

Kristina Mjøs Drtina & Ellen Marie Holtan

## Avkledd

Hvordan kan operasjonssykepleieren ivareta den gynekologiske operasjonspasientens psykososiale behov?





# Innholdsfortegnelse

Sammendrag: .....	<b>4</b>
1    Innledning.....	<b>5</b>
1.1    Bakgrunn for valg av tema.....	5
1.2    Tidligere forskning.....	7
1.3    Oppgavens hensikt .....	7
1.4    Presentasjon og avgrensning av problemstilling .....	8
1.5    Begrepsavklaring .....	8
1.6    Oppgavens disposisjon .....	9
2    Teoretisk referanseramme.....	<b>10</b>
2.1    Sykepleiefaglig ståsted .....	10
2.1.1    NSFs yrkesetiske retningslinjer .....	10
2.1.2    Operasjonssykepleierens ansvars- og funksjonsbeskrivelse.....	10
2.1.3    Norsk helselovgivning.....	11
2.2    Kjennetegn ved den gynekologiske operasjonsseksjonen.....	11
2.2.1    Den gynekologiske operasjonspasienten .....	11
2.2.2    Gynekologisk operasjonsleie .....	12
2.3    Psykososiale behov.....	12
2.3.1    Avhumanisering og fremmedgjøring.....	13
2.3.2    Identitet og integritet.....	14
2.3.3    Selvbildets sårbarhet .....	14
2.3.4    Skam og krenkelse .....	15
2.3.5    Tillitsskapende relasjon .....	16
2.3.6    Nonverbal kommunikasjon.....	17
2.3.7    Å samarbeide i team.....	17
3    Metodisk tilnærming .....	<b>19</b>
3.1    Naturvitenskapelig utgangspunkt.....	19
3.1.1    Kvantitativ studiedesign .....	19
3.2    Humanvitenskapelig utgangspunkt .....	19
3.2.1    Kvalitativt studiedesign.....	20
3.3    Hermeneutisk vitenskapsteoretisk utgangspunkt .....	21
3.3.1    Hermeneutikk .....	21

3.3.2	Hermeneutisk spiral .....	21
3.3.3	Forforståelse .....	21
3.3.4	Egen forforståelse .....	21
3.4	Validitet og reliabilitet .....	22
3.5	Litteraturstudie.....	23
3.6	Alternativt studiedesign .....	23
3.7	Søkestrategi.....	24
3.7.1	Søkeord og databaser.....	24
3.7.2	Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	24
3.7.3	Begrunnelse for valg av litteratur .....	24
3.8	Kritisk vurdering av artikler.....	25
3.9	Presentasjon av artikler .....	25
4	Resultater og analyse.....	<b>28</b>
4.1	Artiklenes resultater .....	28
4.1.1	Sammenfatning av funn .....	30
4.2	Analyse .....	31
4.2.1	Emosjonelle psykososiale behov .....	31
4.2.2	Relasjonelle psykososiale behov.....	31
4.2.3	Betydning av samarbeid i team for ivaretagelsen av operasjonspasienten .	32
5	Drøfting .....	<b>33</b>
5.1	Emosjonelle psykososiale behov – Jeg ser deg, men ser jeg deg? .....	33
5.1.1	Kroppsidentitet og sårbarhet - Den hårfine balansen mellom hjelp og krenkelse .....	34
5.1.2	Avhumanisering og fremmedgjøring - I “ingenmannsland” .....	35
5.2	Relasjonelle psykososiale behov - Balansert asymmetri .....	37
5.2.1	Den tillitsskapende relasjonen - Med hånden på hjertet .....	38
5.2.2	Pasientrettet kommunikasjon - Når kroppen sier mer enn tusen ord.....	40
5.3	Samarbeidets betydning for ivaretagelse av den gynekologiske operasjonspasienten – Alle sammen sammen .....	41
5.3.1	Pasientsikkerhet - Omsorg + sikkerhet = sant?! .....	42
5.3.2	Hierarkisk skille mellom autoritet og prestisje i operasjonsteamet - Rollespill i yrkespraksis .....	43

6	Oppsummering og konklusjon .....	45
7	Litteraturliste .....	46
	<b>VEDLEGG 1 – PICO-skjema .....</b>	<b>53</b>
	<b>VEDLEGG 2 – Søkelogg .....</b>	<b>54</b>
	<b>VEDLEGG 3 – Sjekkliste .....</b>	<b>56</b>
	<b>VEDLEGG 4 - Artikkelmatrise.....</b>	<b>63</b>

Antall ord: 10 737

## Sammenheng:

**Tittel:** Avkledd

**Nøkkelord:** Blottlegging, gynekologisk operasjonspasient, ivaretagelse, krenkelse, operasjonssykepleie, psykososiale behov, sårbarhet.

**Bakgrunn for valg av tema:** Vi ønsket å oppnå forståelse av hvordan psykososiale behov kan arte seg for den gynekologiske operasjonspasienten og hvordan vi som operasjonssykepleiere kan ivareta de psykososiale behovene.

**Problemstilling:** Hvordan kan operasjonssykepleieren ivareta den gynekologiske operasjonspasientens psykososiale behov?

**Formål:** Hensikten var å bevisstgjøre oss som selv som kommende operasjonssykepleiere og våre fremtidige kollegaer.

**Valg av metode:** Det ble benyttet litteraturstudie som metode, etter strukturerte søk i Oria, Cinahl Complete og PubMed. Annen fag- og forskningslitteratur fra og utenfor pensum er også benyttet.

**Resultat:** Etablering av en tillitsfull relasjon ble ansett som betydningsfullt for ivaretagelse av pasienten. Individuelt tilpasset behandling ble fremhevet som essensielt for at pasienten skulle kunne oppleve trygghet i relasjonen. Pasientens opplevelse av krenkelse kan være påvirket av følelser som avhumanisering og fremmedgjøring. Roller i operasjonsteamet, og teamsamarbeid med pasienten i fokus ble satt i direkte forbindelse med pasientsikkerhet. Resultatene ble kategorisert i: emosjonelle psykososiale behov, relasjonelle psykososiale behov og samarbeid i team for pasientivaretagelse.

**Konklusjon:** Forståelse for sykdomsopplevelse og anerkjennelse av sårbarhet ble fremhevet som betydningsfulle faktorer for ivaretagelse av pasientens emosjonelle psykososiale behov. Å være beskyttet mot krenkelse innebar at pasientens kropp ikke ble unødig blottlagt, avhumanisert eller fremmedgjort. En tillitsbasert relasjon til operasjonspasienten har vist seg som nødvendig for pasientens trygghetsopplevelse. En personlig tilpasset behandling ble betraktet som sentralt for ivaretagelse av pasientens relasjonelle psykososiale behov. Teamsamarbeid på operasjonsstuen ble satt i direkte forbindelse med pasientsikkerhet og pasientomsorg.

# 1 Innledning

“Adgang forbudt” står skrevet med tydelig rød skrift på den grønne døren. Denne beskjeden er mange operasjonspasienters første møte med operasjonsavdelingen. Operasjonspasientens selvsikkerhet, trygghet og kontroll kan oppleves å bli fratatt og overlatt til fremmede mennesker i grønnkledde klær med munnbind og hette.

Med tittelen “Avkledd” ønsker vi å ikke bare å fremheve den fysiske avkledningen det innebærer å være gynekologisk operasjonspasient, men også den psykiske avkledningen som krever aktsomhet i yrkesutøvelse. Operasjonspasienten kommer som oftest alene, og møter en avdeling preget av høyteknologisk utstyr. Teammedlemmene kjenner hverandre og sine roller, mens pasientrollen kan oppleves ukjent, avkledd, fremmedgjørende og krenkende.

Vårt inntrykk av den gynekologiske operasjonspasientens første møte med operasjonsavdelingen, er at dette er et møte preget av kontraster. Medlemmene i operasjonsteamet er skjult bak munnbind, hette og et heldekkende grønt arbeidsantrekk, i motsetning til pasienten som kun er iført en enkel sykehuskjorte. En slitt sykehuskjorte som i dobbel forstand forsterker en avkledd og underordnet pasientrolle.

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

I praksis på operasjonsavdelingen oppstod det en situasjon som handlet om en gynekologisk operasjonspasients tidligere historie. Vi ble berørt av betydningen av det flerfaglige samarbeidet for ivaretagelse av pasienten, samtidig som kontraster ved ulike teammedlemmers holdninger vekket vår interesse for fordypning i emnet.

Innledningsvis i skriveprosessen ønsket vi å fordype oss i gynekologiske operasjonspasienter og bluferdighet. Det viste seg å være lite litteratur og forskning om bluferdighet, og vi valgte derfor å endre tematikk til ivaretagelse av psykososiale behov. Vi anser psykososiale behov som et innholdsrikt begrep som kan handle om ivaretagelse

av den fysiske, så vel som den psykiske avkledningen den gynekologiske operasjonspasienten kan oppleve.

Gynekologiske operasjonspasienter som skal opereres vil oppleve å ligge med avkledd underliv på operasjonsbordet. Underlivet vil være blottlagt dersom pasienten leies i gynekologisk leie på et operasjonsbord med sprikefunksjon, eller med ben i benholdere.

Ifølge Bjørk og Breievne (2016, s.27) kan det "... dreie seg om deler av kroppen som er forbundet med seksuell aktivitet, eller med kroppsfunksjoner som de fleste oppfatter som private". Dette viser til både de fysiske aspektene tilknyttet kroppsdelene, så vel som følelsesliv og intimitet.

Slik Bjørk og Breievne (2016, s.27) videre hevder kan nakenhet oppleves ubehagelig, "... fordi det kan føles unaturlig å være naken når andre er påkledd".

Det unike med de gynekologiske operasjonspasientene utmerker seg i temaer som kjønnsidentitet og følelsesliv. Slik operasjonssykepleier og tidligere høgskolelærer Hansen (2018, s.99) beskriver, skal operasjonssykepleieren i tillegg til tekniske oppgaver som å ikke blottlegge, også i samarbeid med andre teammedlemmer ivareta pasientens psykososiale behov.

Intensivsykepleier og førstelektor Stubberud (2019, s.16) beskriver menneskets psykososiale behov som et grunnleggende behov som påvirkes ved helsesvikt og sykdom. Pasienten må oppleve å få sine grunnleggende behov ivaretatt på generell basis, for å få opplevelsen av at hennes psykososiale behov er ivaretatt ved akutt eller kritisk sykdom (Stubberud,2019, s.18).

Som kvinner har vi selv egne individuelle opplevelser og erfaringer tilknyttet vår kvinnelige identitet og hva det innebærer å være gynekologisk pasient.

Summen av disse faktorene har vekket vår nysgjerrighet og interesse for å forsøke å oppnå en forståelse av hvilke psykososiale behov den gynekologiske operasjonspasienten har, og hvordan vi som kommende operasjonssykepleiere best mulig kan ivareta disse behovene.



## 1.2 Tidligere forskning

Litteratursøk avdekket at det var publisert flere forskningsartikler om operasjonssykepleieres opplevelser, erfaringer og synspunkter tilknyttet pasientansvar og –sikkerhet, som eksempelvis artiklene til Ingvarsdottir og Halldorsdottir (2017) og til Blomberg et al. (2018). Studiene til Skär et al. (2019) og Schjøtler og Delmar (2016) viste også betydningsfulle faktorer for å ivareta pasienten og utfordringer som påvirker operasjonssykepleierens ansvars-, funksjons- og arbeidsområder. Det var imidlertid et svært begrenset utvalg av kvalitativ forskning på den gynekologiske operasjonspasientens perspektiver, opplevelser og erfaringer.

Det å anerkjenne og respektere pasientens sårbarhet, ved å ivareta pasientens fysiske og psykiske velbehag fremheves som et av kjerneområdene i en studie av Blomberg et al. (2018, s.417). Som sykepleiere og operasjonssykepleiere pliktes vi til å ivareta pasientens integritet og verdighet, beskytte mot krenkelse (Norsk sykepleierforbund, 2019) og utøve helhetlig sykepleie basert på blant annet fysiske og psykiske behov (Norsk sykepleierforbunds landsgruppe av operasjonssykepleiere, 2015).

## 1.3 Oppgavens hensikt

Hensikten med fordypningsoppgaven er å reflektere over temaer vi anser som vesentlige for ivaretagelse av operasjonspasientens psykososiale behov.

Vi ønsker at denne fordypningsoppgaven appellerer til fremtidige kollegaer i operasjonsteamet. Med fremtidige kollegaer tenker vi både på de kollegaene vi møter som ferdig utdannede operasjonssykepleiere, og de som utdanner seg etter oss.

Et ønske for fordypningsoppgaven, er at medlemmene i operasjonsteamet reflekterer over og bevisstgjøres på hvordan den gynekologiske operasjonspasientens psykososiale behov ivaretas. En annen intensjon for oppgaven er at operasjonssykepleieren bevisstgjøres på hvordan krenkelse kan påvirke de psykososiale behovene til en gynekologisk operasjonspasient.

## 1.4 Presentasjon og avgrensning av problemstilling

Operasjonssykepleie er mer enn prosedyrer og tekniske oppgaver. Vi ønsker å fremheve operasjonssykepleierens ansvar i ivaretagelsen av den unike gynekologiske operasjonspasienten. Hun er unik i sin kvinnelighet, identitet og sine behov, som er forankret i følelsesliv og tidligere opplevelser. Hun står ovenfor en sårbar situasjon, der avkledningen og operasjonsteamets tilnærming kan oppleves som krenkende.

Ut ifra dette har vi kommet frem til følgende problemstilling:

“Hvordan kan operasjonssykepleieren ivareta den gynekologiske operasjonspasientens psykososiale behov?”

Det er mange faktorer som kan påvirke pasientens psykososiale behov, som religion, kulturforskjeller og overgrepssproblematikk. Vi har valgt å se bort fra disse faktorene og har heller ikke valgt å avgrense til alder eller spesifikke gynekologiske diagnoser. Dermed kan oppgaven ha større overføringsgrad til praksis, fordi avkledning og psykososiale behov kan anses som en vesentlig del av ivaretagelsen av operasjonspasienter.

## 1.5 Begrepsavklaring

En **operasjonssykepleier** har gjennomført master- eller videreutdanning i operasjonssykepleie på 90-120 studiepoeng (Norsk sykepleierforbund, u.å.). Operasjonssykepleieren vil bli omtalt som hun, eller som sykepleier, om det er naturlig i den gitte konteksten. Operasjonssykepleieren er en del av det kirurgiske teamet, som samlet har ansvar for å ivareta pasienten gjennom det operative forløpet. Operasjonssykepleieren ivaretar både en sterilt utøvende og en koordinerende funksjon (Eide & Dåvøy, 2018, s.31).

Begrepet **ivaretagelse** defineres av Språkrådet (2017) som det “å ta seg av”, “ta vare på” og/eller ta hånd om. Vi tillegger begrepet det å ta hensyn til, i betydningen av å vise omsorg (Universitetet i Bergen & Språkrådet, 2021).

**Den gynekologiske operasjonspasienten** er en kvinne som skal få utført et kirurgisk inngrep på grunnlag av en gynekologisk problemstilling. Den gynekologiske operasjonspasienten vil bli omtalt som kvinnen, hun eller henne der det er passende.

**Psykososiale behov** omhandler, ifølge Stubberud (2019, s.16), menneskets sjel liv, og påvirkes av sykdom og helsesvikt. Utvalgte psykososiale behov utdypes nærmere i teorikapitlet.

## 1.6 Oppgavens disposisjon

Oppgaven inneholder 6 hovedkapitler.

I **innledningen** er bakgrunnen for valg av tema satt i kontekst av egne perspektiver og faglig relevans. Problemstillingen ble presentert, avgrensningen beskrevet og sentrale begreper ble avklart for å unngå uhensiktsmessig fortolkning av leseren.

Den **teoretiske referanserammen** er basert på vårt sykepleierfaglige ståsted og selvvalgt litteratur som belyser innholdet i problemstillingen.

Under **metodisk tilnærming** blir sentrale vitenskapsteoretiske perspektiver presentert og vår fremgangsmåte for søkeprosess, samt presentasjon og kritisk kildevurdering av forskning og litteratur fremlagt.

**Resultater, funn og analyse** av materiale fra forskningsartiklene blir fremstilt i kapittel fire.

I **drøftingsdelen** blir forskningsresultatene diskutert opp mot og sammenliknet med litteratur fra den teoretiske referanserammen med problemstillingen som overordnet spørsmål.

Mot avslutningen er oppgavens essensielle elementer oppsummert i en **konklusjon**.

## 2 Teoretisk referanseramme

Operasjonssykepleierens yrkesutøvelse er basert på retningslinjer og lovverk, og forankret i faglige tradisjoner og skjønn.

### 2.1 Sykepleiefaglig ståsted

#### 2.1.1 NSF's yrkesetiske retningslinjer

International Council of Nurses (ICN) utarbeidet de etiske reglene som danner grunnlaget for NSF's yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (NSF, u.å.).

Retningslinjene danner de etiske normene for, og berører sykepleierens relasjon, holdninger og atferd, i forhold til profesjon, pasient, pårørende, arbeidsplass, medarbeidere og samfunnet (ICN, 2007).

Respekten for hvert enkelt menneskes liv og iboende verdighet skal være grunnlaget for all sykepleie (NSF, 2019).

#### 2.1.2 Operasjonssykepleierens ansvars- og funksjonsbeskrivelse

Norsk sykepleierforbunds landsgruppe av operasjonssykepleiere (NSFLOS) har definert og revidert en ansvars- og funksjonsbeskrivelse som beskriver kvalifikasjonskrav for ferdig utdannede operasjonssykepleiere.

Ansvars- og funksjonsbeskrivelsen (NSFLOS, 2015) handler om at operasjonssykepleieren har et terapeutisk, pedagogisk, administrativt og et fagutviklings- og forskningsansvar.

Det terapeutiske ansvaret "... innebærer helhetlig pleie og omsorgsfull hjelp, svarende til fysiske, psykiske, sosiale og åndelige behov". Operasjonssykepleieren skal møte pasienten med respekt for pasientens opplevelse, og ivareta pasientens integritet og verdighet. Møtet med operasjonspasienten forutsetter at operasjonssykepleieren utøver det terapeutiske ansvaret i praksis, for å kunne ivareta pasientens psykososiale behov. Operasjonssykepleieren skal ha avanserte kunnskaper om blant annet pasienters reaksjoner og behov i et kjønnsperspektiv, som er relevant for ivaretagelsen av den gynekologiske operasjonspasienten.

Slik det fremkommer i både det terapeutiske og administrative ansvaret skal flerfaglig samarbeid, blant annet innad i det kirurgiske teamet, bidra til å sikre faglig forsvarlighet, kvalitet og kontinuitet i pasientforløpet (NSFLOS, 2015). Gode kommunikasjons- og samhandlingsferdigheter er betydningsfullt for å oppnå ønskede resultater ifølge en studie av Gillispie et al. (Oksavik, 2018, s.214).

### 2.1.3 Norsk helselovgivning

Spesialisthelsetjenestelovens (2001, §1) formål er blant annet å fremme folkehelse og forhindre skade, lidelse og sykdom. Videre er det å sikre et rettferdig, likeverdig, personlig tilpasset og tilgjengelig tjenestetilbud av god kvalitet.

En helse- og omsorgstjeneste med pasientsikkerhet og tjenestekvalitet i fokus, som bidrar til å skape tillit til helse- og omsorgstjenesten ivaretas av helsepersonelloven (2011, §1).

Samtidig skal pasient- og brukerrettighetsloven (2011, § 1-1) bidra til at respekten for hver enkelt pasient og brukers integritet, liv og menneskeverd ivaretas, uavhengig av økonomisk, kulturell og sosial ulikhet. Målet er at tillitsforholdet mellom helse- og omsorgstjenesten og pasient eller bruker kan styrkes ved at den sosiale tryggheten fremmes (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2011, §1-1).

## 2.2 Kjennetegn ved den gynekologiske operasjonsseksjonen

### 2.2.1 Den gynekologiske operasjonspasienten

De fleste kvinner har sin første erfaring med gynekologisk undersøkelse sent i tenårene eller i begynnelsen av tyveårene. Carzo (2019, s.400) definerer kirurgiske prosedyrer av kvinnelig underliv som av kosmetisk, diagnostisk eller behandlende art. Mange inngrep foregår ved dagkirurgi, der pasienten reiser hjem samme dag. Dette kan være inngrep eller undersøkelser som i utgangspunktet kunne foregått poliklinisk, men grunnet fysiske eller psykiske omstendigheter ved pasienten, utføres de ved en operasjonsavdeling der beredskapen er bedre (Carzo, 2019, s.400 og 404).

## 2.2.2 Gynekologisk operasjonsleie

Fawcett (2019, s.142) beskriver korrekt leiring av pasienten på operasjonsbordet som helt avgjørende for trygg og vellykket kirurgi. Sentrale mål for leiring er å sikre optimal tilgang til det kirurgiske feltet, opprettholde pasientens kroppsstilling, støtte av respirasjons- og sirkulasjonsfunksjoner, og å forhindre nevromuskulære skader og trykkskader (Fawcett, 2019, s.142).

Hansen og Brekken (2018, s.344) forklarer at litotomileie benyttes til pasienter som skal gjennomgå gynekologiske, rektale og urologiske prosedyrer. Ved litotomileie ligger pasienten i ryggeleie med eleverte og utadroterte ben, for å avdekke perianalregionen (Fawcett, 2019, s.167).

## 2.3 Psykososiale behov

Psykososiale behov defineres av Stubberud (2019, s.16) som en del av det menneskelige sjeleliv og handler om pasientens subjektive sykdomsopplevelse. De engelske begrepene "sickness", "illness" og "disease" belyser ulike perspektiver av det vi på norsk omtaler som sykdom.

Pasientens psykososiale behov deles i en relasjonell og en emosjonell del. Stubberud (2019, s.18) refererer til Ehrenberg et al., som forklarer den relasjonelle delen som pasientens sosiale kontaktbehov, og den emosjonelle delen som pasientens følelser, reaksjoner og velbefinnende, samt sykdomsopplevelse. Ehrenberg et al. sin fremstilling av de psykososiale behovene er illustrert i tabell 1.

Den emosjonelle delen	Den relasjonelle delen
Behov for å oppleve trygghet, tilfredshet og velvære	Behov for sosial kontakt og følelsesmessig støtte
Behov for å være orientert og oppleve kontroll over eget liv	Behov for gode relasjoner og meningsfylt sosialt engasjement
Behov for å få individuell og målrettet sykepleie	

Tabell 1. Fra "Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom" av Stubberud, D-G. (red.), 2019, s.18.

Copyright 2019 ved Gyldendal akademisk.

Helsesvikt påvirker pasientens psykososiale behov og for at behovene skal kunne ivaretas, må operasjonssykepleieren forsøke å forstå pasientens opplevelse av å være syk (Stubberud, 2019, s.16 og 23). Møtet med helsevesenet kan fremkalle følelser som kan komme i konflikt med pasientens psykososiale behov, især ved en operasjonsavdeling. Følelser som *avhumanisering* og *fremmedgjøring* kan oppstå på bakgrunn av helsepersonellens atferd eller sykehusmiljøet generelt (Stubberud, 2019, s.25-27).

### 2.3.1 Avhumanisering og fremmedgjøring

Ved *avhumanisering* opplever pasienten seg mer som objekt enn som menneske, og følelsen kan forårsakes av at pasienten opplever sin verdighet, integritet eller autonomi som truet (Stubberud, 2019, s.26). Hansen (2018, s.119) påpeker at opplevelsen av å bli møtt som person fremfor et objekt er avgjørende for pasientens mestringsopplevelse. Pasienten kan være helt eller delvis avkledd, og uten personlige eiendeler og privat bekledning, som fratar pasienten sin personlige og sosiale identitet (Stubberud, 2019, s.27).

*Fremmedgjøring* oppstår når pasienten konfronteres med en ny situasjon, som for eksempel møtet med operasjonsavdelingen (Stubberud, 2019, s.25).

Operasjonsavdelingens høyteknologiske miljø der fremmede lyder, lukter, synsinntrykk, vaner og mennesker er påvirkende faktorer. Pasientens utseende og kroppsfunksjoner kan endres, som ved for eksempel tilkobling av slanger og ledninger (Stubberud, 2019, s.23). Selv et (medisinsk sett) lite inngrep kan føre til at pasienten opplever situasjonen som belastende, og utløse negative stressreaksjoner (Hansen, 2018, s.99-100).

Hansen (2018, s.107) påpeker at “målet i operasjonssykepleien er å begrense omfanget og styrken av de belastninger operasjonspasienten utsettes for”.

Samtidig understreker Hansen (2018, s.107) at operasjonssykepleieren gjennom å etablere et tillitsforhold basert på ivaretagelse av pasientens og de pårørendes egenart, integritet og selvbestemmelse, kan ivareta pasientens psykososiale behov.

### 2.3.2 Identitet og integritet

Bondevik (2002, s.122) hevder at en grunnleggende faktor for identitetsfølelse er kroppsbildet. Dersom pasienten opplever en svak identitetsfølelse, vil en endring i pasientens livssituasjon bidra til ytterligere svekket følelse av identitet (Bondevik, 2002, s.121). Farnen og Hol (2007, s.1067) fremhever at pasienten kan oppleve en følelse av å miste sin identitet og sitt egenverd som kvinne når en sykdom er lokalisert til kjønnsorganene.

“Integritet som en *personlig sfære*, er ofte truet hos operasjonspasienten” (Hansen, 2018, s.104). Pasientens fysiske sfære kan være rent kroppslig, som ved berøring eller blottlegging, mens pasientens psykiske sfære innebærer meninger som tillegges eller valg som tas på vegne av pasienten (Hansen, 2018, s.104). Moesmand og Kjøllesdal (2007, s.58) henviser til Hippokrates sin oppfattelse av integritet, hvor sykdom kan forstyrre helheten og balansen mellom kropp og sjel, og at sykdom kan true pasientens integritet både fysisk og psykisk. Å vise respekt for pasienters integritet handler om å ta hensyn til at pasienter er sårbare på ulike måter. Det er verdifullt å ta hensyn til respekten for den enkeltes integritet når det er ønskelig å se pasienten som person (Moesmand & Kjøllesdal, 2007, s.57 og 61).

### 2.3.3 Selvbildets sårbarhet

Renolen (2008, s.121) forstår selvbildet som den evalueringen vi gjør av oss selv, og den kan være både positiv og negativ. Selvbildet er personens kroppsbilde, som også er en del av en persons identitet. Kroppsbildet anses som menneskers subjektive opplevelse



av kroppen. I forbindelse med sykdom opplever mange pasienter kroppsendringer og forandringer i rolle og identitet, hvor også endringer i funksjon og utseende er avgjørende (Renolen, 2008, s.122 og 126). Angst for forandring av kroppsbilde og tap av kontroll forstås hos Hansen (2018, s.101) faktorer som påvirker angstnivå og negativt stress hos operasjonspasienten.

Schei (2006, s.19) viser til at sårbarheten blir røpet ved å be om hjelp og bryte idealer om kontroll og uavhengighet. Pasient og helsepersonell representerer hvert sitt ytterpunkt av sårbarheten, hvor den ene har vist sin svakhet med å være syk og den andre har evne til å hjelpe. Avmakt skaper makt, og identiteten til både helsepersonellet og pasienten dannes rundt pasientens hjelpsløshet (Schei, 2006, s.19).

Pasienten kan "... oppleve å få behandling, men ikke omsorg". Dette kan oppstå på grunn av mangel på kontinuitet og mangel på kunnskaper om operasjonspasienten (Stubberud, 2019, s.28).

O'Laughlin et al. (2021, s.4) hevder i sin litteraturstudie at den gynekologiske undersøkelsen er kjent for å kunne trigge negative fysiske og psykiske symptomer som for eksempel smerte, ubehag, angst, frykt og skam. Følelsene kan knyttes til mangel på tidligere undersøkelser eller negative opplevelser ved tidligere undersøkelser. I tillegg nevnes det faktorer tilknyttet usikkerhet og frykt for kroppslig ubehag, blyghet relatert til avkledning og blottlegging av underlivet, frykt for tap av kontroll og utlevering av seksualvaner (O'Laughlin et al., 2021, s.1-2).

#### 2.3.4 Skam og krenkelse

Martinsen (2018, s.131) skildrer pasientens kropp som åpen og forsvarsløs, utsatt og sårbar, og overlatt til operasjonssykepleieren og operasjonsteamet. Ved å bruke sitt faglige skjønn og være tilstede med sansene er det opp til operasjonssykepleieren å bruke sin makt til å beskytte pasienten og pasientens kropp mot krenkelse (Martinsen, 2018, s.131). Øiestad (2012, s.148) beskriver at skam kan oppleves som en kollaps av selvmedfølelse og tap av selvverd, og dermed en trussel mot selvfølelsen. Skam er en umiddelbar følelse av å være verdiløs, og evnen til å tenke klart og realistisk reduseres fordi selvet er så opptatt av å tenke negativt om seg selv (Øiestad, 2021, s.147).

Heglum og Krokan (2006, s.28) refererer til Stein Husabø sin forklaring om at "å bli krenket er å bli frarøvet mening". Krenkelse og diskriminering har noen av de samme faktorene, og angir at krenkelse handler om følelser og emosjoner som kan assosieres med skam, skyld, frykt og sinne. Å bli oversett, utestengt og satt til side kan oppleves som både nedverdiggende og urettferdig, og noe som ikke samsvarer med eget selvbilde. Begrepene avhumanisering og krenkelse inneholder likheter hvor den krenkede blir fratatt sin subjektstatus og blir gjort til objekt for andres behov, begjær og kontroll (Heglum & Krokan, 2006, s.28).

### 2.3.5 Tillitsskapende relasjon

Ifølge Helseth og Nortvedt (2002, s.237) betraktes tillit som en grunnleggende forutsetning for utøvelsen av sykepleie i utviklingen av et godt forhold mellom pasient og sykepleier. Behovet for sykepleierens spesielle kompetanse for å ivareta pasientens behov, vil bidra til pasientens tiltro til kunnskap og kompetanse i den sykepleien som gis (Helseth & Nortvedt, 2002, s.242).

Pasienten er sårbar og er i en situasjon som hun ikke kan ha kontroll over, som hun ikke selv mestrer og må overgi ansvaret for egen helse til helsepersonell som hun ikke kjenner (Henriksen & Aarflot, 2002, s.157).

Relasjon betyr at en gjenstand er tilknyttet en annen, og brukes om forhold, kontakt eller forbindelse mellom to mennesker (Eide & Eide, 2017, s.17).

I den preoperative fasen har operasjonssykepleieren liten tid til å etablere kontakt med operasjonspasienten (Hansen, 2018, s.103). "Balansen i relasjonen påvirkes av at pasienten er akutt eller kritisk syk, har nedsatt evne til å kommunisere og er i et fremmed og høyteknologisk miljø" (Hansen, 2018, s.103).

Peplau (1994, s.209) hevder at når et menneske lærer seg å stole på andre i forbindelse med å få nødvendig hjelp, innser man at det handler om å gi og ta.

Alle sykepleiere har en selvinnsikt som er uttrykt i utførelsen av sykepleie og relasjonen i pasientarbeidet for å legge til rette for en god pasient-sykepleier-relasjon (Peplau, 1994, s.209).

Ifølge Jensen (2015, s.91) kan en vise med kroppsspråk og ord at man verdsetter og respekterer et annet menneske man har en relasjon til. Hansen (2018, s.120) presiserer måten operasjonssykepleieren kommuniserer på, både "(...) verbalt og nonverbalt, er avgjørende for om pasienten opplever å bli respektert som person".

### 2.3.6 Nonverbal kommunikasjon

Nonverbal kommunikasjon avslører ofte en persons spontane reaksjoner, også ubevisste reaksjoner for en selv (Eide & Eide, 2017, s.135). Nonverbal kommunikasjon er et responderende og fortolkende språk. Å møte den andre på en bekreftende, oppmuntrende og bestyrkende måte, og gjennom det skape den tilliten og tryggheten den andre trenger for å kunne åpne seg, dele tanker og følelser. Nonverbal kommunikasjon kan være et hjelpemiddel til å bygge relasjon, motivasjon og bruke egne ressurser (Eide & Eide, 2017, s.137).

Et ansiktsuttrykk kan formidle følelser og reaksjoner. Blikket uttrykker både relasjon og personlige kvaliteter. Den andre kan føle seg oversett dersom den man kommuniserer med ikke har øynene vendt mot deg. Kroppsspråk handler om kroppsholdning, bevegelser og gester, men også om fysisk nærhet eller avstand. Kroppsspråket er et uttrykk for følelser og holdninger som er betydningsfullt i kommunikasjon med andre. Kroppsberøring kan være negativt ladet for enkelte. Noen kan oppleve berøring som påtrengende og utidig, mens andre kan bli glade og takknemlige (Eide & Eide, 2017, s.148).

### 2.3.7 Å samarbeide i team

Det kirurgiske temaet er flerfaglig og består av anestesilege, kirurg, anestesisykepleier og operasjonssykepleier (Oksavik, 2018, s.203). Teamet har et felles mål og deler ansvaret for resultatet, selv om medlemmene har egne definerte roller som koordineres med de andre teammedlemmenes oppgaver. Ifølge Hansen (2018, s.100) har medlemmene av operasjonsteamet et felles ansvar om å ivareta pasientens psykososiale behov.

Oksavik (2018, s.205-206) beskriver at anestesisykepleier og operasjonssykepleier bør utveksle pasientopplysninger og informasjon før klargjøring til operasjon. På denne måten kan de tilrettelegge og sammen skape en god pasientomsorg, og en god atmosfære i samarbeidet. At helsepersonell kjenner hverandre og er trygge på hverandre, vil føre til en følelse av tilhørighet i teamet og kan bidra til økt pasientsikkerhet. Fordelen med å arbeide i trygge team er at en kan respektere og stole på hverandre, og ha mot og trygghet til å si ifra dersom man oppdager feil eller mangler. Dårlig kjemi i operasjonsteamet vil bidra til dårlig stemning, og stemningen kan ta bort oppmerksomheten fra arbeidsoppgavene og operasjonspasienten, noe som kan føre til at det kan oppstå feil eller uheldige hendelser (Oksavik, 2018, s.205).

## 3 Metodisk tilnærming

### 3.1 Naturvitenskapelig utgangspunkt

Thomassen (2017, s.44) forklarer *naturvitenskap* som studien om å utforske den fysiske naturen. Naturvitenskapen omtales som *positivismen*. Naturvitenskapen studerer fenomener og hendelser i den naturlige og materielle verden, med grunnlag i fysikk og teologi. Målet med forskningen er å samle registrerbare og målbare data for å årsaksforklare og forutsi fenomener (Thomassen, 2017, s.44).

#### 3.1.1 Kvantitativ studiedesign

Ifølge Brottveit (2018, s.27) er *kvantitativ* forskningsmetode en standardisert metode for å søke *målbare kunnskap*. Forskningsmetoden kjennetegnes av standardisering, struktur og selektivitet (Brottveit, 2018, s.68). Professor Jacobsen (2010, s.65) formidler at kvantitative data er innsamlet data omgjort til tall. Målsettingen ved kvantitativ forskningsmetode er å innhente data som gir grunnlag for statistisk generalisering og sammenligning av analyser (Brottveit, 2018, s.69). Kvantitativt studiedesign presenterer funnene i tallkoder, tabeller og figurer med forklarende tekst som redegjør for tabellene og figurenes innhold. Kvantitativ dataanalyse handler om å tolke og analysere kvantifiserbare resultater og/eller et statistisk materiale (Brottveit, 2018, s.71). Jacobsen (2010, s.65) utdyper at forskeren på forhånd har definert hva som anses å være relevant informasjon og hvor man kan oppsøke denne informasjonen.

### 3.2 Humanvitenskapelig utgangspunkt

*Humanvitenskap* kan deles inn i *hermeneutikk* og *fenomenologi*, som studerer *mennesket* og *menneskets fenomener* (Thomassen, 2017, s.44). Brottveit (2018, s.29) beskriver at de menneskelige handlingene, opplevelsene og erfaringene omtales som meningsfulle data, fordi fenomenene må forstås og fortolkes i egen kontekst for å oppnå mening.

Hermeneutikken handler om *fortolkning* av tekster (Thornquist, 2018, s.167).

Hermeneutikk deles inn i tradisjonell- og filosofisk hermeneutisk metode, hvor den tradisjonelle metoden har som mål å undersøke en korrekt fortolkning av tekster ved bruk av gjen-erfaring og gjen-skapning av forfatterens bevissthet, liv og historiske epoke. Den filosofiske metoden tar for seg hovedspørsmål knyttet til grunntrekk ved mennesket og de universelle vilkår for forståelse (Thornquist, 2018, s.169).

Thomassen (2017, s.83) angir at det som kommer til syne, kalles for fenomener. I fenomenologien rettes oppmerksomheten mot verden og hvordan den oppleves for subjektet. Ifølge Husserl, fenomenologiens grunnlegger, er utgangspunktet for kunnskap menneskelig erfaring som kjennetegnes av en direkte opplevelse av helhetlige, meningsbærende fenomener (Thomassen, 2017, s.83).

Denne fordypningsoppgaven har en hermeneutisk tilnærming, da det forskes på fenomener.

### 3.2.1 Kvalitativt studiedesign

Malterud (2011, s.30) forklarer at ved bruk av kvalitativt studiedesign ønsker forskeren å analysere, beskrive og fortolke karaktertrekkene og egenskapene hos de fenomenene som skal studeres. Materialet er innsamlet ved samtaler eller observasjon, og transkribert over til tekst (Malterud, 2011, s.30).

Jacobsen (2010, s.25) beskriver at kvalitative tilnærminger egner seg til å utvikle ny kunnskap og få en dypere forståelse, fordi metoden er åpen og fleksibel. Metoden er strukturert og egner seg godt for å beskrive et fenomen som foregår med flere undersøkelsesobjekter. Fremgangsmåten for å samle data ved bruk av kvalitativt studiedesign, benyttes ofte som åpent intervju, observasjon og dokumentstudie (Jacobsen, 2010, s.87).

### 3.3 Hermeneutisk vitenskapsteoretisk utgangspunkt

#### 3.3.1 Hermeneutikk

Hermeneutikken utforsker spørsmål gjennom kvalitativ metode knyttet til forståelse og fortolkning, og omtales vanligvis som fortolkningslære (Thornquist, 2018, s.23). I hermeneutikken er målet at man skal forstå hvordan man tenker og hvordan vi gir verden mening (Thornquist, 2018, s.167).

#### 3.3.2 Hermeneutisk spiral

Hermeneutisk sirkel eller spiral viser til fortolkningsprinsippet hvor man forstår helheten og helheten ut fra delene (Thornqvist, 2018, s.171). Sirkelbegrepet er omdiskutert fordi det assosieres til repetisjon, istedenfor en spiral som antyder en videre bevegelse som aldri kommer tilbake til samme utgangspunkt. Sirkelbegrepet vil bidra til at hver omdreining man tar i sirkelen vil bidra til en økt forståelse, mens i spiralen vil forskeren oppnå en fordypning av sin forståelse (Thornqvist, 2018, s.171).

#### 3.3.3 Forforståelse

Begrepet *forforståelse* innebærer, ifølge filosofen Gadamer, både individuelle og historiske erfaringer og forutsetninger alle mennesker har, og som både bevisst og ubevisst påvirker vårt tolkningsfundament (Malterud, 2017, s.44).

Forforståelsen påvirker ikke bare fortolkningsmåten vår, men hvordan datasamlingen foregår og hvordan dataene leses. Forforståelsen utgjør ofte en viktig del av motivasjonen vår for å undersøke et spesielt tema (Malterud, 2017, s.45).

Forforståelsen kan bidra i positiv retning som motivasjon for emnet vi ønsker å fordype oss i. Den kan også blinde og begrense vår innfallsvinkel i søken etter data og tolkningen av materialet (Malterud, 2017, s.45-46).

#### 3.3.4 Egen forforståelse

Vår *egen forforståelse* er preget av erfaringer og refleksjoner fra praksisfeltet. Ved gynekologisk operasjonsseksjon opplevde vi at pasientene, i større grad enn

sammenliknet med andre seksjoner, var preget av angst.

Angsten kunne være knyttet til pur ungdommelig usikkerhet, men også til omfattende fysisk og/eller psykisk problematikk med grunnlag i tidligere opplevelser.

Vi erfarte at de ulike teammedlemmenes holdninger preget deres samarbeid i møte med den gynekologiske operasjonspasienten. Samarbeidet bidro til å legge til rette for en god pasientopplevelse for operasjonspasienten.

### 3.4 Validitet og reliabilitet

Ifølge Leseth og Tellmann (2018, s.17) betyr *validitet* gyldighet, og handler om hvordan studiets hensikt måler og tolker resultatene, og hvordan forskeren konkluderer resultatene. *Begrepsvaliditet* omhandler begrepene omtalt i forskningen og om begrepet faktisk blir undersøkt. *Intern validitet* omhandler om innsamlet datamateriale er i samsvar med forskningens hensikt. *Ekstern validitet* er overførbarhetsgraden av forskningen som er utført, og hvordan forskningen kan sammenlignes med lignende forskningsemner (Leseth & Tellmann, 2018, s.18).

*Reliabilitet* betyr pålitelighet, og vurderer resultatenes kvalitet på bakgrunn av forskningens fremgangsmåte (Leseth & Tellmann, 2018, s.16). Reliabiliteten i kvantitativ forskningsmetode vil være reliabel, dersom det er mulighet til å gjenta en forskning for å undersøke om man får samme resultat som ved tidligere forskning. Kvalitativ forskningsmetode vil ikke være reliabel i samme grad, fordi forskeren kan påvirke forskningsprosessen, forskningens fremgangsmåte og fortolke resultatene. Dette vil si at kvalitativ forskning ikke kan repliseres av en annen forsker med identisk resultat (Leseth & Tellmann, 2018, s.16).

Artiklene er kritisk vurdert opp mot sjekklister for kvalitative studier (Helsebiblioteket, 2016) og sjekklister for oversiktsartikler (Helsebiblioteket, 2018), se vedlegg 3.

Tidsskriftene som artiklene er publisert i, er sjekket opp mot NSD, og kvalifiserer til seks artikler på nivå 1 og en artikkel på nivå 2. Utfyllende kritisk vurdering av valgte artikler finnes i artikkelmatrise, se vedlegg 4.



### 3.5 Litteraturstudie

Litteraturstudie som metode tar utgangspunkt i data andre har samlet inn, såkalt sekundærdata (Jacobsen, 2010, s.54). Tidsskrifter, databaser og bøker kan være kilder for slike sekundærdata. Hensikten er å kartlegge kunnskapsstatusen over det emnet man ønsker å undersøke (Jacobsen, 2010, s.54).

Vi anser bruk av litteraturstudie som metode som en fordel på grunn av vår uerfarenhet innen forskningsutøvelse, og det er derfor hensiktsmessig for oss å benytte oss av eksisterende forskningsmateriale. En ulempe ved bruk av litteraturstudie, er at vi kan risikere å ikke finne relevante forskningsartikler for å besvare vår problemstilling.

### 3.6 Alternativt studiedesign

Ved deltakende observasjon kan forskeren få "... direkte tilgang til prosesser og hendelser" (Malterud, 2017, s.71).

Seniorforsker Fangen (2010, s.13-14) påpeker at som ved andre kvalitative metoder, kunne også deltakende observasjon gitt resultater påvirket av tilstedeværelsen av oss som forskere. Deltakende observasjon anses som en lite påtrengende datainnsamlingsmetode som involverer direkte kontakt mellom forsker og forskningssubjekter, på grunn av den behagelige deltagende rollen man inntar i motsetning til den mer kunstige observatørrollen slik Fangen (2010, s.189) hevder.

Deltakende observasjon som metode, hadde gitt oss mulighet til å studere og sammenlikne operasjonssykepleieres ord mot deres faktiske handlinger, og samtidig observere hvordan deres atferd påvirker den gynekologiske operasjonspasientens reaksjoner.

Et godt forskningsetisk utgangspunkt er at man som forsker bør veie opp den eventuelle belastningen man utsetter deltakerne i studien for, opp mot informasjonen man eventuelt får tilgang til, og den kunnskapen man kan utlede (Fangen, 2010, s.189).

Ved observasjon av operasjonssykepleieres atferd i samspill med gynekologiske operasjonspasienter, er det nødvendig å ivareta forskningsetiske hensyn, som

ivaretagelse av forskningssubjektenes (operasjonssykepleiernes) *konfidensialitet* og *informert samtykke*.

*Konfidensialitet* handler om å ikke offentliggjøre data som kan avsløre forskningssubjektenes personlige identitet, og et *informert samtykke* krever at man må informere forskningssubjektene om prosjektets formål og gjerne om potensielle fordeler og ulemper ved deres deltakelse (Fangen, 2010, s.191 og 196).

Lowverket for helseforskning og forskningsetikk er strengt regulert i Norge.

Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) vurderer og godkjenner alle forskningsprosjekter som omfattes av helseforskningsloven (REK, u.å.).

## 3.7 Søkestrategi

### 3.7.1 Søkord og databaser

Innledningsvis i søkeprosessen, opprettet vi et PICO-skjema for å systematisere og strukturere søket etter litteratur og forskning, se vedlegg 1. Det er utført systematiske søk i databasene Cinahl Complete, PubMed og Oria gjennom universitetsbiblioteket. Vi benyttet oss av både norske og engelske søkeord. Søkordene ble kombinert med AND eller OR for å avgrense artikkelsøk. Se søkelogg i vedlegg 2.

### 3.7.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

I litteratursøket ble det avgrenset søk til artikler publisert de siste fem år eller nyere. I ettertid har vi innsett at denne avgrensingen har begrenset utvalget i søk etter aktuelle og relevante artikler. I tillegg til tidsbegrensing, ble det avgrenset til artikler publisert i fagfelleverderte tidsskrifter i Cinahl complete og Oria. PubMed er det ikke mulighet til å avgrense til fagfelleverderte tidsskrifter.

### 3.7.3 Begrunnelse for valg av litteratur

I søk etter litteratur et det benyttet siste utgave av publiserte bøker.

Boken “Kommunikasjon i relasjoner” skrevet av Eide og Eide (2017) er en del av pensumlitteraturen på grunnutdanningen i sykepleie. Boken er valgt fordi forfatterne på en god måte forklarer grunnleggende prinsipper ved kommunikasjonsferdigheter ved mellommenneskelige forhold.

“Interpersonal relations in nursing” skrevet av Peplau (1994) er relevant for fordypningsoppgaven da den beskriver relasjonsteori i forbindelse med tillitsskapende arbeid. Boken er fra 1994, og det er ingen nyere utgivelser publisert.

I litteratursøket, var et av resultatene en litteraturstudie utført av O’Laughlin et al. (2020), vurdert som aktuell som teori for å bidra til å besvare fordypningsoppgavens problemstilling.

### 3.8 Kritisk vurdering av artikler

De valgte artiklene er alle fagfelleverderte og publisert i anerkjente tidsskrifter. Databasene Cinahl og Oria har mulighet til å avgrense artikkelsøk til fagfelleverderte artikler og tidsskrift, mens PubMed derimot ikke hadde denne muligheten. Søket i PubMed var derfor mer omfattende fordi artiklenes abstrakt måtte leses, for å se om de var fagfelleverderte.

Artiklene fremstår som ryddige med IMRAD-struktur og et oversiktlig abstrakt med sentrale nøkkelord.

Studiedesign står tidlig presentert i metoden, hvor også deltakerutvalget beskrives. Alle studiene har brukt kvalitativt intervju som sin metode for å innhente relevante data. Det er benyttet ulike intervjumetoder i utvalget av artikler, som fokusgruppeintervju og individuelle intervju.

### 3.9 Presentasjon av artikler

**“Enhancing patient safety in the operating theatre:  
from the perspective of experienced operating theatre nurses.”**

**Forfatter:** Ingvarsdottir, E. & Halldorsdottir, S.

**Tidsskrift:** Scandinavian Journal of Caring Sciences, 2018.

**Metode:** Kvalitativ metode med 14 individuelle intervjuer.

### **Patients' Experiences of Trust in the patient-Nurse Relationship—A Systematic Review of Qualitative Studies**

**Forfatter:** Rørtveit, K., Hansen, B., S., Leiknes, I., Joa, I., Tenstad, I. & Severinsson, E.

**Tidsskrift:** Open Journal of Nursing, 2015.

**Metode:** Oversiktsartikkel med 20 artikler.

### **“Anxiety, Vulnerability and Shame -Surgical Patients' Sensory Experiences”**

**Forfattere:** Schjøtler, G. & Delmar, C.

**Tidsskrift:** Klinisk Sygepleje, 2016.

**Metode:** Kvalitativ metode med individuelt intervju av fire deltagere.

### **“Factors of importance for developing a trustful patient-professional relationship when women undergo a pelvic examination.”**

**Forfatter:** Skär, L., Grankvist, O. & Söderberg, S.

**Tidsskrift:** Health Care for Women International, 2020.

**Metode:** Kvalitativ metode med tre fokusgruppeintervjuer med fem deltagere.

### **“Responsibility for patient care in perioperative practice.”**

**Forfattere:** Blomberg, A.-C., Bisholt, B. & Lindwall, L.

**Tidsskrift:** Nursing Open, 2018.

**Metode:** Kvalitativ metode med individuelle intervjuer av 15 deltagere.

### **“Newly trained operating room nurses' experiences of nursing care in the operating room.”**

**Forfattere:** Eriksson, J., Lindgren, B-M. & Lindahl, E.

**Tidsskrift:** Scandinavian Journal of Caring Sciences, 2020.

**Metode:** Kvalitativ metode med semistrukturert intervju av ti deltagere.

**“Tverrfaglig samarbeid i operasjonsteamet”**

**Forfatter:** Leonardsen, A-C. L.

**Tidsskrift:** Nordisk Sygeplejeforskning, 2015.

**Metode:** Casestudie med kvalitativt studiedesign. Intervju med åtte deltagere.

## 4 Resultater og analyse

### 4.1 Artiklenes resultater

#### **Enhancing patient safety in the operating room (Ingvarsdottir & Halldorsdottir, 2018)**

Hensikten med studien var å kartlegge erfarne operasjonssykepleieres synspunkter på hvordan pasientsikkerheten på operasjonsstuen kan forbedres. Funnene fra studien viste at oppgavene bestod av å håndtere risiko og beskytte operasjonspasienten mot skade, og påse at pasienten er i fokus under hele det operative forløpet. I tillegg presenterte forskerne at deltagerne i studien opplevde at de hadde begrenset med tid for å oppnå kontakt, opparbeide seg tillit, og formidle den omsorgen de ønsket å gi operasjonspasientene i den sårbare situasjonen.

#### **Patients' experiences of trust in the patient-nurse relationship—A systematic review of qualitative Studies (Rørtveit et al., 2015)**

Studien utforsket hvordan gynekologiske kreftpasienter opplevde tillit i pasient- og sykepleierrelasjon. Resultatene viste at pasientens følelse av trygghet var relatert til å ha noen å stole på, og følelse av trygge og varme omgivelser. I tillegg viste studien at opplevelsen av tillit hadde sammenheng med å bli respektert som person, ikke bli avhumanisert og at taushetsplikten ble ivaretatt.

#### **Anxiety, vulnerability and shame- surgical patients' sensory experiences (Schjötler & Delmar, 2016)**

Studien undersøkte operasjonspasientenes sanseopplevelser i møtet med operasjonsavdelingen og operasjonssykepleierne. I deres studie kategoriserte de funnene sine med tre underkapitler som inneholdt *autoritære autoriteter, en forestående avlivning og å være på samleband*. En viss form for *autoritet* gjorde at operasjonspasientene følte sikkerhet og trygghet, samt en rolig og stille fremtoning og en varm atmosfære. Ved *en forestående avlivning* sammenlignet deltagerne operasjonsavdelingen med et slakteri hvor den sterilt utøvende operasjonssykepleieren var plassert i et hjørne for å ikke bli gjenkjent for handlingene som skulle til å skje.

Under kategorien *å være på samleband* følte pasientene seg som oversett og som et objekt, hvor prosedyrene gikk etter faste rammer uten hensyn til den enkelte pasient.

### **Factors of importance for developing a trustful patient- professional relationship to women undergo a pelvic examination (Skär et al., 2020)**

Forskerne ønsket å undersøke betydningsfulle faktorer i utviklingen av et tillitsforhold i relasjonen mellom pasient og behandler. Resultatene ble presentert i tre underkapitler. *Å være bevisst rundt kvinners sårbarhet* handlet om å skape en trygg og komfortabel situasjon for pasienten. *Å tilstrebe personlig kommunikasjon for å styrke kvinnens selvtillit*, kan oppstå ved at kvinnen mottar informasjon på forhånd som er rettet mot hennes situasjon og behov. *En verdig behandling som gir kvinnen en følelse av eierskap over egen kropp* var betydningsfullt for pasienten, især ved avkledning foran helsepersonell og eksponering av underlivet.

### **Responsibility for patient care in perioperative practice (Blomberg et al., 2018)**

Artikkelens hensikt var å få en forståelse av operasjonssykepleiernes erfaringer med ansvar for pasientsikkerhet og pasientomsorg i det operative forløpet. Det formelle ansvaret innebar å ikke utsette pasienten for risiko, beskytte pasientens kropp mot skade, og systematisk planlegging og organisering av arbeidet i det kirurgiske teamet. Det personlig etiske ansvaret innebar å bekrefte pasienten som individ, å møte pasienten i situasjonen, vise omsorg og ivareta pasientens verdighet.

### **Newly trained operating room nurses' experiences of nursing care in the operating room (Eriksson et al., 2020)**

Studien utforsket nyutdannede operasjonssykepleieres erfaringer med å utøve tradisjonell sykepleie i deres nye rolle. Resultatene viste at deltagerne i studien opplevde mangel på pasienttid, mangel på tid til restitusjon, manglende tilbakemeldinger fra sengepost og samarbeidende avdelinger som trussel mot pasientomsorg og -sikkerhet. Deltagerne beskrev utfordringene med å etablere en- til – en-kontakt, ivareta operasjonspasientens opplevelse av velvære og det å samarbeide i team for pasientens beste. De endte istedenfor opp med å måtte fokusere på oppgaven foran dem fremfor å se operasjonspasienten som person.

### **Tverrfaglig samarbeid i operasjonsteamet (Leonardsen, 2015).**

Hensikten med studien var å oppnå en flerfaglig forståelse av teamarbeid og deres samarbeid. Studien viste at det er forskjellig forståelse av hvem operasjonsteamet bestod av, og viste ulikheter mellom forståelsen av teamarbeid og samarbeid. Forskerne presenterer to sentrale hovedkomponenter fra sine resultater, som handler om *respekt* for andre teammedlemmer og *kommunikasjon* i operasjonsteamet.

#### 4.1.1 Sammenfatning av funn

Resultatene til Ingvarsdottir og Halldorsdottir (2018) var at pasienten var i fokus gjennom hele det operative forløpet hvor de samtidig forebygget risiko og skade. Rørtveit et al. (2015) viste til resultater hvor deltakernes følelse av trygghet var relatert til å ha noen å stole på, og at tillit oppstod ved å vise respekt. Deltakerne i Schjøtler og Delmars (2018) studie følte trygghet og sikkerhet, fremmedgjøring i operasjonsavdelingens miljø, og følelsen av å bli avhumanisert og oversett. Skär et al. (2020) sine resultater viste bevisstgjøring av pasientens sårbarhet, betydningen av kommunikasjon og det å føle eierskap over egen kropp. Operasjonssykepleierne i studien til Blomberg et al. (2020) savnet tid til pasientkontakt og tid til pause i en hektisk arbeidshverdag. Leonardsens (2015) resultater viste ulik forståelse av teamarbeid, samarbeid og respekt.

Motstridende resultater som rutinepregede arbeidsoppgaver ble oppfattet som trygt av deltakerne fra Schjøtler og Delmars (2016) studie, i motsetning til deltakere i studien til Eriksson et al. (2021) som syntes at rutinene svekket omsorgsaspektet.

Det var imidlertid et par funn som overrasket og utfordret vår forforståelse. Det ene var særlig at *pasientsikkerhet* fremkom som et sentralt tema hos de intervjuede operasjonssykepleierne, til tross for at studienes tematikk handlet om andre aspekter. Det andre overraskende funnet var ulike teammedlemmers holdninger overfor hverandre og deres ulike oppfatning om hvem operasjonsteamets deltakere bestod av.



## 4.2 Analyse

I følge Aveyard (2018, s.141) innebærer tematisk analyse at resultatene fra litteratur og forskning samles, og kategoriseres i temaer. Aveyard (2018, s.141) foreslår at når resultatene skal tematiseres, bør forskeren forsøke å benevne temaene med ord som oppsummerer resultatenes sentrale poenger. En metode å gjøre dette på kan være å utheve temaer underveis i artiklene som benyttes, for å lettere visualisere mønstre i resultatene. Når resultatene er tematisert, må resultatene innenfor samme tema fra all litteratur samles.

Følgende temaer er analysert frem etter Aveyards seks-trinns-metode, og er videreført til og diskutert i drøftingskapitlet: emosjonelle psykososiale behov, relasjonelle psykososiale behov og samarbeid i operasjonsteam.

### 4.2.1 Emosjonelle psykososiale behov

Resultatene til Rørtveit et al. (2015) handlet om tillit og trygghet, hvor følelsen av trygghet var relatert til grunnleggende behov, som å ha noen å stole på. Opplevelsen av tillit hadde sammenheng med å bli respektert, ikke avhumanisert, og at helsepersonellet ivaretok taushetsplikten. Resultatene til Ingvarsdottir og Halldorsdottir (2018) viste at operasjonssykepleierne opplevde at de hadde for lite tid til å oppnå kontakt og tillit, samt operasjonssykepleierens rolle i risikohåndtering og forebygging av skade. Deltagerne i Schjøtler og Delmars (2016) studie fremstod engstelige og sårbare i møtet med den høyteknologiske operasjonsavdelingen. Studien utført av Skär et al. (2020) handlet om hvordan kvinnen kan oppnå økt kontroll og eierskap over egen kropp ved å motta tilpasset informasjon.

### 4.2.2 Relasjonelle psykososiale behov

Schjøtler og Delmars (2016) deltagere berettet om sine angstfremkallende og utrygge opplevelser der operasjonsavdelingen ble assosiert med et slakteri hvor den sterilt utøvende operasjonssykepleieren stod tildekket i frakk, hette og munnbind i et hjørne av operasjonsstua klar for avlivning. Opplevelsen av å være på samlebånd, med følelsen av å bli oversett, avhumanisert og at prosedyrene gikk etter faste rammer uten hensyn

til hver enkelt pasient. Ifølge Blomberg et al. (2018) hadde operasjonssykepleierne formelle ansvar og personlige verdier som bidro til at pasientens beste var prioritert og at pasientens verdighet ble ivaretatt. Å tilstrebe personlig kommunikasjon og informasjon for å styrke kvinnens selvtillit ble presentert som funn av Skär et al. (2020).

#### 4.2.3 Betydning av samarbeid i team for ivaretakelsen av operasjonspasienten

Leonardsen (2015) viste at det var en ulik forståelse blant teammedlemmene av både begrepene *respekt* og *kommunikasjon*, samt hvem som hadde en rolle i operasjonsteamet. Eriksson et al. (2020) presenterte at mangel på tid til å oppnå pasientkontakt og hvile, ble beskrevet som en trussel mot pasientsikkerheten i en travel arbeidshverdag. Resultatene til Blomberg et al. (2018) viste hvordan det formelle ansvaret i pasientbehandlingen ikke skulle utsette pasienten for risiko, beskytte kroppen mot skade, og at man systematisk burde planlegge og organisere arbeidet i operasjonsteamet. Blomberg et al. (2018), som handlet om håndtering av risiko, beskytte mot skade og i tillegg ha fokus på operasjonspasienten gjennom hele det operative forløpet, noe Ingvarsdottir og Halldorsdottir (2018) også hadde som funn. Eriksson et al. (2020) presenterte at manglende samarbeid og tilbakemeldinger fra sengepost ble ansett som trusler mot pasientomsorg og pasientsikkerhet.

## 5 Drøfting

Ved å arbeide med denne oppgaven har vi tilegnet oss ny kunnskap som har gitt oss økt forståelse og utfordret vår forforståelse. Problemstillingen “Hvordan kan operasjonssykepleieren ivareta den gynekologiske operasjonspasientens psykososiale behov?” vil bli drøftet opp mot relevante funn fra utvalgte vitenskapelige artikler og mot teori.

### 5.1 Emosjonelle psykososiale behov – Jeg ser deg, men ser jeg deg?

Vårt mandat som sykepleiere, og kommende operasjonssykepleiere, er at vi med respekt for hver enkelt pasient, skal utøve helhetlig (operasjons)sykepleie som ivaretar pasientens grunnleggende behov. Dette står ikke bare nedfelt i NSF's yrkesetiske retningslinjer (2019) og i NSFLOS' ansvars- og funksjonsbeskrivelse for operasjonssykepleiere (2015), men det ligger forankret i ryggmargen vår og virker inn på vår identitet som både privatpersoner og fagutøvere.

Lykkes vi som operasjonssykepleiere med å forstå kvinnens behov og imøtekomme hennes forventninger, mener vi at hun vil styrkes i pasientrollen, ved at hun får litt av “makten” tilbake. Skär et al. (2020) skildrer det som å gi kvinnen en følelse av “eierskap” over egen kropp. Er hun ikke alt “herre” over egen kropp? Hva er det så som hender når hun trer inn i pasientrollen?

Svarene på de to overnevnte spørsmålene kan vi tenke oss har utgangspunkt i hennes personlige identitet og selvbylde, som preger hennes emosjonelle psykososiale behov, og som kan trues av helsesvikt. Slik Stubberud (2019, s. 16) vurderer helsesvikt som en påvirkende faktor, må vi som operasjonssykepleiere forsøke å forstå pasientens subjektive sykdomsopplevelse.

Lenge har kvinnelig kjønnsliv vært tabubelagt, men i det mer moderne samfunn eksponeres vi for reklamer, nyhetssaker og tabloidartikler som er preget av kvinnekamp, kvinnekjønns, kvinnehelsekampanjer og seksuell frigjøring. Kjønnsorganene

er allikevel private og "bortgjemt" fra resten av kroppen.

Slik påpeker også Skär et al. (2020) at sosiale normer og samfunnets fremstilling, har betydning for den gynekologiske undersøkelsen. Kanskje har pasienten utsatt å oppsøke hjelp, fordi hun kviet seg for å måtte eksponere et ellers intimt og privat område? Dette underbygges av O'Laughlin et al. (2021, s. 1-4) som har synliggjort faktorer som kan knyttes til indre følelser og ytre miljømessige faktorer, som kan påvirke pasientens sårbarhet.

### 5.1.1 Kroppside identitet og sårbarhet - Den hårfine balansen mellom hjelp og krenkelse

Pasientens identitet og egenverd kan, som fremlagt av Bondevik (2002, s.121), svekkes ved endring i pasientens livssituasjon. Renolen (2008, s.126) hevder at endringer i kroppens utseende og kroppslige funksjoner, og forandringer i pasientens rolle og identitet kan påvirke pasientens kroppsbilde, og være angstfremkallende, slik Hansen (2018, s.101) påstår. Bondevik (2002, s.122) kan dermed ha rett i sin tese om at kroppsbildet er en grunnleggende faktor for identitetsfølelsen.

Operasjonssituasjonen fordrer et avkledd underliv, som i seg selv kan oppleves som utleverende og nedverdiggende. Et liknende syn støttes av O'Laughlin et al. (2021, s.2). Den gynekologiske pasienten er unik i sitt forhold til sin kropp og kvinnelighet. Hennes underliv er vanligvis godt beskyttet innenfor hennes intimgrenser og private sfære. Når operasjonspasienten, i sin underdanige rolle, har overlatt sin kontroll til det kirurgiske teamet, kan teammedlemmene feile i å møte henne. Grunnet manglende kunnskaper om operasjonspasienten og svikt i kontinuiteten, kan vi lett se for oss, slik Stubberud (2019, s.28) påpeker, at hun kan "... oppleve å få behandling, men ikke omsorg".

Skär et al. (2020) presenterer fra sine resultater at den sårbare gynekologiske pasienten var i behov av trygghet og medbestemmelse. Schei (2006, s. 19) hevder at sårbarheten blir røpet ved å be om hjelp og bryte idealer om kontroll og uavhengighet. Vi som kvinner, kan relatere oss til den ubehagelige eksponeringen som skjer ved en

gynekologisk undersøkelse. Den usikkerheten gynekologiske operasjonspasienter opplever ved et operativt inngrep, kan antas å være relatert til uvitenhet, sykdomsbildets alvorlighetsgrad og møtet med operasjonsavdelingen.

Ingvarsdottir og Halldorsdottir (2017) utdyper at å verne mot skade innebærer også å kunne respektere pasientens sårbarhet i operasjonssituasjonen, ved å etablere kontakt med og hele tiden være oppmerksom på operasjonspasienten. Schei (2006, s.19) opplyser om at pasienten og helsepersonellet representerer hver sine ytterpunkt av sårbarheten, ved at den ene har vist sin svakhet med å være syk, og den andre har evne til å hjelpe.

Lovverket skal på sin side bidra til å fremme tillitsforholdet mellom den hjelpetrengende og helsevesenet (Helsepersonelloven, 2011, §1; Pasient- og brukerrettighetsloven, 2011, §1-1). Ansvar om å yte juridisk, faglig og etisk forsvarlig helsehjelp i henhold til lovverk og etiske retningslinjer, hviler på operasjonssykepleieren, og øvrig helsepersonell.

Samtidig beskriver operasjonssykepleierens ansvars- og funksjonsbeskrivelse (NSFLOS, 2015) at operasjonssykepleieren skal bruke sitt terapeutiske ansvar til å ivareta pasientens psykososiale behov, som Helseth og Nortvedt (2002, s.242) også hevder at kan bidra til å øke pasientens tiltro til kompetansen og kunnskapen operasjonssykepleieren besitter.

Heglum og Krokan (2006, s.28) hevder at diskriminering og krenkelse kan handle om de samme faktorene som kan gi en følelse av skam, skyld, frykt og sinne. Effektivitet og rutiner kan overta fokuset fra pasienten, noe vi forestiller oss at kan medføre at den gynekologiske operasjonspasienten kan føle seg både diskriminert og krenket. Derfor mener vi at det er nødvendig for operasjonssykepleiere og annet helsepersonell å reflektere over hvordan vi selv har ønsker om å bli ivaretatt, med tanke på egne emosjonelle og relasjonelle behov.

### 5.1.2 Avhumanisering og fremmedgjøring - I "ingenmannsland"

Deltakerne i studien til Blomberg et al. (2018) uttalte at operasjonssykepleierne ved siden av å ha et *formelt overordnet ansvar* relatert til administrative og tekniske arbeidsoppgaver, også har et personlig etisk ansvar, basert på enhver

operasjonssykepleiers indre verdigrunnlag. Dette kan også relateres til NSF's yrkesetiske retningslinjer (2019) om at sykepleieren i møte med den teknologiske og helsepolitiske utviklingen, skal ivareta pasientenes verdighet og sikkerhet.

Det personlige etiske ansvaret innebar å se, bekrefte og etablere et gjensidig fellesskap med pasienten (Blomberg et al., 2018). Vårt synspunkt er at dette kan handle om å gjøre situasjonen meningsfull for pasienten. Derfor forstår vi betydningen av å besitte avanserte kunnskaper om den gynekologiske operasjonspasientens reaksjoner og behov, slik også vår ansvars- og funksjonsbeskrivelse (NSFLOS, 2015) beskriver.

Operasjonsavdelingen er preget av et minimalistisk og høyteknologisk miljø, og er sterilt, både i direkte og overført betydning. Miljøet preges av ukjente lyder fra alarmer og instrumenter, lukter av medikamenter, desinfeksjonsmidler og preparater. I tillegg er pasienten blottet for personlig bekledning og eiendeler, og ikledd klær som understreker hennes underordnede pasientrolle på avdelingen. Klærne frarøver operasjonspasientens personlige og sosiale identitet, som Stubberud (2019, s.27) hevder.

Pasienten kunne like gjerne vært en fotballspiller på bortebane, eller en flyktning i eksil. Helhetsinntrykket av operasjonsavdelingen og situasjonen kan for pasienten medføre distansering og en følelse av å være *fremmedgjort*, som underbygges av Stubberud (2019, s.25).

Media påminner oss til stadighet om sykehusenes lange ventelister. Et høyt antall pasienter skal hver dag gjennomgå kirurgiske inngrep. Ved en dagkirurgisk avdeling er antallet pasienter enda høyere enn ved en "vanlig" operasjonsavdeling. Miljøet i operasjonsavdelingen generelt, preges av effektivitet og høyt tempo, med fokus om å "få igjennom" dagens operasjonsprogram. Nødvendige forberedelsesprosedyrer i tilkøpling av katetre og sensorer, kan bidra til at pasientens opplevelse av "utenforståenhet" forsterkes og fører til at hun på samme tid både fremmedgjøres og avhumaniseres, slik også Stubberud (2019, s.23-27) påpeker.

Heglum og Krokan (2006, s.28) angir at begrepene *krenkelse* og *avhumanisering* inneholder likheter hvor den krenkede blir fratatt sin subjektstatus og blir gjort om til objekt i andres behov, begjær og kontroll.

Pasientopplevelser fra forskningen til Schjøtler og Delmar (2016) beskrev følelser rundt å bli behandlet som et objekt og oversett, og noen følte at de var på samlebånd, uten å bli tatt hensyn til, fordi prosedyrene gikk etter et fast oppsett. Rutinepregede arbeidsoppgaver kunne imidlertid oppfattes som trygt av andre deltakere fra Schjøtler og Delmars (2016) studie, i motsetning til deltakere i studien til Eriksson et al. (2021) som syntes at rutinene svekket omsorgsaspektet.

Å informere og inkludere pasienten i forestående hendelser, stille spørsmål og innrette oss etter svar, vise interesse og engasjement for pasienten, vise tilstedeværelse og være mottakelige for hva pasienten ønsker å formidle, har vist seg som sentralt i forskning (Blomberg et al., 2018; Skär et al., 2020; Ingvarsdottir og Halldorsdottir, 2017). Selv har vi opplevd dette som verdifulle elementer i møtet med den gynekologiske operasjonspasienten. Samtidig beskriver nyutdannede operasjonssykepleiere i studien til Eriksson et al. (2020) at en humanistisk tilnærming kan være utfordrende i et høyteknologisk miljø, og at det er lett å glemme betydningen av å se pasienten bak prosedyren. Ved å forsøke å bevisstgjøre oss betydningen av å holde fokus på operasjonspasienten, mener vi at vi kan unngå å skape utilsiktet distanse mellom oss som operasjonssykepleiere og pasienten.

I likhet med Ingvarsdottir og Halldorsdottir (2017) tør vi påstå at det er enhver operasjonspasients rettighet å bli behandlet som en person, fremfor en kirurgisk prosedyre. Det er dessuten vår plikt å beskytte pasienten mot krenkelse, slik det understrekes i de yrkesetiske retningslinjene (NSF, 2019).

Vi må tilstrebe å skape en tillitsfull relasjon der den gynekologiske operasjonspasienten føler at hun blir tatt hensyn til, bekreftet, respektert og forstått.

## 5.2 Relasjonelle psykososiale behov - Balansert asymmetri

Ansiktet pasienten møter er delvis skjult bak munnbindet. Øyene er det eneste hun ser av omsorgspersonen hun skal overlate kroppen sin til. Den globale pandemisituasjonen

som har pågått det siste halvannet året, har ført til endring av retningslinjer på bakgrunn av smittevern hensyn. Dette står i sterk kontrast til Hansens (2018, s.122) formaning om betydningen av å ikke bruke munnbind, for at pasienten skal ha mulighet til å se hele ansiktet ved det første møtet.

Vi mennesker er flokkdyr og de fleste av oss, tør vi påstå, har det best om vi opplever å ha sosial tilhørighet. Sosial kontakt og følelsesmessig støtte, gode relasjoner og meningsfylt sosialt engasjement utgjør, som gjengitt av Stubberud (2019, s.18), de relasjonelle psykososiale behovene våre.

Å oppleve at livet brått endrer seg som følge av akutt og/eller kritisk sykdom, kan utløse reaksjoner som rokker ved de psykososiale behovene (Stubberud, 2019, s.16). Vi kan oppleve en sterk eksistensiell krise. Slik kan det oppleves å være operasjonspasient også.

Den gynekologiske operasjonspasienten kan miste fotfestet i sin trygge tilværelse og fratras kontrollen over sin egen kropp og situasjonen for øvrig. Å oppleve at integriteten er truet, er vanlig hos operasjonspasienten, hevder Hansen (2018, s.104). Denne påstanden understøttes av Moesmand og Kjøllesdal (2007, s.57) som hevder at helsepersonells *moralske integritet* er grunnlaget for pasientens tillit, i det sårbare møtet med operasjonsavdelingen. Helseth og Nortvedt (2002, s.237) har nok dermed rett i sin stadfesting av tillit som en grunnleggende forutsetning for sykepleieutøvelse, der de understreker behovet for sykepleierens spesielle kompetanse. Slik er behovet for sykepleie universelt (ICN, 2007) og operasjonssykepleieren skal utøve sitt terapeutiske ansvar i praksis for å ivareta pasientens psykososiale behov (NSFLOS, 2015). Den sosiale tryggheten kan fremmes ved at tillitsforholdet mellom operasjonssykepleieren og den gynekologiske pasienten styrkes, slik vi tolker pasient- og brukerrettighetsloven (2011, §1-1).

### 5.2.1 Den tillitsskapende relasjonen - Med hånden på hjertet

Fra det øyeblikket pasienten oppsøker hjelp, har hun alt innsett at hun selv ikke kan håndtere sitt sykdomsbilde alene. Hun velger å oppsøke hjelp fordi hun stoler på at hun skal få den hjelpen hun trenger og har *behov* for. Hun må ikle seg pasientrollen, og



“overgi” seg til fagpersonell i grønn bekledning, slik også Henriksen og Aarflot (2002, s.157) beretter.

Det blir dermed tydelig som Schei (2006, s.19) hevder, at pasienten og operasjonssykepleieren representerer hver sin ytterlighet av sårbarheten. Skär et al. (2020) beskriver en gynekologisk undersøkelse som en svært sårbar situasjon for en kvinne, og som ifølge O’Laughlin et al. (2021, s.4) er kjent for å kunne trigge negative fysiske og psykiske symptomer. Tidligere eller mangel på tidligere opplevelser, kan sammen med kvinnens usikkerhet, erfaringer og følelsesliv være påvirkende faktorer (O’Laughlin et al., 2021, s.1 og 4). På samme måte kan en tenke seg at gynekologisk inngrep kan oppleves likedan. Det er derfor avgjørende at helsepersonell skaper en trygg og behagelig opplevelse for pasienten (Skär et al., 2020).

Hun må stole på operasjonspersonellet, men det krever at hun samtidig må ofre noe. Og det er nettopp i møtet med hjelpeinstansen, at det handler om å gi og ta, som Peplau (1994, s.209) erkjenner.

Martinsen (2018, s.131) skildrer pasientens kropp som åpen, utsatt, forsvarsløs og sårbar, noe som bekrefter våre refleksjoner og følelser rundt den gynekologiske pasienten.

Deltakerne i Rørtveits studie (2015) påpekte at tillit ble assosiert med å bli respektert og akseptert som person, noe som også Skär et al. (2020) understreker er sentrale komponenter i et tillitsforhold.

Egne erfaringer fra praksis viser at operasjonssykepleiere og anestesisykepleiere er flinke til å ivareta bluferdigheten ved å ikke åpne pasientskjorten for mye, og ved å legge et teppe over fanget til pasienten før hun legger seg ned. Martinsen (2018, s.131) uttaler at det er betydningsfullt å påse at “... pasientens leie på operasjonsbordet ikke er skammelig og utildekket”, noe som også avdekkes som et av operasjonssykepleierens ansvarsområder i studien til Blomberg et al. (2018). Operasjonssykepleierens ansvars- og funksjonsbeskrivelse (NSFLOS, 2015) innebærer blant annet at operasjonssykepleieren skal møte pasienten med respekt for pasientens opplevelse, og ivareta pasientens integritet og verdighet. Ved dette slipper pasienten å oppleve krenkelse ved å blottlegge underlivet. Skär et al. (2020) presenterer i sin forskning at

mange kvinner i studien opplevde det som ubehagelig å kle av seg foran helsepersonell. Det bringer frem kontrastene mellom rollene, makt og avmakt ved å være avkledd og påkledd.

Operasjonssykepleieren og de andre teammedlemmene må opparbeide tillit til pasienten, ved å forsikre henne om, med hånden på hjertet, at hennes verdighet vil bli profesjonelt ivaretatt og at hennes kropp ikke vil utsettes for skade.

### 5.2.2 Pasientrettet kommunikasjon - Når kroppen sier mer enn tusen ord

Eide og Eide (2017, s.17) definerer *relasjon* som *forbindelsen* mellom subjektene.

Relasjonen bør bygges på en *felles forståelse* slik Skär et al. (2020) hevder.

Relasjonen mellom pasient og operasjonssykepleier kan preges av ubalanse nettopp på grunn av pasientens avhengighetsposisjon (Hansen, 2018, s.103), noe som også fremkom av studien til Blomberg et al. (2018).

Peplaus (1994, s.209) beretning om sykepleierens selvinnsikt uttrykkes i utførelsen av sykepleie. Når tiden man har til å etablere pasientkontakt er kort, kan man undres over hvilke elementer som er vitale for å oppnå tillit i det korte møtet.

En deltaker i studien til Blomberg et al. (2018) uttalte:

To really see and confirm the patient's presence...and don't just see a stomach because it's easy in this job...important to be involved when the patient is laid up for just a glance during a brief contact can create a relationship...to see a face who will be included in the surgery to recognize me...much can be conveyed through body language, touch and eye contact.

Sitatet hentet fra Blomberg et al. (2018) står i sterk kontrast til en opplevelse skildret i studien til Schjøtler og Delmar (2016), som beskriver den sterilt kledde operasjonssykepleieren som stod tildekket i et hjørne for å ikke kunne bli gjenkjent for den kommende udåden. Begge perspektivene viser hvor ulike syn og opplevelser en operasjonspasient kan ha.

Skär et al. (2020) beretter fra sin studie at tilpasset kommunikasjon ville ha betydning for helsepersonells bevissthet rundt kvinnens sårbarhet, for å styrke hennes selvtillit og

opplevelse av eierskap over egen kropp. Dette forstår vi som at kvinner i en sårbar situasjon har betydning for å bli sett og hørt, og at behandleren i sin tilnærming viser forståelse for kvinnens situasjon. Ikke bare verbal kommunikasjon har betydning for at kvinnen skal oppnå tillit, føle trygghet og føle seg forstått, men også helsepersonellets nonverbale kommunikasjon. Ved å oppnå tillit og vise trygghet, kan nonverbal kommunikasjon være en ferdighet som hjelperen anvender gjennom å opptre bekræftende, oppmuntrende og bestyrkende, ifølge Eide og Eide (2017, s.137).

I en sårbar situasjon som kan oppleves ubehagelig eller krenkende for kvinnen, kan hennes kroppsspråk, ansiktsuttrykk og blick formidle mer enn ord. Eide og Eide (2017, s.137) presiserer at de relasjonene hvor helsepersonell er i direkte kontakt og pasienten føler seg intimt berørt (i dobbel forstand), vil helsepersonellets nonverbale kommunikasjonsferdigheter være avgjørende.

Det er imidlertid viktig å ha i mente at ikke alle pasienter ønsker å bli berørte eller trøstet. Vår oppfatning styrkes av utsagnet til Jensen (2015, s.91), som beskriver at vi med kroppsspråk og ord kan vise at vi respekterer og verdsetter det mennesket vi er i relasjon til.

Det er dessuten relevant å påpeke at vi som helsepersonell bør være varsomme med å ikke bli for personlige, da det ifølge Skär et al. (2020) kan bidra til å svekke den tillitsfulle relasjonen mellom oss som operasjonspersonell og den gynekologiske operasjonspasienten.

### 5.3 Samarbeidets betydning for ivaretagelse av den gynekologiske operasjonspasienten – Alle sammen sammen

Kvinnen møter et flerfaglig operasjonsteam som kjenner hverandre og hverandres oppgaver. Sykepleierne hun møter stiller spørsmål og oppfører seg kanskje som at dette er en helt hverdagslig situasjon, og fører henne gjennom de sterile korridorene mot operasjonsstua som er preget av mye teknisk utstyr.

Å vise medmenneskelighet gjennom et blick i det korte møtet angir Blomberg et al. (2018) at er betydningsfullt for å se, bekrefte og etablere et gjensidig fellesskap med operasjonspasienten. Eriksson et al. (2020) har presentert i sin forskning at mange

operasjonssykepleiere opplever tiden til å bli kjent med pasienten som for kort. På en annen side jobber operasjonsteamet mot et felles mål hvor alle har definerte og koordinerte arbeidsoppgaver som følger hverandre (Okasvik, 2018, s.205). Leonardsen (2015) presenterer funn fra sin forskning som samsvarer med dette, og at teamarbeid innebærer likestilte arbeidsoppgaver og at alle bidrag teller like mye. Man kan tenke seg at operasjonsteamet består av flere team. Operasjonssykepleierne samarbeider om hygiene og klargjøring til operasjonen, operasjonssykepleier og anestesisykepleier samarbeider om pasientivaretagelsen fra henting på sengeventerrommet til levering på oppvåkningen. Anestesilegen samarbeider med anestesisykepleieren for å innlede anestesi, og kirurgen og sterilt utøvende operasjonssykepleier samarbeider i operasjonsfeltet. Alle disse samarbeidende enhetene utgjør operasjonsteamet. Det terapeutiske og administrative ansvaret som er presentert i NSFLOS' (2015) kvalifikasjonskrav, skal sikre både fler- og tverrfaglig samarbeid for å bidra til faglig forsvarlighet, kvalitet og kontinuitet i pasientforløpet.

### 5.3.1 Pasientsikkerhet - Omsorg + sikkerhet = sant?!

Eriksson et al. (2020) presenterer i sin forskning at operasjonssykepleierne understreket hvor viktig det var å etablere pasientkontakt preoperativt for å ivareta pasientens velbefinnende. Fra samme forskning beretter deltakerne at de høyteknologiske oppgavene overskygger den tradisjonelle sykepleien og operasjonssykepleieren får en mer fraværende rolle selv når pasienten er våken.

Blomberg et al. (2018) påpeker at pasienten skal beskyttes mot skade og ikke utsettes for risiko. Dette understøtter også Ingvarsdottir og Halldorsdottir (2018) hvor de i tillegg belyser betydningen av å ha operasjonspasienten i fokus gjennom hele det operative forløpet.

Anestesisykepleierens arbeidsstasjon er i hodeenden av operasjonsbordet. Derfor anser vi det som mer naturlig at det i hovedsak er anestesisykepleieren som kommuniserer med pasienten, når pasienten ligger på operasjonsbordet. Eide og Eide (2017, s.148) understreker ansiktets betydning i relasjonsbygging, og at pasienten kan føle seg oversett når øynene ikke vendes mot henne. Derfor kan det tenkes at

operasjonssykepleieren utfører andre oppgaver som ikke er direkte kommunikasjonsrelatert, for å få fortgang i de preoperative forberedelsene. På en annen side må arbeidsoppgavene til teammedlemmene gjøres parallelt med ivaretagelse av operasjonspasienten, noe Blomberg et al. (2018) understøtter ved å beskrive at systematisk planlegging og organisering av arbeidet i operasjonsteamet bidrar til effektivitet og minimerer operasjonstiden.

Jensen (2015, s.91) påpeker at man med kroppsspråk og ord kan vise at man verdsetter og respekterer et annet menneske. Ingvarsdottir og Halldorsdottir (2017) belyser betydningen av å vise respekt for pasientens sårbarhet i operasjonssituasjonen, hvor det å etablere kontakt og hele tiden være oppmerksom på operasjonspasienten vil forebygge skade.

Vi forstår det slik at ved å bli bevisstgjort våre kommunikasjonsferdigheter, kan vi formidle omsorg i både tekniske og ikke-tekniske oppgaver, som igjen kan bidra til å øke pasientsikkerheten. Dermed stemmer regnestykket om at omsorg + sikkerhet = sant.

### 5.3.2 Hierarkisk skille mellom autoritet og prestisje i operasjonsteamet - Rollespill i yrkespraksis

Selv om teamet har likestilte oppgaver og jobber mot samme resultat, viser forskningen til Leonardsen (2015) at det er ulik *forståelse* av hvem som har en *rolle* i operasjonsteamet. I samme forskning vises det i tillegg skjev fordeling av makt innad i teamet, hvor myndighet, autoritet og prestisje skapte ulikheter i forståelsen av *teamarbeid* og *samarbeid* i operasjonsteam. Egne erfaringer fra praksis viser at operasjonssykepleiere og anestesisykepleiere har stor respekt overfor legestanden. Med tanke på at alle teammedlemmer har likeverdige roller, overrasker det oss at det fortsatt eksisterer et slikt hierarki på operasjonsstuen.

Begrepene *respekt* og *samarbeid* har ulik betydning for teammedlemmene viser forskningen til Leonardsen (2015). Den ene kirurgen hadde en forståelse av respekt som at beskjedene som ble gitt ble fulgt, at de (operasjonssykepleierne) hadde funnet frem

alt av utstyr og at de hadde mulighet til å konsentrere seg (Leonardsen, 2015). En av operasjonssykepleierne som deltok i studien til Leonardsen (2015) kom med denne uttalelsen om samarbeid:

Godt samarbeid er at alle er godt forberedt på sine oppgaver, og tar den veldig alvorlig. Og at vi samtidig løfter blikket og har øye for hverandre, og at vi kan være litt på tilbudssiden for å hjelpe hverandre også! Og, at man har den holdningen at dette er noe vi skal gjøre sammen som vi ikke kan gjøre alene. At vi er tydelige og har respekt for hverandres arbeidsoppgaver.

Ut ifra dette viser det et stort sprik mellom forståelsen av hvordan man skal jobbe i team og kunne samarbeide. Egne erfaringer tilsier at et godt samarbeid er nødvendig for et godt teamarbeid. Dette viser ulikhetene mellom teori og praksis hvor Oksavik (2018, s.205) også understøtter hvor betydningsfullt det er å arbeide i team hvor man er trygge på hverandre, føler en tilhørighet i teamet og at man har mot til si ifra dersom man oppdager feil eller mangler. Videre hevder Oksavik (2018, s.205) at pasientsikkerheten står i fare dersom det er dårlig kjemi og stemning i operasjonsteamet, fordi dette kan ta oppmerksomheten fra arbeidsoppgavene og operasjonspasienten.

Ifølge Moesmand og Kjøllesdal (2007, s.57) er respekten for den enkeltes integritet verdifullt å ta hensyn til, noe som også kan overføres til kollegaer. Selv anser vi respekt som grunnlag for et godt samarbeid og god kommunikasjon. Leonardsen (2015) påpeker at sykepleiergruppen fra intervjuene angav at "trygghet, ros, å ville det samme og humor" hadde en rolle i opplevelsen av god kommunikasjon i team. Vi hevder at et godt arbeidsmiljø vil kunne bidra til å påvirke pasientens opplevelse av operasjonsavdelingen på en positiv måte.

Å være imøtekommende, og formidle trygghet og omsorg, mener vi kan bidra til å berolige vår sårbare gynekologiske operasjonspasient i den ukjente situasjonen hun står ovenfor.

## 6 Oppsummering og konklusjon

Med hjerte for den gynekologiske operasjonspasienten har vi forsøkt å belyse hvordan vi, som kommende operasjonssykepleiere, kan ivareta hennes psykososiale behov. Vår intensjon var at denne fordypningsoppgaven skulle appellere til våre kommende kollegaer på operasjonsavdelingen. Samtidig har vi innsett at den også bidrar til å forme *vår yrkesidentitet*, og videreutvikle vår medmenneskelige identitet.

Som operasjonssykepleiere er det ikke bare vår lovpålagte plikt, men også vårt etiske og terapeutiske ansvar å utøve *helhetlig* (operasjons)sykepleie basert på *respekt* for pasientens *verdighet* og *integritet*. Pasienten skal beskyttes mot skade og *krenkelse*, og *ivaretas som person* gjennom hele det operative forløpet.

*Pasientomsorg* og *pasientsikkerhet* er to elementer som kontinuerlig bør tilstrebes å være i balanse, slik vi ser det. For å muliggjøre og opprettholde en slik balanse er vi, som operasjonssykepleiere, helt avhengige av *kollegialt samarbeid* innad i operasjonsteamet.

For å besvare vår problemstilling om hvordan vi som operasjonssykepleiere kan ivareta den gynekologiske operasjonspasientens psykososiale behov, kan vi hevde at tett samarbeid i operasjonsteamet er en nødvendig forutsetning for å tilrettelegge for personlig tilpasset pasientbehandling med omsorg, trygghet og sikkerhet i fokus. Vi må ivareta hennes *emosjonelle psykososiale behov* ved å anerkjenne hennes *sårbarhet* og forsøke å vise forståelse for hennes sykdomsoppfatning. For å kunne ivareta hennes *relasjonelle psykososiale behov*, må vi bruke tid til å etablere en *tillitsbasert relasjon* og være bevisst hvordan vår nonverbale kommunikasjon opptrer som virkemiddel. Vi må behandle henne som et *unikkt individ* og møte hennes *unike behov*, ved å tilstrebe at hun ikke *avhumaniseres* eller *fremmedgjøres*.

Vi må beskytte mot *krenkelse* ved å ikke blottlegge hennes kropp unødig og sørge for at hennes *private sfære* ivaretas.

Vårt mål er å få henne til å føle seg *påkledd* i en avkledd situasjon.

## 7 Litteraturliste

Aveyard, H. (2018). *Doing a Literature Review in Health and Social Care: A Practical Guide* (4. utgave). Open University Press.

Bjørk, I.T. & Breivne, G. (2016). Kapittel 9: Kropp og velvære. I Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F., Skaug, E-A. & Grimsbø, G.H. (Red.), *Grunnleggende sykepleie 2: Grunnleggende behov* (3. utg., s.13-43). Gyldendal Akademisk.

Blomberg, A.-C., Bisholt, B. & Lindwall, L. (2018). Responsibility for patient care in perioperative practice. *Nursing Open*, 5(3), 414-421.

<https://doi.org/10.1002/nop2.153>

Bondevik, M. (2002). Kapittel 7: Mellom avhengighet og selvhjulpenhet. I Bjørk, I.T., Helseth, S. & Nortvedt, F. (Red.), *Møtet mellom pasient og sykepleier* (1. utg., s.113-125). Gyldendal akademiske forlag.

Brottveit, G. (2018). Kapittel 1: Om vitenskapsteoretiske begreper og grunnsyn. I Brottveit, G. (Red), *Vitenskapsteori og kvalitative forskningsmetoder- om å arbeide forskningsrelatert* (1.utg., s.16-32). Gyldendal Akademisk.

Brottveit, G. (2018). Kapittel 5: Om forskningsdesign. I Brottveit, G. (Red), *Vitenskapsteori og kvalitative forskningsmetoder- om å arbeide forskningsrelatert* (1.utg., s.63-73). Gyldendal Akademisk.

Carzo, S.A. (2019). Chapter 14: Gynecologic and obstetric Surgery. I Rothrock, J.C., *Alexander's care of the patient in surgery* (16.utg., s. 400-454). Elsevier.

Eide, H., Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner- personorientering, samhandling og etikk* (3.utg). Gyldendal Akademisk.



Eide, P.H. & Dåvøy, G. (2018). Kapittel 2: Funksjons- og ansvarsområde. I Dåvøy, G.M., Eide, P.H. & Hansen, I. (Red.). *Operasjonssykepleie* (2.utg., s.28-80). Gyldendal Akademisk.

Eriksson, J., Lindgren, B-M. & Lindahl, E.

(2020). Newly trained operating room nurses' experiences of nursing care in the operating room. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 34(4), 1074-1082.

<https://doi.org/10.1111/scs.12817>

Fangen, K. (2010). *Deltagende observasjon* (2.utg.). Fagbokforlaget.

Farmen, M., E. & Hol, M., S. (2008). Kapittel 44: Gynekologisk sykepleie. I Almås, H., *Klinisk sykepleie*. (3. utg., 5.opplag, s.1012-1070). Gyldendal Norsk forlag.

Fawcett, D.L. (2019). Chapter 6: Positioning the Patient for Surgery. I Rothrock, J.C., *Alexander's care of the patient in surgery* (16.utg., s. 142-175). Elsevier.

Frønes, I. (2001). Kapittel 4: Skam, skyld og ære i det moderne. I Wyller, T., *Skamperspektiver på skam, ære og skamløshet i det moderne*. (1.utg., s.69-80).

Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke.

Hansen, I. (2018). Kapittel 4: Operasjonspasientens psykososiale behov. I Dåvøy, G.M., Eide, P.H. & Hansen, I. (Red.). *Operasjonssykepleie* (2.utg., s.99-129). Gyldendal Akademisk.

Hansen, I. & Brekken, R.S. (2018). Kapittel 14: Leiring av pasienten på operasjonsbordet. I Dåvøy, G.M., Eide, P.H. & Hansen, I. (Red.). *Operasjonssykepleie* (2.utg., s.320-353). Gyldendal Akademisk.

Heglum, T. & Krokan, A.K. (2006). *Med vitende og vilje- om funksjonshemming, diskriminering og krenkelse*. Kommuneforlaget.

Helsebiblioteket. (2016). *Sjekklistor* Hentet 01. september 2021 fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>

Helsepersonelloven. (2011). Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Helseth, S. & Nortvedt, F. (2002). Kap 15: Om tillit. I Bjørk, I., T., Helseth, S. & Nortvedt, F. (Red.), *Møtet mellom pasient og sykepleier (1. utg., s.237-249)*. Gyldendal akademiske forlag.

Henriksen, J.-O. & Aarflot, H.M. (2002). Kap 10: Å møte en annen. I Bjørk, I.T., Helseth, S. & Nortvedt, F. *Møtet mellom pasient og sykepleier (1. utg., s.157-172)*. Gyldendal akademiske forlag.

Ingvarsdottir, E. & Halldorsdottir, S. (2018). Enhancing patient safety in the operating theatre: from the perspective of experienced operating theatre nurses. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(2), 951-960. <https://doi.org/10.1111/scs.12532>

Jacobsen, D., I. (2010). *Forståelse, beskrivelse og forklaring- innføring i metode for helse- og sosialfagene*. Høyskoleforlaget.

Jensen, R. (2015). *Skab den gode relation*. Munksgaard.

Leonardsen, A-C., L. (2015). "Tverrfaglig samarbeid i operasjonsteam". *Nordisk Sygeplejerforskning* (s .218-227).

Doi: <https://doi.org/10.18261/ISSN1892-2686-2015-02-12>

Leseth, A.B. & Tellmann, S.M. (2018). *Hvordan lese kvalitativ forskning*. Cappelen Damm.

Malterud, K. (2011). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. Universitetsforlaget.

Martinsen, K. (2018). Kapittel 5: Operasjonssykepleieren og den sårbare pasienten – kropp, sansning og urørlighetssone. I Dåvøy, G.M., Eide, P.H. & Hansen, I. (Red.). *Operasjonssykepleie* (2.utg., s.130-146). Gyldendal Akademisk.

Moesmand, A., M. & Kjøllesdal, A. (2007). *Å være akutt kritisk syk- om pasientens og de pårørendes psykososiale reaksjoner og behov*. Gyldendal Norsk Forlag. NSF (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*.

<https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer> .

NSFLOS (2015). *Operasjonssykepleierens ansvars- og funksjonsbeskrivelse*. <https://nsflos.no/fag-og-fagutvikling/operasjonssykepleierens-ansvars-og-funksjonsbeskrivelse/>

Norsk senter for forskningsdata. (u.å.). *NSD – Norsk senter for forskningsdata*. Hentet 13.september 2021 fra <https://www.nsd.no/>

Norsk senter for forskningsdata. (2021). *Register over vitenskapelige publiseringskanaler*. Hentet 19.april 2021 fra <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>

Norsk sykepleierforbund. (u.å.). *Fag, utdanning og forskning*. Hentet 13. september 2021 fra <https://www.nsf.no/en/node/836>

Norsk sykepleierforbund. (u.å.). *Internasjonale etiske retningslinjer*. Hentet 16. september 2021 fra <https://www.nsf.no/Content/2182991/seefile>

Norsk sykepleierforbunds landsgruppe av operasjonssykepleiere. (u.å.). *Operasjonssykepleierens ansvars- og funksjonsbeskrivelse* Hentet 24. august 2021 fra <https://nsflos.no/fag-og-fagutvikling/operasjonssykepleierens-ansvars-og-funksjonsbeskrivelse/>

Nortvedt, M.W., Jamtvedt, G., Graverholt, B. & Gundersen, M.W. (2021). *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok* (3.utg.). Cappelen Damm Akademisk.

Oksavik, W.S. (2018). Kapittel 10: Samarbeid i team. I Dåvøy, G.M., Eide, P.H. & Hansen, I. (Red.). *Operasjonssykepleie* (2.utg., s.203-217). Gyldendal Akademisk.

O’Laughlin, D.J., Strelow, B., Fellows, N., Kelsey, E., Peters, S., Stevens, J. & Tweedy, J. (2020). Addressing Anxiety and Fear during the Female Pelvic Examination. *Journal of Primary Care & Community Health*, 12, 1-5.

<https://doi.org/10.1177/2150132721992195>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (2011). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV 1999 07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Peplau, H.E. (1994). *Interpersonal Relations in Nursing*. London: Macmillan

Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk. (u.å.). *Om å søke REK*  
Hentet 30. august 2021 fra [https://rekportalen.no/#hjem/s%C3%B8ke\\_REK](https://rekportalen.no/#hjem/s%C3%B8ke_REK)

Renolen, Å. (2008). *Å forstå mennesker - innføring i psykologi for helsefag*. Fagbokforlaget.

Rienecker, L. (2012). *Den gode oppgaven* (2. utg.). Fagbokforlaget.

Rørtveit, K., Hansen, B.S., Leiknes, I., Joa, I., Testad, I., Sverinsson, E. (2015). “Patients’ Experiences of Trust in the Patient-Nurse Relationship- A Systematic Review of Qualitative Studies”. *Open journal of Nursing*, 5 (s.195-209)  
DOI: [10.4236/ojn.2015.53024](https://doi.org/10.4236/ojn.2015.53024).

Schei, E. (2006). Kap 1: Skam i pasientrollen. I Gulbrandsen, P., Fugelli, P., Stang, G., H., Wilmar, B., *SKAM i det medisinske rom* (1.utg., s.15-30). Gyldendal Norsk Forlag.

Schjøtler, G. & Delmar, C. (2016). Angst, sårbarhet og skam operationspatienters sanseerfaringer Anxiety, Vulnerability and Shame - Surgical Patients' Sensory Experiences. *Klinisk Sygepleje*, 30(1), 17–30.

<https://doi.org/10.18261/issn.1903-2285-2016-01-03>

Skär, L., Grankvist, O. & Söderberg, S. (2020). Factors of importance for developing a trustful patient-professional relationship when women undergo a pelvic examination. *Health Care for Women International*, 41(8), 869-882.

<https://doi.org/10.1080/07399332.2020.1716234>

Spesialisthelsetjenesteloven. (2001). Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (LOV-1999 07-02-61). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>

Språkrådet. (2017). *Administrativ ordliste bokmål-nynorsk*. Hentet 27. august 2021 fra <https://www.sprakradet.no/sprakhjelp/skriverad/ordlister/synonymliste-bokmaal-nynorsk/#/>

Stubberud, D.-G. (2019). Kapittel 1: Psykososiale konsekvenser av å være akutt og kritisk syk. I Stubberud, D.-G. (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (2.utg., s.15-47). Gyldendal Akademisk.

Stubberud, D.-G. (2019). Kapittel 2: Pasientens psykososiale behov: konsekvenser for sykepleierens kompetanse. I Stubberud, D.-G. (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (2.utg., s.48-77). Gyldendal Akademisk.

Stubberud, D.-G. (2019). Kapittel 3: Å ivareta den voksne pasientens psykososiale behov. I Stubberud, D.-G. (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (2.utg., s.78-126). Gyldendal Akademisk.

Thomassen, M. (2017). *Vitenskap, Kunnskap og Praksis- innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag* (2.utg.). Fagbokforlaget.

Universitetet i Bergen og Språkrådet. (2021). *Bokmålsordboka / Nynorskordboka*. Hentet 27. august 2021 fra <https://ordbok.uib.no/perl/ordbok.cgi?OPP=hensyn>

Øiestad, G. (2021). *Hva er selvfølelse?* Gyldendal Akademisk.

## VEDLEGG 1 – PICO-skjema

Patient/problem: (Hvem/hva handler det om, hvilken setting?)	Intervention/ Exposure (Hvilke tiltak vurderes?)	Comparison (evt. alternative tiltak)	Outcome (Hvilke resultat /utfall er av interesse?)
Den gynekologiske operasjonspasienten	Ivaretakelse av integritet  Forebygging av unødvendig blottlegging		Bevisstgjøring av operasjonspersonell

## VEDLEGG 2 – Søkelogg

Databasevalg	Søkeord med kombinasjonsord	Eventuelle avgrensninger	Antall treff	Referanse til valgte artikler
Cinahl Complete	1.(MH "Gynecology") OR (MH "Gynecologic Examination") OR (MH "Surgery, Gynecologic") OR (MH "Gynecologic Nursing") OR (MH "Gynecologic Care") 2.(MH "Support, Psychosocial") OR (MH "Psychosocial Aspects of Illness") OR (MH "Psychosocial Care (Saba CCC)") OR (MH "Psychosocial Health (Iowa NOC)") 3. 1 AND 2 4.(MH "Education") OR (MH "Patient Education") 5.1 AND 4	År: 2016-2021 Fagfellevurdert Engelsk språk	29  52	O'Laughlin et al. (2021)  Skär et al. (2020)
PubMed	1.Operating theatre nurse 2.Patient experience 3.1 AND 2	År: 2016-2021	60	Ingvarsdottir og Halldorsdottir (2018)  Blomberg et al. (2018)  Eriksson et al. (2020)
Oria.no	1.Anxiety 2.Experiences 3.Surgical 4.1 AND 2 AND 3	År: 2016	30 836	Schjøtler og Delmar (2016)



<p>Eventuelle kommentarer til søket:</p> <p>O’Laughlin et al. (2021) er en litteraturstudie, som i fordypningsoppgaven er benyttet som litteratur i teoridelen og ikke som forskning</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Rørtveit et al. (2015) er funnet gjennom andre relevante artiklers referanseliste</li><li>• Leonardsen (2015) er funnet gjennom andre relevante artiklers referanseliste</li></ul>				

## VEDLEGG 3 – Sjekkliste

# Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

## Hvordan brukes sjekklisten?

Sjekklisten består av tre deler:

- A: Innledende vurdering
- 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 (2018). *CASP checklist: 10 questions to help you make sense of qualitative research*. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/> Hentet: 15.10.2020.

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 sjekkliste.

Se [www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekkliste](http://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekkliste)

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

Send e-post til [Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no](mailto:Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no).

## Kritisk vurdering av:

[Sett inn referansen til studien/artikkelen du vurderer med denne sjekklisten]Sideskift

## Del A: Innledende vurdering

### 1. Er formålet med studien klart formulert?

Ja –  Nei –  Uklart

Tips:

- Hva ville forskerne finne svar på (problemstilling)?
- Hvorfor ville de finne svar på det?
- Er problemstillingen relevant?

Kommentar:

### 2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

Ja –  Nei –  Uklart

Tips:

- Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?

Kommentar:

### 3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?

Ja –  Nei –  Uklart

Tips:

- Er valg av forskningsdesign begrunnet? Har forfatterne diskutert hvordan de bestemte hvilken metode de skulle bruke?

Kommentar:

### 4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:** Når man bruker for eksempel strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.

- Er det gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor?
- Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (utvalgsstrategi)?
- Er det diskusjon omkring utvalget, for eksempel hvorfor noen valgte å ikke delta?
- Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt?
- Er karakteristika ved utvalget beskrevet (for eksempel kjønn, alder, sosioøkonomisk status)?

Kommentar:

### 5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:** Datainnsamlingen må være omfattende nok i både bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.

- Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?
- Går det klart frem hvilke metoder som ble valgt for å samle inn data? For eksempel intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), dokumentanalyse, og er det begrunnet hvorfor disse metodene ble valgt?
- Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, for eksempel beskrivelse av intervjuguide?
- Er metoden endret i løpet av studien? I så fall, har forfatterne forklart hvordan og hvorfor?
- Går det klart frem hvilken form dataene har (for eksempel lydopptak, video, notater)?
- Har forskerne diskutert metning av data?

Kommentar:

## 6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?

Ja –  Nei –  Uklart

Tips:

- Har forskeren vurdert sin egen rolle, mulig forutinntatthet og påvirkning på:
  - a. utforming av problemstilling
  - b. datainnsamling inkludert utvalgsstrategi og valg av setting
  - c. analyse og hvilke funn som presenteres
- På hvilken måte har forskeren gjort endringer i utforming av studien på bakgrunn av innspill og funn underveis i forskningsprosessen?

Kommentar:

## 7. Er etiske forhold vurdert?

Ja –  Nei –  Uklart

Tips:

- Er det beskrevet i detalj hvordan forskningen ble forklart til deltagerne for å vurdere om etiske standarder ble opprettholdt?
- Diskuterer forskerne etiske problemstillinger som ble avdekket underveis i studien? Dette kan for eksempel være knyttet til informert samtykke eller fortrolighet, eller håndtering av hvordan deltagerne ble påvirket av det å være med i studien.
- Dersom relevant, ble studien forelagt etisk komité?

Kommentar:

## 8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?

Ja –  Nei –  Uklart

Tips: En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.

- Er det gjort rede for hvilken type analyse som er brukt, for eksempel grounded theory, fenomenologisk analyse, etc.?
- Er det gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført, for eksempel de ulike trinnene i analysen?
- Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data, for eksempel sitater og kategoriene som forskerne har kommet frem til?
- Er tilstrekkelige data presentert for å underbygge funnene? I hvilken grad er motstridende data tatt med i analysen?

Kommentar:

**Basert på svarene dine på punkt 1–8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?**

Ja –  Nei –  Uklart

Sideskift

## Del B: Hva er resultatene?

### 9. Er funnene klart presentert?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:** Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt like uttrykk. Slike forskjeller bør imidlertid forklares.

- Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?
- Er det tilstrekkelig diskusjon om funnene både for og imot forskernes argumenter?
- Har forskerne diskutert funnenes troverdighet (for eksempel triangulering, respondentvalidering, at flere enn en har gjort analysen)?
- Er funnene diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen?

**Kommentar:**

## Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

### 10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

**Tips:** Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. I stedet kan resultatene være overførbare eller gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.

- Har forskerne diskutert studiens bidrag med hensyn til eksisterende kunnskap og forståelse, vurderer de for eksempel funnene opp mot dagens praksis eller relevant forskningsbasert litteratur?
- Har studien avdekket behov for ny forskning?
- Har forskerne diskutert om, og eventuelt hvordan, funnene kan overføres til andre populasjoner eller andre måter forskningen kan brukes på?

**Kommentar:**

## 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 sjekklistene.

Se [www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistene](http://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistene)

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

Send e-post til [Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no](mailto:Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no).

## Kritisk vurdering av:

[Sett inn referansen til artikkelen du vurderer med denne sjekklisten]Sideskift

# 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:**

## 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:
  - effekt – randomisert kontrollert studie
  - årsak – kohortstudie
  - diagnostikk – tverrsnittstudie med referansetest
  - prognose – kohortstudie
  - erfaringer – kvalitativ studie
- Er det samsvar mellom kriterier for inklusjon av studiene og formålet til oversikten? Se etter:
  - populasjon
  - tiltak
  - sammenligning
  - utfall

**Kommentar:**

## 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:**

#### **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/sjekklistene. 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/sjekklistene som ble brukt i vurderingen?
- Er verktøyet/sjekklisten som ble brukt fornuftig?
- Ble vurderingen gjort av minst to personer uavhengig av hverandre?

**Kommentar:**

#### **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:**

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

Ja –  Nei –  Uklart

Sideskift

## **Del B: Hva forteller resultatene?**

### **6. Hva er resultatene?**

**Tips:** Vurder

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

**Kommentar:**

## 7. Hvor presise er resultatene?

Tips: Se på

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

Kommentar:

## 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:

### 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:

### 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:



## VEDLEGG 4 - Artikkelmatrise

“Enhancing patient safety in the operating theatre: from the perspective of experienced operating theatre nurses” (Ingvarsdottir & Halldorsdottir, 2017)

Referanse	Ingvarsdottir, E. & Halldorsdottir, S. (2018). Enhancing patient safety in the operating theatre: from the perspective of experienced operating theatre nurses. <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i> , 32(2), 951-960. <a href="https://doi.org/10.1111/scs.12532">https://doi.org/10.1111/scs.12532</a>
Hensikt	Hensikten med studien er å klarlegge erfarne operasjonssykepleieres synspunkter på hvordan pasientsikkerheten på operasjonsstuen kan forbedres.
Metode	<p>Dette er en kvalitativ studie med fenomenologisk tilnærming. Det ble utført 14 individuelle intervjuer av en utvalgt gruppe av operasjonssykepleiere.</p> <p>Elleve av intervjuene var primærintervjuer, og ytterligere tre av intervjuene var av kortere varighet for nærmere oppklaring av spesifikke spørsmål. Primærforskeren holdt intervjuene. Hun benyttet intervjuguide, men strebet etter å stille åpne spørsmål.</p> <p>Videre oppfordret hun deltakerne til å uttrykke seg fritt med egne ord. Temaer som oppstod under intervjuene, ble nærmere utforsket under hvert enkelt intervju.</p> <p>Primærforsker avgjorde når datametning var oppnådd og avsluttet datasamlingen.</p> <p>Intervjuene ble tatt opp digitalt og transkribert ordrett.</p> <p>Datasamlingen foregikk over en fire måneders periode. Ti kvinner og én mann deltok i studien.</p> <p>12-trinns modellen for forskningsprosess utviklet av The Vancouver School of doing phenomenology ble benyttet i datasamling og –analyse. Alle 12 stegene i modellen er nøye beskrevet i artikkelen og i tillegg fremstilt som en tabell.</p>
Resultat	<p>Resultatene er fremstilt som en figur med en oversiktlig kategorisering av ulike temaer som fremkom av intervjuene. Det var især fire kjerneområder som utpekte seg. Disse kjerneområdene oppsummeres slik:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Respekt for pasientens sårbarhet</li> <li>2. Å trygt lede pasienten gjennom det perioperative forløpet</li> <li>3. Å bidra til en god pasientsikkerhetskultur</li> <li>4. Å inneha fundamentale tekniske og ikke-tekniske ferdigheter</li> </ol>
Kvalitetsvurdering, sjekklister, etiske overveielser	<p>Tidsskriftet rangeres som nivå 1 i henhold til NSD.</p> <p>I forhold til sjekklister for kvalitative studier utarbeidet av Helsebiblioteket, oppfyller denne studien nesten alle punkter.</p>

	<p>Artikkelen fremstår som ryddig med IMRAD-struktur, som kommer tydelig frem i avsnittsoverskrifter. Den har et oversiktlig sammendrag på begynnelsen av artikkelen, og en oversikt over nøkkelord. Formålet med studien kommer tidlig frem i både sammendraget og introduksjonskapittelet.</p> <p>Islands nasjonale komité for bioetikk sørget for etisk godkjenning til utførelse av studien. 15 deltakere møtte inklusjonskriteriene, men elleve av disse ble utvalgt for å lettere kunne bevare anonymiteten. Deltakerne fikk av den grunn hvert sitt pseudonym.</p> <p>Alle deltakerne mottok muntlig og skriftlig informasjon på forhånd av studien, og alle avla informert samtykke før intervjuene ble utført. Konfidensialitet ble forsikret både muntlig og skriftlig. Alle transkriberte opptak ble slettet ved slutten av studien.</p> <p>Primærforsker er også operasjonssykepleier og hadde 10 års arbeidserfaring, og fremdeles aktiv i yrket da studien ble utført. Dette står beskrevet som både en styrke og en svakhet ved studien. Samtidig som forskeren besitter en dyp innsikt om emnet, kan studien påvirkes av forskerens egen forforståelse.</p> <p>Det ble lagt mye innsats i å minimere bias, ved blant annet føring av en forskningsdagbok der forskeren noterte sin forforståelse og sine forutinntatte ideer. Modellen for forskningsprosess utarbeidet av The Vancouver School of doing phenomenology har innebygde strategier for å øke validitet og reliabilitet.</p> <p>At primærforsker kjente fem av de elleve deltakerne fra tidligere, er en faktor som kan ha påvirket både utvalg, datasamling og funn.</p> <p>Studien er utført ved byen Akureyri på Island, som har ca. 20 000 innbyggere. Selv om Island som nasjon og kultur har mange likhetstrekk til og er overførbart til det norske samfunnet, er studien utført ved et svært begrenset område. Det er usikkert om dette har påvirket studien.</p> <p>Det nevnes at forskergruppen bestående av en erfaren operasjonssykepleier, en professor i sykepleievitenskap og en ekspert innen metodikk var svært nyttig.</p> <p>Studien mottok økonomisk støtte fra universitetet i Akureyri og fra sykehuset i Akureyri.</p> <p>Forskerne oppfordrer til en mer inngående analyse av funnene i studien.</p>
<p>Konklusjon Hvilke slutninger kan vi trekke av resultatene?</p>	<p>Viktigheten av operasjonssykepleierens rolle i risikohåndtering og forhindring av skade som en del av pasientsikkerhetsarbeidet på operasjonsstuen kommer tydelig frem. Erfarne operasjonssykepleiere har en nøkkelrolle i det kontinuerlige arbeidet med å identifisere trusler mot pasientsikkerheten på operasjonsstuen. Resultatene gir et verdifullt innblikk i operasjonssykepleierens rolle med hensyn til å forbedre pasientsikkerheten gjennom hele det perioperative forløpet og forbedre kvaliteten på sykepleien som utføres på operasjonsstuen.</p>

“Patients’ Experiences of Trust in the Patient-Nurse relationship - A Systematic Review Of Qualitative Studies” (Rørtveit et al., 2015).

Referanse	Rørtveit, K., Hansen, B. S. Leiknes, I., Joa, I., Testad, I., Sverinsson, E. (2015). “Patients’ Experiences of Trust in the Patient-Nurse Relationship- A Systematic Review of Qualitative Studies”. <i>Open journal of Nursing</i> , 5(3), 195-209. <a href="https://doi.org/10.4236/ojn.2015.53024">10.4236/ojn.2015.53024</a> .
Hensikt	Hensikten med artikkelen er på få oversikt over allerede publisert litteratur om forståelsen av hvordan tillit påvirker opplevelsen av å være pasient.
Metode	Systematisk oversiktsartikkel med kvalitativt studiedesign.
Resultat	Forfatterne sammenfattet forskningen ved å kategorisere temaer i fire overskrifter: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Holdninger i forhold til tillit, som indikerer at tillit er fundamentalt og eksisterende.</li> <li>2. Opplevelser av tillit; hvordan tillit kan føles.</li> <li>3. Pasient- sykepleierforholdet; hvilke kvaliteter personen som skaper tillit innehar,</li> <li>4. Hvor tillit oppstår; hvilken påvirkning miljø og kontekst har på opparbeidelsen av tillit.</li> </ol>
Kvalitetsvurdering, sjekklister, etiske overveielser	Tidsskriftet er sjekket opp mot NSD, og kvalifiserer til nivå 1. Artikkelen har IMRAD- struktur, og fremstår ryddig oversiktlig med nøkkelord presentert i alfabetisk rekkefølge. Dette er en oversiktsartikkel, og det er derfor ikke søkt etiske komiteer for å gjennomføre forskning. Det har blitt brukt sjekklister for oversiktsartikler fra Helsebiblioteket.no.
Konklusjon Hvilke slutninger kan vi trekke av resultatene?	Pasientenes opplevelse av tillit i pleien, avhenger av sykepleierens kunnskap, hvor delaktig sykepleieren deltar i samtalen for å holde en dialog og opparbeide seg en relasjon til pasienten og situasjonen. For sykepleierens yrkesutøvelse har refleksjon rundt tillitsskapende relasjon med en pasient betydning for å få en større forståelse av betydningen av tillit i sykepleien. Rørtveit et al (2015) belyser også betydningen av å ha kunnskaper om hvordan man skal danne en tillitsskapende relasjon i pasient-sykepleierforholdet.

“Anxiety, Vulnerability and Shame - Surgical Patients’ Sensory Experiences” (Schjøttler & Delmar, 2016).

Referanse	Schjøttler, G. & Delmar, C. (2016). Anxiety, Vulnerability and Shame - Surgical Patients’ Sensory Experiences. <i>Klinisk Sygepleje</i> , 30(1), 17–30. <a href="https://doi.org/10.18261/issn.1903-2285-2016-01-03">https://doi.org/10.18261/issn.1903-2285-2016-01-03</a>
Hensikt	Beskrive operasjonspasienters sanseerfaringer i møtet med operasjonsavdelingen og operasjonssykepleieren.

Metode	Artikkelen er en kvalitativ undersøkelse med hermeneutisk fenomenologisk tilnærming med intervju av fire deltagere, hvorav to menn og to kvinner. Undersøkelsen er utført på et mindre sykehus med akuttfunksjon i Danmark.
Resultat	Operasjonspasientene var i begynnelsen av intervjuene veldig positive i fortellingene sine, og forteller at de umiddelbart opplevde en god mottakelse på operasjonsavdelingen, og at alle sykepleierne ble beskrevet som skjønne mennesker. Etter hvert ble opplevelser som forskerne har valgt å kategorisere som "en forstående avlivning", autoritære autoriteter" og være på samleband".
Kvalitetsvurdering, sjekklister, etiske overveielser	Tidsskriftet kvalifiserer til nivå 1 etter NSD rangering.  Artikkelen fremstår som oversiktlig og ryddig med IMRAD-struktur, og har nøkkelord presentert i sammendraget.  Informantene til studien ble informert om undersøkelsens formål og fikk muligheten til å trekke seg fra studien uten konsekvenser. Det ble innhentet skriftlig samtykke fra deltagerne og de ble forsikret om at både taushetsplikt og anonymisering ble ivaretatt. Forskerne overholdt de etiske retningslinjene for Sykepleieforskning i Norden og lov om taushetsplikt. Forskerne skriver at studien ikke var i behov av å søke vitenskapsetisk komité eller datatilsyn for å bli utført.
Konklusjon Hvilke slutninger kan vi trekke av resultatene?	Operasjonspasientene fremstod som engstelige og sårbare i møte med den høyteknologiske operasjonsavdelingen. Pasientene synes derfor at en god mottakelse av en sykepleier er viktig for å dempe den kirurgiske stressresponsen og omsorgsfull sykepleie. Operasjonsavdelingens fysiske oppbygning førte til assosiasjoner til et slakteri, og med personell som var så godt tildekket at de ikke kunne bli kjent igjen. I tillegg følte pasientene en splittet opplevelse av behandlingen, både å få omsorg av medmenneskelige sykepleiere og samtidig følelse av å bli oversett og objektivisert. Til tross for disse opplevelsene, følte pasientene at de måtte gjøre som fortalt uten at deres behov og ønsker ble sett og hørt.

Factors of importance for developing a trustful patient-professional relationship when women undergo a pelvic examination (Skär et al., 2020)

Referanse	Skär, L., Grankvist, O. & Söderberg, S. (2020). Factors of importance for developing a trustful patient-professional relationship when women undergo a pelvic examination. <i>Health Care for Women International</i> , 41(8), 869-882. <a href="https://doi.org/10.1080/07399332.2020.1716234">https://doi.org/10.1080/07399332.2020.1716234</a>
-----------	--

Hensikt	Hensikten med studien var å undersøke hvilke faktorer “gynecological teaching women” mener er betydningsfulle for å utvikle et tillitsforhold i relasjonen mellom pasient og behandler.
Metode	Artikkelen er av kvalitativt forskingsdesign. Det ble utført tre fokusgruppeintervjuer med ulike tematikk innen problemstillingen forskerne ønsket å belyse. Ved hvert fokusgruppeintervju hadde forfatteren rollen som moderator der hun lyttet aktivt og veiledet diskusjonen. Andreforfatter hadde rollen som observatør og var oppmerksom på non-verbal kommunikasjon og skrev referat fra hver fokusgruppediskusjon. Forskerne benyttet intervjuguide i datasamlingen for å spisse fokuset mot det de hadde til hensikt å undersøke.
Resultat	Resultatene viste at helsepersonells kommunikasjonsferdigheter kan styrke tillitsforholdet mellom pasient og helsepersonell.  Temaene omhandlet betydningen av et tillitsforhold mellom pasient og gynekolog. Deretter om viktigheten av gynekologens kommunikasjonsferdigheter for et tillitsforhold, og til slutt om atferd bygget på etiske tilnærminger i helsetjenesten  De samlede dataene ble kategorisert i følgende emner: bevissthet rundt kvinnens sårbarhet, personlig kommunikasjon styrker kvinnens selvtillit, verdig behandling gir kvinnen en følelse av eierskap over egen kropp.
Kvalitetst vurdering, sjekklister, etiske overveielser	Tidsskriftet rangeres som nivå 2 i henhold til NSD.  En svakhet ved artikkelen er et ustrukturert sammendrag. Sammendraget inneholder dog alle nødvendige opplysninger om studien som hensikt, metode, resultater og konklusjon.  Artikkelen starter med et introduksjonsavsnitt, selv om det ikke har noen overskrift. Utover dette er strukturen klar med tydelige avsnittsoverskrifter som metode, resultater, diskusjon og konklusjon. Alle avsnittene inneholder også relevante underoverskrifter.  Studien er utført i Sverige, og er utarbeidet etter anbefalinger fra Helsinkideklarasjonen. Den er videre godkjent av Sveriges regionale komité for forskningsetikk. Skriftlig og muntlig informasjon ble sendt til deltakerne før oppstart av datainnsamling. Deltakerne måtte underskrive og levere informert samtykke.  Studien mottok ingen økonomisk støtte og alle forskerne erklært i å være i uavhengige roller.  Metoden er godt argumentert for i metodeavsnittet. Forskerne påpeker selv om antall deltakere er begrenset, kompenserte metoden godt opp med fokusgruppeintervjuer i tre seanser med ulike tematikk. Få deltakere kan forsvares med forskningens sensitive emne. Det er heller ingen formelle krav til antall deltakere i kvalitative studier.

	Resultatene er allikevel aktuelle og i høy grad overførbare til likende omstendigheter i dagens praksis.
Konklusjon	Helsepersonells kommunikasjonsferdigheter kan styrke tillitsforholdet mellom pasient og behandler,
Hvilke slutninger kan vi trekke av resultatene?	for kvinner som skal gjennomgå en gynekologisk undersøkelse. Å behandle kvinnen med respekt og verdighet, kan redusere hennes følelse av sårbarehet. Kvinnen kan oppnå økt kontroll og eierskap over egen kropp om hun mottar personlig tilpasset undervisning om kvinnekroppen. Å øke helsepersonells bevissthet og kunnskaper rundt avgjørende faktorer for et vellykket tillitsforhold mellom pasient og behandler, kan resultere i ytelse av bedre helsehjelp og dermed øke den gynekologiske pasientens opplevelse av velbehag og helse.

#### Responsibility for patient care in perioperative practice (Blomberg et al., 2018)

Referanse	Blomberg, A.-C., Bisholt, B. & Lindwall, L. (2018). Responsibility for patient care in perioperative practice. <i>Nursing Open</i> , 5(3), 414-421. <a href="https://doi.org/10.1002/nop2.153">https://doi.org/10.1002/nop2.153</a>
Hensikt	Hensikten med studien er å oppnå forståelse av operasjonssykepleieres erfaringer av ansvar for pasientomsorg og -sikkerhet i det perioperative forløpet.
Metode	Artikkelen er en kvalitativ studie med hermeneutisk design som vil avdekke operasjonssykepleieres erfaringer av ansvar for pasientomsorg og -sikkerhet i hele det perioperative forløpet. Datainnsamlingen foregikk ved individuelle intervjuer av totalt 15 deltakere. Studien foregikk ved universitets-, fylkes- og distriktssykehus i midt-Sverige. Intervjuene ble tatt opp digitalt og transkribert ordrett.  De transkriberte tekstene fra intervjuene gjennomgikk en hermeneutisk tekstanalyse etter modellen til filosofen Gadamer fra 1989. Tolkning av intervjuene ble gjort i fem trinn i henhold til Gadammers filosofi.
Resultat	Tekstinnholdet fra intervjuene avslørte to hovedområder; Et formelt eksternt ansvar og personlige etiske verdier. Det formelle eksterne ansvaret omhandler å ikke utsette pasienten for risiko, beskytte pasientens kropp mot skade, og systematisk planlegging og organisering av arbeidet i det kirurgiske teamet. Personlige etiske verdier innebærer det å bekrefte pasienten som et individ, å møte pasienten i situasjonen, vise omsorg og ivareta pasientens verdighet.
Kvalitetsvurdering, sjekklister, etiske overveielser	Tidsskriftet er rangert som nivå 1 i henhold til NSD.  Artikkelen fremstår som ryddig med IMRAD-struktur, nøkkelord og et oversiktlig sammendrag på begynnelsen av

	<p>artikkelen. Formålet med studien kommer tidlig frem i både sammendraget og introduksjonskapittelet.</p> <p>I forhold til sjekkliste for kvalitative studier, utarbeidet av Helsebiblioteket.no oppfyller denne studien nesten alle punkter.</p> <p>Forskerne presenterer også tidligere publiserte forskninger, noe som synliggjør for leseren at det er forsket på temaet og at det finnes annen litteratur.</p> <p>Etiske hensyn ble utformet i samsvar med retningslinjer av Helsinkideklarasjonen av World Medical Association fra 2013 og studien ble godkjent av det lokale universitetets etiske komité. Deltagerne i studien underskrev et informert samtykke, som ble dokumentert i henhold til lovverk.</p> <p>Forskernes for forståelse presenteres i introduksjonskapittelet, og viser tydelig at de har god forståelse av og oversikt over operasjonssykepleieres omfattende ansvar og oppgaver. De underbygger med egen tidligere forskning opp mot annen forskning og offentlige standardiseringsdokumenter.</p> <p>Av begrensninger for studien nevnes eksempelvis at et begrenset antall deltakere, og at kjønnsmajoriteten av deltakere var kvinner, som påvirkelige faktorer. Også det at avdelingslederne selv fikk i oppgave å velge ut egnede deltakere, kunne bidra til at bare de mest erfarne og dyktige operasjonssykepleierne ble utvalgt til å delta.</p> <p>Det opplyses også om at ingen av forskerne er inhabile.</p>
<p>Konklusjon Hvilke slutninger kan vi trekke av resultatene?</p>	<p>Operasjonssykepleierens formelle ansvar og personlige verdier bidrar til at operasjonssykepleieren alltid har pasientens beste i tankene og ivaretar pasientens verdighet.</p>

Newly trained operating room nurses' experiences of nursing care in the operating room (Eriksson et al., 2020)

Referanse	<p>Eriksson, J., Lindgren, B-M. &amp; Lindahl, E. (2020). Newly trained operating room nurses' experiences of nursing care in the operating room. <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i>, 34(4), 1074-1082. <a href="https://doi.org/10.1111/scs.12817">https://doi.org/10.1111/scs.12817</a></p>
-----------	---

Hensikt	Hensikten med studien er å utforske nyutdannede operasjonssykepleieres erfaringer av å utøve tradisjonell sykepleie i deres nye arbeidsrolle på operasjonsstuen.
Metode	Artikkelen er en kvalitativ studie, der det ble benyttet semi-strukturerte intervjuer. Datainnsamlingen foregikk ved to offentlige sykehus i Sverige. Seksjonslederne ved operasjonsavdelingene valgte ut egnede deltakere som møtte inklusjonskriteriene. Deltakere bestod av ti operasjonssykepleiere, ni kvinner og én mann, mellom 24-35 år. Alle deltakerne hadde maksimum tre års arbeidserfaring fra operasjonsavdelingen, og hadde fra to til ti års arbeidserfaring på sengepost fra tidligere.
Resultat	Resultatene var flersidige. De nyutdannede operasjonssykepleierne forsøker å opptre så godt som mulig ovenfor pasientene, samtidig som de tynges av mangel på tid og ressurser. De beskriver en stor omstilling fra vanlig sengepostarbeid til det å arbeide i team ved operasjonsavdelingen. De beskriver et stort skille mellom teori og praksis, og de opplever at høyteknologiske oppgaver fort overskygger den tradisjonelle sykepleien.
Kvalitetsvurdering, sjekklister, etiske overveielser	<p>Tidsskriftet rangeres som nivå 1 i henhold til NSD.</p> <p>Artikkelen fremstår som ryddig med IMRAD-struktur, som kommer tydelig frem i avsnittsoverskrifter. Den har et oversiktlig sammendrag på begynnelsen av artikkelen, samt oversikt over sentrale nøkkelord. Formålet med studien kommer tidlig frem i både sammendraget og introduksjonskapittelet.</p> <p>I forhold til sjekklister for kvalitative studier, utarbeidet av Helsebiblioteket, oppfyller studien nesten alle punkter.</p> <p>Forskerne poengterer tidlig at det er lite tidligere forskning som undersøker nyutdannede operasjonssykepleieres erfaringer av tradisjonell sykepleieutøvelse på operasjonsstua. Det er generelt lite forskning på overgangen fra grunnutdanning til videreutdanning som operasjonssykepleier, og ulikhetene mellom sengepostarbeid og arbeidet på operasjonsstuen. De oppfordrer til videre forskning og fokus på emnet.</p> <p>Skriftlig informert samtykke, med muntlig og skriftlig informasjon ble lagt til grunn. Deltakerne kunne fritt trekke seg når som helst uten å oppgi grunn. Personvern og konfidensialitet ble ivaretatt. Studien påvirket ikke arbeidssituasjonen til deltakerne.</p> <p>Studien mottok ingen økonomisk støtte og ingen av forfatterne var inhabile.</p> <p>Av begrensninger for studien nevnes det at nesten samtlige av deltakerne var kvinner og at alle deltakere jobbet i offentlig sektor. Intervju ved privat sektor kunne potensielt gi andre funn. Varigheten av intervjuene ble vurdert til å være litt kort, selv om de var konkrete og til poenget. Følelse av</p>



	stress for deltakerne ble nevnt som en begrensning. Dette fordi de ble forventet tilbake i operasjonsavdelingen etter endt intervju.
Konklusjon Hvilke slutninger kan vi trekke av resultatene ?	Nyutdannede operasjonssykepleiere synes det er utfordrende å finne sin nye rolle og implementere teori til klinisk praksis. Operasjonssykepleieren får ofte ansvaret for å ivareta pasientens interesse også under narkose, men høyteknologiske oppgaver flytter fokuset vekk fra pasientomsorgen. Mangel på tid til å etablere pasientkontakt, lese pasientjournal og å få tilstrekkelig med hvile mellom inngrepene, samt mangel på tilbakemeldinger fra pasientene som en forutsetning for å forbedre pleien, beskrives som de største truslene mot pasientomsorg og -sikkerhet på operasjonsstua. Velfungerende operasjonsteam og kollegial støtte er viktige komponenter for at de nyutdannede operasjonssykepleierne skal føle seg synlige, trygge og oppleve mestring i sin nye rolle.

“Tverrfaglig samarbeid i operasjonsteamet” (Leonardsen, A-C. L., 2015).

Referanse	Leonardsen, A-C. L. (2015). “Tverrfaglig samarbeid i operasjonsteamet”. <i>Nordisk sygeplejerforskning</i> , 5(2), 2018-227. <a href="https://doi.org/10.18261/ISSN1892-2686-2015-02-12">https://doi.org/10.18261/ISSN1892-2686-2015-02-12</a>
Hensikt	Hensikten var å belyse teammedlemmer i operasjonsteamets opplevelse av samarbeid, og hvordan dette påvirker et godt tverrfaglig samarbeid.
Metode	Casestudie med kvalitativt studiedesign med hermeneutisk tilnærming. Det ble utført individuelle semistrukturerte dybdeintervjuer med 8 deltagere.
Resultat	Resultatene kan ha utgangspunkt i profesjonsgruppering, med hierarkisk inndeling av teamet, ulik deltagelse i arbeidsprosessen, ulik forståelse av samarbeidets komponenter og ulik opplevelse av stress.
Kvalitetsvurdering, sjekkliste, etiske overveielser	Tidsskriftet er sjekket opp mot NSD, og kvalifiserer til en klassifisering 1.  Abstraktet har ingen overskrifter etter IMRAD-struktur, men inneholder en introduksjon, hensikt, metode, resultater og en konklusjonsdel.  Det er presentert nøkkelord i alfabetisk rekkefølge. Det er innhentet godkjenning fra Helseforetakets forskning- og utviklingsavdeling (FOU) og Norsk senter for forskningsdata (NSD). Alle deltagere fikk tilsendt informasjon med beskrivelse av studien. I tillegg fikk alle deltagere informasjon om rett til frivillig deltagelse og til å trekke seg når som helst. Skriftlig samtykke ble innhentet fra alle deltagere i forkant av intervju. Forskeren hadde rolle som kollega, men angir at dette ikke har påvirket utfallet i forskningen.  Deltagerne i studien var en mann og en kvinne fra hver arbeidsgruppe; anestesisykepleiere, operasjonssykepleiere, anestesileger og kirurger. Intervjuene ble tatt på med båndopptaker. Intervjuene fant

	sted på sykehuset, utenfor operasjonsavdelingens lokaler i arbeidstiden.
Konklusjon Hvilke slutninger kan vi trekke av resultatene?	Deltagerne hadde ulike opplevelser av betydning av begrepet samarbeid . Leonardsen (2015) anser et godt utgangspunkt for tverrfaglig samarbeid ved at tiltak iverksettes slik at de ulike profesjonene kan tilpasse seg hverandre.