

# **Hvilke perspektiver på kvalitet vektlegger medisinske pasienter etter innføring av triageteam i akuttmottak?**



**Institutt for Helsefag**

**Master i sykepleie, Spesialisering: Intensiv**

**Masteroppgave (30 studiepoeng)**

**Anne Grethe Attestog og Siri Fjelde Aasen**

**Veileder: Sissel Eikeland Husebø**

**27.04.2017**

**MASTERSTUDIUM I SYKEPLEIE**

**MASTEROPPGAVE**

---

**SEMESTER:**

Vår 2017

---

**FORFATTER/MASTERKANDIDAT:** Anne Grethe Attestog og Siri Fjelde Aasen

**VEILEDER:** Sissel Eikeland Husebø

---

**TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:**

**Norsk tittel:**

«Hvilke perspektiver på kvalitet vektlegger medisinske pasienter etter innføring av triageteam i akuttmottak? «

**Engelsk tittel:**

What perspectives regarding quality are emphasized by medical patients after the introduction of triage team in the emergency department?

---

**EMNEORD/STIKKORD:**

Triageenhet, akuttmottak, kvalitet på sykepleie og behandling, pasient perspektiv, KUPP, kvantitativ studie

---

**ANTALL SIDER: 86**

**STAVANGER**

27.04/2017

**DATO/ÅR**

## FORORD

Vi avslutter herved et 2-årig mastergradstudie med spesialisering i Intensivsykepleie ved Universitetet i Stavanger. Det har vært to krevende år, men samtidig utrolig lærerikt og spennende.

Flere rundt oss har bidratt til å gjøre dette studiet mulig å gjennomføre for oss. Vi ønsker å rette en stor takk til veileder Sissel Eikaland Husebø, for god og grundig veiledning. I tillegg ønsker vi å takke Øistein Mjelva for inspirasjon og støtte.

Vi vil også takke de ulike medisinske avdelinger for å ta godt imot oss og være hjelpelige med å få gjennomført datainnsamlingen, på tross av en travel arbeidshverdag. Deltakerne i studien har delt sine erfaringer gjennom å besvare spørreskjemaet, og det er vi takknemlig for. Vi hadde ikke klart det uten dere!

En stor takk rettes til våre familier og venner som har stilt opp og støttet oss i denne prosessen i arbeidet med masteroppgaven. Det har vært av stor betydning for oss!

## Innhold

1	Introduksjon .....	1
1.1	Bakgrunn for studien .....	1
1.1.1	Historisk tilbakeblikk.....	3
1.1.2	Innføring av legeleda triageteam.....	3
1.2	Litteratursøk.....	4
1.3	Tidligere forskning på området.....	7
1.4	Problemstilling: .....	10
1.5	Hensikt/Mål .....	10
1.5.1	Studiens relevans .....	10
1.6	Begrepsavklaring.....	10
1.6.1	Kvalitet på sykepleie og behandling .....	11
1.6.2	Triage/ akuttmottak.....	11
2	Teoretisk rammeverk .....	12
2.1	Hva er kvalitet? .....	12
2.1.1	Avgrensninger .....	15
3	Metode .....	16
3.1.1	Variablenes målenivå.....	17
3.2	Setting .....	17
3.3	Kvalitet fra pasientens perspektiv (KUPP) .....	19
3.3.1	Spørreskjemaets validitet og reliabilitet.....	20
3.4	Datainnsamling .....	22
3.5	Etikk.....	23
3.6	Utvalg .....	24
3.7	Dataanalyse.....	25
3.7.1	Manglede data .....	26
3.8	Metodiske betraktninger .....	27
4	Resultat.....	29
4.1	Karakteristikk av utvalget i studien.....	29
4.2	Resultater av del 1: «Oppfatning av virkeligheten» .....	31
4.2.1	Subskala 1: Helsepersonells identitetsorienterte holdninger .....	33
4.2.2	Subskala 2: Helsepersonells medisinsk-tekniske kompetanse.....	34
4.2.3	Subskala 3: Sosiokulturell atmosfære.....	34
4.2.4	Subskala 4: Sykehusmiljøets fysiske-tekniske forutsetninger .....	35

4.3	Resultater av del 2: «Subjektiv betydning» .....	35
4.3.1	Subskala 1: Helsepersonells identitetsorienterte holdninger .....	38
4.3.2	Subskala 2: Helsepersonells medisinsk-tekniske kompetanse .....	39
4.3.3	Subskala 3: Sosiokulturell atmosfære .....	39
4.3.4	Subskala 4: Sykehusmiljøets fysiske-tekniske forutsetninger .....	40
4.4	Sammenligning Del 1 og Del 2 av KUPP .....	41
4.5	Sumscore .....	43
4.6	Oppsummering av sentrale resultater .....	44
5	Diskusjon .....	45
5.1	Pasientenes oppfatning av kvalitet på sykepleie og behandling (Del 1) .....	46
5.2	Pasientenes subjektive perspektiv på sykepleie og behandling (Del 2) .....	49
5.3	Forskjeller og likheter mellom Del 1 og Del 2 .....	52
5.4	Styrker og begrensninger ved studien .....	54
5.5	Implikasjoner for praksis .....	56
5.6	Implikasjoner for forskning .....	56
6	Konklusjon .....	58
	Referanser .....	60
	Liste over tabeller: .....	65
	Vedlegg .....	66
	Vedlegg 1: Tillatelse til bruk av spørreskjema «KUPP» .....	67
	Vedlegg 2: REK .....	68
	Vedlegg 3: Oppstartstillatelse .....	69
	Vedlegg 4: Informasjonsskriv .....	70
	Vedlegg 5: Skjema for samtykke til deltakelse .....	72
	Vedlegg 6: Spørreskjemaet KUPP .....	73

## **Sammendrag**

**Bakgrunn:** Akuttmottak karakteriseres av høyt pasientvolum, høy kompleksitet og uforutsigbarhet. En utfordring er at inntaket av pasienter ikke kan reguleres, dermed kan kvalitet på sykepleie og behandling bli truet. Forskning på akuttmottak de siste tiårene har hovedsakelig fokusert på effektivisering og sikkerhet, mens lite forskning er blitt gjort fra et pasientperspektiv. Innføring av legeledet triageteam som tiltak kan bedre kvaliteten på helsetjenester pasienten mottar og redusere liggetid i akuttmottaket.

**Formål:** Å kartlegge medisinske pasienters perspektiv på kvalitet etter innføring av legeledet triageteam i akuttmottak.

**Teoretisk rammeverk:** Kvalitet på sykepleie og behandling blir beskrevet som et multidimensjonalt konsept hvor pasientens syn på hva som er viktig i møte med helsevesenet er vesentlig, men også i hvilken grad pasientens oppfatning av kvalitet samsvarer med den subjektive betydningen av sykepleie og behandling som gis.

**Metode:** Denne studien er en kvantitativ studie med et deskriptivt design med bruk av spørreskjema. Data ble innsamlet fra oktober- desember 2016. Utvalget bestod av 64 medisinske pasienter som ble rekruttert ett døgn etter innleggelse via triageenheten i akuttmottak.

**Resultat:** Resultatene viste at oppfatningen av sykepleie og behandling kun delvis imøtekom pasientens subjektive forventninger. Det pasientene vektla høyest var den «sosiokulturelle atmosfære», samtidig var det denne subskalaen som fikk lavest verdi på oppfatning av kvalitet. Den høyeste verdi på oppfatning av kvalitet fikk «helsepersonellets individorienterte holdninger», og her samsvarer oppfatningen av kvaliteten med den subjektive betydningen. Likevel er det her det er størst spredning i svarene, noe som tyder på store individuelle forskjeller i hva pasientene mente har størst betydning for dem.

**Konklusjon:** Medisinske pasienter er generelt fornøyde med sykepleie og behandling de mottar i triageenheten i akuttmottak, og samsvarer delvis med de perspektivene på kvalitet som pasientene vektla. Det er allikevel potensiale for forbedring når det gjelder smertelindring, informasjon og ventetid.

## 1 Introduksjon

I dette kapitlet blir bakgrunn for studien og tidligere forskning på området gjort rede for. Videre vil problemstilling og hensikt med studien bli presentert.

### 1.1 Bakgrunn for studien

Tidligere forskning viser at overfylte akuttmottak utgjør en risiko for pasientsikkerhet og kvalitet på behandlingen (Burström, Engström, Castrén, Wiklund, & Enlund, 2015; Burström et al., 2012; Carter, Pouch, & Larson, 2014; Krogstad, Lindahl, Saastad, & Hafstad, 2015). En av de store utfordringene i akuttmottak er at inntaket av pasienter ikke kan reguleres. I 2005 avdekket Riksrevisjonen at en kombinasjon av lite erfaring, lite tilgang på veiledning og manglende beslutningsmyndighet førte til lang ventetid for pasientene før de kunne flyttes videre fra akuttmottaket til rett avdeling (Krogstad et al., 2015). Dermed kan kvalitet på behandling, sykepleie og ivaretagelse av pasientsikkerheten bli truet. Man kan tenke seg at en mer effektiv pasientflyt, og dermed mindre overbelastning i akuttmottak kan føre til en økt pasientopplevd kvalitet (Burström et al., 2015). Ulike tiltak er utprøvd for å forbedre «utfordringene» i akuttmottak som for eksempel team triage og "Fast track" (Krogstad, Lindahl, Saastad, & Hafstad, 2015). Studier har også vist at innføring av legeledet triageteam synes å bedre pasient tilfredsheten (Burström et al., 2015).

Et hovedmål i akuttmottak er å sikre en trygg og effektiv pasientflyt, samt opprettholde god kvalitet på behandlingen og sykepleie (Gulbrandsen & Stubberud, 2015). Ulike triagemodeller blir i dag brukt for å oppnå dette hovedmålet. Begrepet *triage* betyr «å sortere», og er en fellesbetegnelse på sorteringsverktøy som brukes for å prioritere pasienter etter klinisk hastegrad (Gulbrandsen & Stubberud, 2015).

Forskningen på triage i akuttmottak de siste tiårene har hovedsakelig fokusert på effektivisering og sikkerhet, mens lite forskning er blitt gjort på hvordan pasientene opplever å bli innlagt via akuttmottak (Göransson & von Rosen, 2010). Pasienttilfredsheten beskrives generelt å være høy i studier som omhandler kvalitet på sykepleie og behandling i akuttmottak, spesielt av pasienter med høy hastegrad og deres

pårørende (Elmqvist, Fridlund, & Ekebergh, 2012; Franzén, Björnstig, & Jansson, 2006; Nairn, Whotton, Marshal, Roberts, & Swann, 2004; Nyström, Dahlberg, & Carlsson, 2003; Wiman, Wikblad, & Idvall, 2007). I følge Sørlie, Torjuul, Ross, and Kihlgren (2006) er tilfredshet og sårbarhet nært knyttet, og det er av stor betydning at helsepersonell tar høyde for at tilfredse pasienter også er sårbare i den situasjonen de befinner seg i.

Utfordringen i dagens helsesystem er å opprettholde en balanse mellom kvalitet på tjenestene og kostnadsnivået, der man har et økende behov for helsehjelp blant befolkningen og samtidig begrensede ressurser (Krogstad et al., 2015).

Denne studien vil inkludere pasienter for å få frem deres oppfatning av sykepleie og behandling, samt forventningene de har til møtet med helsevesenet. Med denne bakgrunnen ønsker vi med vår oppgave å belyse hvordan medisinske pasientene oppfatter kvaliteten på sykepleie og behandling i triageenheten etter innføring av legeledet triageteam.

Innen intensivsykepleie har forskning og utvikling av faget vært knyttet til intensivsykepleierens funksjon gjennom fokus på fagutvikling og forskning relatert til intensivsykepleiefaglig kvalitet (NSFLIS, 2002). På bakgrunn av helsepolitisk utvikling med vektlegging av pasientsikkerhet, kvalitet, og helhetlige pasientforløp er funksjons- og ansvarsbeskrivelsen for intensivsykepleiere revidert. Ny «Funksjons- og ansvarsbeskrivelse for intensivsykepleiere» har vært ute på høring og forventes vedtatt på NSFLIS Generalforsamling 2017 (Utdanningsutvalget NSFLIS, 2016). Forskning og fagutvikling for intensivsykepleieren vil i fremtiden baseres på evidens, kritisk refleksjon og være en integrert del av intensivsykepleierens rolle. Det vil dermed være en prioritert oppgave for intensivsykepleieren å sikre pasienten kvalitet i forløpet på tvers av enheter og profesjoner med forbedring og koordinering av pasientens pleie, behandlinger og undersøkelser (NSFLIS, 2015).

Fra 2011 er det årlig utført nasjonale brukererfarings undersøkelser for å forbedre kvaliteten på tilbudet ved norske sykehus (Holmboe & Bjertnæs, 2016a). Undersøkelsen fra 2015 viser at utskrivningsprosessen, samhandling mellom sykehus, ventetid for elektive pasienter og organiseringen av sykehusets arbeid kommer dårligst ut nasjonalt (Holmboe & Bjertnæs, 2016a). Resultat fra undersøkelsen i 2015 ved det aktuelle



sykehuset viser mange likhetstrekk med funnene for hele landet og da særlig en negativ utvikling på ventetid (Holmboe & Bjertnæs, 2016b).

Nasjonalt retter regjeringen fokus på pasienten i den nasjonale helse- og sykehusplanen. St.meld.nr.11(2015-2016) fastsetter at helsetjenesten i større grad skal innrette seg etter pasientens behov og preferanser. Planen retter søkelys på at pasientopplevd kvalitet skal være like viktig som medisinsk kvalitet. Med pasientopplevd kvalitet menes det her ikke-medisinske faktorer som organisering, kommunikasjon, standard og omgivelser, effekt av behandling og pasientsikkerhet.

#### *1.1.1 Historisk tilbakeblikk*

På 1950-tallet ble kvaliteten på behandling og sykepleie undersøkt ved å spørre leger og sykepleiere om hva de trodde var viktig for pasientene, og om de opplevde at pasientene fikk god behandling. Tradisjonelt sett har pasientens stemme vært skjult. På 1960-1970-tallet startet en gryende interesse for å utforske pasienterfaringer og holdningen der «helsepersonell vet best» blant helsepersonell ble utfordret. Senere studier viste at det som leger og sykepleiere opplevde var viktig, ikke var like viktig for pasienten. I den senere tid har det skjedd endringer i helsevesenet. Blant annet er pasientenes rettigheter blitt styrket, og det er i større grad fokus på en pasientsentrert behandling (Grøndahl, 2012; Nairn et al., 2004). I denne forbindelse ble det også utviklet flere spørreskjema som ønsket å få frem pasientens opplevelse av kvaliteten på helsetjenesten og hvor tilfredse pasientene var. Et av disse skjemaene som ble utviklet for å undersøke pasientopplevd kvalitet på helsetjenesten ble kalt "Kvalitet fra pasientens perspektiv" (KUPP). En kortversjon av KUPP som er oversatt til norsk skal brukes i denne studien (Grøndahl, 2012).

#### *1.1.2 Innføring av legeleda triageteam*

Ved akuttmottaket i det aktuelle sykehuset studien fant sted ble det fra oktober 2015 satt i gang et prosjekt med legeledet triageteam for å møte de ovenfor nevnte utfordringene. Prosjektets hensikt var å redusere faktorer som øker risiko for uønskede

hendelser for pasientene i akuttmottak. Denne masterstudien er en del av dette prosjektet, hvor det tas utgangspunkt i medisinske pasienters perspektiv på kvalitet ved innleggelse via triageenheten i akuttmottak. Spørsmålet denne masterstudien skal besvare er hvilke perspektiver på kvalitet medisinske pasienter vektlegger etter innføring av triageteam i akuttmottak.

## 1.2 Litteratursøk

Litteratursøket ble utført etter veiledning og samarbeid med bibliotekar ved det aktuelle universitetet studien er knyttet til. For å finne aktuell litteratur har vi søkt etter forskning i de bibliografiske databasene CINAHL Headings og EMBASE. Vi har anvendt følgende søkeord: *team triage, triage, ED, emergency nursing, emergency department, emergency service, quality of care, experience, patient perspective, patient flow, crowding, overcrowding*

PICO- skjema ble utformet for å klargjøre og strukturere litteratursøket. PICO er en forkortelse der P betegner hvilken pasientgruppe vi var interessert i, I betegner intervensjonen (det som ble studert), C står for det engelske ordet Comparison som betyr sammenligning. C brukes for eksempel ved sammenligning og var ikke aktuelt i denne studien. O står for outcome som betyr utfall, og man bruker det for å vise hvilke endepunkter man er interessert i. Det er utført søk i henhold til PICO-skjema beskrevet i tabell 1 (Kirkehei & Ormstad, 2013).

Tabell 1: PICO med søkeord

P	I	C	O
emergency nursing	triage		patient perspective
crowding	team triage		quality of care
over crowding			experience
patient flow			
ED			
emergency department			
emergency service			

Søk er gjort med begrensninger på tidsrom fra år 2006-2016 og engelsk språk. Som det fremkommer i tabell 2 finner vi totalt 323 artikler i søket vårt. I tillegg er litteratursøket supplert med søk i referanselister til aktuelle artikler, og aktuell litteratur brukt i ulike publikasjoner som stortingsmeldinger, nasjonale- og internasjonale rapporter, samt doktorgradsavhandlinger og fagbøker.

Artiklene brukt i bakgrunnen er valgt ut for å belyse ulike aspekter som danner grunnlag for problemstillingen i masterstudien, og som representerer tidligere forskning på området. Vi har brukt seks av totalt 323 artikler funnet gjennom det systematiske søket til å beskrive bakgrunn for studien. Alle artiklene ble gjennomgått og sortert etter emne for å få oversikt. Artiklene ble vurdert i forhold til om de var relevante for denne studien, og om de møtte de gitte inklusjonskriteriene. De syv artiklene som ble valgt innfridde inklusjonskriteriene og var fagfelleverderte.

Inklusjonskriteriene eller kvalitetskrav som ble satt til artiklene var at de skulle være fagfellevurdert/peer reviewed, omhandle akuttmottak, «quality of care», og inneha et pasientperspektiv. Eksklusjonskriterier var artikler som omhandlet barn (pediatri), spesifikk behandling i akuttmottak (Hjerteinfarkt, slag, sepsis, demens, gynekologi, palliasjon, antibiotikabehandling) og helsepersonells oppfatninger av kvalitet.

Flere av artiklene ble ekskludert på grunnlag av overskrifter som omhandlet pediatri og triagering i krisesituasjoner og under naturkatastrofer. En del av litteraturen var artikler som gikk spesifikt på antibiotikabehandling i akuttmottak, samt artikler som gikk på spesifikke diagnoser og behandlingen av disse i akuttmottak. Disse var ikke særlig

relevante for denne studien, og ble ekskludert. Flere av artiklene gikk på sykepleiere og legers erfaringer i akuttmottak, disse ble ekskludert da denne studien har et pasientperspektiv på kvalitet. Artikler som omhandlet ulike triageringsmetoder som for eksempel telefontriagering ble også ekskludert, i tillegg til innføring av ulike triageringsverktøy.

I etterkant ser vi at vi var for lite spesifikke i søket, vi gikk for bredt ut. Etter hvert som man får mer erfaring med søkeprosesser, ville man kanskje gjort søket annerledes. Dette er en erfaring vi tar med oss videre.

Vi gjentok søket 05.04.17 i CINAHL headings og i EMBASE 06.04, og resultatet ble da henholdsvis 148 og 195 artikler. Ingen nye artikler ble brukt i studien.

Tabell 2: Gjennomføring av litteratursøk

Database	Dato	Søkeord	Antall treff / Antall forkastede	Utvalgte artikler
Embase	190816	("emergency nursing" (Mesh) OR "crowding" (Mesh) OR "over crowding" (Mesh) OR "patient flow" (Mesh) OR "ED" (Mesh) OR "emergency department" (Mesh) OR "emergency service" (Mesh)) AND ("triage" (Mesh) OR "team triage" (Mesh)) AND ("patient perspective" (Mesh) OR "quality of care" (Mesh) OR "experience" (Mesh))	184 / 53* 48** 45***	2
Cinahl	220816	("emergency nursing" (Cinahl headings) OR "crowding" (Cinahl headings) OR "over crowding" (Cinahl headings) OR "patient flow" (Cinahl headings) OR "ED" (Cinahl headings) OR "emergency department" (Cinahl headings) OR "emergency service" (Cinahl headings)) AND ("triage" (Cinahl headings) OR "team triage" (Cinahl headings)) AND ("patient perspective" (Cinahl headings) OR "quality of care" (Cinahl headings) OR "experience" (Cinahl headings))	146 / 65* 59** 36***	5
Chinal with Full text, Academic Search Premier, Cinahl, Medline  Avgrensninger: AB	02-04/2017	Manuelle søk: "expectations", "doctor*", "quality of care*" "nurse*", "patient", "ED", "triage",  I ulike kombinasjoner med OR og AND.		7

\* Forkastede artikler etter tittel

\*\*Forkastede artikler etter abstraktgranskning

\*\*\* Forkastede artikler etter kvalitetsgranskning

### 1.3 Tidligere forskning på området

Somatisk akuttmottak karakteriseres av høyt pasientvolum, høy kompleksitet og stor grad av uforutsigbarhet, og blir både nasjonalt og internasjonalt karakterisert som høyrisikosone for pasientsikkerhet (Krogstad et al., 2015). Studier har rapportert at overfylte akuttmottak er assosiert med en økt mortalitet og høyere forekomst av pasienter som forlater akuttmottak før de blir undersøkt av lege (Carter et al., 2014).

Overfylte akuttmottak medfører også dårlig kommunikasjon, uønskede hendelser, lengre liggetid, mer lidelse og smerte for pasientene og dermed redusert pasienttilfredshet (Vieth & Rhodes, 2006). Lange ventetider påvirker pasienttilfredsheten, og er utpekt som en av årsakene til at pasienter forlater akuttmottak før behandlingen er fullført (Burström et al., 2012). Coughlan and Corry (2007) hevder at det er lite kunnskap om pasientene og deres familiers opplevelser i akuttmottak.

Tidligere forskning har vist at pasientens opplevelser av kvalitet på helsetjenesten og pasienttilfredshet er viktige indikatorer på kvalitet på den behandling og sykepleie som gis av helsepersonell. For pasienten er gode erfaringer og opplevelse av god kvalitet assosiert med bedre resultat av behandlingen, samt bedre psykisk velbehag etter innleggelse, enn de pasientene med negative opplevelser (Grøndahl, 2012). Funnene i Grøndahl sin avhandling støttes av Edwin D. Boudreaux and O'Hea (2004a) som hevder at pasienttilfredshet fortjener mer oppmerksomhet fordi det er en signifikant sammenheng mellom pasientens oppfatning av kvalitet og pasientens utfall av behandling. Tilfredse pasienter følger i større grad opp behandlingen forordnet av lege, noe som fører til bedre helse og velbehag (Boudreaux & O'Hea, 2004a).

Forskning på helsevesenet omfatter et bredt interdisiplinært felt som studerer hvordan organisatoriske strukturer og prosesser, helseteknologi, sosiale faktorer og personlig atferd påvirker helsetjenestene, kostnader og kvalitet på de tjenester som ytes (Polit & Beck, 2012). I de siste tyveårene har kvalitet på helsetjenester fra pasientens perspektiv blitt viet stadig mer oppmerksomhet (Göransson & von Rosen, 2009, 2010).

En litteraturstudie av pasienterfaringer i akuttmottak av Nairn et al. (2004) identifiserte seks tema i litteraturen som omhandlet pasienterfaringer: Ventetid, kommunikasjon, kulturelle aspekt av behandling, smerte, miljø og vanskelighetene med å få tak i pasientenes erfaringer. Gordon, Sheppard, and Anaf (2010) fant i sin litteraturgjennomgang av kvalitative studier fra akuttmottak kategoriene emosjonell påvirkning av opplevd akuttsituasjon, personal-pasient interaksjoner, ventetid, pårørende og miljøet i akuttmottak. Studien konkluderer med at forsinkelser og overbelastning i akuttmottak, påvirker muligheten helsepersonell har til å imøtekomme pasientenes behov og ønsker.

Flere studier har forsøkt å belyse faktorer som assosieres med pasienttilfredshet i akuttmottak. Funn viser at pasientens persepsjon av ventetid korrelerer sterkt med tilfredshet, men at faktisk ventetid spiller en mindre rolle. Dette handler kanskje mer om pasientens forventninger til helsevesenet, og om deres forventninger blir innfridd eller ikke (Cassidy-Smith, Baumann, & Boudreaux, 2007). Toma, Triner, and McNutt (2009) fant også i sin studie at det som var meningsfullt for pasientene og som påvirket tilfredsheten, var behandlernes mellommenneskelige evner, god informasjon om ventetid og medisinske forhold, samt den opplevde tiden behandleren brukte hos pasientene.

Det økende antallet pasienter og strengere krav til kvalitet og effektivitet har fått flere norske sykehus til å bruke triage som tiltak for å bedre pasientflyten og kvaliteten på behandlingen i akuttmottak (Engebretsen, Røise, & Ribu, 2013). Engebretsen et al. (2013) undersøkte bruken og organisering av triage i norske akuttmottak. Studien avdekket varierende praksis og organisering i akuttmottakene, og konkluderte med at det blant annet kunne skyldes manglende retningslinjer fra helsemyndighetene. En gjennomgang av norske akuttmottak i 2007 utført av Helsetilsynet viste at det manglet etablerte retningslinjer for å sikre mottak og prioritering av pasienter i det de ankommer sykehuset. På bakgrunn av disse funnene ble det anbefalt en standardisert metode for triagering for å ivareta pasientsikkerheten og kvaliteten på behandlingen i akuttmottak (Helsetilsynet, 2008).

Det er forsøkt flere modeller for å bedre pasientflyten i akuttmottak. En svensk studie har vist at det å sette en lege i første linje kan forbedre både effektiviteten og kvaliteten, fordi undersøkelser og diagnostikk blir utført på et tidligere tidspunkt (Burström et al., 2015). Burström et al. (2015) gjorde en studie på ulike modeller av triageteam (sykepleie- triage og legeledet triageteam), der de konkluderte med at legeledet triageteam forbedret pasientflyten og kvaliteten på behandlingen.

#### 1.4 Problemstilling:

«Hvilke perspektiver på kvalitet vektlegger medisinske pasienter etter innføring av triageteam i akuttmottak?»

#### 1.5 Hensikt/Mål

Studiens hensikt/mål vil være å kartlegge medisinske pasienters perspektiv på kvalitet etter innføring av triageteam ved innleggelse i akuttmottak høsten 2016.

##### *1.5.1 Studiens relevans*

Som nevnt innledningsvis er det mange utfordringer knyttet til akuttmottak når det gjelder ivaretagelse av pasientsikkerhet og kvalitet fra pasientenes perspektiv ved innleggelse i akuttmottak. Det er lite forskning både nasjonalt og internasjonalt når det gjelder pasientens perspektiv på kvalitet ved innføring av legeledet triageteam i akuttmottak. Det er behov for mer kunnskap på dette området, for å kunne bedre kvaliteten på behandling og sykepleie som gis. Resultatene i masteroppgaven vil bidra med å få frem pasientens perspektiv og derved avdekke områder for kvalitetsforbedringer i akuttmottak.

#### 1.6 Begrepsavklaring

Vi vil videre gjøre en begrepsavklaring. Studiens hovedtema omhandler begrepene «Quality of care» og triage/ akuttmottak.



### *1.6.1 Kvalitet på sykepleie og behandling*

Det engelske begrepet «quality of care» blir brukt for å beskrive kvalitet på mottatt sykepleie og behandling fra pasientens perspektiv. Det finnes ingen direkte god oversettelse til norsk, fordi begrepet «care» rommer mer enn omsorg og pleie. Vi har derfor valgt å bruke oversettelsen kvalitet på sykepleie og behandling.

### *1.6.2 Triage/ akuttmottak*

Helsetjenester som tilbys eller ytes i henhold til spesialisthelsetjenesteloven skal være forsvarlige, jmf. § 2-2 (Helsedirektoratet, 2014). Helsedirektoratet (2014) peker på at det bør vurderes å utarbeide nasjonale kvalitetsindikatorer for akuttmottak. Sentralt i dette vil pasientenes tilbakemeldinger være. Det er uansett viktig at det er klare kriterier for hvordan pasienten skal mottas, krav til kompetanse hos de som mottar pasienten, samt klarhet i hvem som kan ta avgjørelser om videre forløp og hvordan man skal håndtere samtidighetskonflikter (Helsedirektoratet, 2014).

Pasientenes første møte med sykehuset skjer i triageenheten i akuttmottaket. Her blir pasientene vurdert før de sendes videre til rett avdeling som de tilhører. I sammenheng med akuttmottak handler triage om en systematisk måte å vurdere pasientens hastegrad. Hastegrad er en gradering som forteller noe om hvor fort man må gi en respons på en hendelse, og er en samlet vurdering av alvorlighetsgrad, utvikling over tid og omstendighetene rundt. Hastegradene er inndelt fra rødt, oransje, gult og grønt, der rødt er høyest hastegrad til grønt som haster minst. Eksempelvis skal en pasient med rød hastegrad ha lege umiddelbart, mens en pasient som er vurdert til grønn hastegrad ha lege innen 120 min (Gulbrandsen & Stubberud, 2015).

## 2 Teoretisk rammeverk

I dette kapittelet vil det videre gjøres rede for hva kvalitet er, hva man legger i begrepet kvalitet og hva god kvalitet innebærer.

Forskning på kvalitet i helsetjenestene er et stadig voksende forskningsfelt, både nasjonalt og internasjonalt (WHO, 2006). Pasientens oppfatning på kvalitet har blitt en prioritet i den nasjonale planen for helse- og sykehus (St.meld.nr.11(2015-2016)).

### 2.1 Hva er kvalitet?

For å kunne forbedre kvalitet og resultat av sykepleie og behandling i de ulike helsesystemer er det nødvendig med en felles forståelse og definisjon av begrepet kvalitet. Uten en felles forståelse av kvalitet vil det være vanskelig å sette i gang nye tiltak og planlegge strategier for å forbedre kvaliteten på de tjenestene som ytes. Forskning på kvalitet er et stadig voksende forskningsfelt, og det rettes særlig fokus på en mer vitenskapelig og systematisk måte i arbeidet med kvalitetsforbedring (WHO, 2006).

Selve begrepet kvalitet er subjektivt, rommer mange ulike dimensjoner, og kan defineres på ulike måter. WHO (2006) har i sitt arbeid med fokus på kvalitetsforbedring laget retningslinjer for hvordan ta strategiske valg i forhold til kvalitetsforbedring i ulike helsesystemer. De har i sin guide fokusert på å se helsesystemet som en helhet, og foreslår seks ulike dimensjoner av kvalitet: effektivitet, virkningsfullhet, tilgjengelighet, pasientsentrert behandling, rettferdighet og pasientsikkerhet. Effektivitet innebærer å levere behandling og sykepleie med utgangspunkt i forskning og resultater som forbedrer resultat av behandling, samt tilpasse behandlingen samfunnet og individet etter behov. Et annet aspekt er virkningsfullhet, som vil si å utnytte de tilgjengelige ressursene og unngå sløsing av ressurser. Tilgjengelighet innebærer at man skal gi behandling som er tidsmessig og geografisk rimelig, gitt i en setting der kompetansen og ressursene er tilpasset de medisinske behov. Pasientsentrert behandling og omsorg der man tar høyde for individuelle og kulturelle aspekt er viktig. Det tas også opp rettferdighet som et viktig aspekt, man skal unngå variasjon i kvalitet relatert til kjønn,

rase, etnisitet, geografisk lokalisasjon eller sosioøkonomisk status. Pasientsikkerhet er den siste dimensjonen som omhandler det å redusere risiko og skade (WHO, 2006).

Kvalitet på helsetjenester har i den senere tid også blitt satt på dagsorden i EU. EU satte i 2014 sammen et ekspertpanel «Expert panel on effective ways of investing in health (EXPH)» som fikk i oppdrag å se på kvalitet på helsetjenester, med spesielt fokus på pasientsikkerhet (EXPH, 2014). EXPH har mange likhetstrekk med WHO i måten å forstå kvalitet på. I følge EXPH er god kvalitet på helsetjenester kjennetegnet av helsesystem som utnytter tilgjengelige og hensiktsmessige ressurser på en effektiv og rettferdig måte. I tillegg innebærer god kvalitet oppdatert profesjonell kunnskap, personsentrert behandling, ivaretagelse av pasientens nære relasjoner, samt et godt samarbeid med pasienten i behandlingsprosessen (EXPH, 2014).

I Norge kom Helsedirektoratet (2005) med en veileder som en nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten, spesielt med tanke på å styrke pasientens rolle i behandlingen. I veilederen defineres god kvalitet på tjenestene som virkningsfull, trygg og sikker, pasientinvolvering og pasientinnflytelse, samordning og kontinuitet, utnyttelse av ressurser, samt at tjenestene er tilgjengelige og rettferdig fordelt.

Veilederen påpeker at kvalitetsarbeid er et organisatorisk ledelsesansvar, der man søker å få arbeidet med kvalitetsforbedring integrert i den daglige driften. Samtidig har den utøvende parten- helsepersonellet, også et ansvar i møtet med pasienten. God faglig kompetanse, evne til å skape gode relasjoner og etisk forsvarlighet er viktige momenter for god kvalitet på helsetjenestene (Helsedirektoratet, 2005).

I begrepet «kvalitet» fra pasientens perspektiv, mener vi i hvilken grad pasienten sin oppfatning av kvalitet samsvarer med de forventningene pasienten i utgangspunktet har til helsevesenet.

Kvalitet på sykepleie og behandling blir beskrevet som et multidimensjonalt konsept som har blitt gitt ulike meninger i litteraturen. Pasientens syn på hva som er viktig i møte med helsevesenet er en forståelse av begrepet, og pasienttilfredshet blir i økende grad brukt som indikator på kvaliteten på helsetjenestene (Larsson & Larsson, 2002). Grøndahl, Karlsson, Hall-Lord, Appelgren, and Wilde-Larsson (2011) hevder at det blir sett på som en måling av pasientenes oppfatning av møtet med helsevesenet, der

kvaliteten angir pasientens oppfatning eller persepsjon av virkeligheten. Pasientens oppfatning av kvalitet blir påvirket av normer, forventninger, erfaringer og selve møtet med helsevesenet. De klassifiserer faktorene som påvirker opplevd kvalitet som to ulike forhold: personrelaterte forhold og ytre objektive forhold.

Wilde, Larsson, Larsson, and Starrin (1994) utviklet en teoretisk modell av kvaliteten på sykepleie og behandling fra pasientens perspektiv. Teorien endret perspektivet på kvaliteten fra helsepersonellens perspektiv til pasientenes perspektiv. Pasientenes oppfatning av kvaliteten basert på denne teoretiske modellen kan betraktes fra fire dimensjoner: «Helsepersonells medisinsk-teknisk kompetanse», «Helsepersonells identitetsorienterte holdninger», «Sykehusmiljøets fysiske-tekniske forutsetninger», og «sosiokulturell atmosfære».

Crow et al. (2002) hevder at pasientenes individuelle oppfatning av kvaliteten på sykepleie og behandling er viktig fordi de kan gjenspeile pasientenes oppfatning av standarden i sykehusavdelinger. Denne kunnskapen kan veilede helsepersonell når de prioriterer, og kan gjøre dem mer mottakelig for pasientenes behov og ønsker. Pasientene kan definere god kvalitet, evaluere helsetjenestelevering og rapportere sine erfaringer (Grøndahl, 2012).

Det er viktig å ta i betraktning at kvalitet er et vanlig brukt begrep, men leger, sykepleiere og pasienter har ofte ulike syn på hva de tenker er god kvalitet. Leger og sykepleiere referer ofte til god sykepleie og hvor godt de behandler pasienten, mens pasienten tenker på kvalitet som mer personlige aspekt på behandling som for eksempel hvor god respons de får til sine unike behov (Franzén, Björnstig, Jansson, Stenlund, & Brulin, 2008).

I begrepet «kvalitet» fra pasientens perspektiv, mener vi i hvilken grad pasienten sin oppfatning av kvalitet samsvarer med den subjektive betydningen av sykepleie og behandling som gis. I følge Crow et al. (2002) kan kvalitet fra pasientens perspektiv og pasientenes tilfredshet i møtet med helsevesenet, betraktes som en respons til om forventningene pasientene har er oppfylt. Kvaliteten knyttes i denne studien opp mot pasientens oppfatning av sykepleie og behandling der en subjektiv dimensjon

gjenspeiler pasientens forventninger til det aktuelle. På denne måten danner pasientens perspektiv grunnlaget for kvalitetsvurderingen.

### *2.1.1 Avgrensninger*

Med hensyn til masteroppgavens omfang og relevans, vil det være nødvendig å avgrense begrepet kvalitet. Kvalitet rommer mange dimensjoner, men vi vil videre fokusere på hvordan pasientene oppfatter kvaliteten på sykepleie og behandling, sett i sammenheng med hva pasientene vektlegger. Masteroppgaven vil ha fokus på hvilke perspektiver på kvalitet medisinske pasienter vektlegger, og vi inntar dermed et pasientperspektiv.

### 3 Metode

Masterstudien anvender et deskriptivt design, der kvantitativ metode med spørreskjema benyttes for å finne svar på forskningsspørsmålet: «Hvilke perspektiver på kvalitet vektlegger medisinske pasienter etter innføring av triageteam i akuttmottak?». Et deskriptivt design er ikke-eksperimentell, og brukes for å beskrive, observere, og dokumentere aspekter av situasjoner som naturlig oppstår. I enkelte tilfeller kan deskriptiv forskning brukes for å danne grunnlag for hypoteser eller teoriutvikling (Polit & Beck, 2012).

Sykepleieforskningen hører vanligvis til innen en av to ulike paradigmer, enten den positivistiske- eller den konstruktivistiske tradisjonen. Innen den konstruktivistiske tradisjonen mener man at virkeligheten er en konstruksjon av menneskets tanker og følelser og at sannheten er en sammensetning av flere konstruksjoner av virkeligheten. Innen den positivistiske tradisjonen hevdes det at det finnes en objektiv virkelighet (Polit & Beck, 2012).

Den kvantitative metode hører til under den positivistiske tradisjon, og det blir brukt strukturerte metoder for å samle inn nødvendig informasjon eller data. Kvantitativ metode handler om numerisk informasjon som blir samlet inn ved hjelp av et måleinstrument der de innsamlede dataene blir analysert ved bruk av statistiske metoder (Polit & Beck, 2012). Forskningsspørsmål som handler om meninger og prosesser krever en kvalitativ tilnærming, mens forskningsspørsmål som handler om sykepleie og behandling, samt hvordan helserelevante situasjoner er på et gitt tidspunkt er typisk deskriptive og krever en kvantitativ tilnærming. Vi har i denne masterstudien valgt å anvende kvantitativ metode fordi vi ønsker svar på hvilke perspektiver på kvalitet medisinske pasienter vektlegger. For å kunne si noe om dette ønsket vi å undersøke en større gruppe pasienter for å få breddekunnskap om hva disse pasientene vektlegger. Vi valgte derfor å bruke kvantitativ metode med bruk av spørreskjema.

Denne studien er en deskriptiv studie av pasienters oppfatning av kvalitet ved innleggelse i triageenheten i akuttmottak. Studien ønsker å beskrive hvilke perspektiver på kvalitet medisinske pasienter vektlegger etter innføring av legeledet triageteam, og en deskriptiv studie er nyttig for å kunne beskrive og oppsummere kvantitative data.

### 3.1.1 Variablenes målenivå

Deskriptiv statistikk blir brukt til ulike formål, men er oftest brukt til å oppsummere egenskaper, beskrive variablenes målenivå og å dokumentere metodiske egenskaper (Polit & Beck, 2012). Det finnes et system for å klassifisere variablenes målenivå, og de fire nivåene av målinger er nominal, ordinal, intervall og ratio. Variablenes målenivå er avgjørende for hvilke statistiske analyser som kan brukes (Polit & Beck, 2012). Vår studie har variabler på nominal og ordinal nivå, og statistiske analyser skal brukes for å fremstille frekvenser og prosentdel for bakgrunnsvariablene og de kliniske dataene (hvordan pasientene oppfatter kvaliteten). Funnene i spørreundersøkelsen vil fremstilles ved bruk av frekvenstabeller med frekvensfordeling der alle verdier uttrykkes i antall (n) eller prosent (%).

### 3.2 Setting

Denne studien har til hensikt å måle pasientens oppfatning av kvalitet knyttet til innleggelsen via triage-enheten ved en Mottaks- og behandlingsavdeling ved et sykehus i Norge, videre kalt MOBA. Pasientene som ankommer MOBA har behov for øyeblikkelig helsehjelp. Det er stor variasjon i alder, diagnose og behov for helsetjenester blant pasientene.

Akuttmottak har 32 sengeplasser fordelt på 3 enheter. I triageenheten er det 15 sengeplasser og 30 sitteplasser, i traumeenheten er det 4 sengeplasser på ett stort rom, og i behandlingsenheten er det 13 enkeltrom. I tillegg har MOBA en poliklinikk med 4 behandlingsrom.

Pasienten som ankommer akuttmottak har allerede fått en triage-kode (rød, oransje, gul grønn, eller blå) prehospitalt. Er pasient vurdert med rød hastegrad før ankomst MOBA vil pasienten plasseres direkte på et akuttrom eller på et behandlingsrom der han vil motta behandling raskt. Når pasienter med lavere triageringsgrad enn rød ankommer MOBA vil det første møtet med MOBA for disse pasientene være triageenheten, og det er disse pasientene vår studie dreier seg om.

Ved det aktuelle sykehuset brukes modellen SATS, South African triage scale, som system for triagering, der sykepleier er ansvarlig for triageringen (Helse Bergen HF, 2014). Triagering innebærer at sykepleiere i triageenheten tar imot pasienten ved hjelp av SATS og bestemmer pasientens hastegrad. Som hjelpemiddel har sykepleieren akuttjournalen. Akuttjournalen fungerer som et dokumentasjonsverktøy og brukes aktivt i mottakssituasjonen. Akuttjournalen inneholder avkrysningsfelt for ulike symptomer og tilstander som automatisk gir henholdsvis rød, oransje og gul prioritet. Et eksempel på dette kan være at en pasient som er akutt tungpustet umiddelbart får en oransje prioritet (Helse Bergen HF, 2014). Dersom pasientens symptomer ikke passer inn i det ferdigutfylte prioriteringsskjemaet vil vitale parametre ved ankomst utgjøre en TEWS- SCORE som bestemmer pasientens hastegrad. Her inngår respirasjonsfrekvens, SpO<sub>2</sub>, puls, systolisk blodtrykk, pasientens bevissthet, temperatur, skade og mobilitet. I skjemaet for TEWS-SCORE har alle vitale parametere en verdi mellom 0-3 og det er summen for alle verdiene som utgjør verdien til TEWS-SCORE (Helse Bergen HF, 2014). Fargekoden pasienten får sier noe om hvor lenge pasienten kan vente før legetilsyn. TEWS-SCORE  $\geq 7$  er rød prioritet og pasienten skal ha lege umiddelbart, TEWS-SCORE 5-6 er oransje prioritet og skal ha lege innen 10 minutter, TEWS-SCORE 3-4 er gul prioritet og skal ha lege innen 60 minutter og TEWS-SCORE 0-2 er grønn hastegrad skal ha lege innen 120 minutter (Helse Bergen HF, 2014).

Etter triage-enheten blir pasienten flyttet til behandlingsenheten etter prioritert hastegrad for å bli tilsett av lege. Ved endringer i helsetilstanden skal hastegraden vurderes på nytt. Noen pasienter kan da få en lavere hastegrad ved bedring av tilstand, andre kan få en høyere hastegrad ved forverring av tilstand. Det registreres i akuttjournalen om det er lege eller sykepleier som har endret hastegrad i triage (Helse Bergen HF, 2014).

Legeledet triageteam ble innført for medisinske pasienter 3 dager i uken (mandag, tirsdag og fredag) fra oktober 2015. I praksis innebærer legeledet triageteam at legen alltid er tilgjengelig i triageenheten de aktuelle dagene. Triagelege har hovedansvar for medisinske pasienter i triagehallen, venterom og stolkekroen. Hovedoppgavene til triagelege er blant annet å ha oversikt over pasientene, være medisinsk faglig bistand for triagesykepleiere i triagering av pasientene, være støtte til opp/ned/re-triagering,



prioritere pasienter inn til behandlingseenheten og forordne akutt nødvendig behandling (EQS, 2015).

### 3.3 Kvalitet fra pasientens perspektiv (KUPP)

Denne undersøkelsen kartlegger kvalitet fra pasientens perspektiv ved å bruke kortversjonen av spørreskjemaet «Kvalitet fra pasientens perspektiv», videre kalt KUPP. Spørreskjemaet har til hensikt å måle kvaliteten på tjenestene fra pasientens perspektiv. Opprinnelig ble KUPP utformet fra en teoretisk modell for pasientens oppfatning av kvalitet, som ble utviklet ved hjelp av en grounded-theory tilnærming (Larsson & Larsson, 2002). Spørreskjemaet KUPP måler pasientenes oppfatning av den faktiske sykepleie og behandling. KUPP er et pasientsentrert spørreskjema avledet fra en empirisk basert teoretisk modell av pasientens oppfatning av kvalitet på omsorg (Wilde et al., 1994).

Spørreskjemaet er designet slik at det skal fange både pasientenes oppfatning og den subjektive betydningen av sykepleie og behandling de har mottatt (Grøndahl, 2012). KUPP er derfor delt inn i to deler: «Oppfatning av virkeligheten» (OAV) som fanger pasientens oppfatning av virkeligheten og «Subjektiv betydning» (SB) som har til hensikt å fange den subjektive betydningen av sykepleie og behandling de har mottatt.

I tillegg er skjemaet inndelt i fire subskalaer: «Helsepersonells identitetsorienterte holdninger» (13 utsagn), «Helsepersonells medisinsk-tekniske kompetanse» (4 utsagn), «Sosiokulturell atmosfære» (5 utsagn) og «Sykehusmiljøets fysiske- tekniske forutsetninger» (3 utsagn). Totalt inneholder hver del (OAV og SB) 25 utsagn som pasientene skal ta stilling til (Vedlegg 6: Spørreskjema).

Subskalaen «Helsepersonells identitetsorienterte holdninger» handler om helsepersonellens evne til å vise empati gjennom møte med pasientene, og om de evner å se den enkelte pasient som et unikt menneske. Det innebærer også evne til å vise interesse og å følge opp pasientens behov og ønsker. «Helsepersonells medisinsk-tekniske kompetanse» fanger helsepersonellens kvalifikasjoner og kunnskap, samt den profesjonaliteten som utøves i arbeidet med pasientene. I tillegg omfatter subskalaen

evnen til å sette korrekt diagnose og gi nødvendig behandling. «Sosiokulturell atmosfære» betegner i hvor stor grad omgivelsene i helseorganisasjonen ligner et hjem heller enn en institusjon, hvor pasientens behov og ønsker har høyere prioritet enn avdelingens rutiner. «Sykehusmiljøets fysiske-tekniske forutsetninger» fanger om avdelingen oppfattes ren, behagelig og sikker, samt om det er tilgang til nødvendig teknisk utstyr (Grøndahl, 2012; Larsson & Larsson, 2002).

Spørreskjemaet studien bruker inneholder totalt 25 utsagn som besvares både i del 1: «Oppfatning av virkeligheten» og del 2: «Subjektiv betydning».

«Oppfatning av virkeligheten» angir «Slik var det for meg under sykehusinnleggelsen» og besvares ved å krysse av på en Likertskala som går fra 1-4, der 1 betegner «helt uenig» og 4 angir «helt enig» innenfor de ulike subskalaene. «Subjektiv betydning» angir «Så stor betydning hadde det for meg under sykehusinnleggelsen». Det blir besvart ved å krysse av på en Likertskala fra 1-4, der 1 betegner «Liten eller ingen betydning» og 4 betegner «Den aller største betydning». I tillegg var det en avkrysningsmulighet 0 innenfor begge delene, hvor pasientene kunne besvare «ikke aktuelt».

Grøndahl (2012) sine erfaringer med skjemaet viser at KUPP er enkelt å administrere og kan brukes til å evaluere helsetjenestene pasienten mottar, og for å planlegge forbedringer på helsetjenester i sykehusavdelinger.

Tillatelse til å anvende kortversjonen av skjemaet KUPP i denne studien er innhentet av rettighetshaverne (vedlegg 1). Spørreskjemaet i sin helhet finnes i vedlegg 6.

### *3.3.1 Spørreskjemaets validitet og reliabilitet*

Begrepet validitet referer til i hvilken grad instrumentet måler det det er tenkt til å måle, mens reliabilitet gjelder graden av konsistens som et instrument måler en bestemt egenskap med (Polit & Beck, 2012). Validiteten til spørreskjemaet har blitt målt i forskjellige pasientpopulasjoner og instrumentet er blitt brukt i både forskning og klinisk forbedringsarbeid (Grøndahl, 2012). Den opprinnelige formen av KUPP har blant annet blitt brukt som hovedverktøy for å samle inn data i en rekke vitenskapelige artikler, og i flere kvalitetsforbedringsprosjekter (Grøndahl et al., 2011; Larsson & Larsson, 2002;

Wilde et al., 1994). I tillegg har KUPP blitt oversatt til flere språk, blant annet engelsk, spansk, finsk og islandsk (Larsson & Larsson, 2002). Det er en stor fordel med et slikt forskningsbasert spørreskjema, men det har også blitt notert noen problemer. Mange pasienter opplever at spørreskjemaet er for langt og tidkrevende. Dette kan skyldes forhold som pasientens alder og/ eller helsesituasjon. Dette kan igjen påvirke svarprosenten, samt kvaliteten på svarene som blir gitt (Larsson & Larsson, 2002).

Larsson and Larsson (2002) har utviklet en kortform av skjemaet KUPP, da det var ønskelig å kunne måle pasientenes syn på kvalitet på sykepleie og behandling ved å bruke et kort, men samtidig valid og reliabelt instrument. Utgangspunktet for å utvikle en kortversjon av spørreskjemaet var at mange pasienter opplevde at skjemaet var altfor langt. Ideelt sett burde det blitt brukt den originale formen av KUPP, men kortversjonen har en rekke fordeler. Utsagnene i spørreskjemaet er utviklet fra et pasientperspektiv og anvender ord brukt av pasienter, noe som styrker validiteten og brukervennligheten av skjemaet. Utsagnene har fremdeles et teoretisk fundament, noe som gjør tolkningen av resultatene mer meningsfulle. Globale formuleringer, som for eksempel «Hva tenker du om pleien eller behandlingen du har fått?», har vist seg å påvirkes i stor grad av personlighetstrekk og humør hos pasienten, og har derfor blitt unngått. I tillegg vil den korte versjonen av spørreskjemaet gjøre det mer attraktivt blant pasientene å svare på. Kortversjonen KUPP til Larsson and Larsson (2002) på svensk er blitt oversatt til norsk og testet av Grøndahl (2012).

Reliabiliteten og validiteten i forhold til Pearson`s korrelasjon av kortversjonen er i likhet med den originale versjonen rapportert til å være akseptabel. Pearson`s korrelasjon ble utført mellom den originale versjonen og kortversjonen. Forskjeller i gjennomsnitt mellom de to versjonene av KUPP ble analysert ved hjelp av para t-tester. På grunn av det høye antallet av parvise sammenligninger, ble Bonferroni korreksjon utført for å redusere risiko for type 1 feil. Funnene var statistisk signifikante og ble angitt med p-verdi  $< 0,05$ , og p-verdi  $0,0025$  etter at Bonferroni korreksjon ble utført (Franzén et al., 2008; Larsson & Larsson, 2002).

I tillegg har også kortversjonen gitt akseptabel Cronbach`s alpha reliabilitets koeffisient i oppfatning av kvalitet på sykepleie og behandling, med subjektiv betydning oppgitt i parentes: «Helsepersonells medisinsk – tekniske kompetanse»  $0,67 (0,70)$ ,

«Helsepersonells identitetsorienterte holdninger» 0,91 (0,89), «Sosiokulturell atmosfære» 0,72 (0,85) og «Sykehusmiljøets fysiske- tekniske forutsetninger» (0,65). «Sykehusmiljøets fysiske-tekniske forutsetninger» i det opprinnelige KUPP, inneholdt utsagn som ble besvart med ja eller nei, i motsetning til de andre subskalaene som ble besvart ut fra en likertskala som beskrevet tidligere. Utsagnene i «Sykehusmiljøets fysiske- tekniske forutsetninger» ble derfor analysert ved hjelp av Chi-square tester. Ingen signifikante forskjeller ble funnet mellom den originale versjonen og kortversjonen (Larsson & Larsson, 2002).

### 3.4 Datainnsamling

Denne masterstudien er en deskriptiv studie av kvalitet fra pasientens perspektiv i akuttmottak. Undersøkelsen ble utført ved å dele ut spørreskjemaet «Kvalitet fra pasientens perspektiv» (KUPP), til pasienter innlagt ved medisinske poster via triageenheten i akuttmottak ett døgn etter innleggelse. Utdeling av spørreskjema startet oktober 2016, og ble avsluttet desember 2016. Spørreskjemaene ble utdelt tirsdag, onsdag og lørdag for å fange opp de medisinske pasientene som kom inn døgnet før, det vil si på de dager det var legeledet triageteam i triageenheten i akuttmottak.

I det vi fikk oppstartstillatelse fra Personvernombudet (25.10.16) ved det aktuelle sykehuset, begynte vi å gjøre klar for utdeling av spørreskjema. Vi laget til en konvolutt for internpost påskrevet navn på forskningsansvarlig (Sissel E. Husebø) som skulle sendes med internposten. Oppi denne konvolutten la vi et informasjonsskriv om studien, samtykkeerklæringsskjema og spørreskjema, samt en konvolutt påskrevet navn på forskningsansvarlig som kunne forsegles. Vi gikk rundt på de respektive avdelingene og informerte avdelingslederne om studien.

Ett døgn etter innleggelse via triageenheten i MOBA bidro sykepleiere på de aktuelle medisinske sengepostene til å etablere førstegangskontakt med pasientene.

I møte med personalet på avdelingen ble det kartlagt om den enkelte pasient kunne inkluderes i studien eller ikke. Sykepleierne informerte de pasientene som kunne inkluderes i studien om studien og ga dem informasjonsskriv, samtykkeerklæring og

spørreskjema. Pasienten ble informert både muntlig og skriftlig om at spørreskjemaene vil bli behandlet konfidensielt. Etter at spørreskjemaet ble besvart, ble det lagt i en lukket konvolutt sammen med samtykkeerklæringen. Konvolutten ble videre sendt i internposten til forskningsansvarlig.

### 3.5 Etikk

Prosjektet er søkt og vurdert som «Ikke fremleggingspliktig» av Regional Etisk komite for Vest (REK) (Vedlegg 2). Det er søkt om godkjenning for oppstart fra Personvernombudet (PVO) og Forskningsavdelingen ved det aktuelle sykehuset, og prosjektet fikk oppstartstillatelse 25.10.2016 (Vedlegg 3). PVO er den organisatoriske representanten for Norsk senter for forskningsdata (NSD), og ivaretar NSD sin funksjon i det aktuelle sykehuset. Alle deltakere har mottatt muntlig og skriftlig informasjon om studien (Vedlegg 4), og de har gitt sitt samtykke ved å signere samtykkeerklæringen (Vedlegg 5) før de inkluderes i studien. Ved å la pleiepersonell på de ulike medisinske postene dele ut spørreskjema, har vi unnlatt å være i direkte kontakt med pasientene på de aktuelle postene. Konfidensialitet og anonymisering er blitt garantert. Navn og kodeliste som kobler pasienten til spørreskjemaet oppbevares separat fra hverandre på Helse Stavanger sin forskningsserver. Spørreskjemaet har fått en tallkode og oppbevares i låsbart skap på forskningsansvarlig sitt låsbare kontor. Det er kun forskningsansvarlig i prosjektet som har hatt tilgang til navnelisten som kan spore svarene tilbake til pasienten. Dersom pasienten skulle ønske å trekke seg fra studien underveis i prosjektet, vil dataene straks slettes. Perioden for lagring av data utgår 01.10.2017. Data lagret på PC vil da bli slettet, og alle data i papirform vil bli makulert sammen med de innsamlede spørreskjemaene. Det vil ikke være mulig å identifisere pasienten fra resultatene av masterstudien. Deltakelsen i studien har ikke medført kostnader og pasienten får ingen betaling for å delta. Deltakerne har mottatt spørreskjema dagen etter innleggelsen i medisinske avdelinger.

### 3.6 Utvalg

Utvalget av pasienter for denne studien ble bestemt av definerte inklusjon- og eksklusjonskriterier.

Inklusjonskriterier var at pasientene måtte være over 18 år, kunne beherske norsk skriftlig og muntlig, og være overflyttet fra akuttmottak til medisinsk sengepost. Pasientene skulle ha vært innlagt minimum et døgn i sykehus, da pasientene ble rekruttert ett døgn etter innleggelse.

Eksklusjonskriterier var pasienter med alvorlig svikt i vitale organ som ble overflyttet direkte fra akuttmottak til spesialavdelinger, som for eksempel intensiv-, operasjonsavdeling eller hjerteovervåkingen. I tillegg ble pasienter med manglende eller mangelfull samtykkekompetanse, for eksempel pasienter med demens eller alvorlige psykiske lidelser bli ekskludert. Pasienter som ble vurdert av ansvarlig sykepleier til ikke å være i helsemessig stand til å besvare undersøkelsen ble også bli ekskludert.

På de 6 dagene det ble foretatt datainnsamling ble det høsten 2017 (oktober-desember) innlagt totalt 239 pasienter på de aktuelle medisinske sengepostene.

Av de 239 pasientene som ble innlagt på datainnsamlingsdagene, var det 102 pasienter som ble ekskludert fra studien fordi de ikke oppfylte inklusjonskriteriene (Tabell 3). 138 pasienter ble inkludert i studien og fikk utdelt spørreskjema. Det ble mottatt 68 utfylte spørreskjema.

Tabell 3: Oversikt over årsaker til ekskluderte pasienter

Årsak ekskludert	Antall
Ikke egnet	56
Utskrevet	15
Perm	11
Annet språk	11
Smitte	9
Totalt antall ekskluderte pasienter	102

### 3.7 Dataanalyse

De innsamlede dataene ble analysert ved hjelp av dataprogrammet SPSS Statistics 21. Bakgrunnsvariablene som er tatt med i spørreskjemaet KUPP er alder, kjønn, nasjonalitet, innleggelsesgrad (venteliste eller øyeblikkelig hjelp), utdanning, arbeid, oppfatning av ventetid (skala fra 1-5, fra veldig lett til veldig vanskelig). Kjønn, boforhold, nasjonalitet, innleggelsesgrad, utdanning, arbeid er variabler som befinner seg på et nominalt målenivå. Alder og oppfatning av ventetid i akuttmottak er variabler som befinner seg på ordinalt målenivå. Variablene på selve spørreskjemaet som går på oppfatning av kvalitet knyttet til innleggelse er på ordinalt målenivå.

Når vi fikk tilbake konvoluttene med spørreskjema og samtykkeskjema, ble hvert spørreskjema og samtykkeskjema kodet med et ID nr. fra 201 og oppover og lagt separat. Vi opprettet så navngitte variabler på alle variablene i spørreskjemaet i en datafil i SPSS. Alle spørreskjemaene ble deretter lagt inn på ID- nummer, slik at det skulle være enklere å gå tilbake i det aktuelle spørreskjemaet. Dette ble gjort av to grunner: Dersom en pasient skulle ønske å trekke seg fra studien eller dersom det oppstod et behov for å sjekke verdier på variabler. Vi laget en kodebok der vi noterte ned alle verdiene på variablene og kodene vi ga de ulike variablene, eksempelvis "Kvinne" verdi 0 og "Mann" verdi 1. I kodeboken noterte vi også ned hvordan vi håndterte at pasient hadde krysset av på to verdier på ett utsagn.

To utfylte spørreskjema manglet samtykkeerklæring og ble ekskludert på bakgrunn av krav fra REK og Personvernombudet om samtykkeerklæring for inkludering i studiet. To skjema ble senere ekskludert grunnet manglende utfylt spørreskjema. Under vaskingen av dataene valgte vi konsekvent laveste avkrysset verdi ved dobbel avkrysning, dette gjaldt to respondenter. Vi la inn alle data sammen, slik at vi var to som kontrollerte at dataene som ble lagt inn var korrekte. Manglende avkrysning i spørreskjema ble kodet med 99, som senere blir gjort rede for under punkt 3.7.1.

Statistiske analyser blir i denne studien brukt for å rapportere frekvenser og prosentdel for bakgrunnsvariablene og for å beskrive hvordan pasientene oppfatter kvalitet på sykepleie og behandling. Funnene i spørreundersøkelsen vil fremstilles ved

bruk av frekvenstabeller med frekvensfordeling der alle verdier uttrykkes i antall (n) eller %.

Gjennomsnittet fremstilles som et mål for tyngdepunktet til fordelingen der variabelen er på intervallnivå. Som mål for sentraltendens brukes standardavvik (SD), som indikerer gjennomsnittsmengden av avvik fra gjennomsnittsverdien. Den blir kalkulert ut ved å ta utgangspunkt i hver enkel avkrysning(score), og representerer differansen mellom den individuelle scoren og gjennomsnittet (Bjørndal & Hofoss, 2015; Polit & Beck, 2012).

### 3.7.1 *Manglete data*

Innenfor kvantitativ forskning er manglete data nærmere en regel enn et unntak (Dong & Peng, 2013). Det finnes ulike måter å håndtere manglete data. Manglete data refererer til at datamaterialet som er innsamlet ikke er komplett, det vil si at respondenten ikke har svart på et eller flere spørsmål i undersøkelsen. Det er tre viktige aspekter som må sees på når det gjelder manglete data: Mengde manglete data, mekanismen bak manglete data og mønster i manglete data. I denne studien ser vi på mengden manglete data (%) (Dong & Peng, 2013). Mekanismen bak de manglete data, eller sammenheng mellom manglete data er ikke aktuelt å gjøre i denne studien, da dette er en deskriptiv studie uten sammenligningsmuligheter som det for eksempel ville vært dersom vi utførte en pre- og posttest.

Kvaliteten på de statistiske analysene vil påvirkes av graden av manglete data. Det finnes ingen etablerte retningslinjer for hvor stor prosentandel av manglete data som er akseptabelt for å sikre validiteten (Dong & Peng, 2013). Enders (2003) hevder at en prosentandel på manglete data på 15-20% er vanlig i kvantitative studier. Schafer (1999) mener at manglete data på 5% eller mindre ikke vil påvirke forskningsresultatet i noen grad. Bennett (2001) står fast ved at de statistiske analysene vil bli påvirket ved manglete data over 10%.

Vi har i vår studie valgt å sette en grense på 10% på manglete data for ekskludering av respondenter. Men i praksis var ikke dette en «cut-off»-grense, da to respondenter ble ekskludert på grunn av denne grensen, med henholdsvis 18% og 59% manglete data.



Tabachnick and Fidell (2012) hevder på sin side at mønsteret i de manglende dataverdiene påvirker forskningsresultatet i større grad, enn mengden på manglende dataverdier.

Vi har i vår studie valgt å beregne gjennomsnitt på de ulike verdiene innenfor delskalaene i spørreskjemaet. Del 1: «Oppfatning av virkeligheten» og del 2: «Subjektiv betydning» deles inn i subskalaene «Helsepersonells medisinsk-tekniske kompetanse», «Helsepersonells individorienterte holdninger», «Sosiokulturell atmosfære», «Sykehusmiljøets fysiske-tekniske forutsetninger». Hver subskala ble gjennomgått på hver ID, og der hvor det fantes manglende data, ble det beregnet et gjennomsnitt innenfor den gitte delskala. Gjennomsnittsverdien erstattet den manglende verdien.

Totalt var det 16 spørreskjema som inneholdt manglende data. I Tabell 4 vises en oversikt over manglende data i spørreskjemaet innenfor de ulike delskalaene:

Tabell 4: Fordeling av manglende data innenfor subskalaene

	Oppfatning av virkeligheten (antall manglende avkryssninger)	Subjektiv betydning (antall manglende avkryssninger)
Helsepersonells identitets-orienterte holdninger	11	13
Helsepersonells medisinsk-tekniske kompetanse	4	3
Sosiokulturell atmosfære	2	4
Sykehusmiljøets fysiske-tekniske forutsetninger	0	0

### 3.8 Metodiske betraktninger

På bakgrunn av personvernombudets tilråding fikk vi ikke tillatelse til å ta i bruk akuttdatabasen eller det elektroniske journalsystemet (DIPS) ved det aktuelle sykehuset studien fant sted. Vi har derfor ikke full oversikt over alle innlagte pasienter via

akuttmottak. Dette førte til at vi måtte søke informasjon om antall innlagte pasienter på de respektive avdelingene gjennom avdelingssykepleier eller ansvarshavende sykepleier. Som følge av dette kan vi ikke garantere for riktige opplysninger i forhold til antall innlagte pasienter og vi har ei heller informasjon om de pasientene som falt under eksklusjonskriteriene, eller de som ble ekskludert på grunn av at de ifølge ansvarlig sykepleier ble vurdert til å ikke være i stand til å besvare spørreskjema.

Tidsbegrensningen på studien er også en viktig faktor som påvirker antall respondenter i studien.

Polit and Beck (2012) hevder at bruk av spørreskjema med tanke på spesielt eldre kan være utfordrende, og man vet at pasientene som blir innlagt på sykehus i dag blir stadig eldre og sykere. Det kan derfor være vanskelig å fange de eldste pasientenes oppfatning av kvalitet. I vår studie utgjør eldre over 70 år i overkant av 26% av utvalget.

Flere statistiske analyser kunne vært brukt for å gi svar på om det er forskjeller i yngre og eldre pasienters oppfatninger av kvalitet, men slike analyser er utelatt på grunn av oppgavens begrensninger.

Deskriptiv statistikk er den grunnleggende statistikken som beskriver hva som foregår i en populasjon eller i et datasett. Det er viktig og nyttig forskning fordi den gjør oss i stand til å se mønstre i datamaterialet, og for å forstå datamaterialet. Men det er begrensninger ved bruk av deskriptiv statistikk fordi det bare kan bli brukt til å beskrive populasjonen som blir studert (Polit & Beck, 2012). Det vil si at resultatene ikke kan generaliseres til en annen gruppe eller populasjon, vi kan kun si noe om hvordan de medisinske pasientene ved det aktuelle sykehuset oppfattet kvaliteten på de dager med legeledet triageteam på det gitte tidspunkt innsamlingen av data fant sted.

## 4 Resultat

Av totalt 68 mottatte spørreskjema ble fire skjema ekskludert grunnet henholdsvis manglende data (to stk.) og manglende samtykkeerklæring (to stk.) Totalt ble 64 pasienter inkludert i studien, noe som gir en svarprosent på 46,4%. Resultatene er fremstilt i tabeller og tekst. Først blir bakgrunnsvariablene fra spørreskjema beskrevet. Videre vil de to delskalaene: «Oppfatning av virkeligheten» og «Subjektiv betydning» fremstilles med egne underkapitler for de fire subskalaene: «Helsepersonells identitetsorienterte holdninger», «Sykehusmiljøet fysiske- tekniske forutsetninger», «Helsepersonells medisinsk- tekniske kompetanse» og «Sosiokulturell atmosfære». Videre beskrives en sammenligning av subskalaene mellom Del 1 og del 2 (Tabell 8), og sammenligning mellom de ulike subskalaene ved hjelp av gjennomsnitt (Tabell 9). Tilslutt fremvises beregning av sumscore.

### 4.1 Karakteristikk av utvalget i studien

Av totalt 64 pasienter i studien er det flest menn som har deltatt (65,6%). Det er flest pasienter i aldersgruppen 60-69 år og det er færrest pasienter i gruppen 30-39 år. De fleste pasientene bor sammen med noen og 23,4 % bor alene. Nesten alle (98,4%) er innlagt som øyeblikkelig hjelp. De fleste av pasientene er født i Norge, kun 4,7% er født utenfor Norge. Når det gjelder utdanningsnivå har litt over halvparten fullført videregående, yrkesskole eller gymnas og 9,4% oppgir kun grunnskole/folkeskole som utdanning. De fleste av pasientene er yrkesarbeidende mens ca. 1/3 oppgir verdien "annet" og en liten andel på 3,1% oppgir at de studerer. Ventetiden i mottak før flytting til avdeling ble oppfattet som "lett" eller "veldig lett" for 45,3% av pasientene, for 42% av pasientene var ventetiden "verken lett eller vanskelig", men for 10,9% var ventetiden "vanskelig". Bakgrunnsvariablene er presentert i tabell 5.

Tabell 5: Bakgrunnsvariabler for pasienter inkludert i studien (n= 64) oppgitt i prosent (%) og antall (n)

Bakgrunnsvariabler	% (n)
<b>Kjønn</b>	
Kvinne	34,4 (22)
Mann	65,6 (42)
<b>Aldersgruppe</b>	
Mellom 18-29	7,8 (5)
Mellom 30-39	4,7 (3)
Mellom 40-49	17,2 (11)
Mellom 50-59	17,2 (11)
Mellom 60-69	25 (16)
Mellom 70-79	14,1 (9)
Mellom 80-89	12,5 (8)
Mangler	1,6 (1)
<b>Boforhold</b>	
Bor sammen med noen	73,4 (47)
Bor alene	23,4 (15)
Mangler	3,1 (2)
<b>Fødeland</b>	
Norge	95,3 (61)
I et annet land i Europa	3,1 (2)
I et annet land utenfor Europa	1,6 (1)
<b>Hvordan innlagt</b>	
Venteliste	1,6 (1)
Øyeblikkelig hjelp	98,4 (63)
<b>Utdanningsnivå</b>	
Videregående/Yrkesskole/Gymnas	51,6 (33)
Høyskole/Universitet	37,5 (24)
Mangler	1,6 (1)
<b>Arbeid</b>	
Yrkesarbeidende	64,1 (41)
Studerer	3,1 (2)
Annet	32,6 (21)
<b>Ventetid før flytting</b>	
Veldig lett	25,0 (16)
Lett	20,3 (13)
Verken lett eller vanskelig	42,2 (27)
Vanskelig	10,9 (7)
Mangler	1,6 (1)

#### 4.2 Resultater av del 1: «Oppfatning av virkeligheten»

Oppfatning av virkeligheten beskriver det slik pasientene oppfattet innleggelsen i triageenheten i MOBA, ved det aktuelle sykehuset. Vi vil videre beskrive hvordan pasientene oppfattet innleggelsen ved å se på nærmere på de ulike subskalaene innenfor del 1: «Oppfatning av virkeligheten». Resultatene for de 25 utsagnene er fremstilt i tabell 6.

Generelt var pasientene jevnt over fornøyd, og oppfattet kvaliteten på sykepleie og behandling gitt i triageenheten ved innleggelse som tilfredsstillende. Det pasientene var mest fornøyd med var at legene og sykepleierne viste engasjement og «brydde seg». Pasientene opplevde å bli behandlet med respekt av både leger og sykepleiere. I tillegg oppfattet pasientene at de fikk den best mulige medisinske pleie så langt de selv kunne bedømme.

Det pasientene var minst fornøyd med var informasjon som ble gitt. Lavest rangert ble informasjon om hvordan pasientene selv kunne ivareta egenpleie og informasjon om hvilken lege og sykepleier som var ansvarlig for behandling og sykepleie. En del av pasientene oppfattet også at pleien ble styrt av personalets rutiner snarere enn pasientens behov. I tillegg er en del av pasientene helt uenig i at de fikk effektiv smertelindring (Tabell 6).

Tabell 6: Resultat av del 1: «Oppfatning av virkeligheten» oppgitt i prosent (%) og antall (n)

	Helt enig (4)	Stort sett enig (3)	Delvis enig (2)	Helt uenig (1)	Ikke aktuelt (0)
<b>Helsepersonells identitetsorienterte holdninger</b>	% (n)	% (n)	% (n)	%(n)	% (n)
1. Jeg fikk god informasjon om hvordan undersøkelser og behandlinger skulle foregå	45,3 (29)	28,1 (18)	21,9 (14)	3,1 (2)	1, 6 (1)
2. Jeg fikk god informasjon om resultatet av undersøkelser og behandlinger	40,6 (26)	37,5 (24)	20,3 (13)	1,6 (1)	0 (0)
3. Jeg fikk god informasjon om mine medisiner slik at jeg forstod hvilken effekt de hadde og hvordan de skulle brukes	29,7 (19)	32,8 (21)	15,6 (10)	3,1(2)	18,8 (12)
4. Jeg fikk god informasjon om egenpleie: «hvordan jeg best kan ivareta min helse»	20,3 (13)	21,9 (14)	18,8 (12)	14,1 (9)	25 (16)
5. Jeg fikk god informasjon om hvilken lege som var ansvarlig for min behandling	35,9 (23)	18,8 (12)	18,8 (12)	14,1 (9)	12,5 (8)
6. Jeg fikk god informasjon om hvilken sykepleier som var ansvarlig for min pleie	45,3 (29)	17,2 (11)	18,8 (12)	9,4 (6)	9,4 (6)
7. Legene behandlet meg med respekt	85,9 (55)	14,1 (9)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
8. Legene syntes å sette seg inn i hvordan jeg hadde det	62,5 (40)	29,7 (19)	6,3 (4)	1,6 (1)	0 (0)
9. Legene viste engasjement: «brydde seg om meg»	67,2 (43)	28,1 (18)	3,1 (2)	1,6 (1)	0 (0)
10. Sykepleierne og hjelpepleierne behandlet meg med respekt	82,8 (53)	14,1 (9)	3,1 (2)	0 (0)	0 (0)
11. Sykepleierne og hjelpepleierne syntes å sette seg inn i hvordan jeg opplevde min situasjon	67,2 (43)	25,0 (16)	6,3 (4)	1,6 (1)	0 (0)
12. Sykepleierne og hjelpepleierne viste engasjement: «brydde seg om meg»	75,0 (48)	18,8 (12)	4,7 (3)	1,6 (1)	0 (0)
13. Jeg hadde god mulighet til å del i beslutninger som gjaldt min pleie	25,0 (16)	26,6 (17)	20,3 (13)	6,3 (4)	21,9 (14)
<b>Helsepersonells medisinsk- tekniske kompetanse</b>					
14. Jeg fikk den best mulige medisinske pleie (undersøkelser og/eller behandlinger), så langt jeg selv kan bedømme	70,3 (45)	18,8 (12)	7,8 (5)	1,6 (1)	1,6 (1)
15. Jeg fikk effektiv smertelindring	31,3 (20)	15,6 (10)	3,1 (2)	10,9 (7)	39,1 (25)
16. Jeg fikk undersøkelser og/ eller behandlinger gjennomført innen akseptabel ventetid under denne innleggelsen	34,4 (22)	32,8 (21)	20,3 (13)	12,5 (8)	0 (0)
17. Jeg fikk den best mulige tilretteleggingen for å ivareta min fysiske pleie, f.eks. min personlige hygiene	39,1 (25)	29,7 (19)	12,5 (8)	4,7 (3)	14,1 (9)
<b>Sosiokulturell atmosfære</b>					
18. Jeg fikk snakke med legene i enerom i de tilfellene jeg ønsket det	42,2 (27)	9,4 (6)	6,3 (4)	7,8 (5)	34,4 (22)
19. Jeg fikk snakke med sykepleierne i enerom i de tilfellene jeg ønsket det	37,5 (24)	9,4 (6)	3,1 (2)	9,4 (6)	40,6 (26)
20. Min pleie ble styrt av mine behov snarere enn av personalets rutiner	34,4 (22)	32,8 (21)	17,2 (11)	9,4 (6)	6,3 (4)
21. Mine pårørende og venner ble behandlet med respekt	62,5 (40)	15,6 (10)	0 (0)	0 (0)	21,9 (14)
22. Det var en trivelig atmosfære på avdelingen	65,6 (42)	20,3 (13)	9,4 (6)	3,1 (2)	1,6 (1)

Sykehusmiljøets fysiske-tekniske forutsetninger	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)
23. Jeg fikk mat og drikke som jeg likte	60,9 (39)	21,9 (14)	6,3 (4)	4,7 (3)	6,3 (4)
24. Jeg hadde en behagelig seng	37,5 (24)	37,5 (24)	23,4 (15)	0 (0)	1,6 (1)
25. Jeg hadde tilgang til hjelpemidlene og utstyret som var nødvendig for min behandling og pleie	42,2 (27)	29,7 (19)	3,1 (2)	3,1 (2)	21,9 (14)

#### 4.2.1 Subskala 1: Helsepersonells identitetsorienterte holdninger

Subskalaen «Helsepersonells identitetsorienterte holdninger» omfatter hvordan pasientene oppfattet helsepersonellens evne til å vise empati, og om de fikk tilfredsstillt sine behov og ønsker.

Når det gjelder utsagn 1: «Jeg fikk god informasjon om hvordan undersøkelser og behandlinger skulle foregå», så svarte flertallet av pasientene (63,4%) «helt enig» eller «stort sett enig», mens 3,1 % var «helt uenig».

Under halvparten av pasientene oppfattet å få god informasjon om hvordan de best kunne ivareta sin egen helse (utsagn 2), mens over 10% var «helt uenig».

Når det gjelder om pasientene oppfattet å bli behandlet med respekt, besvarte alle pasientene (100%) «helt enig» eller «stort sett enig» når det gjaldt legene (Utsagn 7). Når det gjaldt sykepleierne (Utsagn 10) besvarte 96,9 % av pasientene at de oppfattet å bli behandlet med respekt. Ingen av pasientene- verken når det gjaldt leger eller sykepleiere besvarte «ikke enig», det vil si at ingen oppfattet å ikke bli behandlet med respekt.

Pasientene oppfattet at både leger og sykepleiere «brydde seg om dem» ved innleggelsen. 95,3% av pasientene besvarte «helt enig» eller «stort sett enig» i at legene brydde seg (utsagn 9), mens 93,8% besvarte at de oppfattet at sykepleierne brydde seg (utsagn 12). Kun 1,6% (1 respondent) besvarte at han/hun var «helt uenig» i dette, både når det gjaldt leger og sykepleiere.

Drøyt halvparten av pasientene besvarte «helt enig» og «stort sett enig» på at de ble gitt god mulighet til å ta del i beslutninger som gjaldt egen pleie (utsagn 13), 6,3 % mente at de var helt uenig i at de ble gitt god mulighet til å ta del i beslutninger, mens 21,9% hevdet at dette ikke var aktuelt.

#### 4.2.2 Subskala 2: Helsepersonells medisinsk-tekniske kompetanse

Denne subskalaen fanger pasientenes oppfatning av helsepersonellens kvalifikasjoner og kunnskap, samt den profesjonaliteten som utøves i arbeidet med pasientene. I tillegg måles deres evne til å gi nødvendig sykepleie og behandling (B. W. Larsson & Larsson, 2002).

Flertallet av pasientene (89%) besvarte «helt enig» eller «stort sett enig» i at de fikk best mulig medisinsk pleie med tanke på undersøkelser og behandling (utsagn 14). Under halvparten av pasientene (46,9 %) i utsagn 15: «Jeg fikk effektiv smertelindring» besvarte «helt enig» eller «stort sett enig», mens 10,9 % var «helt uenig». Over 1/3 besvarte at dette ikke var aktuelt ved innleggelse. Flertallet av pasientene (67,2 %) var «helt enig» eller «stort sett enig» at det var akseptabel ventetid på å få behandling og undersøkelse (utsagn 16), mens 12,5 % var helt uenig. I forhold til tilrettelegging for å ivareta den fysiske pleien (utsagn 17), oppfattet 68,8 % at dette ble ivaretatt. 4,7 % var helt uenig, mens 14,1 % svarte at dette ikke var aktuelt i deres tilfelle.

#### 4.2.3 Subskala 3: Sosiokulturell atmosfære

Innenfor denne subskalaen måles i hvor stor grad omgivelsene ligner et hjem, heller enn en institusjon hvor pasientenes behov og ønsker har høyere prioritet enn avdelingens rutiner (Larsson & Larsson, 2002).

Mulighet for å få snakke med helsepersonell i enerom, ble ivaretatt til en viss grad. I forhold til å få snakke med lege i enerom (utsagn 18), besvarte 51,6 % av pasientene at de var «helt enig» eller «stort sett enig», mens når det gjaldt å få snakke med sykepleier (utsagn 19) var 46,9 % av pasientene «helt enig» eller «stort sett enig». 7,8 % var «helt uenig» om at de fikk anledning til å snakke med lege i enerom, mens 9,4% var «helt uenig» at de fikk snakke med sykepleier i enerom. En stor andel (66,9 %) av pasientene oppfattet at pleien som ble gitt ble styrt av egne behov, snarere enn personalets rutiner (utsagn 20), mens 17,2 % var «delvis enig» og 9,4% var «helt uenig».

Pasientene oppfattet at deres pårørende og venner ble behandlet med respekt i stor grad (utsagn 21), 78,1 % besvarte at de var «helt enig» eller «stort sett enig». Ingen av



pasientene var «helt uenig». De aller fleste pasientene opplevde at det var en trivelig atmosfære i triageenheten i MOBA (utsagn 22). Over 90 % var «helt enig» eller «stort sett enig», mens 3,1 % var «helt uenig».

#### 4.2.4 Subskala 4: Sykehusmiljøets fysiske-tekniske forutsetninger

Denne subskalaen fanger i hvilken grad pasientene oppfatter avdelingen ren, sikker og behagelig, og om det finnes tilgjengelig og nødvendig teknisk utstyr (B. W. Larsson & Larsson, 2002).

I subskalaen «Sykehusmiljøet fysiske- tekniske forutsetninger» besvarte pasientene at det i stor grad var tilfredsstillende. Når det gjelder utsagn fra 23 til 25 svarte over 80% at de fikk mat og drikke som de likte,  $\frac{3}{4}$  av pasientene oppfattet at de fikk en behagelig seng og knapt  $\frac{3}{4}$  svarte at det var god tilgang på hjelpemidler og utstyr nødvendig for behandling og pleie.

### 4.3 Resultater av del 2: «Subjektiv betydning»

Subjektiv betydning beskriver hvordan pasientene subjektivt vektlegger utsagnene rundt innleggelsen i akuttmottak ved det aktuelle sykehuset. Vi presenterer resultatene for del 2: «Subjektiv betydning» med de fire subskalaene i tabell 7. Videre beskrives hvordan pasienten vektlegger sykepleie og behandling innen de ulike subskalaene.

Pasientene har ulike forventninger til utsagnene i de fire subskalaene: "helsepersonellens identitetsorienterte tilnærming", "helsepersonellens medisinske-teknisk kompetanse", "sosiokulturell atmosfære" og "sykehusmiljøets fysiske-tekniske forhold".

Det som var av størst betydning for pasientene var å bli behandlet med respekt av leger og sykepleiere. Videre ble det rangert høyt av pasientene at de fikk den best mulige medisinske pleie så langt de selv kunne bedømme.

Det som viste seg å være av minst betydning for pasientene var informasjon om egenpleie og hvordan de best kunne ivareta egen helse, samt å få snakke med leger og sykepleiere i enerom. Det var flest pasienter som vurderte: "effektiv smertelindring" og "få snakke med helsepersonell i enerom i de tilfelle jeg ønsker det" til å være "ikke aktuelt" for deres subjektive betydning.

Tabell 7: Resultat av del 2: «Subjektiv betydning» oppgitt i prosent (%), antall (n)

<b>Subjektiv betydning</b> (Så stor betydning hadde det for meg)	Den aller største betydning	Stor betydning	Ganske stor betydning	Liten eller ingen betydning	Ikke aktuelt
	4	3	2	1	0
<b>Helsepersonells identitetsorienterte holdninger</b>	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)
1. Jeg fikk god informasjon om hvordan undersøkelser og behandlinger skulle foregå	29,7 (19)	43,8 (28)	18,8 (12)	6,3 (4)	1,6 (1)
2. Jeg fikk god informasjon om resultatet av undersøkelser og behandlinger	42,2 (27)	45,3 (29)	9,4 (6)	3,1 (2)	0 (0)
3. Jeg fikk god informasjon om mine medisiner slik at jeg forstod hvilken effekt de hadde og hvordan de skulle brukes	28,1 (18)	34,4 (22)	14,1 (9)	6,3 (4)	17,2 (11)
4. Jeg fikk god informasjon om egenpleie: "hvordan jeg best kan ivareta min helse"	23,4 (15)	26,6 (17)	14,1 (9)	12,5 (8)	23,4 (15)
5. Jeg fikk god informasjon om hvilken lege som var ansvarlig for min behandling	21,9 (14)	37,5 (24)	21,9 (14)	10,9 (7)	7,8 (5)
6. Jeg fikk god informasjon om hvilken sykepleier som var ansvarlig for min pleie	21,9 (14)	43,8 (28)	17,2 (11)	10,9 (7)	6,3 (4)
7. Legene behandlet meg med respekt	64,1 (41)	29,7 (19)	6,3 (4)	0 (0)	0 (0)
8. Legene syntes å sette seg inn i hvordan jeg opplevde min situasjon	51,6 (33)	37,5 (24)	9,4 (6)	1,6 (1)	0 (0)
9. Legene viste engasjement: "brydde seg om meg"	51,6 (33)	37,5 (24)	9,4 (6)	1,6 (1)	0 (0)
10. Sykepleierne og hjelpepleierne behandlet meg med respekt	57,8 (37)	34,4 (22)	6,3 (4)	1,6 (1)	0 (0)
11. Sykepleierne og hjelpepleierne syntes å sette seg inn i hvordan jeg opplevde min situasjon	46,9 (30)	42,2 (27)	9,4 (6)	1,6 (1)	0 (0)
12. Sykepleierne og hjelpepleierne viste engasjement: "brydde seg om meg"	50 (32)	35,9 (23)	14,1 (9)	0 (0)	0 (0)
13. Jeg hadde god mulighet til å ta del i beslutninger som gjaldt min pleie	28,1 (18)	34,4 (22)	7,8 (5)	9,4 (6)	20,3 (13)
<b>Helsepersonells medisinsk-tekniske kompetanse</b>					
14. Jeg fikk den best mulige medisinske pleie så langt jeg selv kan bedømme	71,9 (46)	18,8 (12)	3,1 (2)	3,1 (2)	3,1 (2)
15. Jeg fikk effektiv smertelindring	28,1 (18)	28,1 (18)	4,7 (3)	1,6 (1)	37,5 (24)
16. Jeg fikk undersøkelser og/eller behandlinger gjennomført innen akseptabel ventetid under denne innleggelsen	42,2 (27)	48,4 (31)	6,3 (4)	3,1 (2)	0 (0)
17. Jeg fikk den best mulige tilretteleggingen for å ivareta min fysiske pleie	31,3 (20)	40,6 (26)	10,9 (7)	3,1 (2)	14,1 (9)

<b>Sosiale og kulturelle faktorer</b>	<b>% (n)</b>	<b>% (n)</b>	<b>% (n)</b>	<b>% (n)</b>	<b>% (n)</b>
18. Jeg fikk snakke med legene i enerom i de tilfellene jeg ønsket det	32,8 (21)	25,0 (16)	6,3 (4)	12,5 (8)	23,4 (15)
19. Jeg fikk snakke med sykepleierne i enerom i de tilfellene jeg ønsket det	26,6 (17)	23,4 (15)	7,8 (5)	12,5 (8)	29,7 (19)
20. Min pleie ble styrt av mine behov snarere enn av personalets rutiner	31,3 (20)	40,6 (26)	15,6 (10)	7,8 (5)	4,7 (3)
21. Mine pårørende og venner ble behandlet med respekt	40,6 (26)	40,6 (26)	3,1 (2)	1,6 (1)	14,1 (9)
22. Det var en trivelig atmosfære på avdelingen	39,1 (25)	40,6 (26)	12,5 (8)	4,7 (3)	3,1 (2)
<b>Sykehusmiljøets fysiske-tekniske forutsetninger</b>					
23. Jeg fikk mat og drikke som jeg likte	32,8 (21)	39,1 (25)	20,3 (13)	3,1 (2)	4,7 (3)
24. Jeg hadde en behagelig seng	34,4 (22)	46,9 (30)	17,2 (11)	0 (0)	1,6 (1)
25. Jeg hadde tilgang til hjelpemidlene og utstyret som var nødvendig for min behandling og pleie	31,3 (20)	42,2 (27)	4,7 (3)	1,6 (1)	20,3 (13)

#### 4.3.1 Subskala 1: Helsepersonells identitetsorienterte holdninger

Utsagnene 1-6 omhandler "Jeg fikk god informasjon om" utsagn. Utsagnene er av "stor" eller er av "den aller største betydning" for over halvparten av pasientene. Enkelte utsagn er vektlagt høyere betydning av pasientene, slik som utsagn 2: "Jeg fikk god informasjon om resultater om undersøkelser og behandlinger". For 87,5% av pasientene har utsagnet "den aller største betydning" eller "stor betydning".

Ikke alle utsagn oppfattes å ha like stor betydning for alle pasienter, kun 50% oppgir at utsagn 4: "Jeg fikk god informasjon om egenpleie: hvordan jeg best kan ivareta min helse" har "den aller største betydning" eller "stor betydning, for 12,5% har utsagnet "liten eller ingen betydning" og for hele 23,4% er det "ikke er aktuelt". For 17,2% av pasientene er (utsagn 3): "informasjon om medisiner" "ikke er aktuelt".

At sykepleiere og leger behandler pasientene med respekt er av "stor" eller har "den aller største betydning" for pasientene, i henholdsvis 93,8% av tilfellene for legene og 92,2% for sykepleierne.

Utsagn 8 og 11 omhandler: "at legene og sykepleierne setter seg inn i hvordan pasienten opplever sin situasjon", noe som viser seg å være viktig for pasientene. For 89,1% av pasientene har dette utsagnet "stor" eller "den aller største betydning" når det gjelder legene, og 85,1% når det gjelder sykepleierne. Pasientene har gitt utsagn 9 og 12 om at: "legene og sykepleierne viser engasjement og bryr seg" "stor" eller "den aller største betydning" med henholdsvis 89,1% for legene og 85,9% for sykepleierne. Utsagn 13 "Jeg hadde god mulighet til å ta del i beslutninger som gjaldt min pleie" har for pasientene "den aller største" eller "stor betydning" for over 60 % av pasientene, men for en mindre del av pasientene på 20,3 % er utsagnet "ikke aktuelt".

#### 4.3.2 Subskala 2: Helsepersonells medisinsk-tekniske kompetanse

Pasientene vektlegger betydningen av medisinsk teknisk kompetanse som viktig og hele 90,7% svarer at "å få den best mulig medisinske pleie så langt jeg selv kan bedømme" er av "stor betydning" eller har "den aller største betydning". For 90,6% av pasientene er utsagn 16 "At undersøkelser og/eller behandlinger gjennomføres innen akseptabel ventetid under denne innleggelsen" av "stor" eller har "den den aller største betydning".

Når det kommer til tilrettelegging for å ivareta pasientens fysiske pleie har dette "stor" eller "den aller største betydning" for 71,9% av pasientene, derimot har 14,1% av respondentene svart at dette er "ikke aktuelt" under deres innleggelse. Hos 56,2% av pasientene er smertelindring av "stor" eller har "den aller største betydning". For 37,5% av respondentene var utsagn 14 "Jeg fikk effektiv smertelindring" under innleggelsen "ikke aktuelt".

#### 4.3.3 Subskala 3: Sosiokulturell atmosfære

Betydningen av å kunne snakke med helsepersonell i enerom har pasientene vurdert til å være av "den aller største" eller av "stor betydning" med henholdsvis 57,8% for leger og 50% for sykepleiere. For endel av pasientene er det av "liten eller ingen betydning"

eller "ikke aktuelt" å få snakke med lege eller sykepleierne i enerom (35,9%). Når det gjelder å få snakke med lege eller sykepleier er det 41,5% som ikke har dette behovet.

Utsagn 20 "Min pleie ble styrt av mine behov snarere enn av personalets rutiner" ble vurdert til å være av "den aller største" eller av "stor betydning" for 71,9%. Samtidig var det 12,5% av pasientene som oppga at utsagnet er av "liten/ingen" betydning eller "ikke aktuelt".

Det er av betydning for pasientene hvordan deres pårørende blir behandlet. 81,2% vurderer det som "den aller største" eller av "stor betydning" at deres pårørende og venner blir behandlet med respekt, likevel var tema "ikke aktuelt" for 14,1% av pasientene.

De fleste pasientene vektlegger at det er en trivelig atmosfære på avdelingen. 79,7% av pasientene mener at en trivelig atmosfære på avdelingen har "den aller største betydning" eller er av "stor betydning", men for 7,8% har dette "liten/ingen betydning" eller er "ikke aktuelt".

#### *4.3.4 Subskala 4: Sykehusmiljøets fysiske-tekniske forutsetninger*

Utsagn 29 omhandler å få mat og drikke som man liker, og for 71,9% av pasientene er det av "den aller største betydning" eller av "stor betydning". For en mindre gruppe på 7,8% av pasientene har utsagnet "liten eller ingen betydning" eller "ikke aktuelt". Utsagn 24 "Jeg hadde en behagelig seng er av "den aller største betydning" eller "stor betydning" for 81,3% av pasientene. Utsagnet var "ikke aktuelt" for 1,6 % av pasientene. Tilgang til hjelpemidler og utstyr som er nødvendig for behandlingen og pleie er av "den aller største betydning" eller "stor betydning" for 73,5%, men er "ikke aktuelt" for 20,3% av pasientene.

#### 4.4 Sammenligning Del 1 og Del 2 av KUPP

Tabell 8 viser gjennomsnittet som angir verdien til utsagnene innen hver subskala fordelt på antall spørsmål. Standardavviket (SD) viser subskalaens gjennomsnittlige avstand fra gjennomsnittsverdien for subskalaen, og utregningen er utført i SPSS Statistics.

Gjennomsnittet for de fire subskalaene (Tabell 9) gjør det mulig å sammenligne subskalaene, dette gjelder både for del 1 og del 2 av spørreskjemaet. Da de ulike subskalaene har ulikt antall utsagn som pasientene skulle ta stilling til, valgte vi å beregne gjennomsnittet av verdiene pasientene har gitt innen de ulike subskalaene ut fra antall utsagn, slik at forskjellene kommer tydeligere frem. Gjennomsnitt er beregnet ved å dividere verdien pasientene har gitt den enkelte subskalaen på antall spørsmål i den aktuelle subskalaen.

Sammenligner man gjennomsnitt og standardavvik (SD) for de ulike subskalaene i spørreskjemaet med henholdsvis del 1: "oppfatning av virkeligheten" og del 2: "subjektiv betydning" fremkommer det mindre forskjeller (Tabell 8 og 9).

Subskalaen "Helsepersonellet identitetsorienterte holdninger" og "Sykehusmiljøets fysiske-tekniske forutsetninger" har litt høyere gjennomsnitt på del 1 "oppfattet virkelighet" enn del 2 "subjektiv betydning". Det betyr at pasientene har oppfattet kvaliteten på sykepleie og behandlingen i triageenheten som god og i noen tilfeller bedre enn den subjektive betydningen subskalaene har for deres perspektiv på kvalitet.

For subskalaen "Helsepersonellens medisinsk-tekniske kompetanse" og "Sosiokulturell atmosfære" er gjennomsnittet noe høyere for del 2 "subjektiv betydning" enn for del 1 "oppfattet virkelighet". Det betyr at pasientene har angitt den subjektive betydningen av sykepleie og behandling høyere, enn verdien den aktuelle sykepleie og behandling de har mottatt innenfor disse to subskalaene.

Det er størst forskjell i gjennomsnittet mellom del 1 og del 2 på subskalaen "Sosiokulturell atmosfære" med henholdsvis et gjennomsnitt på 13,3 for "oppfatning av virkeligheten" og 15,6 for "subjektiv betydning".

Minst forskjell i gjennomsnittet for del 1 og del 2 fremkommer i subskala 4 "Sykehusmiljøets fysiske-tekniske forutsetninger" med "oppfatning av virkeligheten" (9,0) og "subjektiv betydning" (8,7).

Subskalaen "Helsepersonellet identitetsorienterte holdninger" viser et SD på 7,9 som er det høyeste SD innenfor subskalaene. Sammenligningen mellom standardavviket i del 1 "subjektiv betydning" og del 2 "oppfatning av virkeligheten" viser at det er like stor spredning i svarene innenfor begge delene. Sammenligner man med de 3 andre subskalaene, har denne subskalaen minst forskjell i SD mellom del 1 og del 2 av de fire subskalene. Det vil si at subskalaen har den største spredningen i både del 1 og del 2 i svarene i henhold til gjennomsnittet for subskalaen.

Lavest SD for subskalaene har: "Sykehusmiljøets fysiske-tekniske forutsetninger", dette gjelder både for del 1 "oppfatning av virkeligheten" og del 2 "subjektiv betydning" med et SD på henholdsvis 2,4 og 2,3. Det viser at pasientene har vært mer samstemte om verdiene de har svart på denne subskalaen.

For del 1 ser man at subskala: "Helsepersonellet identitetsorienterte holdninger" har fått høyest verdi og subskala: "Sosiokulturell atmosfære" har fått lavest verdi. For del 2 er det "Sosiokulturell atmosfære" som har fått høyest verdi og "Helsepersonellets medisinsk-tekniske kompetanse" sammen med "Sykehusmiljøets fysiske-tekniske forutsetninger" som har fått lavest verdi.



Tabell 8: Sammenligning av subskalaene mellom del 1 og del 2 av KUPP oppgitt som gjennomsnitt og standardavvik (SD) for subskalaene

Subskalaene	Del 1: "Oppfatning av virkeligheten"		Del 2: "Subjektiv betydning"	
	Gjennomsnitt	Standardavvik (SD)	Gjennomsnitt	Standardavvik (SD)
1. Helsepersonells identitetsorienterte holdninger	40,4	7,9	39,0	7,9
2. Helsepersonells medisinsk-tekniske kompetanse	11,1	3,5	11,6	3,1
3. Sosiokulturell atmosfære	13,3	4,7	15,6	5,3
4. Sykehusmiljøets fysiske-tekniske forutsetninger	9,0	2,4	8,7	2,3

Utsagnene i subskalaene er besvart med verdiene: 0-4. Verdi null (0) "ikke aktuelt". Del 1: verdi 1 var "Helt uenig", verdi 2 var "Delvis enig", verdi 3 var "Stort sett enig", verdi 4 var "Helt enig". Del 2: verdi 1 var "Liten eller ingen betydning", verdi 2 "Ganske stor betydning", verdi 3 var "Stor betydning", verdi 4 var "Den aller største betydning".

Tabell 9: Sammenligning av gjennomsnitt på subskalene i del 1 og del 2 av KUPP

Subskalaene	Del 1: Oppfatning av virkeligheten"	Del 2: "Subjektiv betydning"
1. Helsepersonells individorienterte holdninger	3,1	3,0
2. Helsepersonells medisinsk-tekniske kompetanse	2,8	2,9
3. Sosiokulturell atmosfære	2,7	3,1
4. Sykehusmiljøets fysiske-tekniske forutsetninger	3,0	2,9

Spørsmålene i subskalaene er besvart med verdi: 1-4. Det var også mulig å svare "ikke aktuelt" som fikk verdi: 0 Subskala 1: 13 spørsmål, subskala 2: 4 spørsmål, subskala 3: 5 spørsmål og subskala 4: 3 spørsmål.

#### 4.5 Sumscore

Vi utførte en sumscore- analyse i SPSS for å se på høyeste og laveste verdi innenfor Del 1 og Del 2 i spørreskjemaet KUPP. Innenfor begge deler kan man få en maximumscore på 100, og en minimumscore på 0. Innenfor Del 1: «Oppfatning av virkeligheten» fant vi at minimumscore var 41, mens 99 var maximumscore. I Del 2: «Subjektiv betydning»

var minimumsscore 40, og maximumscore 100. Sum-score ble utregnet ved å legge sammen alle verdiene pasientene hadde angitt på alle utsagn innenfor de ulike subskalaene i spørreskjemaet innenfor Del 1 og Del 2. Deretter ble scoren for subskalaene lagt sammen og vi fikk en total-score (sumscore) på Del 1 og Del 2. Vi gikk videre gjennom scoren til hver pasient (ID-nummer), for å finne høyeste og laveste score.

#### 4.6 Oppsummering av sentrale resultater

Resultatet av studien viser at innenfor subskalaene "Helsepersonellet identitetsorienterte holdninger " og "Sykehusmiljøets fysiske-tekniske forutsetninger" samsvarer resultatet fra del 1 "oppfatning av virkeligheten" med resultatet fra del 2 "subjektive betydning". Det vil si at hvordan pasientene har oppfattet virkeligheten innenfor de angitte subskalaene, samsvarer med deres forventninger til kvaliteten på sykepleie og behandling. For de resterende subskalaene: "Helsepersonellens medisinske-tekniske kompetanse" og "Sosiokulturell atmosfære" har pasientene angitt del 2 "subjektiv betydning" en høyere verdi enn det som er tilfelle med del 1 "oppfatning av virkeligheten". Dette viser at sykepleie og behandling pasienten har mottatt i triageenheten kun delvis imøtekommer pasientens subjektive forventninger.

## 5 Diskusjon

Studiens hensikt var å kartlegge medisinske pasienters perspektiv på kvalitet etter innføring av triageteam ved innleggelse i triageenheten i akuttmottak høsten 2016. Resultatene viste at pasientene rangerte kvalitet på sykepleie og behandling i øvre sjiktet/ øverste halvdel (besvarte «helt enig» eller «stort sett enig») innenfor alle de fire subskalaene, og det gjaldt også den subjektive betydningen.

Resultatene viser at pasientene jevnt over har en oppfatning av at kvaliteten på sykepleie og behandling i triageenheten i MOBA er tilfredsstillende. Det viser seg også at det pasientene i stor grad vektlegger, blir oppfattet tilfredsstillende.

Pasientene som har deltatt i studien består av en høyere andel menn enn kvinner. Andre studier som har brukt KUPP har en høyere andel kvinner enn menn som respondenter (Grondahl, Hall-Lord, Karlsson, Appelgren, & Wilde-Larsson, 2013; Samsson, Bernhardsson, & Larsson, 2016; Frøjd, Swenne, Rubertsson, Gunningberg, & Wadensten, 2011). I disse studiene er det mindre forskjeller mellom andel menn og kvinner som har svart enn det som er tilfelle i vår studie.

Larsson, Larsson, and Starrin (1999) fant i sin studie- som også har brukt KUPP, at menn og kvinner tenderer til å evaluere sykepleie og behandling som de mottok likt (oppfatning av virkeligheten), mens kvinnene vektlegger den subjektive betydningen signifikant høyere enn menn på 3 av 4 dimensjoner («Helsepersonells medisinske-tekniske kompetanse», «sykehusmiljøets fysiske-tekniske forutsetninger» og «helsepersonells identitetsorienterende holdninger»). Son and Yom (2017) fant i sin studie en høyere andel kvinner som var tilfredse med de medisinske tjenestene de mottok i akuttmottaket enn menn.

I denne studien er over halvdel av pasientene over 60 år (51,6%), de eldste faller inn under aldersgruppen «80- 89 år». En annen studie man kan sammenligne med som også har brukt KUPP har 40 % respondenter over 60 år (Frøjd et al., 2011). Andre studier man kan sammenligne med har definert ulik øvre alder på de eldste deltagerne som 67år (Samsson et al., 2016),  $\geq 58$  (Franzén, Björnstig, Jansson, Stenlund, & Brulin, 2008) og  $\geq 80$ år (Burström et al., 2012). Andre studier benytter en alder 65år på de eldste deltakerne, uten at øvre alder er definert (Frøjd et al., 2011; Muntlin, Gunningberg, &

Carlsson, 2008). Flere studier presenterer kun et gjennomsnitt og SD for alder (Bos et al., 2016; Dinh, Walker, Parameswaran, & Enright, 2012).

Det er en lavere andel av yngre deltakere i vår studie sammenlignet med andre studier (Muntlin et al., 2008), mens studien til Frøjd et al. (2011) har lignende alderssammensetning på deltagerne som den vi finner i vår.

Resultat i tidligere studier har vist at eldre pasienter har en tendens til å rapportere høyere score på tilfredshet enn yngre pasienter (Boudreaux, Friedman, Chansky, & Baumann, 2003; Son & Yom, 2017; Sun et al., 2000; Toma et al., 2009). Dette støttes av andre studier som har funnet at eldre pasienter er mer tilfreds (Boudreaux, D'Autremont, Wood, & Jones, 2004; Crow et al., 2002; Grondahl, Karlsson, Hall-Lord, Appelgren, & Wilde-Larsson, 2011). Andre studier har blant annet funnet at yngre pasienter og lav triageringsgrad påvirker tilfredsheten med sykepleie og behandling i negativ retning (Boudreaux et al., 2003; Sun et al., 2000; Toma et al., 2009).

De aller fleste pasientene ble innlagt som øyeblikkelig hjelp, kun en pasient ble innlagt via venteliste. Dette er å forvente da vi har studert medisinske pasienter, og ikke kirurgiske som gjerne venter på å få utført et inngrep. Kun en liten andel av pasientene i vår studie rapporterte at ventetiden i akuttmottak var vanskelig. Ventetid har blitt rapportert som en viktig faktor som påvirker hvordan pasientene oppfatter kvaliteten på sykepleie og behandling i akuttmottak (Boudreaux, Ary, Mandry, & McCabe, 2000; Boudreaux & O'Hea, 2004a; Dinh et al., 2012; Morgan, Salzman, LeFevre, Thomas, & Isenberger, 2015). Den reelle ventetiden er tiden pasienten faktisk venter på behandling, mens flere studier har vist at den subjektive oppfatningen av ventetiden har en større betydning for pasientene (Boudreaux & O'Hea, 2004b; Cassidy-Smith et al., 2007).

## 5.1 Pasientenes oppfatning av kvalitet på sykepleie og behandling (Del 1)

Pasientenes oppfatning av kvalitet på sykepleie og behandling står nært knyttet til de forventningene pasientene har til møte med helsevesenet. Ulike faktorer og individuelle

erfaringer vil være med på å påvirke oppfatningen av kvaliteten på sykepleie og behandling (Larsson & Wilde-Larsson, 2010). Alder, kjønn og ventetid er noen av faktorene som påvirker tilfredsheten til pasienter i akuttmottak (Boudreaux et al., 2004; Crow et al., 2002). Pasientens tilfredshet kan betraktes som en respons på om forventningene er blitt oppfylt (Crow et al., 2002).

Pasientene er jevnt over fornøyd med kvaliteten på sykepleien og behandlingen de har mottatt i triageenheten i akuttmottak. Resultatene i denne studien samsvarer med tidligere forskning som viser at pasienter generelt gir høy score på tilfredshet av sykepleie og behandling (Dinh et al., 2012; Staniszewska & Henderson, 2004; Staniszewska & Henderson, 2005). Franzén et al. (2008) brukte også KUPP i sin studie i akuttmottak, og de fant også at pasientene rangerte den oppfattede kvaliteten i den øvre halvdel innenfor alle fire subskalaene.

Det fremkommer likevel noen områder i resultatene som skiller seg ut. Disse omfatter helsepersonellens evne til å vise empati, informasjon om hvordan ivareta egenpleie, informasjon om ansvarlig sykepleier og lege, ventetid på behandling og undersøkelser, samt effektiv smertelindring. Ventetid og informasjon er beskrevet i andre studier som to av de viktigste faktorene som er direkte assosiert med pasienttilfredshet (Elmqvist et al., 2012; Nairn et al., 2004; Welch, 2010). Welch (2010) finner også at når pasientene har en oppfatning av at sykepleierne og legene «bryr seg», påvirker det tilfredsheten i positiv retning.

De aller fleste av pasientene i denne studien var helt enig i at de ble behandlet med respekt av både leger og sykepleiere. Pasientene hadde en oppfatning av å bli sett, og at legene og sykepleierne evnet å sette seg inn i deres situasjon. Dette innebærer at pasientene oppfattet at helsepersonellet i akuttmottaket hadde stor evne til å vise empati. Dette støttes av tidligere forskning som også viser at pasientene generelt er positive til leger og sykepleiere, mens pasientene er mer kritisk til ventetid, hygiene og informasjon som blir gitt (Bos et al., 2016). Men her er det også noen uenigheter i litteraturen. I motsetning til vår studie har det i andre studier blitt rapportert om negative relasjoner mellom leger og pasienter, spesielt blant pasienter med lav hastegrad (Rhodes et al., 2004). I tillegg har det i andre studier kommet frem at

sykepleiere prioriterer pasientenes fysiske behov fremfor å lindre lidelse og få en dypere forståelse av pasientenes behov, spesielt etter at den fysiske helsetilstanden har blitt vurdert (Nairn et al., 2004; Nyström et al., 2003; Welch, 2010).

En del av pasientene i vår studie var helt uenig i at de fikk god informasjon om hvordan de best skulle ivareta egenpleie. Informasjon om hvilken lege og sykepleier som er ansvarlig for behandlingen er også et av utsagnene som kommer dårligst ut. Flere studier har pekt på at god kvalitet på sykepleie og behandling henger sammen med en relasjonsbasert sykepleie og behandling, der samarbeidet mellom helsepersonell og pasient er av avgjørende betydning (Olthuis et al., 2014).

Ventetid på behandling og undersøkelser oppfattes blant en del av pasientene i denne studien å være vanskelig. Oppfattet ventetid har, i motsetning til reell ventetid, vist seg å være en faktor som påvirker den generelle oppfatning på kvaliteten i akuttmottak (Bos et al., 2016; Boudreaux & O'Hea, 2004b; Franzén et al., 2008; Nairn et al., 2004; Son & Yom, 2017; Taylor & Bengler, 2004a). Toma et al. (2009) fant i sin studie at pasienttilfredsheten økte i takt med at oppfattet ventetid ble redusert. Pasientenes oppfatning av ventetid er ikke alltid lik reell ventetid, noe som også støttet av andre studier (Boudreaux et al., 2000; Thompson, Yarnold, Adams, & Spacone, 1996; Thompson, Yarnold, Williams, & Adams, 1996). Samtidig viser funn fra andre studier at dersom pasientene får god informasjon og forklaring på ventetiden, rangerer de tilfredsheten høyere (Son & Yom, 2017; Toma et al., 2009). Ventetid er dermed en faktor som påvirker pasienttilfredsheten i stor grad, og flere studier har funnet ventetid som problematisk for pasientene (Bos et al., 2016; Boudreaux & O'Hea, 2004b; Franzén et al., 2008; Nairn et al., 2004; Son & Yom, 2017; Taylor & Bengler, 2004a).

En del av pasientene var helt uenig i at de fikk effektiv smertelindring i triageenheten, samtidig som nesten halvparten hevdet at smertelindring ikke var aktuelt. At en så stor andel mener at smertelindring ikke er aktuelt, kan ha sitt opphav i at det var medisinske pasienter som ble studert, og ikke kirurgiske. Man kan derfor anta at pasientene som mente at smertelindring ikke var aktuelt ikke hadde behov for smertelindring ved innleggelse i akuttmottaket. Nairn et al. (2004) fant i sin gjennomgang av litteratur som omhandlet pasienterfaringer i akuttmottak, at pasientene jevnt over var fornøyd med

behandlingen som ble gitt. De fant i midlertidig at smertelindring var en utfordring, og et område som bør tas tak i videre. En annen studie som omhandlet smerter i akuttmottak, fant at helsepersonell ikke var flinke nok til å behandle smerter adekvat, på tross av at smertene var identifisert. Studien konkluderer med at helsepersonell i akuttmottak har behov for mer kunnskap om smertelindring og bruk av smertevurderingsverktøy (Karwowski-Soulie et al., 2006). Son & Yom (2017) fant i sin studie at pasienttilfredshet var nært knyttet til effektiv smertelindring. Disse resultatene kan tyde på at smertelindring i akuttmottak er et utfordrende område som bør tas tak i.

Selv om pasientene jevnt over er fornøyd med sykepleie og behandling i triageenheten, må man som helsepersonell ikke glemme at tilfredse pasienter også er sårbare pasienter (Sørli et al., 2006).

## 5.2 Pasientenes subjektive perspektiv på sykepleie og behandling (Del 2)

Pasientene har i denne studien svart på spørreskjemaet KUPP utviklet fra den teoretiske modellen «Quality of care», utarbeidet fra en «grounded theory»- tilnærming. Modellen tar utgangspunkt i pasientenes oppfatning av kvalitet på sykepleie og behandling blir formet av deres møte med helsevesenet, pasientenes normer, forventninger og tidligere erfaringer (Larsson & Wilde-Larsson, 2010).

Grondahl et al. (2013) trekker frem sosiodemografiske forhold, helsetilstand (selvopplevd helsetilstand) og personlighet som faktorer som kan påvirke pasientens preferanser og subjektive betydning. Vi har ikke kartlagt pasientenes selvopplevde helsetilstand i studien vår, og har heller ikke anvendt statistiske analyser for å avdekke andre sammenhenger fra bakgrunnsvariablene. Det er derfor ikke mulig å si noe om hvorvidt disse faktorene har påvirket resultatet i denne studien. Vi merker oss likevel at faktorene kan ha påvirket hvordan pasientene subjektivt har vektlagt sykepleie og behandling de har mottatt i triageenheten. Dette er i tråd med Grondahl et al. (2013) som hevder at hvert utsagns subjektive betydning beskriver pasients preferanser og hvordan ulike aspekt av sykepleie og behandling vurderes.

Larsson and Larsson (1999) sammenligner menn og kvinners perspektiv på kvalitet på sykepleie og behandling, og det viser seg at på subjektiv betydning skårer kvinnene signifikant høyere enn menn på tre av de fire subskalaene. Dette gjaldt subskalaene "helsepersonells medisinsk tekniske kompetanse", "helsepersonells identitetsorienterte tilnærming" og "sykehusmiljøets fysiske-tekniske forutsetninger". Disse funnene støttes av Franzén et al. (2008) som konkluderer med at kvinner skårer subjektiv betydning høyt. Sett i lys av vår studie kan et lavt antall kvinnelige deltagere gi en lav score for subjektiv betydning, enn det som kunne vært tilfelle dersom en høyere andel kvinner hadde deltatt.

Resultatet av studien viser at pasientene vektlegger enkelte utsagn fra «Helsepersonells identitetsorienterte holdninger» og «Helsepersonells medisinsk-tekniske kompetanse» høyest i 2. del av spørreskjemaet. Utsagnene som har størst betydning for pasienten er "å bli behandlet med respekt av helsepersonell", å få den "best mulig medisinske pleie" og "å få undersøkelser og/eller behandlinger gjennomført innen akseptabel ventetid under denne innleggelsen". Olthuis et al. (2014) har i sin kvalitative studie sett på pasientens erfaringer ved innleggelse i akuttmottak og hevder at pasientenes bekymringer er størst rett etter ankomst akuttmottak, og at det første møtet med ansatte i avdelingen er avgjørende for hvordan pasienten oppfatter kvaliteten. Flere studier trekker frem sammenhengen mellom kvalitetsforbedring, pasienttilfredshet og personlige egenskaper hos personalet i akuttmottak (Rhodes et al., 2004; Taylor & Bengler, 2004b; Toma et al., 2009; Wellstood, Wilson, & Eyles, 2005). For at den enkelte pasient skal møtes med respekt i en travel hverdag i triageenheten må personalet være bevisst pasientens ulike behov. Olthuis et al. (2014) hevder at de ansatte må være mer følsomme for pasientens verbale og nonverbale signaler.

Pasientene i denne studien vektlegger tilnærmet likt å bli behandlet med respekt av både sykepleiere og leger. Boudreaux et al. (2000) hevder at helsepersonellets holdninger og atferd er mer avgjørende enn ventetid når det kommer til tilfredshet med sykepleie og behandling i akuttmottaket, noe som også var tilfelle i vår studie. Her blir begge utsagnene vektlagt høy subjektiv betydning for pasientene, mens pasienten vektlegger å bli behandlet med respekt høyere enn å få undersøkelser og behandling



gjennomført innen akseptabel ventetid. Resultatet i vår studie samsvarer dermed med funn fra tidligere studier, samtidig som det fremkommer at både legen og sykepleieren er av stor betydning for pasientenes subjektive perspektiv på kvalitet i triageenheten.

For pasientene i vår undersøkelse er det av den aller største betydning for pasientene "å få undersøkelser og/eller behandlinger gjennomført innen akseptabel ventetid under denne innleggelsen". Toma et al. (2009) finner en sterk sammenheng mellom legens mellommenneskelige evner og pasientens tilfredshet, den samme studien fant ingen korrelasjon knyttet til pasientens tilfredshet og forventninger til diagnostisk og terapeutisk intervensjon. En korrelasjonsanalyse ville ha kunnet påvise eller avkrefte om en slik sammenheng også er tilstede i denne studien.

Det er subskalaen "sosiokulturell atmosfære" som pasientene har gitt høyest verdi av subskalaene når det gjelder subjektiv betydning. Det viser at atmosfæren som er i avdelingen, om sykepleie og behandlingen er basert på rutiner eller pasientens behov, å få snakke med personalet i enerom og at pårørende blir behandlet med respekt er av stor betydning for pasientenes subjektive perspektiv på kvalitet. I henhold til Crow et al. (2002) kan faktorer som atmosfæren i avdelingen påvirke pasientens oppfatning på sykepleie og behandling da pasienten vurderer kvalitet ut i fra standarden i avdelingen.

Resultatene i denne studien viser at det er av mindre betydningen for pasientene å få informasjon om hvordan ivareta egen helse, det gjelder også for informasjon om hvordan undersøkelser og behandlinger skulle foregå. Dette samsvarer med Nakano, Mainz, and Lomborg (2008) som argumenterer for at pasienter med akuttinnleggelser bare trenger en forklaring på utførte medisinske handlinger utført i stedet for involveres i beslutninger om deres omsorg. Frøjd et al. (2011) viser til bruk av sykepleiedokumentasjon som viktig verktøy for å sikre kontinuitet i informasjonen til pasienten. Ved å dokumentere viktig informasjon vedrørende den innlagte pasienten kan annet helsepersonell få tilgang til denne, og pasienten kan informeres når han/hun har behov.

Resultatet av studien viser at subskalaene "Helsepersonellets medisinsk-tekniske kompetanse" og "Sykehusmiljøets fysiske-tekniske forutsetninger" pasientene har gitt

lavest subjektiv verdi (tabell 9).

Subskalaene omhandler personalets evner til å gi medisinsk pleie og tilrettelegging, effektiv smertelindring, mat og drikke som man liker, behagelig seng og tilgang til utstyr og hjelpemidler. Muntlin et al. (2008) fant i sin studie at kirurgiske og gastro- pasienter vurderer kvaliteten lavere og viser til en sammenheng mellom disse pasientkategoriene og faktorer som smerter, fasting og et lengre opphold i akuttmottaket. Som nevnt tidligere kan årsaken til at mange av pasientene besvarer «Ikke aktuelt» på om de får effektiv smertelindring, være at vi kun har undersøkt medisinske pasienter. Resultatet fra vår studie kan også reflektere at man i denne studien har fått svar fra de minst syke pasientene der behovet for medisinsk pleie og tilrettelegging kun er tilstede i mindre grad.

### 5.3 Forskjeller og likheter mellom Del 1 og Del 2

Pasientene rangerer subskalaen «Helsepersonells individorienterte holdninger» høyere i del 1 "Oppfatningen av virkeligheten" enn den de gjør i del 2 "Subjektive betydning", dette gjelder også for subskalaen «Sykehusmiljøets fysiske-tekniske forutsetninger». Innenfor subskalaene «Helsepersonells medisinsk-tekniske kompetanse» og «Sosiokulturell atmosfære» rangeres del 2 «Subjektive betydning» høyere enn del 1 «Oppfatningen av virkeligheten» av pasientene.

Det er tydelig at pasientgruppen er delt når det kommer til flere av utsagnene i subskalaene og det er en relativt høy andel pasienter som på den ene siden angir utsagnet høy betydning eller er enige i utsagnet, samtidig er det en mindre gruppe av pasienter som utsagnet ikke er aktuelt for. Resultatene i vår studie viser størst spredning i svarene (se Tabell 8) når det gjaldt subskalaen «Helsepersonells individorienterte holdninger», både for del 1 «Oppfatning av virkeligheten» og del 2 «Subjektiv betydning». Det var også her vi fant størstedelen av manglende data, der vi foretok en gjennomsnittsberegning på svaralternativene hos den enkelte pasient, som beskrevet tidligere (se pkt. 3.7.1). Franzén et al. (2008) peker på at kvalitet er et personlig aspekt

der kvalitet blir vurdert etter respons på ulike behov. I vår studie kommer pasientenes ulike behov frem, der flere utsagn ikke er aktuelle for større andel pasienter, er en annen gruppe pasienter helt enig eller utsagnet er av stor betydning. Grondahl et al. (2011) studie bekrefter at det er viktig med individuell sykepleie og behandling da det er en sammenheng mellom personrelaterte forhold og objektive forhold når det kommer til hvordan pasientene oppfatter kvaliteten.

Det å få god informasjon om hvordan best ivareta egen helse er vektlagt lav subjektiv betydning og er ikke aktuelt for mange pasienter. Her var også høyest andel pasienter som har besvart ikke aktuelt på hvordan de oppfattet virkeligheten, samtidig som en del pasienter er helt uenig i at de har fått god informasjon om egenpleie. Downey and Zun (2010) peker på at pasienter som er fornøyd med kommunikasjonen med legen om innleggelsen og testresultat er mer tilfreds med sykepleie og behandling som gis. Resultatene i vår studie kan være påvirket av de forventningene pasientene har til helsevesenet, og at de mangler innsikt i betydningen av å kjenne til hvordan man best kan følge opp egen helse (G. Larsson & Wilde-Larsson, 2010).

Subskalaen "sosiokulturell atmosfære" har høyest gjennomsnitt i del 2 og lavest gjennomsnitt i del 1 (Tabell 9). Dette viser at pasientene har rangert sykepleie og behandlingen mottatt i triageenheten lavere enn den subjektive betydningen dette har for deres perspektiv på kvalitet. Subskalaen omhandler det å snakke med lege og sykepleier i enerom, at pleien styres ut i fra pasientens behov, at pårørende behandles med respekt og en trivelig atmosfære på avdelingen.

Størst mismatch mellom hva pasientene har erfart og vektlagt er det i utsagnet «Jeg fikk behandling og undersøkelser gjennomført innen akseptabel ventetid». Det å få undersøkelser og behandlinger gjennomført innen akseptabel ventetid under denne innleggelsen vektlegger pasientene høyt, og ingen pasienter mener at dette utsagnet ikke er aktuelt for dem. Pasientene har erfart at ventetid på undersøkelser og behandling har vært utfordrende. Elmqvist et al. (2012) beskriver at pasientenes første møte med akuttmottaket preges av at pasientene ikke kjenner til de «uskrevne reglene», om hvordan avdelingen fungerer. Det kan lett oppstå konflikter mellom de forventningene pasientene har og de forventningene helsepersonell har. Under ventetiden bidrar pasientens usikkerhet til et stort behov for å få informasjon om hva,

hvordan, hvorfor, når og for hvor lenge de må vente. Mens helsepersonell er på sin side opptatt med å håndtere pasienter med høyere hastegrad, streber de ventende pasientene med å finne mening i sin egen situasjon.

I Subskalaen: "sykehusmiljøets fysiske-tekniske forutsetninger" finner vi minst ulikheter mellom del 1. og del 2. Subskalaen har også minst standardavvik. Dette innebærer at pasientene var mer samstemte og det var mindre spredning i de avkryssede svarene. Subskalaen omhandler en behagelig seng, tilgang på utstyr og mat og drikke som de likte. Franzén et al. (2008) brukte også kortversjonen av KUPP i sin studie, men tok bare i bruk subskalaene «Helsepersonells medisinsk- tekniske kompetanse», «Helsepersonells identitetsskapende holdninger» og «Sosiokulturell atmosfære». De fant at oppfatningen av kvalitet på sykepleie og behandling ble rangert i øvre del av skalaen i alle tre subskalaene, men den subjektive betydningen ble rangert enda høyere. Disse funnene kan indikere at forventningene til kvalitet på sykepleie og behandling er høyere enn oppfatningen av kvaliteten.

Som oppsummering av sammenligningen mellom Del 1 og Del 2 har vi kun funnet mindre nyanser av forskjeller mellom de perspektiver på kvalitet pasientene vektlegger, og hvordan pasientene har oppfattet kvaliteten på sykepleie og behandling. Dette støttes også av sum-score analysen, som kun viste minimale forskjeller mellom minimumsscore og maximumscore innenfor Del 1 og Del 2. Når vi går på enkeltutsagn viser det imidlertid at det er store individuelle forskjeller på pasientens perspektiv på kvalitet.

#### 5.4 Styrker og begrensninger ved studien

Studien har anvendt spørreskjemaet KUPP som er et validert og anerkjent verktøy som er blitt mye brukt (Grøndahl et al., 2011; Larsson & Larsson, 2002; Wilde et al., 1994). Spørreskjemaet er en kortversjon som er enkelt og brukervennlig, noe som kan ha bidratt til at pasientene har satt seg villig til å delta i studien.

Ved å ikke være i direkte kontakt med pasientene, er nøytraliteten og objektiviteten til respondentene ivaretatt, og har dermed ikke påvirket pasientene sine svar. Men man

kan likevel ikke utelukke at pasientene har blitt påvirket av det faktum at han/hun befinner seg på sykehuset undersøkelsen finner sted, eller av sykepleieren som utleverte konvolutten.

Vi mangler data på pasientene som valgte å ikke bli med i studien, dette var også tilfelle med studien til Frøjd et al. (2011). Det er mulig at det er en forskjell i oppfatninger av kvaliteten på sykepleie og behandling mellom pasienter som valgte å delta og de som valgte å ikke delta. Kunnskap om disse pasientene ville ha kunnet styrket studiens troverdighet.

Pasientenes sykdomstilstand kan være en medvirkende årsak til at over halvparten av pasientene har valgt å ikke delta. I tillegg ble en del pasienter vurdert av pasientansvarlig sykepleier til å ikke være i stand til å delta i studien. Funnene i denne studien vil av den grunn muligens ikke være gyldig for den sykeste gruppen av pasienter. Pasienter som ikke var i stand til å selv besvare spørreskjemaet ble også ekskludert, og man forventer at denne gruppen generelt rapporterer lavere score på oppfatning av kvalitet (Toma et al., 2009).

Pasientene fikk utlevert spørreskjemaet ett døgn etter innleggelse etter at de var kommet på sengepost. Intensjonen med studien var å fange pasientens oppfatning av kvalitet i triageenheten i akuttmottak. Man kan stille spørsmål ved om pasientene er godt nok kjent med de ulike enhetene/avdelingene på sykehuset, selv om det blir spesifisert at det gjelder triageenheten i akuttmottak i informasjonsskrivet til pasientene. Ved innleggelse på sykehus er pasientene i en akutt og sårbar fase, og det er av hensyn til pasienten ikke utdelt spørreskjema første døgnet. Trout, Magnusson & Hedges (2000) anbefaler at data innsamles 1-2 dager etter innleggelsen i akuttmottaket når man skal måle tilfredshet hos pasientene, dette er gjort i vår studie og kan dermed ses på som en styrke for studien. Her er litteraturen litt uenig.

Samtidig vet man at pasientene stadig blir eldre og sykere, noe som kan vanskeliggjøre utfylling av spørreskjema. Et av inklusjonskriteriene for å delta i undersøkelsen var at man skulle være i stand til å fylle ut skjemaet selv. Dette ble pasientansvarlig sykepleier bedt om å vurdere. Man kan likevel ikke garantere for at pasientene ikke har fått hjelp til å fylle ut skjemaet, eller blitt påvirket av for eksempel pårørende.

### 5.5 Implikasjoner for praksis

Denne studien kan bidra til å få oversikt over hvilke perspektiver på kvalitet medisinske pasienter vektlegger. Den kan si noe om hvilke oppfatninger pasientene har av kvaliteten og hvilke aspekter av kvalitet de vektlegger.

Basert på tilbakemeldinger fra pasientene kan sykehusledelsen være i stand til å forbedre den medisinske behandlingen og sykepleien i akuttmottak (H. Son & Y.-H. Yom, 2017). For helsepersonellet som arbeider i akuttmottak – fortrinnsvis leger og sykepleiere, kan en bevisstgjøring på hva pasientene vektlegger i en innleggelsessituasjon bidra til forbedringer.

På nasjonalt nivå vil forskning på pasientens perspektiv på kvalitet kunne danne grunnlag for retningslinjer i akuttmottak (Son & Yom, 2017).

Som intensivsykepleier møter man pasienter i en sårbar fase preget av akutt og kritisk sykdom. I en travel akuttavdeling preget av mye medisinsk -teknisk er det lett å sette pasientens psykososiale behov i andre rekke. Denne studien kan bidra til å gjøre intensivsykepleiere mer bevisst på pasientens perspektiv på kvalitet i akuttavdelinger. Ved å lytte til pasientens stemme vil det være enklere å bli bevisst omfanget av deres sårbarhet og psykiske behov, i tillegg til pasientens fysiske behov.

### 5.6 Implikasjoner for forskning

Forskning på pasientens oppfatning av kvalitet er viktig fordi tidligere forskning har vist at det finnes en signifikant sammenheng mellom pasientens oppfatning av kvalitet og utfallet av behandlingen som gis (Boudreaux & O'Hea, 2004a; Son & Yom, 2017; Welch, 2010). Tilfredse pasienter følger i større grad opp legens forordninger, noe som bidrar til bedre helse og velbehag (Boudreaux & O'Hea, 2004b).

En kvantitativ tilnærming gir nyttig informasjon, men det er behov for å utforske pasientens perspektiv ved å ta i bruk en kvalitativ tilnærming for å gå i dybden på pasientens opplevelse av kvaliteten på sykepleie og behandling gitt i akuttmottak. En kvalitativ tilnærming til problemstillingen kunne gitt mer dybdekunnskap til om

resultatene samsvarer med pasientenes virkelige oppfatning av kvalitet på sykepleie og behandling (Polit & Beck, 2012).

Videre forskning på pasientenes oppfatning av kvalitet på sykepleie og behandling, kan bidra til å øke kvaliteten. Spesielt viktig vil det være å se på de bakenforliggende faktorer til at pasientene scorer kvaliteten lavt, for å rette fokus på forbedringsområder.

Kartleggingsstudier som går på pasientenes oppfatning av kvalitet vil være nyttige for å finne ut hva pasientene vektlegger som et ledd i forbedringsarbeid i akuttmottak. Denne studien har sett på hvilke perspektiver på kvalitet medisinske pasienter vektlegger på dager med legeledet triageteam. Det vil være nyttig å kartlegge hvordan pasientenes oppfatning av kvalitet er på dagen uten legeledet triageteam for å kunne sammenligne, og for å se om innføring av legeledet triageteam påvirker pasientens oppfatning av kvalitet.

I tillegg er det et behov for å gjennomføre større studier som inkluderer flere akuttmottak for å få mer dybdekunnskap om emnet. Resultatene av disse studiene kan være viktige bidrag i det helseminister Bent Høie kaller «pasientens helsetjeneste», slik at sykepleie og behandling i større grad blir gitt på pasientens premisser. Høie uttalte i pressemelding nr.1/2014 at et viktig mål for arbeidet fremover er at pasienten skal settes i sentrum, ventetider skal ned og kvaliteten heves (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014). En prioritert oppgave for intensivsykepleieren er å sikre kvalitet i pasientforløpet. Forskning og fagutvikling for intensivsykepleieren vil i fremtiden baseres på evidens, kritisk refleksjon og være en integrert del av intensivsykepleierens rolle (NSFLIS, 2015).

## 6 Konklusjon

Studiens hensikt var å kartlegge medisinske pasienters perspektiv på kvalitet etter innføring av triageteam ved innleggelse i akuttmottak høsten 2016.

Resultatene viste at sykepleie og behandling mottatt i triageenheten i akuttmottak kun delvis imøtekommer det pasientene vektlegger. Pasienten har i stor grad vektlagt betydningen av å «bli sett» og av sykepleiere og leger, og her har pasientens forventninger blitt innfridd. Pasientene oppfattet helsepersonellens evne til å vise empati som god, og de fikk tilfredsstilt sine behov og ønsker i stor grad. Den subjektive betydningen av i hvilken grad pasientene oppfatter avdelingen ren, sikker og behagelig, og om det finnes tilgjengelig og nødvendig teknisk utstyr, samsvarer også med det pasientene har oppfattet som god kvalitet i triageenheten.

Noen forskjeller i oppfatning av kvalitet og det pasientene vektlegger ved innleggelse i triageenheten fremkommer også av resultatene. Pasientene vektla i stor grad betydningen av at behov og ønsker hadde høyere prioritet enn avdelingens rutiner. I tillegg vektla de helsepersonellens kvalifikasjoner, kunnskap og profesjonalitet, samt evne til å gi nødvendig sykepleie og behandling stor betydning, men innenfor disse områdene ble forventningene bare delvis innfridd.

Resultatene har vist at det finnes individuelle forskjeller mellom hvilke perspektiver på kvalitet pasientene vektlegger. Det er derfor av stor betydning at helsepersonell tar høyde for individuelle forskjeller i møtet med pasientene. Selv om pasientene generelt hadde en oppfatning av god kvalitet på sykepleien og behandlingen de fikk i triageenheten i akuttmottak ved det aktuelle sykehuset, må man ikke glemme at disse pasientene er i en sårbar fase. Som intensivsykepleier har man et ansvar å ivareta pasientens psykososiale behov, i tillegg til pasientens fysiske behov.

Denne studien presenterer ny kunnskap om hvordan pasientene oppfatter kvaliteten på sykepleie og behandling i triageenheten i et akuttmottak i Norge etter innføring av legeledet triageteam, da en slik undersøkelse ikke tidligere er utført. Pasientene var generelt fornøyde med behandlingen som ble gitt i triage, og det samsvarer også med det som pasientene ga uttrykk for var av stor betydningen for dem. I midlertidig viser resultatene områder som kan forbedres som for eksempel smertelindring, informasjon



om hvem som er ansvarlig for sykepleie og behandling og ventetid på undersøkelser og behandling. Å sikre pasienten kvalitet i sykdomsforløpet på tvers av enheter og profesjoner med forbedring og koordinering av pasientens pleie, behandlinger og undersøkelser, vil være en prioritert oppgave for intensivsykepleieren.

## Referanser

- Bennett, D. A. (2001). How can I deal with missing data in my study? *Aust N Z J Public Health*, 25.
- Bjørndal, A., & Hofoss, D. (2015). *Statistikk for helse- og sosialfagene*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Bos, N., Seccombe, I. J., Sturms, L. M., Stellato, R., Schrijvers, A. J. P., & Stel, H. F. (2016). A comparison of the quality of care in accident and emergency departments in England and the Netherlands as experienced by patients. *Health Expectations*, 19(3), 773-784. doi:10.1111/hex.12282
- Boudreaux, E., Friedman, J., Chansky, M. E., & Baumann, B. M. (2003). Emergency department patient satisfaction: Examining the role of acuity and throughput times. *Ann. Emerg. Med.*, 42(4), S59-S59.
- Boudreaux, E. D., Ary, R. D., Mandry, C. V., & McCabe, B. (2000). Determinants of patient satisfaction in a large, municipal ED: the role of demographic variables, visit characteristics, and patient perceptions. *American Journal of Emergency Medicine*, 18(4), 394-400.
- Boudreaux, E. D., D' Autremont, S., Wood, K., & Jones, G. N. (2004). Predictors of Emergency Department Patient Satisfaction: Stability over 17 Months. *Academic Emergency Medicine*, 11(1), 51-58. doi:10.1197/j.aem.2003.06.012
- Boudreaux, E. D., & O'Hea, E. L. (2004a). Patient satisfaction in the Emergency Department: a review of the literature and implications for practice. *The Journal of Emergency Medicine*, 26(1), 13-26. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.jemermed.2003.04.003
- Boudreaux, E. D., & O'Hea, E. L. (2004b). Patient satisfaction in the Emergency Department: a review of the literature and implications for practice. *Journal of Emergency Medicine (0736-4679)*, 26(1), 13. doi:10.1016/j.jemermed.2003.04.003
- Burström, L., Engström, M.-L., Castrén, M., Wiklund, T., & Enlund, M. (2015). Improved quality and efficiency after the introduction of physician-led team triage in an emergency department. *Uppsala Journal Of Medical Sciences*, 1-7.
- Burström, L., Nordberg, M., Ornung, G., Castrén, M., Wiklund, T., Engström, M.-L., & Enlund, M. (2012). Physician-led team triage based on lean principles may be superior for efficiency and quality? A comparison of three emergency departments with different triage models. *Scandinavian Journal Of Trauma, Resuscitation And Emergency Medicine*, 20, 57-57. doi:10.1186/1757-7241-20-57
- Carter, E. J., Pouch, S. M., & Larson, E. L. (2014). The Relationship Between Emergency Department Crowding and Patient Outcomes: A Systematic Review. *Journal of Nursing Scholarship*, 46(2), 106-115 110p. doi:10.1111/jnu.12055
- Cassidy-Smith, T. N., Baumann, B. M., & Boudreaux, E. D. (2007). The disconfirmation paradigm: Throughput times and emergency department patient satisfaction. *The Journal of Emergency Medicine*, 32(1), 7-13. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.jemermed.2006.05.028
- Coughlan, M., & Corry, M. (2007). The experiences of patients and relatives/significant others of overcrowding in accident and emergency in Ireland: a qualitative descriptive study. *Accident & Emergency Nursing*, 15(4), 201-209 209p.
- Crow, R., Gage, H., Hampson, S., Hart, J., Kimber, A., Storey, L., & Thomas, H. (2002). The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature. *Health Technology Assessment*, 6(30), 1-235 235p.
- Dinh, M., Walker, A., Parameswaran, A., & Enright, N. (2012). Evaluating the quality of care delivered by an emergency department fast track unit with both nurse practitioners and doctors. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 15(4), 188-194. doi:10.1016/j.aenj.2012.09.001

- Dong, Y., & Peng, C.-Y. J. (2013). Principled missing data methods for researchers. *SpringerPlus*, 2(1), 222. doi:10.1186/2193-1801-2-222
- Downey, L. V. A., & Zun, L. S. (2010). The Correlation Between Patient Comprehension of Their Reason for Hospital Admission and Overall Patient Satisfaction in the Emergency Department. *Journal of the National Medical Association*, 102(7), 637-643. doi:10.1016/S0027-9684(15)30641-6
- 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. doi:10.1111/j.1365-2702.2011.03929.x
- Enders, C. K. (2003). Using the Expectation Maximization Algorithm to Estimate Coefficient Alpha for Scales With Item-Level Missing Data. *Psychol Meth*, 8.
- Engebretsen, S., Røise, O., & Ribu, L. (2013). Triage in Norwegian emergency departments. *Tidsskrift For Den Norske Lægeforening: Tidsskrift For Praktisk Medicin, Ny Række*, 133(3), 285-289. doi:10.4045/tidsskr.11.1121
- EQS. (2015). *Arbeidsbeskrivelse for Triagevakt*. Stavanger.
- EXPH. (2014). *Future EU Agenda on quality of health care with a special emphasis on patient safety*. Retrieved from [http://ec.europa.eu/health/expert\\_panel/opinions/docs/006\\_safety\\_quality\\_of\\_care\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/expert_panel/opinions/docs/006_safety_quality_of_care_en.pdf)
- Franzén, C., Björnstig, U., & Jansson, L. (2006). Injured in traffic: experiences of care and rehabilitation. *Accident & Emergency Nursing*, 14(2), 104-110.
- Franzén, C., Björnstig, U., Jansson, L., Stenlund, H., & Brulin, C. (2008). Injured road users' experiences of care in the emergency department. *Journal of Clinical Nursing*, 17(6), 726-734. doi:10.1111/j.1365-2702.2006.01873.x
- Franzén, C., Björnstig, U., Jansson, L., Stenlund, H., & Brulin, C. (2008). Injured road users' experience of care in the emergency department. *Journal of Clinical Nursing*, 17(6), 726-734. doi:10.1111/j.1365-2702.2006.01873.x
- Frøjd, C., Swenne, C. L., Rubertsson, C., Gunningberg, L., & Wadensten, B. (2011). Patient information and participation still in need of improvement: evaluation of patients' perceptions of quality of care. *Journal of Nursing Management*, 19(2), 226-236. doi:10.1111/j.1365-2834.2010.01197.x
- 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. doi:10.1016/j.ienj.2009.05.004
- Grøndahl, V. A., Hall-Lord, M. L., Karlsson, I., Appelgren, J., & Wilde-Larsson, B. (2013). Exploring patient satisfaction predictors in relation to a theoretical model. *Int J Health Care Qual Assur*, 26(1), 37-54. doi:10.1108/09526861311288631
- Grøndahl, V. A., Karlsson, I., Hall-Lord, M. L., Appelgren, J., & Wilde-Larsson, B. (2011). Quality of care from patients' perspective: impact of the combination of person-related and external objective care conditions. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 2540.
- Grøndahl, V. A. (2012). *Patient's perceptions of actual care conditions and patient satisfaction with care quality in hospital*. (Ph.D.), Karlstads universitet., Karlstad.
- Grøndahl, V. A., Karlsson, I., Hall-Lord, M. L., Appelgren, J., & Wilde-Larsson, B. (2011). Quality of care from patients' perspective: impact of the combination of person-related and external objective care conditions. *Journal of Clinical Nursing*, 20(17/18), 2540-2551. doi:10.1111/j.1365-2702.2011.03810.x
- Gulbrandsen, T., & Stubberud, D. G. r. (2015). *Intensivsykepleie*. Oslo: Cappelen Damm AS.
- Göransson, K. E., & von Rosen, A. (2009). The triage encounter from the patient perspective...2009 CENA International Conference for Emergency Nursing. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 12(4), 158-158. doi:10.1016/j.aenj.2009.08.029

- Göransson, K. E., & von Rosen, A. (2010). Patient experience of the triage encounter in a Swedish emergency department. *International Emergency Nursing*, 18(1), 36-40. doi:10.1016/j.ienj.2009.10.001
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2014). Pasientens helsetjeneste [Press release]. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/pasientens-helsetjeneste/id748854/>
- Helse Bergen HF. (2014). *SATS Norge. Standardisert akuttmedisinsk vurderings- og prioriteringsverktøy*. Retrieved from Bergen:
- Helsedirektoratet. (2005). *...Og bedre skal det bli. Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial-og helsetjenesten*. Oslo.
- Helsedirektoratet. (2014). *Nasjonal veileder for organisering og drift av somatiske akuttmottak*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsetilsynet. (2008). *"Mens vi venter..." -forsvarlig pasientbehandling i akuttmottakene?* Retrieved from Oslo: [https://www.helsetilsynet.no/upload/publikasjoner/rapporter2008/helsetilsynetrappo rt2\\_2008.pdf](https://www.helsetilsynet.no/upload/publikasjoner/rapporter2008/helsetilsynetrappo rt2_2008.pdf)
- Holmboe, O., & Bjertnæs, O. (2016a). Pasienterfaringer med norske sykehus i 2015. Nasjonale resultater. [Inpatients' experiences with somatic hospitals in 2015. National results]. *PasOpp-rapport 2016: 147. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2016.*, 21 (38 inklusiv vedlegg).
- Holmboe, O., & Bjertnæs, O. (2016b). *Pasienterfaringer med norske sykehus i 2015. Stavanger universitetssjukehus (1890-1565)*. Retrieved from
- Karwowski-Soulie, F., Lessenot-Tcherny, S., Lamarche-Vadel, A., Bineau, S., Ginsburg, C., Meyniard, O., . . . Brunet, F. (2006). Pain in an emergency department: An audit. *European Journal of Emergency Medicine*, 13(4), 218-224.
- Kirkehei, I., & Ormstad, S. S. (2013). Litteratursøk. *Norsk Epidemiologi*, 23 (2), 141-145.
- Krogstad, U., Lindahl, A., Saastad, E., & Hafstad, E. (2015). *Akuttmottak- en risikosone for pasientsikkerhet. Læringsnotat fra Meldeordningen i Kunnskapscenteret 2015*. Retrieved from Oslo: <http://www.kunnskapscenteret.no/publikasjoner/akuttmottak-risikosone-for-pasientsikkerhet>
- Krogstad, U., Lindahl, A. K., Saastad, E., & Hafstad, E. (2015). *Akuttmottak – risikosone for pasientsikkerhet*. Retrieved from <http://www.kunnskapscenteret.no/publikasjoner/akuttmottak-risikosone-for-pasientsikkerhet>
- Larsson, B. W., & Larsson, G. (1999). Patients' views on quality of care: do they merely reflect their sense of coherence? *Journal of Advanced Nursing*, 30(1), 33-39. doi:10.1046/j.1365-2648.1999.01046.x
- Larsson, B. W., & Larsson, G. (2002). Development of a short form of the Quality from the Patient's Perspective (QPP) questionnaire. *Journal of Clinical Nursing*, 11(5), 681-687 687p. doi:10.1046/j.1365-2702.2002.00640.x
- Larsson, B. W., Larsson, G., & Starrin, B. (1999). Patients' views on quality of care: a comparison of men and women. *Journal of Nursing Management*, 7(3), 133-139. doi:10.1046/j.1365-2834.1999.00121.x
- Larsson, G., & Wilde-Larsson, B. (2010). Quality of care and patient satisfaction: a new theoretical and methodological approach. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 23(2), 228-247. doi:10.1108/09526861011017120
- Morgan, M. W., Salzman, J. G., LeFevre, R. C., Thomas, A. J., & Isenberger, K. M. (2015). Demographic, Operational, and Healthcare Utilization Factors Associated with Emergency Department Patient Satisfaction. *The Western Journal Of Emergency Medicine*, 16(4), 516-526. doi:10.5811/westjem.2015.4.25074
- Muntlin, A. M., Gunningberg, L. A., & Carlsson, M. A. (2008). Different patient groups request different emergency care -- a survey in a Swedish emergency department. *International Emergency Nursing*, 16(4), 223-232.

- 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. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.aaen.2004.04.001
- Nakano, A., Mainz, J., & Lomborg, K. (2008). Patient perception and assessment of admission to acute cardiac care unit. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 7(1), 10-15. doi:10.1016/j.ejcnurse.2007.05.002
- NSFLIS. (2002, 13.04.2017). Funksjonsbeskrivelse for intensivsykepleier. Retrieved from [https://www.nsf.no/Content/125358/Funksjonsbeskrivelse%20for%20intensivsykepleier%20\\_2\\_.pdf](https://www.nsf.no/Content/125358/Funksjonsbeskrivelse%20for%20intensivsykepleier%20_2_.pdf)
- NSFLIS. (2015, 2017.04.22). Funksjons- og ansvarsbeskrivelse for intensivsykepleiere. Retrieved from <https://www.nsf.no/Content/2886014/Funksjons-%20og%20ansvarsbeskrivelse.pdf>
- Nyström, M., Dahlberg, K., & Carlsson, G. (2003). Non-caring encounters at an emergency care unit -- a life-world hermeneutic analysis of an efficiency-driven organization. *International Journal of Nursing Studies*, 40(7), 761-769.
- 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. doi:10.1016/j.annemergmed.2013.08.018
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Rhodes, K. V., Vieth, T., He, T., Miller, A., Howes, D. S., Bailey, O., . . . Levinson, W. (2004). Resuscitating the physician-patient relationship: emergency department communication in an academic medical center. *Annals of Emergency Medicine*, 44(3), 262-267. doi:10.1016/j.annemergmed.2004.02.035
- Samsson, K. S., Bernhardsson, S., & Larsson, M. E. (2016). Perceived quality of physiotherapist-led orthopaedic triage compared with standard practice in primary care: a randomised controlled trial. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 17, 257. doi:10.1186/s12891-016-1112-x
- Schafer, J. L. (1999). Multiple imputation: a primer. *Stat Methods in Med*, 8.
- Son, H., & Yom, Y.-H. (2017). Factors influencing satisfaction with emergency department medical service: Patients' and their companions' perspectives. *Japan Journal of Nursing Science*, 14(1), 27-37. doi:10.1111/jjns.12132
- Son, H., & Yom, Y. H. (2017). Factors influencing satisfaction with emergency department medical service: Patients' and their companions' perspectives. *Japan Journal of Nursing Science*, 14(1), 27-37. doi:10.1111/jjns.12132
- St.meld.nr.11(2015-2016). *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Staniszewska, S., & Henderson, L. (2004). Patients evaluations of their health care: the expression of negative evaluation and the role of adaptive strategies. *Patient Education & Counseling*, 55(2), 185-192.
- Staniszewska, S. H., & Henderson, L. (2005). Patients' evaluations of the quality of care: influencing factors and the importance of engagement. *Journal of Advanced Nursing*, 49(5), 530-537. doi:10.1111/j.1365-2648.2004.03326.x
- Sun, B. C., Adams, J., Orav, E. J., Rucker, D. W., Brennan, T. A., & Burstin, H. R. (2000). Determinants of Patient Satisfaction and Willingness to Return With Emergency Care. *Annals of Emergency Medicine*, 35(5), 426-434. doi:10.1067/mem.2000.104195
- Sørli, V., Torjuul, K., Ross, A., & Kihlgren, M. (2006). Satisfied patients are also vulnerable patients -- narratives from an acute care ward. *Journal of Clinical Nursing*, 15(10), 1240-1246. doi:10.1111/j.1365-2702.2006.01352.x
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2012). *Using multivariate statistics*. Needham Heights, MA: Bacon.

- Taylor, C., & Benger, J. R. (2004a). Patient satisfaction in emergency medicine. *Emergency Medicine Journal*, 528-532. doi:10.1136/emj.2002.003723
- Taylor, C., & Benger, J. R. (2004b). Patient satisfaction in emergency medicine. *Emerg. Med. J.*, 21, 528-532. doi:10.1136/emj.2002.003723
- Thompson, D. A., Yarnold, P. R., Adams, S. L., & Spacone, A. B. (1996). How accurate are waiting time perceptions of patients in the emergency department? *Annals of Emergency Medicine*, 28(6), 652-656.
- Thompson, D. A., Yarnold, P. R., Williams, D. R., & Adams, S. L. (1996). Effects of Actual Waiting Time, Perceived Waiting Time, Information Delivery, and Expressive Quality on Patient Satisfaction in the Emergency Department. *Annals of Emergency Medicine*, 28(6), 657-665. doi:http://dx.doi.org/10.1016/S0196-0644(96)70090-2
- Toma, G., Triner, W., & McNutt, L.-A. (2009). Patient Satisfaction as a Function of Emergency Department Previsit Expectations. *Annals of Emergency Medicine*, 54(3), 360-367.e366. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.annemergmed.2009.01.024
- Trout, A., Magnusson, A. R., & Hedges, J. R. (2000). Patient Satisfaction Investigations and the Emergency Department: What Does the Literature Say? *Academic Emergency Medicine*, 7(6), 695-709. doi:10.1111/j.1553-2712.2000.tb02050.x
- Utdanningsutvalget NSFLIS. (2016, 2017.04.22). Høringsbrev til 'Funksjons- og ansvarsbeskrivelse for intensivsykepleiere'. Retrieved from <https://www.nsf.no/Content/2886015/Høringsbrev%20FA.pdf>
- Vieth, T. L., & Rhodes, K. V. (2006). The effect of crowding on access and quality in an academic ED. *The American Journal Of Emergency Medicine*, 24(7), 787-794. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.ajem.2006.03.026
- Welch, S. J. (2010). Twenty years of patient satisfaction research applied to the emergency department: a qualitative review. *American Journal of Medical Quality*, 25(1), 64-72. doi:10.1177/1062860609352536
- Wellstood, K., Wilson, K., & Eyles, J. (2005). "Unless you went in with your head under your arm": Patient perceptions of emergency room visits. *Social Science & Medicine*, 61(11), 2363-2373. doi:10.1016/j.socscimed.2005.04.033
- WHO. (2006). *Quality of care. A process for making strategic choices in health systems*. Retrieved from [www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare\\_B.Def.pdf](http://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare_B.Def.pdf)
- Wilde, B., Larsson, G., Larsson, M., & Starrin, B. (1994). Quality of care. Development of a patient-centred questionnaire based on a grounded theory model. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 8(1), 39-48.
- Wiman, E., Wikblad, K., & Idvall, E. (2007). Trauma patients' encounters with the team in the emergency department -- a qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 44(5), 714-722.

Liste over tabeller:

Tabell 1: PICO med søkeord

Tabell 2: Gjennomføring av litteratursøk

Tabell 3: Oversikt over årsaker til ekskluderte pasienter

Tabell 4: Fordeling av manglende data innenfor subskalaene

Tabell 5: Bakgrunnsvariabler for pasienter inkluderte i studien (n = 64) oppgitt i prosent (%) og antall (n)

Tabell 6: Resultat av del 1: «Oppfatning av virkeligheten» oppgitt i (%) og antall (n)

Tabell 7: Resultat av del 2: «Subjektiv betydning» oppgitt i prosent i (%) og antall (n)

Tabell 8: Sammenligning av subskalaene mellom del 1 og del 2 av KUPP oppgitt som gjennomsnitt og standardavvik (SD) for subskalaene

Tabell 9: Sammenligning av gjennomsnitt på subskalaene i del 1 og del 2 av KUPP

Vedlegg



## Vedlegg 1: Tillatelse til bruk av spørreskjema «KUPP»

Fra: **Kalle Svensson** [kalle@improveit.se](mailto:kalle@improveit.se)  
Emne: SV: Formell godkjenning, bruk av QPP  
Dato: 30. mai 2016 kl. 18.08  
Til: [annegrethe.attedstog@hotmai.com](mailto:annegrethe.attedstog@hotmai.com)

KS

Hej

Bifogar anmälan för KUPP, info och enkäter.  
Vi har en äldre översättning av KUPP mottagning till Norska.  
Vi har ej akutmottagning översatt till Norska men bifogar akut på svenska.

Översätter ni själva eller skall vi ordna med det?

Vänliga hälsningar  
Kalle Svensson

IMPROVEIT  
Tel 035 -  
Mob 0733 -  
[kalle@improveit.se](mailto:kalle@improveit.se)  
[www.improveit.se](http://www.improveit.se)  
[www.coachons.se](http://www.coachons.se)

-----Ursprungligt meddelande-----

Från: [annegrethe.attedstog \[mailto:annegrethe@hotmai.com\]](mailto:annegrethe.attedstog@hotmai.com)  
Skickat: den 27 maj 2016 14:33  
Till: Kalle Svensson  
Ämne: Formell godkjenning, bruk av QPP

Hei!

Vi er to studenter ved master i sykepleie med fordypning i intensiv sykepleie ved Universitetet i Stavanger, institutt for Helsefag i Norge. Vi er i gang med planlegging av vår master oppøve som har tema: « Medisinske pasienters opplevde kvalitet i forbindelse med innleggelsen via akuttmottaket ved etter innføring av triage»am». Vår masterstudie vil være en av 3 delprosjekt i en større studie kalt «innføring av triage»am» i akuttmottak ved Studen anvender et multi-metode design med ulike metodiske tilnæringer som knyttes sammen til et større forskningsprosjekt for å løse et forskningsproblem. Vår delstudie vil gjøre en deskriptiv undersøkelse der utvalget vil bestå av 100 medisinske pasienter innlagt via triage- enheten ved akuttmottaket. Vi ønsker å ta i bruk spørreskjemaet QPP (kortversjonen som er utviklet og testet av Larsson og Larsson i 2002 og er oversatt og testet av Grøndahl) for å måle «kvalitet fra pasientens perspektiv». Vi vil med dette rette en forespørsel til rettighetshaverne om vi kan få ta i bruk dette spørreskjemaet i denne masterstudien? Etter svar fra Bodil Wilde-Larsson spør vi hvordan vi nå går frem videre for en formell godkjenning av bruken av QPP?

Med vennlig hilsen

Anne Grethe Attestog og Siri Fjelde Aasen



### Bakgrund

KUPP måler Kvalitet Ur Patients Perspektiv.

KUPP, vars frågor är vetenskapligt validerade och reliabla, är ett nyanserat mätverktyg

## Vedlegg 2: REK

Fra: post@helseforskning.etikkom.no [post@helseforskning.etikkom.no]  
Sendt: 9. juni 2016 13:52  
Til: Sissel Iren Eikeland Husebo  
Emne: Ikke framleggingspliktig

Vår ref. nr.: 2016/  
Prosjektittel: "Innføring av triageteam i akuttmottak"  
Prosjektleder: Sissel Iren Eikeland Husebo

Sissel Iren Eikeland Husebo.

Jeg viser til framleggingsvurdering innsendt 03.06.2016. REK vest ved sekretariatsleder vurderte saken.

### Prosjektomtale

Det er formulert fire forskningsspørsmål:

- 1) Hvilke perspektiver på kvalitet vektlegger medisinske pasienter etter innføring av triageteam i akuttmottak?
- 2) Bedrer innføring av triageteam i akuttmottak kvaliteten fra medisinske pasientens perspektiv?
- 3) Reduserer innføring av triageteam liggetid i akuttmottak for medisinske pasienter?
- 4) Hvilke erfaringer har vaktlegger og sykepleiere relatert til tverrfaglig tilitt etter innføring av triageteam?

### Vurdering

Helseforskningsloven gjelder for medisinsk og helsefaglig forskning på mennesker, humant biologisk materiale eller helseopplysninger, jf. hfl § 2. Medisinsk og helsefaglig forskning defineres som virksomhet som utføres med vitenskapelig metodikk for å skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom, jf. hfl § 4.

Etter min vurdering så vil ikke formålet i dette prosjektet være ny kunnskap om helse og sykdom som sådan, heller om systemer og om helsetjenesten. Prosjektet faller dermed utenfor helseforskningsloven sitt saklige virkeområde.

Jeg gjør oppmerksom på at konklusjonen er å anse som veiledende jfr. forvaltningsloven § 11. Dersom du likevel ønsker å søke REK vil søknaden bli behandlet i komitémøte, og det vil bli fattet et enkeltvedtak etter forvaltningsloven.

Vær også oppmerksom på at siden du skal samle inn personopplysninger, så må prosjektet klareres med Datatilsynet/Personvernombudet for forskning.

Med vennlig hilsen  
Øyvind Straume  
fungerende sekretariatsleder  
post@helseforskning.etikkom.no <mailto:post@helseforskning.etikkom.no>  
T:

Regional komité for medisinsk og helsefaglig  
forskningsetikk REK vest-Norge (REK vest)  
<http://helseforskning.etikkom.no>

[SPREK banner 20100316.jpg]

Forskningsavdelingen

## Notat

Sissel Iren Eikeland Husebø

**Fra:**  
Forskningsjef

Anne Grethe Attestog og Siri Fjelde Aasen

**Dato:** 02.09.2016  
**Arkivref:** 2014/1954 - 75216/2016

---

### Godkjenning av masterprosjekt MA92 - (Anne Grethe Attestog/Siri Fjelde Aasen)

Masterprosjektet: «Hvilke perspektiver på kvalitet vektlegger medisinske pasienter etter innføring av triageteam i akuttinntak»

Det vises til søknad vedrørende oppstart av ovennevnte masterprosjekt. Prosjektet har vært vurdert av forskningsansvarlig og prosjektet er registrert i vår database med intern id: MA92.

Nødvendige tillatelser foreligger. Basert på disse og forskningsprotokoll godkjennes oppstart av masterprosjektet.

Forskningsavdelingen ønsker å minne om at som ved alle forskningsprosjekter gjelder:

- ved endringer må endringsmelding sendes
- dersom innhenting av pasientopplysninger baserer seg på samtykke, må samtykkeskjemaet oppbevares sikkert
- data skal slettes eller anonymiseres ved prosjektslutt

Dersom prosjektet ikke starter og/eller blir avbrutt må melding sendes til Forskningsavdelingen. Likeledes sendes en kort sluttrapport.

Tillatelsen gjelder bruk av data i utarbeidelse av mastergrad. Ved eventuell publisering av prosjektet, ber Forskningsavdelingen om at medforfatterskap fra SUS vurderes i de tilfeller hvor sjukehuset har vært bidragsyter til prosjektet.

Forskningsavdelingen ønsker lykke til med gjennomføring av prosjektet.

**Informasjon om masterprosjektet: «Hvilke perspektiver på kvalitet vektlegger medisinske pasienter etter innføring av triageteam i akuttmottak?»**

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et masterprosjekt ved Helse XXXX HF/XXXX. Hensikten med studien er å kartlegge medisinske pasienters perspektiv på kvalitet etter innføring av triageteam ved innleggelse i akuttmottak ved XXXX 2016.

Siden du ble innlagt via akuttmottak på XXXX håper vi at du er villig til vil bidra med dine erfaringer som pasient slik at helsetjenester i akuttmottak kan forbedres. Med triageteam menes et team som består av lege og sykepleiere som raskt vurderer din helsetilstand og hvilken behandling du har behov for når du blir innlagt via akuttmottak.

Om du velger å delta ber vi deg om å fylle ut et spørreskjema mens du er innlagt på sykehuset. Det vil ta ca. 10 minutter å besvare spørsmålene. Dersom du trenger bistand til å fylle ut skjemaet, vil sykepleiere ved avdelingen du nå er innlagt ved hjelpe deg med dette.

Det er ingen fordeler, ulemper eller ubehag forbundet med denne studien, men du vil kanskje synes at det er litt slitsomt å svare på alle spørsmålene. Dersom du føler deg sliten og uopplagt, er det anledning til å ta en pause til du føler for å fortsette.

Det er frivillig å delta i studien og det er intet pålegg fra sykepleierne eller legene dine om deltakelse i studien. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere når som helst og uten å oppgi noen grunn, trekke tilbake ditt samtykke uten at det vil ha konsekvenser for din nåværende eller fremtidige behandling ved sykehuset. Alle opplysningene om deg vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennerende opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Det betyr at opplysningene er avidentifiserte. Navnet ditt og kodeliste som kobler deg til spørreskjemaet du besvarte oppbevares separat fra hverandre på sin forskningsserver. Spørreskjemaet vil få en tallkode som oppbevares i låsbart skap på forskningsansvarlig sitt låsbare kontor. Det er kun autorisert personell knyttet til prosjektet som har adgang til navnelisten og som kan finne tilbake til deg. Dersom du skulle ønske å trekke deg fra studien underveis i prosjektet, vil dataene straks slettes.

Perioden for lagring av data utgår 01.10.2017. Data lagret på PC vil da bli slettet, og alle data i papirform vil bli makulert sammen med de innsamlede spørreskjemaene.

Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av masterstudien når disse publiseres. Deltakelsen i studien medfører ingen kostnader og du får ingen betaling for å delta. Prosjektleder håper at kunnskapen som fremkommer vil bidra til økt kvalitet på helsetjenester som pasienter mottar i akuttmottak ved sykehus.

Om du har spørsmål om deltakelse eller om selve studien, kan du ringe forskningsansvarlig Sissel E. Husebø (hovedveileder på masterstudien) når du måtte ønske på telefon XXXX eller sende en epost til [sissel.i.husebo@uis.no](mailto:sissel.i.husebo@uis.no).

Eventuelt kan du kontakte:

Siri Fjelde Aasen (masterstudent UIS)  
Tlf. XXXX  
Epost: [sf.aasen@stud.uis.no](mailto:sf.aasen@stud.uis.no)

Anne Grethe Attestog (masterstudent UIS)  
Tlf. XXXX  
Epost: [ag.attedstog@stud.uis.no](mailto:ag.attedstog@stud.uis.no)

Vedlegg 5: Skjema for samtykke til deltakelse

Skjema for samtykke til deltakelse i masterstudien	
Prosjekttittel: Hvilke perspektiver på kvalitet vektlegger medisinske pasienter etter innføring av triageteam i akuttmottak?	Prosjektnummer:
Forskningsansvarlig navn: Sissel Eikeland Husebø Siri Fjelde Aasen, masterstudent Anne Grethe Attestog, masterstudent	Klinikk/avdeling Akuttmottak
Det er frivillig å delta i studien. Dersom du ønsker å delta, undertegner du denne samtykkeerklæringen. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere når som helst og uten å oppgi noen grunn, trekke tilbake ditt samtykke uten at det vil ha konsekvenser for din nåværende eller fremtidige situasjon ved _____ . Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte forskningsansvarlig.	
Jeg er villig til å delta i forskningsprosjektet:	
Navn med blokkbokstaver	
Dato	Underskrift

## Vedlegg 6: Spørreskjemaet KUPP

# **Kvalitet fra pasientens perspektiv**

**Akuttmottak**



## Bakgrunnsopplysninger

### Alder

Jeg er:

- mellom 18 og 29 år
- mellom 30 og 39 år
- mellom 40 og 49 år
- mellom 50 og 59 år
- mellom 60 og 69 år
- mellom 70 og 79 år
- mellom 80 og 89 år
- over 90 år

### Kjønn

- Mann
- Kvinne

### Boforhold

- Bor sammen med noen
- Bor alene

### Hvordan ble du innlagt denne gangen?

- Venteliste
- Øyeblikkelig hjelp

### Du som fikk henvisning - Hvor lang tid ventet du før du ble innlagt?

- 0-7 dager
- Mer enn en uke- 1 måned
- Mer enn en måned- 3 måneder
- Mer enn 3 måneder – 6 måneder
- Mer enn 6 måneder
- Har ikke fått henvisning

I hvilket land er du født?

- Norge
- Sverige, Danmark, Island eller Finland
- I et annet land i Europa
- I et annet land utenfor Europa

Utdanning

- Grunnskole/Folkeskole (eller tilsvarende)
- Videregående/Yrkeskole/Gymnas (eller tilsvarende)
- Høyskole /Universitet

Arbeid

- Yrkesarbeidende
- Studerer
- Annet

Om du måtte vente før du fikk flytte fra akuttmottak opp til avdelingen – Hvordan opplevde du ventetiden?

- Veldig lett
- Lett
- Hverken lett eller vanskelig
- Vanskelig
- Veldig vanskelig

Til spørsmålene som følger nå (11 – 35), bes du om å sette en ring rundt ett av tallene for hvert spørsmål under overskriften "Slik var det for meg under sykehusinnleggelsen", og en ring rundt ett av tallene for hvert spørsmål under overskriften "Så stor betydning hadde det for meg under sykehusinnleggelsen". Det vil si at du skal ringe rundt to tall per linje.

		SLIK VAR DET FOR MEG UNDER SYKEHUSINNLEGGELSEN					SÅ STOR BETYDNING HADDE DET FOR MEG UNDER SYKEHUSINNLEGGELSEN				
		Helt enig	Stort sett enig	Delvis enig	Helt uenig	Ikke aktuelt	Den aller største betydning	Stor betydning	Ganske stor betydning	Liten eller ingen betydning	Ikke aktuelt
Jeg fikk god informasjon om .....											
11.	- hvordan undersøkelser og behandlinger skulle foregå	4	3	2	1	0	4	3	2	1	0
12.	- resultatet av undersøkelser og behandlinger	4	3	2	1	0	4	3	2	1	0
13.	- mine medisiner slik at jeg forstod hvilken effekt de hadde og hvordan de skulle brukes	4	3	2	1	0	4	3	2	1	0
14.	- egenpleie: "hvordan jeg best kan ivareta min helse"	4	3	2	1	0	4	3	2	1	0
15.	- hvilken lege som var ansvarlig for min behandling	4	3	2	1	0	4	3	2	1	0



	(undersøkelser og/eller behandlinger), så langt jeg selv kan bedømme	4	3	2	1	0		4	3	2	1	0
24.	- effektiv smertelindring	4	3	2	1	0		4	3	2	1	0
25.	- undersøkelser og/eller behandlinger gjennomført innen akseptabel ventetid under denne innleggelsen	4	3	2	1	0		4	3	2	1	0
26.	- den best mulige tilretteleggingen for å ivareta min fysiske pleie, f. eks. min personlige hygiene	4	3	2	1	0		4	3	2	1	0
Jeg fikk snakke med ....												
27.	- legene i enerom i de tilfellene jeg ønsket det	4	3	2	1	0		4	3	2	1	0
28.	- sykepleierne i enerom i de tilfellene jeg ønsket det	4	3	2	1	0		4	3	2	1	0
Jeg hadde god mulighet ....												
29.	- til å ta del i beslutninger som gjaldt min pleie	4	3	2	1	0		4	3	2	1	0
Min pleie ble styrt av ....												

30.	- mine behov snarere enn av personalets rutiner	4	3	2	1	0		4	3	2	1	0
Mine pårørende og venner ....												
31.	- ble behandlet med respekt	4	3	2	1	0		4	3	2	1	0
Det var ....												
32.	- en trivelig atmosfære på Avdelingen	4	3	2	1	0		4	3	2	1	0
		SLIK VAR DET FOR MEG UNDER SYKEHUSINNLEGGELSEN						SÅ STOR BETYDNING HADDE DET FOR MEG UNDER SYKEHUSINNLEGGELSEN				
		Helt enig	Stort sett enig	Delvis enig	Helt uenig	Ikke aktuelt		Den aller største betydning	Stor betydning	Ganske stor betydning	Liten eller ingen betydning	Ikke aktuelt
Jeg .....												
33.	- fikk mat og drikke som jeg likte	4	3	2	1	0		4	3	2	1	0
34.	- hadde en behagelig seng	4	3	2	1	0		4	3	2	1	0
35.	- hadde tilgang til hjelpemidlene og utstyret som var nødvendig for min behandling og pleie	4	3	2	1	0		4	3	2	1	0