behandling av den biologiske kroppen, pasientene bruker fire strategier for å holde håpet oppe mens de venter på å bli behandlet på Akuttsenteret. Pasientene søker og gir informasjon, tolker tegn, håndterer eksistensiell trussel og søker hvile.

Studien gir SiV informasjon om hva pasientene er opptatt av i forhold til kvalitet i møte med Akuttsenteret. Dette er en liten studie. Pasientene jeg har intervjuet har ikke vært veldig syke og de har ikke oppholdt seg på Akuttsenteret i en travel periode. Funnene i studien ligner på funn i andre studier og derfor mener jeg at studien er troverdig. Jeg mener at Akuttsenteret kan bruke disse dimensjonene av kvalitet som er viktig for pasientene for å foreta kvantitative målinger av kvaliteten av behandling på Akuttsenteret. I tillegg håper jeg at funnene kan føre til noen forbedringer i kvaliteten av helsetjenestene. Jeg mener at det også er viktig at funnene i studien blir videreformidlet til helsepersonell på Akuttsenteret, slik at de får muligheten til å

reflektere på hva som er viktig for pasientene de behandler. På denne måten vil pasientene jeg har intervjuet få muligheten til å medvirke i helsetjenestene som gis på Akuttsenteret.

Til slutt vil jeg nevne at pasientfelleskapet på Akuttsenteret var et overraskende funn i studien. Som jeg har nevnt tidligere har ikke jeg funnet mange studier som har sett på hvordan pasientene forholder seg til hverandre i et akutt mottak. Jeg mener at det er behov for videre forskning for å utforske fenomenet nærmere.

Litteratur

- Album, D. (1996). *Nære fremmede : pasientkulturen i sykehus*. Oslo: TANO.
- Anhang Price, R., Elliott, M. N., Zaslavsky, A. M., Hays, R. D., Lehrman, W. G., Rybowski, L., . . . Cleary, P. D. (2014). Examining the role of patient experience surveys in measuring health care quality. *Medical Care Research and Review*, 71(5), 522-554.
- Antonovsky, A., & Sjøbu, A. (2012). *Helsens mysterium : den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Baker, G. R., Fancott, C., Judd, M., & O'Connor, P. (2016). *Expanding patient engagement in quality improvement and health system redesign: Three Canadian case studies*. Paper presentert på Healthcare Management Forum.
- Beattie, M., Murphy, D. J., Atherton, I., & Lauder, W. (2015). Instruments to measure patient experience of healthcare quality in hospitals: a systematic review. *Systematic reviews*, 4(1), 97.
- Bøckmann, K., Kjellevoid, A., & Sotberg, E. D. (2015). *Pårørende i helse- og omsorgstjenesten : en klinisk og juridisk innføring* (2. utg. utg.). Bergen: Fagbokforl.
- Coulter, A. (2009). *Engaging communities for health improvement: a scoping study for the Health Foundation*. London: Health Foundation.
- Danielsen, R. (2017). *Evaluering av Akuttsenter: Sykehuset i Vestfold*.
- DeCourcy, A., West, E., & Barron, D. (2012). The National Adult Inpatient Survey conducted in the English National Health Service from 2002 to 2009: how have the data been used and what do we know as a result? *BMC health services research*, 12(1), 71.
- Delbanco, T., & Gerteis, M. (last updated 2015). A patient-centered view of the clinician-patient relationship. Hentet, fra UPToDate https://www.uptodate.com/contents/a-patient-centered-view-of-the-clinician-patient-relationship?source=search_result&search=clinical%20pathways%20AND%20patient%20participation&selectedTitle=2~150#H13
- Dent, M., & Pahor, M. (2015). Patient involvement in Europe - a comparative framework. *Journal of Health Organization and Management*, 29(5), 546-555.
- Elmqvist, C., Fridlund, B., & Ekebergh, M. (2012). On a hidden game board: the patient's first encounter with emergency care at the emergency department. *Journal of clinical nursing*, 21(17-18), 2609-2616.
- Frank, C., Asp, M., & Dahlberg, K. (2009). Patient participation in emergency care—a phenomenographic study based on patients' lived experience. *International emergency nursing*, 17(1), 15-22.
- Giordano, L. A., Elliott, M. N., Goldstein, E., Lehrman, W. G., & Spencer, P. A. (2010). Development, Implementation, and Public Reporting of the HCAHPS Survey. *Medical Care Research and Review*, 67(1), 27-37.
- Giske, T. (2016). Å vente på å få ein diagnose på sjukehus. I G. Haugan & T. Rannestad (Red.), *Helsefremming i spesialisthelsetjenesten*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Giske, T., & Artinian, B. (2008). Patterns of 'balancing between hope and despair' in the diagnostic phase: a grounded theory study of patients on a gastroenterology ward. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 22-31.
- Giske, T., & Gjengedal, E. (2007). 'Preparative waiting' and coping theory with patients going through gastric diagnosis. *Journal of Advanced Nursing*, 57(1), 87-94.
- Gordon, J., Sheppard, L. A., & Anaf, S. (2010). The patient experience in the emergency department: A systematic synthesis of qualitative research. *International Emergency Nursing*, 18(2), 80-88.
- Green, J., & Tones, K. (2010). *Health promotion : planning and strategies* (2nd ed. utg.). Los Angeles: Sage.

- Groene, O., & Sunol, R. (2015). Patient involvement in quality management: rationale and current status. *J Health Organ Manag*, 29(5), 556-569.
- Haugan, G., & Rannestad, T. (2016a). Helsefremmende helsearbeid-patogenese og salutogenese. I G. Haugan & T. Rannestad (Red.), *Helsefremming i spesialisthelsetjenesten*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Haugan, G., & Rannestad, T. (2016b). *Helsefremming i spesialisthelsetjenesten*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Helse Sør-Øst. (2017). *Regional strategi for kvalitet, pasientsikkerhet og HMS 2018-2020*. fra <https://www.helse-sorost.no/Documents/Styret/Styrem%C3%B8ter/2017/20171116/106-2017%20Vedlegg%20-%20Regional%20strategi%20for%20kvalitet%20pasientsikkerhet%20og%20HMS.pdf>
- Helsedepartementet. (1999a). Lov om pasient- og brukerrettigheter.
- Helsedepartementet. (1999b). Lov om spesialisthelsetjenesten
- Helsedirektoratet. (2014). *Kvalitetskrav for somatiske akuttmottak Faglige og organisatoriske kvalitetskrav for somatiske akuttmottak*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/faglige-og-organisatoriske-kvalitetskrav-for-somatiske-akuttmottak>
- helsenorge.no. (2018). *Samvalg*. fra www.helsenorge.no
- Holmboe, O., & Bjertnæs, Ø. (2016). Pasienterfaringer med norske sykehus i 2015. *Nasjonale resultater*. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Johannessen, A., Christoffersen, L., & Tufte, P. A. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (4. utg. utg.). Oslo: Abstrakt.
- Jürgen, M. P. (2017). The Application of Salutogenesis in Healthcare Settings. I B. M. Maurice, S. Shifra, E. Monica, F. B. Georg, M. P. Jürgen, L. Bengt & E. Geir Arild (Red.), *The Handbook of Salutogenesis*: Springer.
- Karro, J., Dent, A. W., & Farish, S. (2005). Patient perceptions of privacy infringements in an emergency department. *Emergency Medicine Australasia*, 17(2), 117-123.
- Kihlgren, A. L., Nilsson, M., Skovdahl, K., Palmblad, B., & Wimo, A. (2004). Older patients awaiting emergency department treatment. *Scandinavian journal of caring sciences*, 18(2), 169-176.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg., 2. oppl. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lindström, B., Eriksson, M., & Sjøbu, A. (2015). *Haikerens guide til salutogenese : helsefremmende arbeid i et salutogent perspektiv*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- MacAllister, L., Zimring, C., & Ryherd, E. (2016). Environmental variables that influence patient satisfaction: A review of the literature. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, 10(1), 155-169.
- Manary, M. P., Boulding, W., Staelin, R., & Glickman, S. W. (2013). The Patient Experience and Health Outcomes. *The New England Journal of Medicine*, 368(3), 201-203.
- Maslow, A., & Lewis, K. J. (1987). Maslow's hierarchy of needs. *Salenger Incorporated*, 14, 987.
- McCormack, B., & McCance, T. (2010). *Person-Centred Nursing : Theory and Practice (1)*. Hoboken: Hoboken, GB: John Wiley & Sons, Incorporated.
- Medisinsk fagavdelingen, D. n. I. (2013). Kvalitetsforbedring-hva er det og hvordan gjøres det? Oversikt over ulike arbeidsmetoder brukt i kvalitetsforbedringsarbeid. Den norske legeförening.
- Mohammed, K., Nolan, M. B., Rajjo, T., Shah, N. D., Prokop, L. J., Varkey, P., & Murad, M. H. (2016). Creating a patient-centered health care delivery system: a systematic review of health care quality from the patient perspective. *American Journal of Medical Quality*, 31(1), 12-21.
- Nairn, S., Whotton, E., Marshal, C., Roberts, M., & Swann, G. (2004). The patient experience in emergency departments: a review of the literature. *Accident and Emergency Nursing*, 12(3), 159-165.
- NEM, D. n. f. k. f. m. o. h. (2009). Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag.

- Nydén, K., Petersson, M., & Nyström, M. (2003). Unsatisfied basic needs of older patients in emergency care environments—obstacles to an active role in decision making. *Journal of Clinical Nursing*, 12(2), 268-274.
- Olthuis, G., Prins, C., Smits, M.-J., van de Pas, H., Bierens, J., & Baart, A. (2014). Matters of concern: a qualitative study of emergency care from the perspective of patients. *Annals of emergency medicine*, 63(3), 311-319. e312.
- Pizzo, E., Doyle, C., Matthews, R., & Barlow, J. (2015). Patient and public involvement: how much do we spend and what are the benefits? *Health Expect*, 18(6), 1918-1926.
- Regjeringen. (2015). *Meld. st. 11 (2015-2016). Nasjonale helse- og sykehus plan (2016-2019)*. regjeringen.no: 07 Aurskog AS. Hentet fra https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-11-20152016/id2462047/sec3?q=standardiserte%20pasientforl%C3%B8p#match_0
- Repstad, P. (2007). *Mellom nærhet og distanse : kvalitative metoder i samfunnsfag* (4. rev. utg. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Ringard, Å., Sagan, A., Saunes, I. S., & Lindahl, A. K. (2013). *Det norske helsesystemet* (B. 15). Kunnskapssenteret: Health Systems in Transition.
- Saunes, I. S., Hansen, T. M., Tomic, O., & Lindahl, A. K. (2017). *Helse i Norge-2017: Kommentarrapport til OECDs sammenligning av europeiske land*.
- Schlesinger, M., Grob, R., & Shaller, D. (2015). Using Patient-Reported Information to Improve Clinical Practice. *Health Services Research*, 50(6), 2116-2154.
- Schultz, H., Qvist, N., Mogensen, C. B., & Pedersen, B. D. (2014). Perspectives of patients with acute abdominal pain in an emergency department observation unit and a surgical assessment unit: a prospective comparative study. *Journal of clinical nursing*, 23(21-22), 3218-3229.
- Scriven, A., & Hodgins, M. (2012). *Health promotion settings : principles and practice*. London: SAGE.
- Stubberud, D.-G., Eikeland, A., & Sjøbjerg, I. L. (2013). *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Sykehuset i Vestfold. (2015). Introduksjonsprogram for nyansatte i Akuttseksjon "Veien fra nyansatt til funksjonsdyktig". I K. Sykepleieavdeling (Red.), (B. Versjon 2.01).
- Sykehuset i Vestfold. (2018a). *Akuttcenter*. Hentet 22.04.18, fra <https://www.siv.no/avdelinger/medisinsk-klinikk/akuttcenter>
- Sykehuset i Vestfold. (2018b). *Om sykehuset i Vestfold*. Hentet 22.04.18, fra <https://www.siv.no/om-oss>
- Tjora, A. H. (2010). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Tritter, J. Q. (2009). Revolution or evolution: the challenges of conceptualizing patient and public involvement in a consumerist world. *Health Expectations*, 12(3), 275-287.
- Tveiten, S. (2016). Empowerment som helsefremmende strategi i sykehuset. I G. Haugan & T. Rannestad (Red.), *Helsefremming i spesialisthelsetjenesten*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Unni, K., Lindahl, A. K., Eli, S., & Elisabeth, H. (2015). Akuttmottak-risikosone for pasientsikkerhet. I N. k. f. helsetjenesten (Red.). Oslo.
- Vestfold, S. i. (2016). *Framtidig organisering av akuttmottaket-sluttrapport*: Helse Sør-Øst RHF.
- Vestfold, S. i. (2017). *Prosjektmandat - Evaluering av ny organisasjonsmodell ved Akuttcenteret*: Helse Sør-Øst RHF.
- WHO. (1986). The Ottawa charter for health promotion: first international conference on health promotion, Ottawa, 21 November 1986. *Geneva: WHO*.
- WHO. (2005). The Health Systems Responsiveness Analytical Guidelines for Surveys in the Multi-country Survey Study. *World Health Report*.
- Widerberg, K., & Bolstad, K. (2001). *Historien om et kvalitativt forskningsprosjekt : en alternativ lærebok*. Oslo: Universitetsforl.
- Widgren, B. R. (2016). *RETTs (rapid emergency triage and treatment system) En integrert medisinsk beslutningsstøtte for akuttkjeden*. RETTS veiledning versjon 1.0 2016.

- Wolf, J. A. (2016). *All voices matter in experience design: A commitment to action in engaging patient and family voice*. Paper presentert på Healthcare Management Forum.
- Ziebland, S., Locock, L., Fitzpatrick, R., Stokes, T., Robert, G., O'Flynn, N., . . . Martin, A. (2014). Informing the development of NICE (National Institute for Health and Care Excellence) quality standards through secondary analysis of qualitative narrative interviews on patients' experiences.

Vedlegg 1: Samtykkeskjema

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

Pasientopplevelser på akuttsenteret ved Sykehuset i Vestfold

HF

Bakgrunn og formål

Pasienterfaringer kan fortelle oss noe unikt om kvaliteten av helsetjenester. Sykehuset i Vestfold HF (SiV) ønsker å tilby pasientorienterte helsetjenester og brukermedvirkning er viktig for å kunne utvikle pasientens helsetjeneste. SiV har derfor inngått en avtale med en masterstudent fra Høgskolen i Sørøst-Norge for å samle inn pasienterfaringer fra pasienter som har fått behandling på akuttsenteret på SiV. Masterstudenten er opptatt av å samle inn informasjon om hvordan pasientene opplevde behandling de har fått på akuttsenteret; hvilke dimensjoner av kvalitet betyr mest for pasientene og hvorfor?

Pasienter som har fått behandling på akuttsenteret på SiV blir spurt om de ønsker å delta i prosjektet.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Masterstudenten får navn og telefonnummer til de pasientene som ønsker å delta i prosjektet. De pasientene blir kontaktet om noen få dager og blir bedt om å møte masterstudenten og fortelle om sine erfaringer på akuttsenteret i et intervju.

Om du takker ja til et intervju, vil masterstudenten avtale med deg om å møtes et sted som er enkelt for deg å komme til, f.eks et bibliotek i hjemme kommunen din eller hjemme hos deg. Intervjuene blir tatt opp digitalt. Det blir også tatt notater underveis under intervjuet. Intervjuet vil være i ca. en times tid.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Det er kun masterstudenten som vil ha tilgang til navnet og telefonnummeret ditt. Opptaket og notater fra intervjuet vil ikke bli lagret

sammen med navnet ditt. Det du forteller i intervjuet vil bli brukt i prosjektet men det vil bli anonymisert.

Prosjektet skal etter planen avsluttes 31. desember 2018. Personopplysninger om deg vil slettes når prosjektet avsluttes.

Frivilligdeltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med Alison Axisa Erisken (student ved Høgskolen i Sørøst-Norge) på tlf. nr. 47 67 20 43. Om ønskelig Jonn Øyvind Syse (veileder i prosjektet, høgskolelektur ved Høgskolen i Sørøst-Norge) kan også kontaktes på tlf. nr. 92 20 80 23.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 2: Intevjuguide

A. Bakgrunns informasjon

1. Har du vært behandlet på akuttsenteret tidligere?
2. Hvis ja, for samme innleggelses årsak som nå /andre årsaker?
3. Hvis nei, har du vært behandlet ved andre seksjoner ved sykehuset? Er det lenge siden?

B. Selve opplevelsen

1. Hva skjedde den dagen du ble innlagt på akuttsenteret?
2. Hvordan tok du kontakt med akuttsenteret?
3. Kom du hit alene, eller hadde du noen pårørende med deg?
4. Hvordan ble du tatt imot?
5. Hva skjedde videre under oppholdet?

C. Viktige dimensjoner av kvalitet

1. Hva mener du er viktig for deg når du kommer til akuttsenteret for behandling?
2. Hvorfor er dette viktig for deg?
3. Har akuttsenteret klart å dekke dine behov i den situasjonen du var i?
4. Hva var bra med måten du ble behandlet på?
5. Hva kunne blitt gjort bedre?
6. Ville andre ting vært mere viktig for deg hvis du hadde kommet til akuttsenteret pga. andre årsaker?

D. Hvordan vil denne erfaring påvirke seinere opphold

1. Hvordan vil behandlingen du fikk på akuttsenteret denne gangen påvirke forventningene dine til akuttsenteret ved seinere besøk?

Spørsmål jeg kan spørre pas. underveis for å motivere pas. til å utdype seg:

1. Kan du si noe mer om dette...?
2. Hvordan opplevde du selv...?
3. Forstår jeg deg riktig når jeg....?
4. Kan du gi meg noen eksempler på dette?

Vedlegg 3: Dimensjoner av kvalitet

Viktige dimensjoner av kvalitet	Hvorfor
Det er viktig at en blir tatt hånd om ganske fort	Fordi en ønsker å bli frisk fort og en ønsker ikke å bli sykere i ventetiden. En kan være veldig usikker i en slik situasjon og spesielt hvis en ikke vet hva som feiler en. Har en store smerter er det enda viktigere å bli behandlet fort.
Det er viktig å kunne oppnå kontakt med helsepersonell, når det er behov for det	Fordi en klarer ikke å opprettholde sine grunnleggende behov alene når en er i en slik situasjon, og en må da kunne nå helsepersonell når en trenger hjelp uten å bruke hjelp fra medpasienter for å kunne få det til
Det er viktig å koordinere tjenestene på sykehuset	Da slipper en å vente unødig og oppholdet på sykehuset blir kortere
Det er viktig å kunne kommunisere med helsepersonell uten at andre pasienter hører det	Det kan hende at en velger å unnlate å fortelle om intime ting som kan være viktig i forhold til ens helsesituasjon, når en vet at andre pasienter kan høre det en sier. Det er også nedverdiggende både for den som blir undersøkt og for nabo pasienten som hører alt sammen.
Det er viktig å finne ut om hvordan hjemme situasjonen er før pasienter blir sendt hjem	Pas. pårørende kan også ha helse utfordringer som gjør det vanskelig for dem å hjelpe pasienten
Det er viktig at pårørende føler seg velkomne i en slik situasjon	De har et behov om å hjelpe sine nærmeste som er i en sårbar situasjon. Da er det viktig at de føler seg ønsket og velkomne. Pårørende kjenner pasienten best og kan hjelpe pasienten ta være på seg selv.

<p>Å få god informasjon. Spesielt i vente situasjoner.</p> <p>Det er også viktig at man får riktig informasjon om venting.</p>	<p>Dette for at en skal ha litt kontroll over situasjonen. I tillegg så føler en at en ikke er oversett eller glemt.</p> <p>Fordi da slipper man å være usikker på om en skal bli sett av en lege, eller om en bare venter der for ingen ting.</p> <p>Det er viktig pga. man sitter der og venter pga. man er syk, og man har egentlig ikke lyst å være der men man må være der. Det er enda verre å vente når man ikke vet hvor lenge man skal vente. Det er enklere å akseptere ventetiden når man får informasjon.</p> <p>Får en informasjon om venting så har en også mulighet til å planlegge ventingen, eventuelt ha med seg noe å lese på.</p> <p>Får en feil informasjon, blir en veldig utålmodig.</p>
<p>En bør ha med seg en pårørende hvis en er veldig syk og spesielt hvis man er bevisstløs/ikke kan gjør rede for seg selv.</p>	<p>En klarer ikke å uttrykke sine behov når en er veldig syk. Har en med seg noen som kjenner en godt, blir det lettere å få sine behov kommunisert videre. Er man bevisstløs kan pårørende gi den informasjonen som trengs, når pasienten selv ikke klarer det. I tillegg så kan pårørende få med seg all informasjonen som blir gitt som den syke ikke klarer å ta imot. Pårørende kan passe på at alt blir gjort riktig, når man ikke selv klarer det. Pårørende kan også i ettertid fortelle hva som har foregått, hvis man har vært ubevisst i en periode. Dette vil hjelpe en få</p>

<p>Det er viktig å informere pårørende til pasienten, hvis pasienten kommer inn uten pårørende, pga. man har vært i en ulykke eller noe liknende.</p>	<p>kontroll over en periode hvor en har ikke hatt noe kontroll over seg selv.</p> <p>Man får ikke veldig lang tid hos legen, og da er det lurt å ha en som kan hjelpe deg med å huske å stille de rette spørsmålene.</p> <p>Pårørende hjelper å avlede pasienten i ventesituasjonen. De snakker med pasienten om andre ting enn sykdom. Da slipper pasienten å tenke på den usikre situasjonen pasienten er i.</p> <p>Dette for å kunne hente inn nødvendig informasjon om pasienten. Dette spesielt siden det ikke fins en felles journal for alle helseforetakene i Norge, så hvis en har vært behandlet i Tromsø for noen uker siden, så står det mest sannsynligvis ikke noe om det når man blir lagt inn i Tønsberg.</p>
<p>Er det behov for venting så bør det fysiske miljøet være tilrettelagt, dvs. god seng, rolig miljø rundt seg.</p>	<p>Det er ubehagelig/smertefullt å ligge på en hard bære veldig lenge for de som er veldig syke. Det kan være belastende for de å vente på et sted som er kaotisk.</p>
<p>Når det planlegges oppfølgings timer poliklinisk er det viktig at timene ikke er veldig langt fram i tid.</p> <p>Når det planlegges operasjoner er det viktig at timene er ikke langt fram i tid.</p>	<p>En føler at en ikke er tatt på alvor, når en får time veldig langt fram i tid. En blir også usikker om sin helsetilstand. I tillegg kan det bli en høy terskel for en å kontakte poliklinikken selv når en føler at det er behov for det.</p> <p>Fordi da blir man fortere frisk og kan fortere komme tilbake til jobb.</p>
<p>Det er viktig at en slipper å se andre pasienter som er alvorlig skadet fra der man sitter/ligger. Også bør en slippe å se at</p>	<p>En blir sliten og en blir ikke noe friskere av å se andre pasienter som er veldig syke. Det</p>

<p>helsepersonell har det veldig travelt og «løper» rundt akuttsenteret.</p>	<p>å oppleve stedet en er behandlet på som kaotisk er slitsomt.</p>
<p>Det er viktig at den som undersøker deg er den som kan ta en avgjørelse om hva som skal skje videre.</p> <p>Det er viktig å komme til en lege som kan faget.</p> <p>Det viktig at den som kommer for å gi behandling har den riktige kompetansen. Klarer ikke den personen som kommer å sette i gang behandlingen, er det viktig med informasjon om hvorfor behandlingen ikke blir satt i gang, eller hvorfor man ikke lykkes. Det er viktig da med videre informasjon om planen videre.</p>	<p>Det tar for lang tid før behandlingen blir satt i gang.</p> <p>Da slipper man å bli undersøkt flere ganger av andre som ikke kan hjelpe deg. Men det er bedre å bli tatt hånd om av en lege som ikke er spesialist, som kan søke hjelp hos spesialisten, enn å vente mye lengre på en spesialist.</p> <p>Da slipper en å være usikker i ettertid på om en har blitt behandlet riktig, eller på om den som skulle sjekke om du har fått riktig behandling i ettertid, har gjort det eller ikke.</p> <p>Fordi det er vondt å vente på at den riktige personen skal komme og sette i gang behandlingen.</p>
<p>Det er viktig at helsepersonell kommuniserer bra i mellom seg slik at man slipper å fortelle sin historie flere ganger.</p>	<p>Fordi det virker veldig rotete for pasienten når pasienten må fortelle den samme historien gang på gang.</p>
<p>Det er viktig at helsepersonell på akuttsenteret ikke bare har fokus på behandlingen der og da, men også om</p>	<p>Ved å tenke på hvilke behov pasienten vil ha i fremtiden, kan helsepersonell gi god veiledning og informasjon til pasienten, som pasienten kan ha behov for i ettertid.</p>

<p>hvordan pasienten skal klare seg når pasienten kommer hjem.</p>	
<p>Det er viktig at sykepleieren er erfarne og trygge i sin rolle.</p>	<p>Det har en beroligende effekt ovenfor pasienten.</p>
<p>Det er viktig å bli trodd av helsepersonell, spesielt hvis man har udefinerte smerter.</p>	<p>Det er nedverdiggende å ikke bli trodd av helsepersonell.</p>
<p>Det er viktig å ha en fast person å forholde seg til. Det kan være vanskelig å oppdage hvem den personen er, når det er mange som kommer innom.</p>	
<p>Det er viktig at helsepersonell har oversikt over og mulighet til å passe på de som venter på venterommet.</p> <p>Det er viktig at helsepersonellet på akuttsenteret passer på at pasientene som venter klarer å opprettholde sine grunnleggende behov.</p> <p>At alle pasienter får bra nok oppfølging mens de venter på legen. Pasienter som ikke har med seg pårørende bør få hyppigere tilsyn enn andre som har med seg pårørende.</p>	<p>Fordi helsetilstanden til de som venter på venterommet kan forandre seg over tid.</p> <p>De som venter på venterommet er ofte skadet og/eller har nedsatt funksjonsevne og klarer ikke alltid å dekke sine grunnleggende behov.</p> <p>Fordi pasientene klarer ikke å dekke sine grunnleggende behov og helsepersonell må hjelpe dem å dekke disse. Det er ubehagelig for andre pasienter å oppleve at andre pasienter ikke blir tatt vare på.</p>
<p>Det burde være et lite lekehjørne for små barn.</p>	<p>Hvis det er barn som er med som pårørende så er det veldig bra å ha noe å holde på med mens de venter.</p>
<p>Det er viktig at sykehuset har oppdaterte helseopplysninger om deg, spesielt hvis du kommer ditt bevisstløs og alene.</p> <p>Det er viktig å ha et journalsystem som har fullstendig informasjon om pasientens</p>	<p>Fordi da klarer en seg uten pårørende til stede.</p> <p>Da klarer helsepersonell å behandle pasientene bedre uten å behøve å få mye</p>

helsetilstand og om de medisinene pasienten bruker.	informasjon fra pasienten selv eller pårørende.
Det er viktig at pasientene som kommer til akuttsenteret får oppmerksomhet med en gang. Det er de som skal første prioritet og ikke alt annet som skjer bak luka.	Fordi det er vanlig sikk på et sted som man skal yte service, at den som kommer for å få hjelp blir prioritert framfor andre.
Det er viktig at helsepersonell, spesielt leger sjekker at de har kommet til riktig pasient når de kommer inn på et undersøkelsesrom.	
Det er viktig at helsepersonell har gode rutiner på behandling av sykdom og at der er det som er første prioritet, spesielt hvis pasienten er bevisstløs.	
Det er viktig med informasjon til pasienten. Det er viktig med informasjon ikke bare om hva som skal skje, som for eksempel at...» nå får du et stykk»... «nå legger vi en veneflon»...»nå får du disse tablettene», men hvorfor man får den behandlingen. Det er viktig at den informasjonen man får er i et språk som pasienten forstår.	Fordi sykdom er noe som gjør oss usikre og kan føre til negative tanker. Derfor er informasjon betryggende. Fordi man er ikke i stand til å finne fram informasjonen om de medisinene man får selv når man er syk. Derfor er det viktig at man får opplysninger om det. Informasjonen man får gir en mulighet til å velge om en vil gjennomføre behandlingen eller ikke. For at pasienten skal kunne ha en reel mulighet til å medvirke.
Det er viktig å behandle hele pasienten og ikke bare «deler» av pasienten. Da må forskjellige seksjoner på sykehuset samarbeide.	Det er ikke mulig å behandle et menneske som er syk riktig hvis man behandler bare deler av et menneske.

Vedlegg 4: Svar fra REK

Vår ref.nr.: 2017/1458 A

Vi viser til skjema for framleggingsvurdering, mottatt , vår referanse 2017/1458, mottatt 1.8.2017.

Prosjektets tittel er «Pasientopplevelser ved akuttsenteret ved Sykehuset i Vestfold ?»

Studien har følgende problemstilling:

Hvordan opplevde pasientene behandlingen de har fått på akuttsenteret på SiV:

Hva mener pasientene om kvaliteten av behandlingen de har fått på akuttsenteret?

For å belyse problemstillingen er det utviklet følgende forskningsspørsmål

1.Hva slags forventninger hadde pasientene til behandlingen og hvordan var behandlingen i forhold til de forventningene?

Basert på opplysningene som gis, er ikke formålet med prosjektet å fremskaffe ny kunnskap om helse, sykdom, diagnostikk eller behandling, men snarere å kartlegge pasientenes opplevelser om kvaliteten av behandlingen.

Prosjektet faller utenfor helseforskningslovens virkeområde, og kan derfor gjennomføres uten godkjenning av REK.

Det er institusjonens ansvar på å sørge for at prosjektet gjennomføres på en forsvarlig måte med hensyn til for eksempel regler for taushetsplikt og personvern samt innhenting av stedlige godkjenninger.

Jeg gjør oppmerksom på at konklusjonen er å anse som veiledende jfr. forvaltningsloven § 11.

Dersom dere likevel ønsker å søke REK vil søknaden bli behandlet i komitémøte, og det vil bli fattet et enkeltvedtak etter forvaltningsloven.

Med vennlig hilsen
Leena Heinonen
komitesekretær

[post@helseforskning.etikkom.n](mailto:post@helseforskning.etikkom.no)

[o T: 22845522](tel:22845522)

Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk

REK sør-øst-Norge (REK sør-øst)

<http://helseforskning.etikkom.no>



Vedlegg 5: Svar fra NSD



Jonn Syse

3603 K ON GSBERG

Vår dato: 03.10.2017

Vår ref: 55632 / 3 / AMS

Deres dato:

Deres ref:

Tilbakemelding på melding om behandling av personopplysninger

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 01.09.2017.
Meldingen gjelder prosjektet:

55632	Pasientopplevelser på akuttsenteret ved Sykehuset i Vestfold HF
Behandlingsansvarlig	Høgskolen i Sørøst-Norge, ved institusjonens øverste leder
Daglig ansvarlig	Jonn Syse
Student	Alison Axisa Eriksen

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering.

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Endringsmeldinger gis via et eget [skjema](#). Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en [offentlig database](#).

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2018, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Dersom noe er uklart ta gjerne kontakt over telefon.

Vennlig hilsen

K atrine Utaaker Segadal

Anne-Mette Somby

K ontaktperson: Anne-Mette Somby tlf: 55 58 24 10 / anne-mette.somby@nsd.no

Vedlegg: Prosjektvurdering

K opi: Alison Axisa Eriksen, aeriksen2002@yahoo.com



Personvernombudet for forskning

Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 55632

FORMÅL

Formålet er å se nærmere på pasientopplevelser på akuttsenteret ved Sykehuset i Vestfold HF (SiV). Akuttsenteret har vært gjennom en omorganisering i 2017 og ledelsen ønsker en evaluering av omorganiseringen. Pasientopplevd kvalitet/brukererfaringer er et av fokusområdene som ønskes undersøkt. Målet med studie er å identifisere hva som er viktig i forhold til kvaliteten av helsetjenesten for pasientene ved akuttsenteret.

INFORMASJON OG SAMTYKKE

Utvalget informeres skriftlig og muntlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er godt utformet.

SENSITIVE DATA

Det behandles sensitive personopplysninger om helseforhold.

INFORMASJONSSIKKERHET

Personvernombudet legger til grunn at forskere og studenter følger Høgskolen i Sørøst-Norge sine rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal lagres på privat pc, bør opplysningene krypteres.

PROSJEKTLUTT OG ANONYMISERING

Forventet prosjektlutt er 31.12.2018. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres.

Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger somf.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)
- slette digitale lydopptak