



Høgskulen på Vestlandet

SYKH390 Bacheloroppgave

SYKH390-O-2024-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	26-04-2024 09:00 CEST	Termin:	2024 VÅR
Sluttdato:	10-05-2024 14:00 CEST	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
Flowkode:	203 SYKH390 1 O 2024 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	158
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7998
----------------------	------

Egenerklæring *: Ja
Jeg bekrefter at jeg har Ja
registrert
oppgavetittelen på
norsk og engelsk i
StudentWeb og vet at
denne vil stå på
vitnemålet mitt *:

Gruppe

Gruppenavn:	(Anonymisert)
Gruppenummer:	31
Andre medlemmer i gruppen:	Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Pasienter med endometriose sitt møte
med helsevesenet

Patients with endometriosis' encounters
with the healthcare system

Kandidatnummer: 158

Antall ord: 7998

Bachelor i Sykepleie
Campus Haugesund
Høgskulen på Vestlandet
10.05.2024

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

Sammendrag

Bakgrunn for valg av tema: Endometriose er en viktig men oversett sykdom som trenger mer fokus. Regjeringen har satt et mål om å ha høyere fokus på kvinnehelse og denne oppgaven har som mål å bidra til dette fokuset ved å få frem kvinner med endometriose sitt møte med helsevesenet.

Problemstilling: «Hvordan opplever pasienter med endometriose møte med helsevesenet?»

Hensikt: Målet med denne studien er å sette lys på pasientenes opplevelse av møte med helsevesenet når det gjelder endometriose. Dette kan hjelpe sykepleiere og andre interessenter med å gi en dypere forståelse av hvordan helsevesenet fungerer, og hva de kan gjøre for å gi pasienter en bedre opplevelse.

Metode: Denne oppgaven bruker en kvalitativ fremgangsmåte, mer spesifikt er dette en systematisk litteraturstudie basert på fem kvalitative studier.

Resultater: I denne oppgaven identifiseres seks ulike temaer. Disse temaene er som følgende: 1) Manglende kompetanse; 2) verdien av kompetanse; 3) manglende omsorg; 4) ignorert og oversett; 5) verdien av å bli sett; og 6) en lang og vanskelig prosess.

Konklusjon: Ut fra resultatene finner jeg varierende opplevelser fra pasienter av møtet med helsevesenet. For å forbedre opplevelsen og ut fra de identifiserte temaene finner jeg at manglende kunnskap kan hindre fasilitasjonen av de fem fasene i sykepleier-pasient relasjonen, mens tilstrekkelig kompetanse gir et solid grunnlag for å bygge et tillitsfullt forhold. Negative holdninger og bagatellisering av symptomene identifiseres som barrierer i etableringen av denne tilliten, hvor et positivt første møte spiller en kritisk rolle. For å styrke møtet med helsevesenet krever det at sykepleiere aktivt jobber med å anerkjenne og utfordre egne fordommer og negative holdninger, noe som fordrer tid, kontinuitet og dyp forståelse.

Abstract

Background: Endometriosis is a significant yet overlooked condition that requires more attention. The government has set a goal to place a greater emphasis on women's health, and this task aims to contribute to this focus by highlighting the experiences of women with endometriosis in their interactions with the healthcare system.

Research question: «How do patients with endometriosis experience the encounter with the healthcare system?»

Aim: The aim of this paper is to highlight patients with endometriosis experience with healthcare providers. This may help nurses and other stakeholders by giving them a deeper understanding of how the healthcare system works, and how they could provide the patients with a better experience.

Method: This paper uses a qualitative approach, more specifically, this is a systematic literature review using five qualitative studies.

Results: This paper identifies six different themes throughout the selected articles. The themes are as follows: 1) Lack of competence; 2) the value of competence; 3) lack of care; 4) ignored and overlooked; 5) the value of being seen; and 6) a long and difficult process.

Conclusion: Based on the results, I find varying experiences among patients in their encounters with the healthcare system. To improve these experiences and based on the identified themes, I find that a lack of knowledge can hinder the facilitation of the five phases in the nurse-patient relationship, while sufficient competence provides a solid foundation for building a trusting relationship. Negative attitudes and the trivialization of symptoms are identified as barriers in establishing this trust, where a positive initial meeting plays a critical role. To strengthen encounters with the healthcare system, it requires that nurses actively work on recognizing and challenging their own prejudices and negative attitudes, which demands time, continuity, and deep understanding.

Innholdsfortegnelse

1. Introduksjon	6
1.2 Sykepleiefaglig relevans	7
2. Bakgrunn	8
2.1 Hva er endometriose?	8
2.1.1 Symptomer	8
2.1.2 Behandling	9
2.2 Sykepleieteori	9
2.2.1 Det innledende møtet	10
2.2.2 Fremvekst av identiteter	10
2.2.3 Empati-fasen	10
2.2.4 Sympati og medfølelse	11
2.2.5 Gjensidig forståelse og kontakt	12
3. Metode	13
3.1 Hva er en litteraturstudie?	13
3.2 PICO rammeverk	13
3.2.1 Litteratursøk	13
3.2.2 Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier	14
3.2.3 Søkestrategi	14
3.3 Analyse og syntese	16
3.4 Kildekritikk	16
4. Resultat	18
4.1 Manglende kompetanse	19
4.2 Verdien av kompetanse	20
4.3 Manglende omsorg	21
4.4 Ignorert og oversett	21
4.5 Verdien av å bli sett	23
4.6 En lang og vanskelig prosess	24
5. Diskusjon	25
5.1 Betydningen av kompetanse hos helsepersonell	25
5.2 Rollen av å bli sett og omsorg	27
5.3 Pasientens vanskelige møte med helsevesenet	30
6. Konklusjon	32
7. Referanseliste	34
8. Vedlegg	38
8.1 Litteraturmatriser	38
8.2 Sjekkliste for vurdering av en oversiktsartikkel	43

Tabeller

Tabell 1: PICO-skjema.....	14
Tabell 2: Inklusjon- og eksklusjonskriterier	14
Tabell 3: Søkematrise	15
Tabell 4: Tematisering av artikler	19

1. Introduksjon

Endometriose er en av de vanligste kvinnesykdommene som finnes og rundt 10% av kvinner antas å ha denne sykdommen (Moen & Ellingsen, 2015, s. 269). Ifølge en norsk undersøkelse tar det i gjennomsnitt fem år å få stilt diagnosen (Husby et al., 2003, s. 651), mens en nyere engelsk studie viser at det tar åtte år (Ghai et al., 2020, s. 84). Disse funnene understreker den alvorlige og problematiske realiteten av forsinkede diagnoser, som ikke bare utsetter pasienter for lang usikkerhet og ubehandlet smerte, men også potensielt forverrer deres langtidsprognoser og behandlingsutfall. Kvinners helse og sykdommer har stort sett hatt en lav prioritet i forskningssamfunnet og samfunnet generelt, og har dessverre ikke fått oppmerksomheten den trenger (NOU: 5, 2023, s. 13, 14 & 53). I 2023 derimot, la regjeringen frem som mål om å prioritere kvinnehelse fremover (Helse- og omsorgsdepartementet, 2023). Samtidig har noen kvinner de siste årene gått ut offentlig med personlige sykdomshistorier, og delt det utilstrekkelige tilbudet fra den offentlige helsetjenesten (NOU: 5, 2023, s. 13). Dette har ført til økt oppmerksomhet rundt temaet. Økningen i oppmerksomheten understreker viktigheten for å dykke dypere inn i pasientenes erfaringer slik at det blir en bredere forståelse av hvordan helsevesenet håndterer møtet med kvinnene.

Med bakgrunn i det økende fokuset på kvinnehelse, og de alvorlige konsekvensene av forsinkede diagnoser, er det viktig å undersøke nærmere hvordan helsevesenet faktisk håndterer tilfeller av endometriose. I denne oppgaven skal jeg derfor undersøke nærmere hvordan pasienter med endometriose opplever å bli møtt av helsevesenet og formulerer følgende forskningsspørsmål:

“Hvordan opplever pasienter med endometriose møte med helsevesenet?”

For å svare på problemstillingen er denne oppgaven organisert som følgende. I kapittel 2 forklares hva endometriose er, og relevant teori blir presentert. I kapittel 3 presenteres oppgavens metode der fremgangsmåten for analysen blir lagt frem. Videre, i kapittel 4, presenteres resultatene fra syntesen. I kapittel 5 diskuteres resultatene opp mot teori, og i kapittel 6 konkluderer jeg.

Nylig, har temaet endometriose har blitt studert flere ganger i bacheloroppgaver fra ulike perspektiver. For eksempel har fire bacheloroppgaver sett på endometriose fra sykepleierens perspektiv og en annen har sett på endometriose fra pasientens perspektiv (Hodnefjell et al., 2022; Kvia, 2020; Olaisen & Windsrygg, 2023; Sørnes & Keltie, 2019; Torp et al., 2024). Selv om bacheloroppgaven som undersøker pasientenes perspektiv tar for seg samme problemstilling som denne studien, vil denne studien tilføre verdi ved å samle inn og analysere data fra tidligere forskningsartikler, i stedet for å basere seg på egne dybdeintervjuer.

1.2 Sykepleiefaglig relevans

Denne oppgaven er relevant for sykepleiere av flere grunner. Først, fordi sykepleiere kan få en bedre forståelse av hvordan møtet med helsevesenet oppleves av pasientene. For det andre, sykepleiere kan bruke denne studien til å få en bedre forståelse om hvordan de skal imøtekomme pasientgruppen for å gi de en best mulig opplevelse med helsevesenet. For det tredje, oppgaven kan hjelpe sykepleiere å identifisere barrierer i pleieprosessen. For det fjerde, kunnskap om pasientopplevelser kan styrke sykepleieres evne til å kommunisere mer effektivt med annet helsepersonell om pasientens behov og preferanser. For det femte, denne oppgaven hjelper sykepleiere å bli bevisst på de yrkesetiske retningslinjene. Til slutt, å studere pasientopplevelser i møte med helsevesenet gir sykepleiere en mulighet til å reflektere over egen praksis og identifisere områder for faglig vekst og utvikling, slik som det kreves i henhold til lovgivningen jf. §4 Helsepersonelloven som sykepleiere er underlagt.

2. Bakgrunn

Dette kapitlet er delt inn i to deler. I den første delen gir jeg en detaljert beskrivelse av endometriose for å fremme en dypere forståelse av tilstanden. I den andre delen introduserer jeg sykepleieteorien som vil bli brukt for diskusjon senere.

2.1 Hva er endometriose?

Endometriose er en kronisk inflammatorisk sykdom som har kode GA10 i den internasjonale klassifiseringen av sykdomstilstander (Moen et al., 2021; World Health Organisation, 2024). Karakteristisk for sykdommen er at det befinner seg endometrie-lignende vev utenfor livmorhulen (Moen et al., 2021). Denne slimhinnen blir stimulert på samme måte som endometriet inn i uterus (livmoren), men denne blødningen dreneres ikke som normalt, og kan dermed bli kapslet inn og bli til blodfylte cyster (Bergsjø & Flo, 2015, s. 38; Kristoff, 2022, s. 413). Endometriet er slimhinnen kler innsiden av livmoren (Helsenorge, 2021). De vanligste stedene som angripes er ovarier (eggstokkene), livmorbånd (ligamenter) og peritoneum (bukhinnen) i det lille bekken (Bergsjø & Flo, 2015, s. 40; Holck, 2024). Det kan også oppstå på eggledere, på tarmen og i blæreveggen, og enkelte kan ha forandringer i lungevevet (Moen & Ellingsen, 2015, s. 268).

2.1.1 Symptomer

Symptomene på endometriose kan variere, men de vanligste er sterke smerter før og under menstruasjonen og ved samleie (Jerpseth, 2022, s. 198). Andre tegn er oppblåsthet, kvalme og smerter ved vannlating (Helsenorge, 2021). Kvinner med endometriose har følgelig sykliske blødninger som ikke bare er fra livmorhulen, men i peritonealhulen og andre steder der det finnes endometrium som er på avveie. Slike blødninger er smertefulle, derfor er dysmenoré et vanlig symptom (Wyller, 2019, s. 756-757). Dysmenoré refererer til smerter og ubehag i forbindelse med menstruasjonen (Moen, 2015, s. 245). Smertene kan være fra minimal dysmenore til sterk funksjonsnedsettende dysmenoré (Majak et al., 2023, avsn. 3). Smertene kan også være konstante. Mange kvinner opplever også kronisk tretthet (Moen & Ellingsen, 2015, s. 269-271). Funksjonen til eggstokkene og egglederne kan bli forstyrret,

dette kan bidra til infertilitet og forandringer på tarmveggen kan gi endret avføringsmønster (Wyller, 2019, s. 757).

2.1.2 Behandling

Endometriose kan behandles på forskjellige måter; symptomatisk, hormonelt eller kirurgisk. Formålet er å behandle smertene og hindre videre utvikling av sykdommen og fremme fertiliteten (Moen & Ellingsen, 2015, s. 270-271). Ved symptomatisk behandling brukes ikke-steroid antiinflammatoriske midler (NSAIDs) for å lindre smerte ved dysmenoré og premenstruelle smerter (Moen & Ellingsen, 2015, s. 271). Ved hormonell behandling reduseres østrogennivået i blodet, noe som fører til at menstruasjonen uteblir (Jerpseth, 2022, s. 198). Laparoskopisk kirurgi er førstevalget og aktuelt ved diagnostikk ved smerter og/eller infertilitet. Laparoskopi med histologisk undersøkelse av biopsiprøver kan fastslå den endelige diagnosen. Diagnostiseringen kan være utfordrende, da patologen ikke alltid klarer å skille dem fra cyster med eldre blødninger (Moen & Ellingsen, 2015, s. 270-271).

2.2 Sykepleieteori

Denne oppgaven tar utgangspunkt i sykepleieteorien av Travelbee (1971/1999, s. 29). Denne teorien understreker betydningen av å etablere et mellommenneskelig forhold mellom sykepleieren og pasienten. Den fokuserer også på hvordan sykepleiere kan hjelpe individer med å forebygge, mestre eller finne mening i lidelse (Travelbee, 1971/1999, s. 29). Videre forklarer teorien dette som et menneske-til-menneske-forhold, og forklarer hva som kreves for å etablere et slikt forhold. Ifølge denne teorien er det sykepleieren sin oppgave å etablere og opprettholde dette forholdet, men det er tross alt en gjensidig prosess som må bygges opp av begge parter. Forholdet bygges opp dag for dag når de samhandler, noe som forutsetter at sykepleieren må vite hva hun gjør, tenker, føler og erfarer lidelse (Travelbee, 1971/1999, s. 271). For å etablere et slikt forhold må de gjennom flere faser. Disse fasene er som følger: 1) Det innledende møtet; 2) Fremvekst av identiteter; 3) empati-fasen; 4) sympati og medfølelse; og 5) Gjensidig forståelse og kontakt.

2.2.1 Det innledende møtet

Det innledende møtet er når sykepleieren og pasienten møtes for første gang, de observerer, lager seg antakelser og meninger om hverandre lidelse (Travelbee, 1971/1999, s. 186). Ved første møte er det fort for sykepleieren å se på pasienten som en "typisk" pasient, og for pasienten å se sykepleieren som en "typisk" sykepleier. Da er det lett for begge parter å basere seg på stereotype forestillinger inntil disse endres. Det er derfor viktig at sykepleieren innser at deres oppgave er å bryte ned kategoriseringen for å oppfatte menneske i "pasienten" lidelse (Travelbee, 1971/1999, s. 187). Det å oppfatte "pasienten" som et individ har mest sannsynlig mye å gjøre med sykepleierens evne til å overskride seg selv. Når det ikke er mulig å komme videre mot et genuint menneske-til-menneske-forhold, vil dette vises i interaksjonene, slikt som mekaniske, overflatiske, og avhumaniserte interaksjoner lidelse (Travelbee, 1971/1999, s. 188).

2.2.2 Fremvekst av identiteter

Denne fasen gjenkjennes ved to evner, evnen til å verdsette andre som et unikt individ, og evnen til å etablere tilknytning til den andre parten (Travelbee, 1971/1999, s. 188). Her kommer personligheten til den andre personen frem og en tilknytning etableres. Sykepleieren begynner å fange opp hvordan "pasienten" føler, tenker, og oppfatter situasjoner. Sykepleierens oppgave i denne fasen er å bli bevisst på hvordan hun oppfatter den andre, og i hvilken grad hun er i stand til å erkjenne den andre parten, "pasienten" som et individ. Det er også viktig at sykepleieren vurderer likheter og forskjeller mellom seg selv og pasienten for å kunne bidra til fremvekst av empati. Om ikke kan det oppstå gnister, slik som å bruke seg selv som målestokk, og misunnelse, fra begge parter (Travelbee, 1971/1999, s. 192). Det mest avgjørende i denne fasen er at sykepleieren i noen grad må være i stand til å gå ut over seg selv. Og dette kan være vanskelig. Teorien viser til at om sykepleieren mangler slik evne, så kan det føre til overflatiske interaksjoner og "halveis hjelp".

2.2.3 Empati-fasen

Denne neste fasen handler om evnen til å leve seg inn i eller ta del i den andres psykiske tilstand i øyeblikket der og da (Travelbee, 1971/1999, s. 193). Teorien forklarer at det handler om sykepleierens evne til å se forbi ytre atferd, og forstå hva den andre opplever og

føler på et gitt tidspunkt. Empati-fasen er en prosess der sykepleieren nesten umiddelbart er i stand til å se hva den andre tenker og føler der og da. Det handler om å forstå "pasienten". Empati endrer forholdet mellom sykepleieren og pasienten for alltid. Siden forholdet aldri kan bli det samme igjen, kan dette virke utfordrende. For eksempel, den syke er kanskje bekymret for å avsløre for mye om seg selv til sykepleieren, det er derfor nødvendig med en viss tillit når en føler empati for noen (Travelbee, 1971/1999, s. 195). Det er visse forutsetninger for empati, evnen til å føle empati ser ut til å være bestemt av graden eller likhet mellom seg selv og den andre. Ifølge teorien fører ikke empati i seg selv gjensidig forståelse og kontakt, men er et skritt i riktig retning (Travelbee, 1971/1999, s. 200).

2.2.4 Sympati og medfølelse

Ut fra empati prosessen springer ut evnen til sympati og medfølelse og er et skritt videre ved at det er et ønske om å lindre plager. Akkurat ønsket om å lindre plager, noe som er fraværende i empati, er et karakteristisk trekk ved sympati og medfølelse (Travelbee, 1971/1999, s. 200). Dette ønske oppstår på grunnlag av forståelsen og innsikten man får gjennom forholdet som er utviklet (Kristoffersen, 2021, s. 256). Sykepleieren kommuniserer engasjement overfor pasienten og demonstrerer en genuin interesse for pasientens velvære. Sympati formidles verbalt og gjennom væremåte og holdning (Kristoffersen, 2021, s. 256). Gjennom sympati vises forståelse og man deles pasientens fortvilelse, slik at byrden til pasienten deles. Pasienten kan bli påvirket fysisk og psykisk når de oppfatter at sykepleieren viser omsorg og sympati, noe som kan bidra til at pasienten kan mestre sin egen situasjon (Kristoffersen, 2021, s. 256). Sykepleiers oppgave i denne fasen er å omsette medfølelsen til konstruktive sykepleiehandlinger. Her krever det en kombinasjon av en disiplinert intellektuell tilnæringsmåte og evnen til å bruke seg selv terapeutisk (Travelbee, 1971/1999, s. 210). Ifølge teorien må medfølelsen omsettes i intelligente, konstruktive sykepleiehandlinger, sykepleieren må ikke bare ønske å hjelpe, hun må også vite hva hun kan gjøre og ha kunnskap og ferdigheter som trengs i sykepleieprosessen.

2.2.5 Gjensidig forståelse og kontakt

Etter å ha gått igjennom de fire forutgående fasene oppleves gjensidig forståelse og kontakt mellom sykepleieren og pasienten (Travelbee, 1971/1999, s. 211). Gjensidig forståelse og kontakt er en prosess som skjer samtidig for både sykepleieren og pasienten. Nå har sykepleieren og pasienten en sammenveving av tanker, følelser og holdninger som formidles og kommuniseres. Derimot er det viktig å få frem at på grunn av deres innbyrdes forskjellige stilling og bakgrunn, vil opplevelsen være noe annerledes mellom de to (Travelbee, 1971/1999, s. 211). Forutsetningen for gjensidig forståelse og kontakt er at partene har gått igjennom de andre fasene. For å nå frem til denne fasen må handlingene som sykepleieren utfører være konsekvent til lindring av den sykes plager, og det må være en forutsetning at sykepleieren ikke gjør situasjonen verre for den syke. Handlingene som sykepleieren har satt i verk, må konsekvent ha vært til lindring for den sykes plager og bygger på sykepleierens kunnskap og evne til å omsette dem i handlinger som er best for den som mottar omsorg (Travelbee, 1971/1999, s. 211). Denne fasen karakteriseres ved at stereotypene "sykepleier" og "pasient" er overkommet for godt og situasjonen preges av gjensidig forståelse og kontakt. Det betyr at to mennesker kan samhandle uten behov for distanserende taktikker. Det er snakk om evnen til å rolig oppleve den andre og verdsette hverandres personlighet (Travelbee, 1971/1999, s. 213).

3. Metode

I dette kapitlet legger jeg frem metoden jeg bruker for å svare på problemstillingen i denne oppgaven. Metode er en systematisk fremgangsmåte man bruker for å samle inn informasjon og kunnskap for å belyse problemstillingen (Thidemann, 2019, s. 75). Man får fram ny kunnskap og kan etterprøve i hvilken grad påstandene er sanne, gyldige eller holdbare (Dalland, 2020, s. 53). Derfor er denne oppgaven utformet som en litteraturstudie for å belyse problemstillingen på best mulig måte (Dalland, 2020, s. 53). Ved å bruke andre studier som data, gir denne metoden en bredere forståelse av pasientenes opplevelse og gjør det mulig å sammenligne resultater fra ulik forskning.

3.1 Hva er en litteraturstudie?

Litteraturstudie er en beskrivelse av kunnskap og en analyse av et utvalg av studier som finnes innenfor temaet og problemstillingen som er valgt (Forsberg & Wengström, 2015, s. 25). Resultat fra forskningsartikler vil bli brukt for å få en bedre forståelse av temaet, og for å samle sammen hva ulik forskning sier for å få en helhetlig forståelse av temaet. Hensikten er å gi leseren en oppdatert og grundig forståelse av kunnskapen på det aktuelle området som problemstillingen etterspør, og beskrive hvordan jeg har kommet frem til denne kunnskapen (Thidemann, 2019, s. 78). En litteraturstudie kan ta for seg ulike type studier, kvalitative, kvantitative og andre typer. Kvalitative tar for seg meninger og opplevelser som ikke lar seg tallfeste eller måle (Dalland, 2020, s. 54). Mens kvantitativ metode tar for seg data i form av målbare enheter (Dalland, 2020, s. 54). Disse to formene sammen kan bidra til en bedre forståelse av temaet, da man tar i bruk begge formene og da kan samle dette.

3.2 PICO rammeverk

3.2.1 Litteratursøk

For å gjøre et systematisk litteratursøk bruker jeg rammeverket PICO. Det har flere funksjoner, og hjelper i arbeidet med å operasjonalisere problemstillingen (Thidemann, 2019, s. 82). PICO består av tre deler, tabell 1 nedenfor, tar for seg del 1 som hjelper med å presisere hva jeg søker litteratur om.

Tabell 1: PICO-skjema

	P	I	C	O
Norsk	Kvinner med endometriose	Møte med helsevesenet		Negativt møte Positivt møte
Engelsk	Endometriosis	Encounter, Encounters, Experience, Experiences, Health Care, Healthcare providers		Nurse-patient relations, Nurse, Care

Videre, som del 2 av PICO, setter jeg ulike inklusjons og eksklusjonskriterier for å kvalitetssikre forskningsartiklene som kan bli inkludert i oppgaven.

3.2.2 Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier

For å forsikre at litteraturen er relevant for forskningsspørsmålet mitt, setter jeg inklusjons- og eksklusjonskriterier for å filtrere ut irrelevante artikler som ikke bidrar til å besvare forskningsspørsmålet. Disse er presentert i tabell 2 under.

Tabell 2: Inklusjon- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
- Studier som bruker kvalitative og kvantitative metoder	- Studier eldre enn ti år
- Skrevet på engelsk eller andre skandinaviske språk	- Artikler med kun abstrakt tilgjengelig
- Publisert mellom årstallene 2013 og 2024	- Studier som fokuserer på kirurgi
- Hovedsakelig ha IMRAD-struktur	- Artikler som ikke tilfredsstill kvalitetskontrollen

3.2.3 Søkestrategi

Videre, for å søke etter forskningsartikler bruker jeg databasene CINAHL og PubMed. Den tredje funksjonen til PICO er å identifisere begreper og søkeord. Jeg ser etter emneord og tekstord som beskriver termologier relatert til mitt forskningsspørsmål. Her setter jeg også inn inklusjonskriteriene og eksklusjonskriteriene.

Når jeg bruker søkeordene, bruker jeg operatorene «AND» eller og «OR» i søkefunksjonen. «AND» tillater meg å søke etter artikler som har søkeord A og søkeord B, mens operatoren «OR» tillater meg å søke etter artikler som inneholder søkeord A eller søkeord B. Operatoren «AND» gjør søket mer presist. Tabell 3 under, viser søkematriksen jeg brukte og artiklene jeg

fant relevant. Tabellen viser databasen som er søkt i, dato søkt på, søkeord som er brukt og antall treff, avgrensninger som ble gjort på hvert søk, valgte artikler og referanse til valgt artikkel.

Tabell 3: Søkematrise

Database	Dato	Søkeord	Antall treff	Avgrensninger	Valgte artikler
PubMed	27/11-23	((nursing) AND (endometriosis)) AND (care)	58 (nr.5)	Siste 10 år	How Women with Endometriosis Experience Health Care Encounters
CINAHL	28/11-23	"endometriosis" AND "Nurse-patient relations" OR "nursing role"	10	Siste 10 år	The double-edged experience of healthcare encounters among women with endometriosis: A qualitative study
CINAHL	29/11-23	(MH "endometriosis") OR "endometriosis" AND "experience"	335 (nr.8)		Healthcare Providers' Impact on the Care Experiences of Patients with Endometriosis: The Value of Trust
CINAHL	03/01-24	(MH "endometriosis") OR "endometriosis" AND (MH "quality of life" OR "Quality of life" AND "healthcare providers" OR (MH "Patient Centered Care") OR "patient centered care"	11 (nr.8)		Improving clinical care for women with endometriosis: qualitative analysis of women's and health professionals' views
CINAHL	23/03-24	(MH "Endometriosis") OR "endometriosis") AND "encounter" "encounters" "experience" "experiences" "healthcare"	28 (nr.7)	Siste 10 år Academic journal Engelsk som språk	"A protracted struggle" – A qualitative blog study of endometriosis healthcare experiences in Sweden

Valgte artikler

- (1) Pettersson, A. & Berterö, C. M. (2020). How Women with Endometriosis Experience Health Care Encounters. *Womens Health Rep (New Rochelle)*, 1(1), 529-542. <https://doi.org/10.1089/whr.2020.0099>
- (2) Grundström, H., Alehagen, S., Kjølhede, P. & Berterö, C. (2018). The double-edged experience of healthcare encounters among women with endometriosis: A qualitative study. *J Clin Nurs*, 27(1-2), 205-211. <https://doi.org/10.1111/jocn.13872>
- (3) Mikesell, L. & Bontempo, A. C. (2023). Healthcare Providers' Impact on the Care Experiences of Patients with Endometriosis: The Value of Trust. *Health Commun*, 38(10), 1981-1993. <https://doi.org/10.1080/10410236.2022.2048468>
- (4) Rowe, H. J., Hammarberg, K., Dwyer, S., Camilleri, R. & Fisher, J. R. W. (2021). Improving clinical care for women with endometriosis: qualitative analysis of women's and health professionals' views. *Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology*, 42(3), 174-180. <https://doi.org/10.1080/0167482X.2019.1678022>

-
- (5) Grundström, H., Danell, H., Sköld, E. & Alehagen, S. (2020). "A protracted struggle" - a qualitative blog study of endometriosis healthcare experiences in Sweden. *Australian journal of advanced nursing*, 37(4), 20-27. <https://doi.org/10.37464/2020.374.75>
-

Notater: Denne tabellen presenterer søkeprosessen for artikler som ble inkludert i studien. Det ble gjort en grundig vurdering av hvorfor artiklene var aktuelle for denne oppgaven. For nærmere forklaring se vedlegg 8.1.

3.3 Analyse og syntese

Etter å ha valgt ut en seleksjon av artikler som var relevante på bakgrunn av litteratursøket, inklusjonskriteriene, og eksklusjonskriteriene, analyseres de grundig. De ble lest i sin helhet, og i deler for å forstå hva de har gjort og hva de finner. Deretter organiserte jeg artiklene i en litteratormatrise (Vedlegg 8.1). Matrisen gir en oversikt over tittel, hensikt, metode, nøkkelord, utvalg, resultater, relevansen for denne oppgaven, og referanse.

Jeg gjennomførte en syntese med utgangspunkt i litteratormatrisen, og teksten sammensatt etter å ha vurdert, analysert, og tolket artiklene. I syntesen brukte jeg følgende fremgangsmåte. Først, begynte jeg med å lese forskningsartiklene grundig hver for seg. Videre, brukte jeg Aveyards tematiske analysemodell der jeg markerer for å fremheve hva som er relevant for min problemstilling (Aveyard, 2018, s. 141-147). Deretter samlet jeg de ulike delene fra teksten i en tabell under og tematiserte de. Etter dette gikk jeg fram og tilbake for å se om det var dekkende temaoverskrift for innholdet, og om det var noe som passet bedre under andre temaer (Thidemann, 2019, s. 93). Videre så jeg på temaene for å se om det var likheter og forskjeller i materialet og om det var noen felles tema, og for å vurdere om det var noen temaer som hang sammen (Thidemann, 2019, s. 93-94).

3.4 Kildekritikk

Til slutt, i en litteraturstudie er kildekritikk avgjørende for dens integritet og er en fundamental komponent som underbygger studiens troverdighet. Kildekritikk innebærer å vurdere hvilken grad av relevans litteraturen har, til å kunne beskrive og belyse problemstillingen (Trygstad & Dalland, 2020, s. 152). Som tidligere nevnt, for å kvalitetsvurdere artiklene, bruker jeg Helsebiblioteket sine sjekklister (Vedlegg 8.2). Det finnes ulike typer sjekklister, for studier som bruker ulike metoder (Helsebiblioteket, 2016). De kan bli brukt som et verktøy for å kritisk vurdere forskningslitteraturen. Stort sett, fulgte

de inkluderte artiklene IMRaD-strukturen. En struktur som forklarer hvordan en artikkel er oppbygd: introduksjon, metode, resultat, og diskusjon (Trygstad & Dalland, 2020, s. 157). Dette er en struktur jeg bruker selv og som gjør det lett for leser å forstå, og for forfattere å organisere artikler. Jeg anser derfor artiklene inkludert i denne oppgaven som validert og sikker.

4. Resultat

Etter å ha søkt etter artikler i databasene, har jeg identifisert fem artikler som tilfredsstilte kriteriene, og som oppfylte kravene for kvalitetssikring. Artikkelen Grundström, Danell, Sköld og Alehage (2020) er en kvalitativ induktiv studie basert på 16 blogger, hvor de brukte blogginnlegg for å utforske og beskrive kvinners helseerfaringer relatert til endometriose. Artikkelen Pettersson og Berterö (2020) er en kvalitativ meta-syntese som integrerer og tolker eksisterende kvalitative forskningsfunn fra 14 relevante studier, som samlet inkluderer helseerfaringer fra 370 kvinner med endometriose. Artikkelen Grundström, Alehagen, Kjølhede og Berterö (2018) er en kvalitativ studie som anvender en tolkende fenomenologisk tilnærming for å undersøke og beskrive ni svenske kvinners erfaringer med helsetjenester relatert til endometriose. Artikkelen Mikesell og Bontempo (2023) er en kvalitativ studie som bruker et åpent spørsmål fra en stor spørreundersøkelse (N=997) til å studere hvordan helsepersonells handlinger påvirker omsorgserfaringene til pasienter med endometriose. De ser spesielt på hvilken rolle tillit har i interaksjonene mellom pasienter og helsepersonell. Den siste artikkelen av Rowe, Hammarberg, Dwyer, Camilleri og Fisher (2021) har brukt en kvalitativ forskningsmetode for å samle inn data for å sammenligne kvinnenes og helsepersonells oppfatninger av kvaliteten på endometrioseomsorgen, og for å identifisere muligheter for forbedringer. (Vedlegg 8.1)

Basert på syntesen, presenterer jeg resultatene fra artiklene tematisk. Se tabell 4 nedenfor. Totalt ble seks temaer identifisert: 1) Manglende kompetanse; 2) Verdien av kompetanse; 3) Manglende omsorg; 4) Ignorert og oversett; 5) Verdien av å bli sett; 6) En lang og vanskelig prosess. Nedenfor beskriver jeg temaene nærmere.

Tabell 4: Tematisering av artikler

Tema	Artikkel
Manglende kompetanse	(Grundström et al., 2020) (Pettersson & Berterö, 2020) (Grundström et al., 2018) (Mikesell & Bontempo, 2023) (Rowe et al., 2021)
Verdien av kompetanse	(Grundström et al., 2020) (Pettersson & Berterö, 2020) (Mikesell & Bontempo, 2023)
Manglende omsorg	(Mikesell & Bontempo, 2023) (Grundström et al., 2020)
Ignorert og oversett	(Grundström et al., 2020) (Pettersson & Berterö, 2020) (Grundström et al., 2018) (Mikesell & Bontempo, 2023) (Rowe et al., 2021)
Verdien av å bli sett	(Grundström et al., 2020) (Grundström et al., 2018) (Mikesell & Bontempo, 2023)
En lang og vanskelig prosess	(Grundström et al., 2020) (Mikesell & Bontempo, 2023)

4.1 Manglende kompetanse

Felles for alle artiklene var at pasientene opplevde at helsepersonellet manglet tilstrekkelig kompetanse om endometriose. I meta-syntesen Pettersson og Berterö (2020) viser de at pasienter opplevde at helsepersonell avskrev symptomene til å være normal menstruasjon, uten å videre undersøke om det kan være andre årsaker. I en annen studie, Mikesell og Bontempo (2023), beskriver pasientene mangel på kunnskap som inkompetanse, ufaglærte, og uvitende. Det kommer frem at pasientene opplevde at helsepersonell hadde manglende evne til å gjenkjenne symptomer og anbefale passende tester. Kvinnene rapporterte og at de måtte korrigere utdaterte og urealistiske behandlingsforslag med sin egen kunnskap.

I studien Grundström et al. (2018), kommer det frem hvordan kvinnene opplevde møter med helsepersonell som destruktive, og de forklarer hvor ødeleggende det var å møte helsepersonell som avfeide de «skjulte» symptomene som en del av det normale kvinnelivet. Videre, i studien Grundström et al. (2020), beskriver pasientene at helsepersonellet var

ubestemte og at de spredte gamle myter om endometriose. Dette fikk pasientene til opplevde behandlingen som feil, og at deres behov for omsorg ikke ble oppfylt. De forklarer at helsepersonalet viste sin inkompetanse med å stille avvikende spørsmål eller formidle unøyaktig informasjon. Samme problematikk blir beskrevet i Pettersson og Berterö (2020) der kvinnene ble møtt med feilaktige diagnoser, og behandlinger basert på myter når kvinnene foreslo endometriose som mulig diagnose. De ble møtt med nedlatende holdninger og bagatellisering av deres smerter, de avviste smertene som vanlige menstruasjonsmerter og ble feilaktig diagnostisert som mentale lidelser som depresjon. Kvinnene opplevde også en normalisering av symptomene sine fra legenes side, hvor de bagatelliserte symptomene. Noen kvinner måtte selv foreslå hvilken smertelindring de ønsket, og i noen tilfeller måtte kvinnene avvise medisiner for å kunne få en korrekt diagnose av sin smerte. Dette var normaliseringer som bidro til forsinkede diagnoser. Ifølge Rowe et al. (2021) rapporterte kvinnene at fastlegene var ukjente med symptomer på endometriose og var uvitende om når de skulle henvise pasientene videre.

4.2 Verdien av kompetanse

En gjenganger i tre av artiklene var viktigheten av kompetent helsepersonell. I Grundström et al. (2020) beskriver kvinnene møter med helsepersonell hvor de ble oppfattet som kompetente, noe kvinnene beskriver med håp, glede og takknemlighet. De rapporterer å føle seg rolig og trygge når de fikk en forklaring på smertene og symptomene. I en annen studie, Pettersson og Berterö (2020), rapporterte kvinnene møter hvor legene var interessert i problemene deres. De beskriver mindre bekymringspunkt hvis de har et støttende forhold til legen. De oppfattet det som at legen hjalp ved å lytte og ikke utsatt videre henvisning. En kvinne beskriver blant annet at legen ikke var klar over endometriose under første besøk, men hadde lest seg opp før neste møte. I studien Mikesell og Bontempo (2023) vektlegger kvinnene verdien av å finne pålitelig og kompetent helsepersonell. Noen av kvinnene rapporterer at de ikke hadde fått nevnt endometriose fra helsepersonell som en mulig diagnose før de møtte en spesialist.

4.3 Manglende omsorg

I to av artiklene kommer det frem hvordan pasientene er alene i prosessen og må passe på seg selv. For eksempel, i studien Mikesell og Bontempo (2023) rapporterte kvinnene at de måtte være initiativrike, handle forutseende og ta ansvar for sin egen helse i møte med helsevesenet, som de beskriver som utilstrekkelig. De rapporterte å måtte stå opp for seg selv, foreslå endometriose som en mulig diagnose, aktivt søke etter og foreslå behandlingsalternativer som helsepersonell ikke hadde vurdert. Noen av kvinnene anerkjente ironien i å måtte kjempe på egne vegne for å oppsøke helsehjelp som de ser på som mangelfull. Kvinnene måtte ta på seg rollen som egne talspersoner, lese seg opp på tilstanden. Og de overvåket kompetansen til helsepersonellet, for å sikre seg at helsepersonellet hadde nok kunnskap til å kunne behandle dem. En kvinne forteller hun diagnostiserte seg selv og insisterte på behandling, til tross for legens skepsis. Det kommer også frem hvordan noen kvinner fokuserte på egenomsorg og betydningen av å finne pålitelig helsepersonell, og søkte etter helsepersonell med nødvendig fagkunnskap og en vilje til å vise medfølelse og forståelse. For noen betydde dette å trekke seg ut av helsevesenet, mens andre beskriver å navigere seg videre i systemet.

I studien Grundström et al. (2020) beskriver kvinnene det som en spesielt vanskelig kamp når det gjaldt akutte smerter. De beskriver også opplevelser som negativ respons fra helsepersonell, følelser av ensomhet, krenkelse og vantro. Mens andre kvinner beskriver de ble hjemme og forsøkte å utholde ekstrem smerte i stedet for å søke hjelp, på bakgrunn av frykt for å risikere et møte med et kaldhjertet helsepersonell.

4.4 Ignorert og oversett

I alle artiklene kommer det frem hvordan kvinner opplever å ikke bli tatt seriøst i møte med helsevesenet. I studien Pettersson og Berterö (2020) beskriver kvinnene at de følte ingen i helsevesenet tok problemene deres seriøst. Ubehaget deres ble bagatellisert eller fullstendig ignorert, og de ble møtt med leger med holdninger om at symptomene var en del av å være kvinne. Det samme blir beskrevet i Grundström et al. (2018), der kvinnene møtte holdninger som at de innbilte seg eller overdrev symptomer eller at de hadde lav smerteterskel. De rapporterte også om å måtte overbevise helsepersonell om hvordan det egentlig var og

måtte prøve hardt for å bli trodd. Også i Rowe et al. (2021) beskriver kvinnene et liv preget av utholdenhet og overlevelse gjennom mange år med kontakt med helsevesenet, og så på seg selv som «endo-krigere». Kvinnenes symptomer ble møtt med skepsis, og beskriver ufølsomme og nedsettende holdninger, skam og stigma. Lignende ble rapportert i Grundström et al. (2020), forklarer kvinnene at de fikk høre at de innbilte seg eller overdrev smerten sin. De nevner også at de måtte be om omsorg, og følte de måtte tigge for å få ordentlig smertelindring. De ble møtt med ord som «om et øyeblikk» eller «snart», noe som var uakseptabelt og fikk dem til å føle seg glemt eller etterlatt. Lignende funn blir presentert i Mikesell og Bontempo (2023) hvor kvinnene rapporterte bekymringer knyttet til helsepersonellens troverdighet. Hvor kvinnene følte at symptomene og opplevelsene ble normalisert, minimert, ignorert og avvist. De nevner at symptomene ikke ble anerkjent som ekte, avfeid som uviktige, og at symptomene deres ikke ble behandlet som legitime. Det ble også rapportert at de følte seg ugyldiggjort, avvist, ignorert eller ikke trodd. De beskriver helsepersonell som ufølsom, likegyldig, ikke hensynsfull, frekk og sårende.

I studien til Grundström et al. (2020) rapporterer noen kvinner at de var så misfornøyde at de anklaget helsepersonellet for umenneskelig behandling og for å ikke ha fått respektert sine rettigheter til forsvarlig omsorg. Kvinnene beskriver at helsepersonell betraktet smertene som fysisk ufarlige, siden smerter under menstruasjon er noe «normalt». Det var faktisk så ekstremt at en kvinne uttrykte at mangelen på tillit og tro på helsepersonell hadde ført til sykehusforbi.

I Grundström et al. (2018) prøvde helsepersonellet å finne en enkel forklaring på problemene. Dersom symptomene ikke forsvant, ble de bagatellisert av helsepersonellet, selv om de visste det var unormalt og krevde medisinsk oppmerksomhet. Kvinnene beskriver også at symptomene deres ikke ble anerkjent og behovene for helsehjelp ble ikke møtt. Samme problematikk kommer fram i Pettersson og Berterö (2020). Kvinnene nevner at problemene deres vekket lite interesse og ikke førte til videre undersøkelse. De ble fortalt at de måtte ta smertestillende og leve som normalt. Legenes tilnærming beskrives som støtende og noen ganger anklagende. Kvinnene forklarer at de ikke blir henvist videre til undersøkelser og behandling siden symptomene ikke ble tatt på alvor.

4.5 Verdien av å bli sett

I tre av artiklene kommer det frem hvor viktig det var for kvinner å bli sett og anerkjent av helsepersonellet. For eksempel, i Grundström et al. (2020) og Grundström et al. (2018) la kvinnene stor vekt på å bli sett, anerkjent og bekreftet av helsepersonellet. I studien Grundström et al. (2020) beskriver noen av kvinnene å bli sett som et individ og ikke som en kropp eller som et objekt, noe som var en stor faktor for en positiv helseopplevelse. Kvinnene uttrykte også takknemlighet og følte glede når de ble lyttet til, stilt de rette spørsmålene, støttet og anerkjente deres symptomer og smerter. De beskriver også takknemmelighet for at helsepersonellet var engasjerte og interesserte.

Kvinnene i Grundström et al. (2018) kunne uttrykke hvordan de følte seg uten å bli dømt, kunne slappe av, og ikke overbevise helsepersonellet om symptomene sine. De følte seg mindre eksponert når de snakket om personlige ting, og ved den fysiske eksponeringen under undersøkelser. En viktig del av å bli anerkjent var når helsepersonellet hadde en instinktiv evne til å forstå hvilken type person kvinnene var. Det blir beskrevet at helsepersonell som hadde størst sannsynlighet for å få kvinnene til å føle seg sett hadde høy sosial kompetanse og god pedagogisk evne, i tillegg til god kunnskap om endometriose. Kvinnene forklarer at de merket at gode sosiale ferdigheter ofte gikk hånd i hånd med god pedagogisk evne. De opplevde at livene deres kunne bli positivt forbedret om helsepersonell formidlet nyttig informasjon og kunnskap. De beskriver å bli veiledet til å kunne uttrykke sine følelser verbalt, noe som førte til at selvfølelsen vokste, da de fikk verktøyene til å gjøre symptomene synlige for helsepersonellet. Imidlertid opplevde de mangel på tillit og støtte når helsepersonellet ikke hadde de nødvendige ferdighetene.

I Mikesell og Bontempo (2023) fastslo kvinnene en direkte sammenheng mellom kompetanse og tillit i deres vurdering av helsepersonell som tilretteleggere for omsorg. De gikk så langt som å beskrive helsepersonell som livreddende og livsendrende. Studien viser at avvisende atferd fra helsepersonell kan utgjøre en betydelig barriere for omsorgen til kvinnene, og om helsepersonellet oppleves som lite kompetente kan tilliten til helsevesenet svekkes ytterligere. Derimot, om den manglende kompetansen var teknisk, så kunne handlinger av tillit påvirke deres omsorgsopplevelser positivt.

4.6 En lang og vanskelig prosess

En fellesnevner i to av artiklene er pasientenes opplevelse av en lang, vanskelig og kontinuerlig prosess i endometrioseomsorgen. For eksempel, i Gundstöm et al. (2020) kommer det fram at kvinnene måtte oppsøke helsevesenet gjentatte ganger og at de møtte både organisatoriske og personlige barrierer. Samme problematikk blir beskrevet i studien Mikesell og Bontempo (2023) hvor noen av kvinnene rapporterte helsepersonell som en barriere for å få helsehjelpen de trenger. Barrieren kommer blant annet til uttrykk når en av pasientene nevner at hun ikke har en nåværende lege på grunn av negative erfaringer, og når de opplever det som en vanlig utfordring å samhandle med helsepersonell (Mikesell & Bontempo, 2023).

Kvinnene i Gundstöm et al. (2020) beskriver en mangel på kontinuerlig kontakt med helsepersonell og når de først fikk kontakt møtte de ofte nytt helsepersonell, som ledet til følelser av å være eksponert og sårbar. De beskriver de gjentatte ganger måtte fortelle nye mennesker om livshistoriene sine og gi dem detaljert og sensitiv informasjon om private områder. Dette førte til at kvinnene ble ført tilbake til tidligere perioder i livet deres, og tilbake til kampene de måtte holde ut i fortiden for å komme dit de var i dag. Når de returnerte tilbake til utgangspunktet fikk noen følelsen av håpløshet og fortvilelse. Derimot når det var kontinuitet i kontakten med helsepersonell, følte kvinnene seg ofte trygge og sikre, og kampen om å søke omsorg ble mindre.

5. Diskusjon

I dette kapitlet blir teori og resultatene diskutert opp mot hverandre, og knyttet til relevante retningslinjer og lovverk, for å besvare problemstillingen. Først blir betydningen av kompetanse hos helsepersonell diskutert. Deretter diskuterer jeg rollen av å bli sett og omsorg, og til slutt diskuterer jeg pasientenes vanskelige møte med helsevesenet.

5.1 Betydningen av kompetanse hos helsepersonell

I resultatkapitlet kommer det fram at helsepersonellets kompetanse har en sentral rolle i pasientenes opplevelse i møte med endometrioseomsorgen. På den ene siden oppfattes det at helsepersonell har manglende kompetanse. Det kommer til uttrykk ved at helsepersonellet mangler evnen til å gjenkjenne symptomer og anbefale passende tester (Mikesell & Bontempo, 2023), og stiller avvikende spørsmål og formidler unøyaktig informasjon, sprer gamle myter om endometriose og er ubesluttsomme (Grundström et al., 2020; Pettersson & Berterö, 2020). På den andre siden kommer verdien av kompetanse frem, kvinnene beskrev at de oppfattet helsepersonellet som kompetente, og dermed fikk håp, glede og var takknemmelige. De følte seg trygg og rolig når de fikk forklaringer på symptomene sine (Grundström et al., 2020). Dette viser at kvinnene legger stor vekt på kompetansen til helsepersonellet, og at det hadde en stor påvirkning på hvordan de oppfattet møtet med dem, og at kvinner har et behov for å bli sett, hørt og forstått. Dette samsvarer med at pasientene oppfattet helsepersonellet som kompetent når de følte seg hørt og sett om sine bekymringer.

Den manglende kompetansen står i kontrast til de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere, og kan stride mot kravet om å være faglig forsvarlig. Retningslinjene forteller at en sykepleier selv er ansvarlig for at egen praksis er faglig, juridisk og etiske forsvarlig (Norsk Sykepleierforbund, 2023, kap. 2). Det viser at de skal handle forsvarlig etter egen kompetanse, kjenne egne grenser og vite når kunnskapen og ferdighetene ikke strekker til for å gi den hjelpen som er behov for. Dette kan være noe pasientene opplever som manglende under møtene, da de oppfatter at helsepersonellet ikke har kompetansen som er nødvendig. Arbeidet som utføres skal samsvare med kravet til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp ut fra helsepersonellets kvalifikasjoner, situasjon og arbeidets karakter

(Helsepersonelloven – hpl, 1999, §4). For at hjelpen skal være omsorgsfull må den være preget av respekt, innlevelse, omtanke og vennlighet, og man skal opptre slik at pasientens verdighet og behov for trygghet er dekket (Molven, 2019, s. 153). Noe som er manglende i situasjonene hvor kompetansen og måten de blir møtt på ikke er som forventingene når man søker helsehjelp. Slik som da de ble møtt med nedlatende holdninger og bagatellisering av smertene, opplevde avvisning og fikk stilt feilaktige diagnoser. Men som på andre siden oppfylles dersom helsepersonellet har den nødvendige kompetansen. Kompetanse er dessuten et viktig tiltak for å øke pasientsikkerheten og kvaliteten generelt (Helsedirektoratet, 2021, kap 7.4). God kvalitet på omsorgen kjennetegnes ved at den er kunnskapsbasert, trygg, sikker, rett prioritert, brukerinvolverende og rettferdig fordelt (Norsk Sykepleierforbund, 2022, s. 5). Det er også viktig å møte denne pasientgruppen med tilstrekkelig med kunnskap da kvinnene kan erfare sterke smerter, og være utsatt for infertilitet og trenger laparoskopi for å fastslå en endelig diagnose (Jerpseth, 2022, s. 198; Moen & Ellingsen, 2015, s. 270-271; Wyller, 2019, s. 757). Noe som understreker viktigheten av kunnskap og å kunne møte pasientene på en omsorgsfull måte.

Ifølge Travelbee kan kompetanse i det innledende møtet bidra til at sykepleieren kan skape et trygt og informativt første møte, hvor pasientenes behov og bekymringer blir møtt med forståelse, profesjonalitet og faglighet (Travelbee, 1971/1999). Derimot kan manglende kunnskap gjøre det vanskelig for sykepleierne å fasilitere de fem fasene og danne relasjon, noe som vil vises i interaksjonene, noe som kan bli overflatisk og avhumaniserte. Det kan bidra til at sykepleiere ikke fullt ut anerkjenner pasientenes unike erfaringer og lidelser, noe som kan føre til en barriere når de skal danne det tillitsfulle forholdet. Den manglende kompetansen kan føre til at sykepleier mister viktige signaler fra pasientene, som kan være viktig for å etablere en relasjon. Det samme gjelder under fremveksten av identiteter, hvor sykepleiere trenger forståelse av pasientenes tilstand for å kunne anerkjenne og validere deres erfaringer og identitet, noe som blir vanskelig å oppnå uten tilstrekkelig kompetanse. Derimot med tilstrekkelig kompetanse kan det bidra til at sykepleiere kan anerkjenne og respektere pasientenes unike erfaring med sykdommen, noe som støtter og fremmer den individuelle behandlingen.

Relasjoner med manglende tillit kan føre til problematikk når det skal dannes en dypere empatisk forbindelse, da sykepleieren ikke evner å sette seg inn i hva pasienten føler og opplever. Kompetanse gir godt grunnlag for videre utvikling av empati, ved å forstå de psykiske og fysiske belastningene sykdommen kan forårsake, og for å tilrettelegge bedre støtte. Manglende forståelse for hva endometriose er, kan bidra til at sykepleiere sliter med å delta sympatisk og dermed slite med å hjelpe pasientene gjennom deres helseutfordringer. Ifølge teorien må medfølelse omsettes til intelligente, konstruktive sykepleiehandlinger, sykepleieren må ønske å hjelpe og vite hva som kan gjøres, og ha kunnskap og ferdigheter som trengs i sykepleieprosessen (Travelbee, 1971/1999). Sykepleiere med god kunnskap om sykdommen kan være bedre utrustet til å vise sympati og medfølelse som kan føles genuint. De kan dermed samarbeide tett med pasienten for å imøtekomme deres behov og sikre at pasienten føler seg sett, hørt og verdsatt i omsorgen de mottar. Noe som vil bidra til at de kan gå videre til neste fase (Travelbee, 1971/1999).

En forutsetning for den siste fasen er at partene har gått igjennom de andre fasene, og kan bli vanskelig å oppnå uten tilstrekkelig kompetanse. Den krever en inngående forståelse av sykdommen, slik at støtten som gis samsvarer med pasientens faktiske erfaringer (Travelbee, 1971/1999). Kompetansen kan bidra til bedre utfall for pasienten og gi bedre omsorg. Når sykepleiere navigerer seg gjennom de fem fasene med kompetansen i bakhånd kan det bidra til en effektiv og personlig tilpasset relasjon mellom sykepleier og pasient.

5.2 Rollen av å bli sett og omsorg

Resultatkapittelet viser det å bli sett og omsorg er høyt verdsatt av pasientene i møte med helsevesenet. Det kommer frem at pasientene føler seg alene i møtet og må ta ansvar for egen helse, som inkluderte å stå opp for seg selv, være sine egne talspersoner og kjempe for tilgang på helsehjelp (Grundström et al., 2020; Mikesell & Bontempo, 2023). Kvinnene la stor vekt på å bli sett, anerkjent og bekreftet av helsepersonell. De som ble det, fikk en positiv opplevelse av helsetjenesten, spesielt når de ble lyttet til, stilt de riktige spørsmålene, støttet og anerkjent for smertene og symptomene sine (Grundström et al., 2018; Grundström et al., 2020; Mikesell & Bontempo, 2023). Omsorgen noen av kvinnene mottok var preget av ufølsomme og negative holdninger, som inkluderte å avfeie symptomene deres som en del

av å være kvinne, antyde at de innbilte seg eller at de hadde lav smerteterskel. De opplevde også å ikke bli tatt seriøst i møtet, noe som handlet om at problemene deres ble bagatellisert eller fullstendig ignorert (Grundström et al., 2018; Grundström et al., 2020; Mikesell & Bontempo, 2023; Pettersson & Berterö, 2020; Rowe et al., 2021). Den avvisende atferden kunne oppfattes som en betydelig barriere for omsorgen, og dersom de opplevde helsepersonellet som lite kompetent kunne tilliten til helsevesenet svekkes ytterligere (Mikesell & Bontempo, 2023). På den andre siden, dersom kvinnene oppfattet omsorgen som positiv, kunne de uttrykke seg om hvordan de følte seg uten å bli dømt og slapp å overbevise helsepersonellet om symptomene sine. De følte seg mindre eksponert og følte at helsepersonellet forsto hvilken type personer de var. Kvinnene beskrev økt selvfølelse når helsepersonell ga dem verktøyene til å uttrykke følelsene sine verbalt. De omtalte også helsepersonellet som livreddende og livsendrende (Grundström et al., 2018; Mikesell & Bontempo, 2023). Dersom helsepersonellet manglet denne evnen, kunne de følte på en mangel på tillit og støtte (Grundström et al., 2018).

Pasientenes opplevelse av å ikke bli møtt på en tilfredsstillende måte når de oppsøkte helsehjelp strider imot pasient- og brukerrettighetsloven. Den under understreker at pasientene har rett på øyeblikkelig og nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten og helse- og omsorgstjenester fra kommunen (Pasient- og brukerrettighetsloven – pbrl, 1999, §2-1 a og §2-1 b). Det vises også når de uttrykker at de heller blir hjemme og forsøker å holde ut den ekstreme smerten enn å søke hjelp, da de ikke ville møte på kaldhjertede personell, og synes det var vanskelig å snakke om akutte smerter (Grundström et al., 2020).

God sykepleie er i tråd med retningslinjene, som sier å involvere brukeren, gi innflytelse, respektere pasientens integritet og ikke utnytte pasientens sårbarhet (Norsk Sykepleierforbund, 2023, kap. 1, avsn. 2 og 1.5). Dette oppnås ikke i møtene beskrevet i resultatkapittelet. Der det blant annet kommer fram at de ikke blir møtt med respekt, siden symptomene ikke blir tatt seriøst, problemene vekket lite interesse. Dette førte heller ikke til videre undersøkelser, og de måtte be om å ta smertestillende og måtte leve som normalt (Pettersson & Berterö, 2020). Dette står i kontrast til retten de har til å medvirke i blant annet tilgjengelige og forsvarlige tjenesteformer, undersøkelses- og behandlingsmetoder, og

det skal også legges stor vekt på hva pasientene mener (Pasient- og brukerrettighetsloven – pbrl, 1999, §3-1).

Ifølge Travelbee sin teori er det avgjørende å skape en dyp, empatisk forbindelse for å tilby en omsorg som dekker pasientenes behov (Travelbee, 1971/1999). For at pasienten skal føle seg sett og få omsorg må det skapes en relasjon som gjør at pasienten føler seg trygg, forstått og ivaretatt. Når pasientene ikke føler dette og mottar utilstrekkelig omsorg bryter det med Travelbee (Travelbee, 1971/1999). Hun understreker at det positive første møtet er viktig for å bygge tillit, da er negative holdninger og bagatellisering av symptomene et hinder for etablering av et tillitsfullt forhold. Hun poengterer også at pasienter skal møtes som unike individ, noe om ikke blir oppfylt ved antakelsen om at de overdriver, noe som videre hindrer forståelsen av deres individuelle smerteopplevelse. Dette viser at pasientene ikke blir sett som unike individ og heller ikke blir møtt med forståelsen de håpte på. Dersom sykepleieren ikke er i stand til å gå ut over seg selv kan det føre til overflatisk interaksjon og «halvveis hjelp». I henhold til teorien er det avgjørende å anerkjenne og støtte pasientene for å etablere en god relasjon (Travelbee, 1971/1999). Når pasientene føler seg sett og forstått fremmes tilliten og den gjensidige respekten, noe som er med på å lette navigeringen gjennom de ulike fasene og er med på å skape en meningsfull relasjon. Teorien krever at sykepleiere forstår pasientenes erfaringer (Travelbee, 1971/1999), da pasientene blir ignorert og smertene undervurdert, blir det en direkte barriere for å utvikle en empatisk forståelse. Sympati og medfølelse kan heller ikke oppnås dersom pasientenes symptomer ikke blir tatt på alvor. Sympati kunne bidratt til at pasienten kunne delt sin fortvilelse og byrde, og dermed kunne fått en økt følelse av å bli sett og hørt. Den gjensidige forståelsen mellom pasient og sykepleier blir vanskelig å oppnå når sykepleier handler ut ifra fordommer eller misforståelser av kvinnene sine tilstander. For å forbedre forholdet mellom dem, må sykepleieren trene på å anerkjenne og utfordre fordommene og de negative holdningene de har. Dermed kan sykepleier være med på å danne et genuint menneske-til-menneske-forhold (Travelbee, 1971/1999).

5.3 Pasientens vanskelige møte med helsevesenet

Funnene i resultatkapittelet viser at kvinnene har en opplevelse av endometrioseomsorgen som en lang og vanskelig prosess. De oppsøkte helsevesenet gjentatte ganger og møtte både organisatoriske og personlige barrierer (Grundström et al., 2020; Mikesell & Bontempo, 2023). Noen kvinner oppfattet det som en vanlig utfordring å samhandle med helsepersonell (Mikesell & Bontempo, 2023). Dette kan tyde på at de ikke fikk hjelpen de forventet når de oppsøkte helsevesenet, men viser også at de ikke ga opp håpet og kjempet videre for å finne pålitelig hjelp. De opplevde mangel på kontinuitet og møtte stadig nytt helsepersonell, noe som førte til følelser av å være eksponert og sårbar. Da de derimot opplevde kontinuitet, følte kvinnene seg trygge og sikre, og kampen ble mindre (Grundström et al., 2020). Dette viser at kontinuitet, og å møte samme personell gjentatte ganger kan ha en positiv effekt på pasientene. Dette samsvarer med hva god sykepleie kjennetegnes av, som er å være samordnet og preget av kontinuitet. Sykepleiere er viktige bidragsyttere for å ivareta helhet og kontinuitet overfor pasientene (Kirkevold, 2021, s. 327). Kontinuitet i relasjon mellom helsepersonell og pasient er dessuten positivt for helse (NOU: 5, 2023, s. 15).

Kontinuiteten i omsorgen og stadig måtte forholde seg til nytt personell påvirker hvor effektivt menneske-til-menneske-forholdet utvikler seg. Fasene i Travelbee sin teori krever tid, kontinuitet og forståelse for å utvikle et tillitsfullt og meningsfullt forhold (Travelbee, 1971/1999). Siden pasientene ofte møter nytt personell kan det føre til at det blir vanskelig å etablere en åpen og trygg kommunikasjon ved det første møtet, og det kan bli vanskelig å oppnå den genuine forståelsen for pasientens opplevelse. Dersom kontinuitet ikke er til stede kan det føre til at fasen blir preget av usikkerhet.

Neste fase, framvekst av identiteter blir også forstyrret ved møte av nytt personell gjentatte ganger, som også gjør det vanskelig å etablere gjensidig respekt. Det kan føre til at de ikke ser hverandre som et unikt individ og ikke klarer å etablere tilknytning til den andre parten. Mangel på kontinuitet kan også føre til at det blir vanskelig for dem å forstå hverandres roller og identiteter, som igjen kan gi pasientene følelsen av å ikke bli sett eller forstått. Å gjentatt møte nytt helsepersonell skaper en barriere for utviklingen av empati, da det ikke blir rom for sykepleier til å forstå pasientenes opplevelser. Uten kontinuitet blir det vanskeligere for pasienten å oppleve støtte og omsorg som sympati innebærer.

Kontinuiteten er med på å gjøre det mulig å utvikle forståelse for pasientens situasjon og for å skape følelsen av trygghet og tillit hos pasienten. I fasen om gjensidig forståelse og kontakt kan relasjonen bli overflatisk dersom det er mangel på kontinuitet (Travelbee, 1971/1999).

Møtene kan påvirkes når det ikke er nok tid til pasientene, og sykepleiere føler på tidspress, og de ikke får nok tid til å gjennomføre oppgavene de har foran seg (Lied et al., 2021, s. 245-246). Dette kan påvirke pasientene og møtene negativt, da sykepleierne opplever å ikke ha nok tid til å møte de på den måten de ønsker. Noe som igjen kan gå utover pasienters oppfatning av sykepleierne, da de kan bli oppfattet som at de ikke tar seg tid til dem. Sykepleieres tid er viktig for omsorgen som gis og for pasientenes trygghet, informasjonsgiving og pasientsikkerheten (Lied et al., 2021, s. 250). Omsorgen som gis er dermed forbundet med tiden som er til gode, og det handler om å ta seg tid til å se, lytte og forstå pasientene. Tidspresset kan påvirke sykepleieutøvelsen negativt, som kan gi sykepleierne en følelse av utilstrekkelighet. Dette er viktig å vite om og tas hensyn til, da det som sagt kan påvirke evnen deres til innlevelse og forståelse av pasientenes situasjon, som igjen er viktig for pasientsikkerheten og kvaliteten på omsorgen (Lied et al., 2021, s. 250).

6. Konklusjon

I denne oppgaven har jeg undersøkt hvordan pasienter med endometriose opplever møtet med helsevesenet. Ved å gjennomgå flere forskningsartikler fant jeg ut at de har ulike oppfatninger av møtene. Jeg har kategorisert seks ulike temaer som går igjen i pasientenes møter. De opplever manglende kompetanse, verdien av kompetanse, manglende omsorg, ignorert og oversett, verdien av å bli sett og en lang og vanskelig prosess.

Det kommer fram at sykepleiere og annet helsepersonell ikke leverer slik de skal i møte med pasienter i endometrioseomsorgen. Manglende kompetanse reduserer kvaliteten på omsorgen, og tilstrekkelig kunnskap er nødvendig for å yte omsorgen som pasientene trenger. Pasientene opplevde blant annet negative holdninger, bagatellisering og normalisering av smertene sine, som fikk dem til å vedsette å bli sett og omsorg i møtene. Pasientene opplevde også endometrioseomsorgen som lang og vanskelig prosess, med mangel på kontinuitet og å stadig møte nytt personell. Kontinuitet og å møte samme helsepersonell kan positivt påvirke pasientenes opplevelse, og sikre at de blir godt mottatt og at deres behov blir imøtekommet. Sykepleiere spiller en viktig rolle i møtet, og deres tid er viktig for omsorgen som gis. Det er viktig å få pasientene til å føle seg sett og forstått. Sykepleiere trenger kompetanse om endometriose for å handle faglig forsvarlig, og for å gi pasientene omsorgen de trenger og har krav på. Det er dessuten viktig tiltak for å øke pasientsikkerheten og kvaliteten generelt.

Sykepleieteorien brytes gjentatte ganger i møtene. Manglende kunnskap fører blant annet til at det kan være vanskelig å fasilitere de fem fasene, mens tilstrekkelig kompetanse fører til et bedre utgangspunkt for å danne en relasjon. Negative holdninger og bagatellisering av symptomene blir et hinder for etableringen av et tillitsfullt forhold, og et positivt første møte er viktig for å bygge tillit. For å forbedre relasjonen, må sykepleieren trene på å anerkjenne og utfordre fordommene og de negative holdningene. Det kreves tid, kontinuitet og forståelse for å oppnå fasene, og for å danne et menneske-til-menneske-forhold.

Videre, viser denne oppgaven til flere punkter som ny forskning kan undersøke nærmere. Et av punktene er for eksempel fagutvikling og kompetanseheving, samt et behov for å se

utførselen av sykepleien til pasienter med endometriose. Selv om denne oppgaven fremhever viktigheten av kompetanseheving, så er det behov for å forstå bedre hvordan dette kan gjennomføres.

7. Referanseliste

- Aveyard, H. (2018). *Doing a Literature Review in Health and Social Care: A Practical Guide* (4. utg.). Maidenhead: McGraw-Hill Education.
- Bergsjø, P. & Flo, K. (2015). Kapittel 2: Anatomi. I K. Molne, B.-I. Nesheim, J. M. Maltau & P. Bergsjø (Red.), *Obsterikk Og Gynekologi* (3. utg., s. 35-43). Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg.). Gyldendal.
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2015). *Att göra systematiska litteraturstudier : värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning* (4. utg.). Natur & kultur.
- Ghai, V., Jan, H., Shakir, F., Haines, P. & Kent, A. (2020). Diagnostic delay for superficial and deep endometriosis in the United Kingdom. *Journal Of Obstetrics Gynaecology*, 40(1), 83-89. <https://doi.org/10.1080/01443615.2019.1603217>
- Grundström, H., Alehagen, S., Kjølhede, P. & Berterö, C. (2018). The double-edged experience of healthcare encounters among women with endometriosis: A qualitative study. *Journal of clinical nursing*, 27(1-2), 205-211. <https://doi.org/10.1111/jocn.13872>
- Grundström, H., Danell, H., Sköld, E. & Alehagen, S. (2020). "A protracted struggle" - a qualitative blog study of endometriosis healthcare experiences in Sweden. *Australian journal of advanced nursing*, 37(4), 20-27. <https://doi.org/10.37464/2020.374.75>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2023). *Kvinnehelse skal løftes*. Regjeringen. Hentet 24.04 fra <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/kvinnehelse-skal-loftes/id3015108/>
- Helsebiblioteket. (2016, 17.09.21). *Sjekklistor*. Helsebiblioteket. Hentet 03.03 fra <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no/4.kritisk-vurdering/4.1-sjekklistor>
- Helsedirektoratet. (2021). *Behovet for sykepleiere med klinisk breddekompetanse i sykehus – Faglige og tjenestemessige behov*. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/behovet-for-sykepleiere-med-klinisk-breddekompetanse-i-sykehus--faglige-og-tjenestemessige-behov>
- Helsenorge. (2021). *Endometriose*. Hentet 15.10 fra <https://www.helsenorge.no/sykdom/underliv/endometriose/>
- Helsepersonelloven – hpl. (1999). *Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)* Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

- Hodnefjell, L., Myrhagen, I. Ø. & Olsen, M. V. (2022). *Hvordan kan sykepleiere bidra til å fremme helse i møte med pasienter med endometriose?* [Bacheloroppgave, NTNU: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet]. NTNU Open. <https://hdl.handle.net/11250/3004131>
- Holck, P. (2024). *bukhinnen*. Store medisinske leksikon. Hentet 25.04 fra <https://sml.snl.no/bukhinnen>
- Husby, G. K., Haugen, R. S. & Moen, M. H. (2003). Diagnostic delay in women with pain and endometriosis. *Acta Obstetrica Gynecologica Scandinavica*, 82(7), 649-653. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0412.2003.00168.x>
- Jerpseth, H. (2022). Kapittel 23: Sykepleie ved gynekologiske sykdommer. I R. Grønseth & D.-G. Stubberud (Red.), *Klinisk sykepleie Bind 2* (6. utg., s. 183-217). Gyldendal.
- Kirkevold, M. (2021). Kapittel 8: Pasientsikkerhet, kvalitet og kvalitetsutvikling i sykepleie. I G. H. Grimsbø, E.-A. Skaug, S. A. Steindal & N. J. Kristoffersen (Red.), *Grunnleggende Sykepleie 1: Fag og profesjon* (4. utg., s. 319-364). Gyldendal.
- Kristoff, A. (2022). Kapittel 19: Sykdommer i kvinnelige kjønnsorganer. I E. Bach-Gansmo & S. Ørn (Red.), *Sykdom og behandling* (3. utg., s. 401-417). Gyldendal.
- Kristoffersen, N. J. (2021). Kapittel 6: Sykepleiefagets teoretiske utvikling - en historisk reise I G. H. Grimsbø, E.-A. Skaug, S. A. Steindal & N. J. Kristoffersen (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1: fag og profesjon* (4. utg., s. 225-288). Gyldendal.
- Kvia, T. T. (2020). *Hvordan påvirker endometriose livskvaliteten til kvinner, og hvordan kan sykepleiere på en best mulig måte møte denne pasientgruppen?* [Bacheloroppgave Høgskulen På Vestlandet]. HVL open. <https://hdl.handle.net/11250/2654885>
- Lied, I. B., Lindgren, M. L. & Helberget, L. K. (2021). Tidspress blant sykepleiere kan påvirke kvalitet og pasientsikkerhet: en systematisk review. *Klinisk sykepleie*, 35(3), 242-254. <https://doi.org/10.18261/issn.1903-2285-2021-03-05>
- Majak, G. B., Ringen, I. M., Veddeng, A., Langeland, K., Alvirovic, J., Omtvedt, M. & Aas-Eng, K. (2023). *Endometriose*. Norsk Gynekologisk Forening. Hentet 25.04 fra <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-gynekologi/endometriose/>
- Mikesell, L. & Bontempo, A. C. (2023). Healthcare Providers' Impact on the Care Experiences of Patients with Endometriosis: The Value of Trust. *Health Communication*, 38(10), 1981-1993. <https://doi.org/10.1080/10410236.2022.2048468>

- Moen, M. H. (2015). Kapittel 22: Blødningsforstyrrelser og menstruasjonsplager. I K. Molne, B.-I. Nesheim, J. M. Maltau & P. Bergsjø (Red.), *Obsterikk Og Gynekologi* (3. utg., s. 237-248). Gyldendal Akademisk.
- Moen, M. H. & Ellingsen, I. B. (2015). Kapittel 25: Endometriose. I K. Molne, B.-I. Nesheim, J. M. Maltau & P. Bergsjø (Red.), *Obstetrikk og gynekologi* (3. utg., s. 268-272). Gyldendal akademisk.
- Moen, M. H., Majak, G. B., Ringen, I. M. & Veddeng, A. (2021). *Se opp for endometriose*. Tidsskriftet Den norske legeforening. Hentet 07.12 fra <https://tidsskriftet.no/2021/06/kronikk/se-opp-endometriose>
- Molven, O. (2019). *Sykepleie og jus* (6. utg.). Gyldendal.
- Norsk Sykepleierforbund. (2022). *Forsvarlighet - Om faglig kompetent og omsorgsfull sykepleie*. https://www.nsf.no/sites/default/files/2022-11/Faglig_forsvarlighet_2022.pdf
- Norsk Sykepleierforbund. (2023). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet 25.04 fra https://www.nsf.no/sites/default/files/2024-01/nsf-1361841-v1-ny_pdf_til_nettsidene_-_yrkesetiske_retningslinjer_for_sykepleiere.pdf
- NOU: 5. (2023). *Den store forskjellen*. Regjeringen. <https://www.regjeringen.no/contentassets/7e517da84ba045848eb57d4e3d89acc3/no/pdfs/nou202320230005000dddpdfs.pdf>
- Olaisen, F. E. E. & Windsrygg, S. (2023). *Hvordan kan sykepleier fremme helse til kvinner med endometriose?* [Bacheloroppgave, NTNU: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet]. NTNU Open. <https://hdl.handle.net/11250/3079405>
- Pasient- og brukerrettighetsloven – pbrl. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)* Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Pettersson, A. & Berterö, C. M. (2020). How Women with Endometriosis Experience Health Care Encounters. *Womens Health Rep (New Rochelle)*, 1(1), 529-542. <https://doi.org/10.1089/whr.2020.0099>
- Rowe, H. J., Hammarberg, K., Dwyer, S., Camilleri, R. & Fisher, J. R. W. (2021). Improving clinical care for women with endometriosis: qualitative analysis of women's and health professionals' views. *Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology*, 42(3), 174-180. <https://doi.org/10.1080/0167482X.2019.1678022>

- Sørnes, M. J. & Keltie, C. (2019). *Endometriose – om noen bare kunne forstå* [Bacheloroppgave, Høgskulen På Vestlandet]. HVL Open. <http://hdl.handle.net/11250/2607492>
- Thidemann, I.-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Torp, A., Ørbeck, I. B. & Maanum, H. L. (2024). *Kvinner med endometriose sine erfaringer i møte med helsevesenet* [Bacheloroppgave, NTNU: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet]. NTNU Open. <https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/bitstream/handle/11250/3125152/no.ntnu%3Ainspera%3A155555788%3A50479434.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (K. M. Thorbjørnsen, Overs.). Universitetsforlaget. (Opprinnelig utgitt 1971)
- Trygstad, H. & Dalland, O. (2020). Kapittel 7: Kunnskapskilder og Kildekritikk. I *Metode og oppgaveskriving* (7. utg., s. 139-166). Gyldendal.
- World Health Organisation. (2024). GA10 Endometriosis. I *ICD-11 International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics*. Hentet 24.04.2024 fra <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#1838213761>
- Wyller, V. B. B. (2019). *Syk: mikrobiologi, patofysiologi, farmakologi, klinisk medisin* (4. utg.). Cappelen Damm akademisk.

8. Vedlegg

8.1 Litteraturmatriser

Artikkel nr. 1	
Tittel på artikkel	"A protracted struggle" – A qualitative blog study of endometriosis healthcare experiences in Sweden
Hensikt/mål	Målet var å identifisere og beskrive erfaringer med helsetjenester for endometriose basert på blogginnlegg fra rammede personer
Metode	Kvalitativ induktiv studie. Gjennomført ved å benytte blogger som datakilde. De ble veiledet av den konsoliderte sjekklisten for rapportering av kvalitativ forskning (COREQ)
Nøkkelord	Endometriosis, blogs, qualitative analysis, healthcare encounter, thematic analysis
Utvalg/Populasjon	Kvinner i alderen 22-34 (gjennomsnittsalder på 28). De hadde fått diagnosen endometriose én til syv år før de skrev bloggene (gjennomsnittlig fire år). De bodde i både små landsbyer og store byer over hele Sverige. Etnisiteten ble ikke oppgitt.
Resultat	Studien identifiserte hovedtemaet "En langvarig kamp" og to undertemaer "Responsen spiller en viktig rolle" og "betydningen av kompetanse". Kvinnene med endometriose følte de måtte kjempe for å få riktig behandling og opplevde møtene med helsevesenet som en utmattende kamp med gjentatte besøk hos ulikt helsepersonell. Helsepersonells respons var avgjørende for kvinnenes velvære. En personlig og tilpasset tilnærming fra helsepersonell som unngikk å normalisere eller bagatellisere deres tilstand var kritisk. Negativ respons førte til følelser av ensomhet og lav selvfølelse, mens anerkjennelse av deres symptomer bidro til følelser av å bli sett og forstått. Når helsepersonellet kommuniserte kunnskap om endometriose effektivt, stryket det kvinnenes evne til å akseptere og håndtere sykdommen. Kontinuitet i omsorgen og å ha fast helsepersonell som en var i kontakt med var også høyt verdsatt for deres trygghet og helsehåndtering.
Relevans for problemstilling	Presenterer erfaringer fra kvinner sine erfaringer i møte med helsevesenet. Den trekker fram både gode og ikke så gode erfaringer fra møtene og trekker også fram hvordan kvinnene føler seg.
Referanse	Grundström, H., Danell, H., Sköld, E. & Alehagen, S. (2020). "A protracted struggle" - a qualitative blog study of endometriosis healthcare experiences in Sweden. <i>Australian journal of advanced nursing</i> , 37(4), 20-27. https://doi.org/10.37464/2020.374.75

Artikkel nr. 3	
Tittel på artikkel	How Women with Endometriosis Experience Health Care Encounters
Hensikt/mål	Hensikten er å kombinere og tolke tilgjengelige kvalitative studier for å øke forståelsen og utvide kunnskapen om hvordan kvinner med endometriose opplever møter med helsetjenesten
Metode	Kvalitativ meta-syntese. Litteraturgjennomgang som har brukt databaser som CINAHL, psychinfo, Academis Search premier, Pubmed og Scopus, fra 2000 til 2018, og de inkluderte bare artikler på engelsk. Artikkene ble bare inkludert hvis de rapporterte original, relevant forskning om endometriose og kvinners opplevelser.
Nøkkelord	Endometriosis, health care encounter, hermeneutics, meta-synthesis, qualitative research, women's experiences
Utvalg/populasjon	370 kvinner med diagnostisert endometriose i alderen 16-78 år
Resultat	Kunnskap og kompetanse var viktig for at kvinnene skulle føle seg trygg og ivaretatt. Det var viktig for dem at symptomene deres ble trodd på og de følte at helsepersonell burde være preget med forståelse og empati. Det ble opplevd åpen og klar kommunikasjon som var basert på interesse og sensitivitet. Kvinnene møtte også på utfordringer og hindringer i håndteringen av sin situasjon, noe som var preget av manglende kunnskap, utilstrekkelig empati og mangel på sensitivitet. Tre fusjoner som kom fram av funnene var utilstrekkelig kunnskap, bagatellisering og at kompetanse fremmer helse.
Relevans for oppgaven	Den fokuserer på pasienter med endometriose, og ser på kvinnes perspektiv og erfaringer med å leve med endometriose og hvordan de har opplevd møtene med helsepersonell. Den viser mangler i helsevesenet når det kommer til å møte denne pasientgruppen.
Referanse	Pettersson, A. & Berterö, C. M. (2020). How Women with Endometriosis Experience Health Care Encounters. <i>Womens Health Rep (New Rochelle)</i> , 1(1), 529-542. https://doi.org/10.1089/whr.2020.0099

Artikkel nr. 4	
Tittel på artikkel	The double-edged experience of healthcare encounters among women with endometriosis: A qualitative study
Hensikt/Mål	Å identifisere og beskrive opplevelsen av møter med helsevesenet blant kvinner med endometriose
Metode	Kvalitativ studie som ble gjennomført ved bruk av en tolkende fenomenologisk tilnærming. Gjennomført som intervju av de utvalgte kvinnene
Utvalg/Populasjon	Ni kvinner i alderen 23-55 år med bekreftet diagnose av endometriose gjennom laparoskopi ble intervjuet. Et annet krav var at deltakerne var svensktalende.
Nøkkelord	Dysmenorrhoea, endometriosis, experience, healthcare encounter, healthcare professionals, phenomenology, qualitative study
Resultat	Kvinnenes erfaringer var todelt ettersom den innebar motstridende følelser. Møtene ble opplevd som destruktive og konstruktive. Alle kvinnene opplevde begge deler, men noen hadde mer erfaring med den ene siden enn den andre. Erfaringene de fikk under møtene med helsevesenet var viktig da sykdommen påvirket kvinnenes eksistens og hadde konsekvenser for de vesentlige delene av deres liv. Responsen de fikk under møtene påvirket deres egne tanker og oppfatninger om sine egne kropp. Noen kvinner snakket også om erfaringer som var i gråsonen mellom disse to sidene. Det var møter nøytrale møter, som vil si at de verken var destruktive eller konstruktive, eller som ble opplevd både destruktive og konstruktive på samme tid.
Relevans for oppgaven	At de presenterer to sider av møter med helsevesenet. Den får fram hva som er positivt og hva som er manglende med de ulike møtene og opplevelsene av helsevesenet. Noe som kan knyttes opp til min problemstilling, da erfaringene fra kvinnene kommer godt fram.
Referanse	Grundström, H., Alehagen, S., Kjølhede, P. & Berterö, C. (2018). The double-edged experience of healthcare encounters among women with endometriosis: A qualitative study. <i>J Clin Nurs</i> , 27(1-2), 205-211. https://doi.org/10.1111/jocn.13872

Artikkel nr. 5	
Tittel på artikkel	Healthcare Providers' Impact on the Care Experiences of Patients with Endometriosis: The Value of Trust
Hensikt/Mål	Artikkelen presenterer svar fra et åpent spørsmål fra en større tverrsnittstudie som dokumenterer pasienters opplevelser med (feil)diagnoser, og hvordan de oppfattet helsepersonell som hinder eller støtte i omsorgen.
Metode	Kvalitativ studie som bruker et åpent spørsmål fra en stor spørreundersøkelse til å studere hvordan helsepersonells handlinger påvirker omsorgserfaringene til pasienter med endometriose. De ser spesielt på hvilken rolle tillit har i interaksjonene mellom pasienter og helsepersonell. Dataene som er analysert og presentert i denne artikkelen kommer fra det siste åpne spørsmålet i undersøkelsen, som var: Er det noe annet du vil dele med oss angående dine opplevelser med endometriose?
Utvalg/Populasjon	997 respondenter fra 38 land, hovedsakelig USA. Med selvrapporterte diagnoser, bekreftet klinisk eller kirurgisk.
Nøkkelord	Endometriosis, barriers and facilitators to care, patient provider relationship, trust, Quality of care
Resultat	<p>Kvinner med endometriose opplever helsepersonell som både hindringer og støttespillere. På den negative siden slet de med helsepersonells manglende kunnskap og forståelse av deres tilstand, noe som førte til undervurdering og avvisning av deres symptomer. Kvinnene følte seg ofte mer informert enn de som skulle behandle dem, og møtte en mangel på empati og støtte. Dette drev noen til selv å ta kontroll over egen behandling og søke støtte og informasjon i nettbaserte fellesskap.</p> <p>På den positive siden, når helsepersonell viste seg kompetente og tillitsfulle, ble de beskrevet som livsviktige og deres omsorg som livsforvandlende. Det var en tydelig kobling mellom tillit, kompetanse og kvaliteten på omsorgen som ble mottatt. Gjensidig tillit mellom pasient og helsepersonell var sentralt for en god behandlingsopplevelse.</p>
Relevans for oppgaven	Den viser blant annet hvilken verdi tilliten mellom pasienter og helsepersonell spiller, og den trekker fram de negative og positive sidene av møtene, og da at kvinnene opplever helsepersonell som både hindringer og støttespillere. Disse punktene er noe av det som er relevant å knytte opp til min problemstilling.
Referanse	Mikesell, L. & Bontempo, A. C. (2023). Healthcare Providers' Impact on the Care Experiences of Patients with Endometriosis: The Value of Trust. <i>Health Commun</i> , 38(10), 1981-1993. https://doi.org/10.1080/10410236.2022.2048468

Artikkel nr. 7	
Tittel på artikkel	Improving clinical care for women with endometriosis: qualitative analysis of women's and health professionals' views
Hensikten med studien	Å sammenligne kvinners og helsepersonells oppfatninger av kvaliteten på behandlinger for endometriose og muligheter for forbedringer.
Metode	Kvalitativ
Nøkkelord	Endometriosis, satisfaction with health care, self-management, collaborative care
Utvalg/Populasjon	46 kvinner, 13 helsepersonell (12 allmennleger (fastleger) og 1 gynekolog). Varierte i alder, utdanningsnivå og alder ved diagnose, men de fleste var født i Australia, hadde ikke født barn og hadde opplevd alvorlige smerter relatert til endometriose. Mer enn halvparten av helsepersonellet var født i utlandet.
Resultat	Kvinnene opplever ofte en langvarig kamp i helsevesenet for å få anerkjennelse og riktig behandling. Det kommer fram at prosessen kan føre til langvarig angst og bekymring for fremtidig helse, arbeidsevne og fertilitet. Helsepersonells manglende kunnskap og empati har bidratt til stigmatisering og frustrasjon hos pasientene. Kvinnene etterlyser pålitelig informasjon og tilgjengelige behandlinger og ønsker å bli møtt med empati og respekt. De har opplevd å ikke bli tatt på alvor av helsepersonell, noe som har ført til følelser av likegyldighet og stigmatisering. Kvinnene ser teknologisk kompetanse og forståelse fra helsepersonell som essensielt, men det er ulikhet i kunnskapsnivå og holdninger til behandlingsmetoder. Kvinnene foreslår lengre behandlingsplaner og etterlyser mer pasientsentrert omsorg.
Relevans for oppgaven	Artikkelen presenterer kvinnenes erfaringer med møtene, og trekker fram temaer som stigmatisering, frustrasjon, pålitelig informasjon, ikke tatt seriøst og mer. Noe som kan knyttes opp mot min problemstilling.
Referanse	Rowe, H. J., Hammarberg, K., Dwyer, S., Camilleri, R. & Fisher, J. R. W. (2021). Improving clinical care for women with endometriosis: qualitative analysis of women's and health professionals' views. <i>Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology</i> , 42(3), 174-180. https://doi.org/10.1080/0167482X.2019.1678022

8.2 Sjekkliste for vurdering av en oversiktsartikkel

Hvordan brukes sjekklisten?

Sjekklisten består av tre deler:

- A: Kan du stole på resultatene?
- B: Hva forteller resultatene?
- C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

I hver del finner du underspørsmål og tips som hjelper deg å svare. For hvert av underspørsmålene skal du krysse av for «ja», «nei» eller «uklart». Valget «uklart» kan også omfatte «delvis».

Om sjekklisten

Sjekklisten er inspirert av: Critical Appraisal Skills Programme (2017). *CASP Checklist: 10 questions to help you make sense of a Systematic Review*. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/> Hentet: 09.03.2017.

Sjekklisten er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Hvis du skal skrive en systematisk oversikt eller kritisk vurdere artikler som del av et forskningsprosjekt, anbefaler vi andre typer sjekklister. Se

www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten?

Send e-post til Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no.

Kritisk vurdering av:

Pettersson, A. & Berterö, C. M. (2020). How Women with Endometriosis Experience Health Care Encounters. *Womens Health Rep (New Rochelle)*, 1(1), 529-542.

<https://doi.org/10.1089/whr.2020.0099>

Del A: Kan du stole på resultatene?**1. Er formålet med oversikten klart formulert?** Ja – Nei – Uklart**Tips:** Formålet bør være klart formulert med hensyn til:

- populasjonen (personene oversikten handler om)
- tiltaket som gis til intervensjonsgruppen
- sammenligningstiltaket som gis til kontrollgruppen
- utfallene (endepunktene/resultatene) som vurderes

Kommentar:

Kvinner i alderen 16-78, fra land som Australia, Storbritannia, Italia, New Zealand, Sør-Afrika og Sverige. Målet var å syntetisere og tolke tilgjengelige kvalitative studier for å øke forståelsen og utvide kunnskapen om hvordan kvinner med endometriose opplever møter med helsetjenesten. Formålet var altså formulert med hensyn til resultatene. De legger også fram tiltak for å støtte pålitelighet og troverdighet for hver studie i en tabell (table 1.) Det ble brukt en hermeneutisk vurdering for å ekstrahere uttalelser fra funnene i artiklene for å evaluere teksthorisonten. Deretter tolket analytikerne disse uttalelsene i lys av et veiledende spørsmål: handler dette om å bli oppfattet eller om helsetjenestemøtet. Ved å arbeide induktivt ut ifra disse tolkningene kunne forskerne identifisere mulige fusjoner.

2. Søkte forfatterne etter relevante typer studier? Ja – Nei – Uklart**Tips:** Relevante studier:

- svarer på samme spørsmål som oversikten
- har et egnet studiedesign for å besvare spørsmålet. Eksempler på spørsmålstyper og egnede studiedesign:
 - a. effekt – randomisert kontrollert studie
 - b. årsak – kohortstudie
 - c. diagnostikk – tverrsnittstudie med referansetest
 - d. prognose – kohortstudie
 - e. erfaringer – kvalitativ studie

- Er det samsvar mellom kriterier for inklusjon av studiene og formålet til oversikten?

Se etter:

- populasjon
- tiltak
- sammenligning
- utfall

Kommentar:

Studien inkluderer ulike typer kvalitative studier som undersøker kvinners erfaringer med endometriose. Den identifiserer og inkluderer studier som passer formålet, og som hovedsakelig fokuserer på kvinnenes erfaring med sykdommen og hvordan de opplever møtet med helsevesenet. Den har også inkludert artikler etter kriteriene som er presentert. Den inkluderer blant annet studier som har en kvalitativ forskningsmetode.

3. Er det sannsynlig at alle viktige og relevante studier ble funnet?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Se etter:

- hvilke databaser og eventuelle søkemotorer forfatterne har søkt i, og hvordan de søkte i dem (søkestrategi)
- om de søkte etter ikke-publiserte studier (i for eksempel Trials.gov)
- om det var noen vesentlige begrensninger med hensyn til språk eller tid (hvis kun studier på engelsk er tatt med, kan det gi skjevhet (bias))

Kommentar:

De søkte i flere omganger, i databaser som CINAHL, Psych info, Academic Search Premier, PubMed og Scopus. De sier ikke om de har søkt i andre databaser uten funn, så det er å gå utifra at de har søkt i databasene de har oppgitt. Søkene ble gjort i forskjellige år: 2017, 2018 og 2019. De hadde følgende inklusjonskriterier: fokus på kvinner med endometriose, tydelig referere til bruk av kvalitative forskning/studier eller blandede metoder, der de kvalitative funnene ble rapportert separat, hadde fokus på kvinners perspektiver og erfaringer med å leve med endometriose og hvordan de opplevde møtene med helsetjenesten, være publisert fra 2000 til 2017 og være skrevet på engelsk. Eksklusjonskriterier var kvantitativ forskning og litteraturoversikter. I 2018 brukte de søkeord i PubMed: endometriose,

kvinner erfaringer og helsetjenestemøter. 24 studier ble hentet inn for vurdering. I 2019 ble ingen flere studier funnet.

4. Ble kvaliteten på de inkluderte studiene tilstrekkelig vurdert?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Forfatterne må vurdere den metodiske kvaliteten på enkeltstudiene på en fornuftig måte med gode verktøy/sjekklistor. Systematiske skjevheter (bias) i hvordan studiene er utført kan påvirke resultatene i studiene, og dermed også resultatene og konklusjonene i oversikten.

- Er det oppgitt hvilke verktøy/sjekklistor som ble brukt i vurderingen?
- Er verktøyet/sjekklisten som ble brukt fornuftig?
- Ble vurderingen gjort av minst to personer uavhengig av hverandre?

Kommentar:

Analystene brukte en stor kvalitativ spørreundersøkelse studie som inkluderte åpne spørsmål for å validere eller «medlems sjekke» funnene og tolkningen fra meta-analysen/meta-syntesen. Det var en spørreundersøkelse som inkluderte 135 kvinner med endometriose som evaluerte et treningsprogram om sosial støtte, behandling, samt profesjonell og helsetjenesteytende. De hadde ikke mulighet til å «medlems sjekke» funnene med deltakerne i studien da studien var en meta-analyse/meta-syntese av tekst. Da spørreundersøkelsen ble utført med andre deltakere og i et annet land (Tyskland), kan funnene fra denne studien brukes til validering og triangulering av meta-syntesen. Funnene er samsvarer i stor grad med funnene i meta-syntesen, noe som er med på å styrke dens pålitelighet.

5. Hvis resultater fra de inkluderte studiene er slått sammen statistisk i en metaanalyse, var dette fornuftig og forsvarlig?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Er det klart presisert hvilke sammenligninger som ble gjort?
- Kommer resultatene (effektestimater med konfidensintervaller) fra enkeltstudiene klart frem?

- Er enkeltstudiene like nok til å slås sammen? (Har forfatterne for eksempel beskrevet metoder for å teste heterogenitet?)
- Er analysemetodene som er brukt forklart? (For eksempel random eller fixed effect)
- Hvis det ikke er gjort en metaanalyse, er resultatene fra de inkluderte studiene narrativt oppsummert? Var det i så fall fornuftig og forsvarlig?

Kommentar:

De har laget en oppsummering av de viktigste funksjonene og de utviklet en tvers-studie for å presentere de 14 artiklene som ble valgt for studien (Table 1.) I denne tabellen presenterer de blant annet målet til hver studie, deltakerne (alder, hvor studien foregikk m.m), utvalget, datainnsamling, analyse og tiltak for å støtte pålitelighet og troverdighet.

Basert på svarene dine på punkt 1–5 over, mener du at resultatene fra denne oversikten er til å stole på?

Ja – Nei – Uklart

Del B: Hva forteller resultatene?**6. Hva er resultatene?**

Tips: Vurder

- hvor godt du forstår hovedkonklusjonen i oversikten
- hvordan resultatene er fremstilt, se etter:
 - a. gjennomsnittsforskjell (mean difference)
 - b. standardisert gjennomsnittlig forskjell (standardised mean difference)
 - c. numbers needed to treat (NNT)
 - d. numbers needed to harm (NNH)
 - e. odds ratio (OR)
 - f. relativ risiko (RR)
 - g. relativ risikoreduksjon (RRR)
 - h. absolutt risikoreduksjon (ARR)

Kommentar:

Konklusjonen viser blant annet at «reisen innen endometrioseomsorgen» starter i primærhelsetjenesten, og at det er en kamp for å overbevise helsepersonell om at symptomene ikke er vanlige menstruasjonssmerter og blødninger. De konkluderer også med

at det er en kamp i forma av at ubehaget ble bagatellisert og sett på som en kvinnesak. Det kunne også tilbys positive endringer i overgangen fra generell til spesialisert omsorg. Kvinnene ble beroliget når de fikk vite at de ville bli behandlet av leger med spesiell kompetanse og ferdigheter.

Resultatene som er relevante for min oppgave viser at kunnskap og kompetanse var viktig for at kvinnene skulle føle seg trygg og ivaretatt. Det var viktig for dem at symptomene deres ble trodd på og de følte at helsepersonell burde være preget med forståelse og empati. Det ble opplevd åpen og klar kommunikasjon som var basert på interesse og sensitivitet. Kvinnene møtte også på utfordringer og hindringer i håndteringen av sin situasjon, noe som var preget av manglende kunnskap, utilstrekkelig empati og mangel på sensitivitet. Tre fusjoner som kom fram av funnene var utilstrekkelig kunnskap, bagatellisering og at kompetanse fremmer helse.

Studien har et kvalitativt fokus, den tar i bruk temaer og erfaringer for å belyse funnene.

7. Hvor presise er resultatene?

Tips: Se på

- konfidensintervall (KI/CI)
- interkvartilbredde (interquartile range (IQR))

Kommentar:

Studien nevner ikke noen spesifikke statistiske mål, da den fokuserer på temaer og trender som kommer fram fra kvalitative data.

Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

8. Kan resultatene overføres til praksis?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Vurder om, og i hvilken grad

- populasjonen (personene) i studiene som inngår i oversikten er representative for de du møter i praksis
- din praksis skiller seg fra den som omtales i oversikten

Kommentar:

Det er en aldergruppe man kan møte hvor som helst i helsevesenet. Og resultat som vil være nyttige i min oppgave for å opplyse andre sykepleiere og annet helsepersonell for å forstå hvordan pasienter med endometriose opplever omsorgen de mottar.

9. Ble alle viktige utfallsmål vurdert?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Vurder om, og i hvilken grad det finnes ytterligere informasjon som du ville hatt med i oversikten

Kommentar:

Det framkommer nok nyttig og relevant informasjon i artikkelen for min oppgave, og er i min sammenheng ikke nødvendig å ha ytterligere informasjon.

10. Veier fordelene opp for ulemper og kostnader?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Vurder om, og i hvilken grad

- nytten av tiltaket er verd kostnader og eventuelle bivirkninger
- det er praktiske eller organisatoriske ulemper for deg eller pasienten

Kommentar:

De legger fram at det ikke var noen konkurrerende økonomiske interesser, og de har heller ikke mottatt finansiering for studien. Studien er nyttig da den legger fram kvinners møte med helsetjenesten og hvordan de blir møtt og behandlet. De opplever blant annet forsinkelser både i diagnose og behandling, og føler at helsepersonell ikke tar deres problemer alvorlig.