

Pasienttilfredshet på postoperativ overvåkingsavdeling

**– Hvor fornøyd er pasientene med pleien de mottar?
En kvantitativ tverrsnittstudie**



**Universitetet
i Stavanger**

Det helsevitenskapelige fakultet

Master i spesialsykepleie, spesialisering i intensivsykepleie

Masteroppgave (30 studiepoeng)

Studenter: Maria L. Teie & Vivian Vestersjø

**Veileder: Otto M. Aareskjold,
førstelektor i intensivsykepleie ved UiS**

Dato: 11. juni 2020

MASTER I SPESIALSYKEPLEIE, spesialisering i intensivsykepleie

MASTEROPPGAVE

SEMESTER:

Vår 2020

FORFATTERE/MASTERKANDIDATER: Maria L. Teie & Vivian Vestersjø

VEILEDER: Otto M. Aareskjold

TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:

Norsk tittel: Pasienttilfredshet på postoperativ overvåkingsavdeling

- Hvor fornøyd er pasientene med pleien de mottar? En kvantitativ tverrsnittstudie

Engelsk tittel: Patient satisfaction in a post-operative monitoring ward

- How satisfied are the patients with the care they receive? A quantitative cross-sectional study

EMNEORD/STIKKORD:

Pasienttilfredshet, postoperativ overvåking, postoperativ sykepleie, pasientperspektiv, intensivsykepleie

ANTALL ORD: 18.656

STAVANGER

11. juni 2020

DATO/ÅR

Forord

Prosessen med denne masteroppgaven har vært spennende og lærerik, men også tidkrevende og utfordrende.

Etter to krevende studieår, er det er med stolthet vi nå går inn i vår nye rolle som intensivsykepleiere.

Vi ønsker å takke respondentene i denne studien som har svart på spørreskjemaet. Uten deres innsats, ville ikke denne studien vært mulig å gjennomføre.

Takk til vår veileder Otto M. Aareskjold for tilgjengelighet og konkrete tilbakemeldinger.

Takk til statistiker I. Dalen for hjelp med statistiske analyser i SPSS.

Takk til sykepleiere, intensivsykepleiere og lederne ved postkirurgisk overvåkingsavdeling for at dere tok oss godt imot, bidro til rekruttering av deltakere og utdeling av spørreskjemaer.

Takk til avdelingsledere, sykepleiere og helsefagarbeidere ved involverte kirurgiske sengeposter for innsamling av spørreskjemaer.

Takk til Gro Helén for korrekturlesing.

Takk til våre menn, Asle og Martin, og våre barn. Dere har gitt oss støtte, tid og tålmodighet.

Stavanger, juni 2020

Maria L. Teie

Vivian Vestersjø

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Studien tok utgangspunkt i å øke kunnskap om den voksne postoperative pasientens opplevelse av kvaliteten på den postoperative pleien etter ulike kirurgiske inngrep. Forskning på pasienttilfredshet kunne gi et unikt innblikk i pasientenes opplevelser av kvaliteten på pleien, og hvilke faktorer pasientene vurderte som mest betydningsfulle.

Hensikt: Studien var en kvalitetssikringsstudie fra pasientperspektiv. Hensikten med studien var å forbedre kvaliteten på postoperativ pleie, gjennom å undersøke pasientenes opplevelse av tilfredshet fra oppholdet på postoperativ overvåkingsavdeling. Hvilke faktorer pasientene vurderte som betydningsfulle for opplevelse av god kvalitet på sykepleien ble også undersøkt.

Metode: Kvantitativ tverrsnittstudie i form av en spørreskjemaundersøkelse, der deltakernes opplevelse av postoperativ sykepleie på oppvåkningen ble kartlagt. Studien ble gjennomført med svar fra 175 nyopererte pasienter ved postoperativ overvåkingsavdeling ved et norsk Universitetssykehus.

Resultater: Respondentene var generelt sett godt fornøyd med kvaliteten på pleien de mottok på oppvåkningen. Informasjon fra lege på oppvåkningen om resultatet av operasjonen var utsagnet med høyest andel bristende kvalitet. Kji-kvadrat analyse avdekket bristende kvalitet og signifikante forskjeller blant kjønns- og aldergrupper da signifikansnivå var satt til $p=.05$. Gjennomsnittsscore av utsagnenes subjektive betydning viste at de fleste utsagnene ble rangert av stor betydning for deltakerne. Utsagnet med lavest gjennomsnittsscore på subjektiv betydning var informasjon om oppvåkningsavdelingen i forkant av inngrepet, mens utsagnet om å føle seg trygg på personalets kunnskap på overvåkingsavdelingen fikk høyest score.

Konklusjon: Deltakerne rapporterte høy grad av tilfredshet med oppholdet på postoperativ overvåkingsavdeling. Statistiske analyser avdekket blant annet forbedringspotensial innen postoperativ informasjon om resultat av inngrepet, smertelindring til kvinner i oppvåkningsfasen, og roligere omgivelser uten bråk og støy for kvinner og aldersgruppen 18-59 år.

ABSTRACT

Background: The study was based on increasing knowledge about the adult post-operative patient's experience of the quality of post-operative care following various surgical procedures. Patient satisfaction research could provide a unique insight into patients' perceptions of the quality of care, and what factors the patients considered most significant.

Aim: The study was a quality assurance study from a patient perspective. The aim of the study was to improve the quality of post-operative care, by examining patients' experience of satisfaction from their stay in the post-operative monitoring unit. What factors the patients considered to be important for the quality of nursing experience were also examined.

Method: Quantitative cross-sectional study in the form of a questionnaire survey, in which the participants' experiences of post-operative nursing in post-operative monitoring unit was examined. The study was conducted with 175 newly operated patients in a post-operative monitoring unit at a Norwegian University Hospital.

Results: Respondents were generally satisfied with the quality of care they received during their stay at the post-operative monitoring unit. Information from the doctor about the result of the operation was the statement with the highest proportion of lack of quality. Chi-square analysis revealed a lack of quality and significant differences among gender and age groups when significance level was set at $p = .05$. The average score of the subjective meaning of the statements showed that most of the statements were of great importance to the participants. The statement with the lowest average score on subjective significance was information about the monitoring department prior to the intervention, while the highest score on subjective significance was the statement about feeling confident in nurses knowledge in the monitoring unit.

Conclusion: Participants reported a high degree of satisfaction with their stay in the post-operative monitoring unit. Statistical analyzes revealed, among other things, potential for improvement in postoperative information about the outcome of the operation, pain relief for women in the awakening phase after anesthesia, and more quiet environments for women and the 18-59 age group.

Innholdsfortegnelse

1.0	Introduksjon	9
1.1	Bakgrunn for valg av tema	9
1.2	Hensikt/formål med studien	10
1.3	Problemstilling og forskningsspørsmål	10
2.0	Teoretisk rammeverk	11
2.1	Tidligere forskning på området	12
2.2	Psykososiale behov og opplevelse av trygghet	14
2.3	Intensivsykepleie til den postoperative pasient	16
2.4	Pasientsikkerhet	18
2.5	Teoretisk modell – kvalitet fra et pasientperspektiv	20
2.6	Omsorgskvalitet fra pasientperspektiv	24
3.0	Metode og metodiske overveielser	25
3.1	Design	25
3.2	Spørreskjema som metode	26
3.3	Statistisk styrke	29
3.4	Utvalg	30
3.5	Datainnsamling	32
3.6	Statistiske analyser	33
3.6.1	Dataplotting	34
3.6.2	KUPPs handlingsindeks og omkoding av data	35
3.6.3	Analysearbeid	36
3.6.4	Kommentarer fra åpent spørsmål	37
3.7	Validitet og reliabilitet	37
3.8	Forskningsetiske vurderinger og etiske prinsipper	39
3.9	Manglende verdier	41
4.0	Resultat	43
4.1	Svarfrekvens og deltakerne bakgrunnsopplysninger	43
4.2	Informasjon og forventninger	46
4.2.1	Kommentarer om informasjon og forventninger	49
4.3	Smertelindring og lindring av ubehag	50
4.3.1	Kommentarer om smertelindring og lindring av ubehag	53
4.4	Sykepleiernes kunnskap og ivaretagelse	53

4.4.1 Kommentarer om sykepleiernes kunnskap og ivaretagelse	56
4.5 Atmosfære og omgivelser	58
4.5.1 Kommentarer om atmosfære og omgivelser	60
4.6 Opplevelse av støy.....	61
4.7 Kommentarer	62
4.8 Deltakernes vurdering av betydningen	62
5.0 Diskusjon.....	64
5.1 Informasjon og forventninger	65
5.1.1 Pre- og postoperativ informasjon	66
5.1.2 Forventninger	70
5.2 Smertelindring og lindring av ubehag	71
5.2.1 Postoperative smerter.....	72
5.2.2 Lindring av kvalme og annet ubehag.....	75
5.3 Sykepleiernes kunnskap og ivaretagelse.....	77
5.3.1 Postoperativ omsorgsfølelse og ivaretagelse.....	78
5.4 Atmosfære og omgivelser	80
5.4.1 Atmosfære, omgivelser og samlet tilfredshet.....	80
5.4.2 Opplevelse av støy.....	82
5.5 Metodediskusjon.....	84
5.5.1 Styrker og begrensninger ved metodevalg	85
5.5.2 Alternative metoder	87
6.0 Konklusjon.....	88
7.0 Relevans for klinisk praksis	89
Litteraturliste.....	91

Vedlegg

Vedlegg 1: Informasjons- og samtykkeskjema

Vedlegg 2: Spørreskjema

Vedlegg 3: Studiens oppstarts tillatelse

Vedlegg 4: Respondentkommentarer

Vedlegg 5: Cronbach's alfa analyse

Vedlegg 6: Utdrag fra Helsinkideklarasjonen

Vedlegg 7: Demografiske tallverdier

Vedlegg 8: Resultater, del A

Vedlegg 9: Resultater, del B

Vedlegg 10: Krysstabeller av resultater, del A og del B

1.0 Introduksjon

Tema for masteroppgaven er postoperativ sykepleie fra pasientens perspektiv.

Forfatterne vil undersøke hvor fornøyde pasientene er med pleien de får på postoperativ overvåkingsavdeling, tilhørende sentraloperasjon ved et norsk Universitetssykehus.

Forfatterne er masterstudenter innen intensivsykepleie, med klinisk erfaring fra postoperativ overvåkingsavdeling ved det aktuelle sykehuset for studien. Forfatternes forkunnskap har påvirket metodiske avgjørelser ved planlegging og gjennomføring av studien.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Det ses en sammenheng mellom pasienttilfredshet, kvalitet og pasientsikkerhet på sykehus (Isaac, Zaslavsky, Cleary & Landon, 2010). Pasienter har ofte kort liggetid på postoperativ avdeling, og intensivsykepleierne kan ha ansvar for flere pasienter samtidig. Avdelingen har begrenset med sengeplasser og operasjonsprogrammet er stort. Faktorer som dette kan skape samtidighetskonflikter, strukturelle utfordringer og gjøre det utfordrende for sykepleierne å følge opp hver enkelt pasient på en tilfredsstillende måte. Pasienter er ofte påvirket av anestesimidler, analgetika (smertelindrende medikamenter), smerter, kvalme, eller opplever psykososiale utfordringer, som kan påvirke deres opplevelse av oppholdet på postoperativ avdeling. Pasientenes vurdering av egen tilfredshet er et viktig utgangspunkt for å kunne danne grunnlag for å kvalitetssikre avdelingens daglige drift og intensivsykepleiernes arbeid med pasientene. Forskning på pasienttilfredshet kan gi et unikt innblikk i pasientenes opplevelser av kvaliteten på pleien, og hvilke faktorer pasienter vektlegger som mest betydningsfulle.

1.2 Hensikt/formål med studien

Det er fremkommet ønske fra postoperativ avdeling om et kvalitetsforbedringsprosjekt. Dette er en kvalitetssikringsstudie fra pasientperspektiv.

Hensikten med studien er å forbedre kvaliteten på postoperativ pleie, gjennom og undersøke pasientenes opplevelse av tilfredshet fra oppholdet på postoperativ avdeling. Hvilke faktorer pasientene vurderer som betydningsfulle for å oppleve god kvalitet på sykepleien vil også undersøkes. Spørreskjemaundersøkelsen kan bidra til å kartlegge områder i postoperativ sykepleie som bør bevares slik de er, og områder der det bør iverksettes tiltak for å øke kvaliteten på pleien.

1.3 Problemstilling og forskningsspørsmål

Tema for studien er *pasienttilfredshet i postoperativ overvåkingssenhet*.

Studiens problemstilling:

«Hvordan vurderer pasientene sin tilfredshet av oppholdet på postoperativ overvåkingssenhet ved et norsk universitetssykehus?».

Forskningsspørsmål:

- Hvordan vurderer pasientene sin egen tilfredshet over oppholdet på postoperativ avdeling?
- Hvilke faktorer har betydning for at pasientene skal oppleve kvalitet på den postoperative sykepleien?

2.0 Teoretisk rammeverk

PICo-skjema er utarbeidet som et hjelpemiddel til å finne relevant tidligere forskning innen valgt tema for studien. Søket ble foretatt i databasene CINAHL, MEDLINE, EMBASE og British Nursing Index. Søket ble avgrenset med fagfelle vurdering, årstall 2009–2019, full tekst, engelsk språk og PDF fulltekst. Søkemotorer som Google Scholar og Oria ble i tillegg brukt til søk etter tidligere forskning. Overskrifter og sammendrag ble gjennomgått for å finne relevant forskning. Artikler som omhandlet spesifikke kirurgiske inngrep, dagkirurgi og barnekirurgi ble ekskludert. Etter funn av litteratur, ble det gjort ytterligere søk på forfatternavn fra artiklenes referanselister. Resultatet gav ytterligere forskning til å forankre studien teoretisk. Søk etter ny forskning på tema ble gjentatt juni 2020. Søket resulterte ikke i nye funn.

PICo-skjema

Problemstilling: Hvordan vurderer pasientene sin tilfredshet av oppholdet på postoperativ overvåkingsenhet ved et norsk Universitetssykehus?		
P: Population or problem	I: Interest	Co: Context
Postoperativ pasient	Kvalitet fra et pasientperspektiv Pasienttilfredshet	Postoperativ overvåkingsenhet
Postoperative patient Post operative patient Postsurgical patient Newly operated patient Post-surgery	Quality of care Patient satisfaction Patient dissatisfaction Patient experience Patient perception Patient preference Postoperative care	Postoperative unit Postoperative department Postoperative monitoring department Post – anesthesia care unit Postanesthesia care unit

Søk i CINAHL og MEDLINE 07.05.2019, oppdatert 20.08.2019

Postoperative patient OR Postsurgical patient OR Newly operated patient	AND	Patient satisfaction OR Patient dissatisfaction OR Patient experience OR Patient perception OR Patient preference OR Postoperative care	AND	Postoperative unit OR Postoperative department OR Postoperative monitoring department OR Post – anesthesia care unit OR Postanesthesia care unit	AND	= 56 treff
= 4975 treff		= 23906 treff		= 484 treff		
Søk avgrenset med:						
<ul style="list-style-type: none"> - Peer reviewed - Årstall 2009 – 2019 - Full text - English language - PDF Full Text 						

2.1 Tidligere forskning på området

Waljee, McGlenn, Sears og Chung (2014) har skrevet om pasienters forventninger preoperativt og pasientrapporterte opplevelser etter kirurgi i sin systematiske oversiktsartikkel. Forståelsen av pasientrapporterte opplevelser postoperativt kan forbedre kvaliteten på kirurgisk pleie. Kategoriene pasientene rapporterte innen var tilfredshet, livskvalitet, uførhet, humørforstyrrelser og smerter. Funnene i studien viste at positive forventninger preoperativt hadde en sammenheng med forbedret pasientrapporterte opplevelser i 28 (47%) av studiene. Samtidig viste ni av studiene (15%) at pasientrapporterte opplevelser ble dårligere av at pasienten hadde positive forventninger. 18 studier viste sammenheng mellom oppfylte preoperative forventninger og økt pasienttilfredshet. Pasienter med positive forventninger rapporterte mindre smerter og mindre uførhet postoperativt sammenlignet med pasienter med negative preoperative forventninger. Waljee et al. (2014) foreslår at det bør utføres mer forskning

for å måle pasienters preoperative forventninger, og undersøke om preoperative forventninger har en sammenheng med pasientrapporterte opplevelser postoperativt.

Valen (2012) sin kvantitative studie om postoperativ sykepleie fra pasientperspektiv fra et universitetssykehus i Norge, avdekket at pasientene var fornøyd med opplevd kvalitet på helsepersonellens kompetanse, ivaretagelse, personvern og pårørendekontakt. Samtidig viste forskningen at pasienter ble undervurdert med tanke på postoperative smerter. Kjønn, alder og hastegrad på kirurgi kunne være faktorer som påvirket hvordan pasientene opplevde oppholdet på postoperativ avdeling. Valen (2012) oppgav behov for økt fokus på pre- og postoperativ informasjon og lindring av postoperative smerter og ubehag.

Olsen (2013) sin kvantitative studie om pasienttilfredshet i postoperativ seksjon fra et universitetssykehus i Norge, avdekket høy grad av tilfredshet blant pasientene. Pasienter som hadde gjennomgått planlagte operasjoner var mer fornøyd med informasjonen enn øyeblikkelig hjelp pasienter. Menn var mer fornøyd med smertebehandlingen enn kvinner, og kvinner oppgav å ha mer kvalme enn menn. Olsen (2013) avdekket forbedringsområder innen informasjon og kvalmelindring, spesielt for kvinnelige pasienter. Lindring av den umiddelbare smerten ved oppvåkning etter anestesi var også et forbedringsområde, spesielt for mannlige pasienter.

Valen (2012) henviser til at det i videre forskningsarbeid burde anvendes gode modeller for kvalitetsheving. Deriblant nevnes modellen «kvalitet ur patientens perspektiv» (KUPP) (G. Larsson & Wilde-Larsson, 2003). Olsen (2013) foreslår ved fremtidig forskning å tillegge spørsmål i spørreskjemaet som omhandler hvor betydningsfulle pasienten finner de enkelte tema. Spørsmål som omhandler subjektiv betydning for kvalitet på pleie vil kunne forenkle prioriteringen av forbedringstiltak. Overordnet spørsmål om hvor tilfredse pasientene er, samlet sett, med oppholdet på postoperativ seksjon, foreslås for fremtidige spørreskjemaer, for å kunne teste korrelasjonen for de enkelte tema.

2.2 Psykososiale behov og opplevelse av trygghet

Psykososiale behov ved sykdom handler om hvordan mennesket opplever å være syk. Sykepleiere må se sykdommen i sammenheng med pasientens livssituasjon, for å forholde seg til hvordan pasienten opplever sin situasjon. Pasientens psykososiale behov deles i en emosjonell og en relasjonell del. Emosjonell del innebærer pasientens sinnsstemning, reaksjoner, følelser, opplevelser som pasient og sykdomsopplevelse. Relasjonell del innebærer behov for fellesskap, kontakt med andre mennesker, sosiale nettverk, relasjon til mennesker rundt seg (sykepleiere og andre pasienter) og behov for sosial kontakt og støtte (D.-G. Stubberud, 2015, s. 77-78).

Pasienten har behov for å mestre den nåværende situasjonen ved akutt eller kritisk sykdom. Det betyr å oppleve fravær av lidelse, ha motivasjon og utholdenhet til å mestre sykdom og behandling og føle seg trygg. Pasienten har også behov for opplevelse av tilfredshet, velvære, være orientert og oppleve kontroll over eget liv. Opplevelse av gode relasjoner og meningsfylt sosialt engasjement, få følelsesmessig støtte, fravær av negativt stress og få individuell og målrettet sykepleie, er også av betydning. Somatisk sykdom påvirker pasientens psykososiale behov. Ivaretagelse av pasientens psykososiale behov krever at sykepleier må prøve å forstå hvordan pasienten opplever å være syk. Skal pasienten oppleve sine psykososiale behov møtt ved akutt og/eller kritisk sykdom, må også de grunnleggende behovene bli ivaretatt (D.-G. Stubberud, 2015, s. 78-79).

Funksjons- og ansvarsbeskrivelse for intensivsykepleier, kapittel 2.1: «Helsefremmende og forebyggende funksjon innebærer at intensivsykepleieren tilrettelegger for helsefremmende omgivelser og fremmer velvære, håp og livsmot hos intensivpasienten» (NSFLIS, 2017). Informasjon er viktig for å fremme pasientens kognitive kontroll. Informasjon til pasienten gir opplevelse av forutsigbarhet, kontroll over hvor lenge en stressende opplevelse varer, og mulighet til å kunne evaluere sin egen opplevelse. Informasjonen må være tilpasset pasientens individuelle forutsetninger som alder, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. Sykepleier må sikre at pasienten har forstått

innholdet og betydningen av informasjonen som gis. Rollen som pasient kan mestres bedre ved hjelp av god informasjon (D.-G. Stubberud, 2015, s. 93).

Lemos et al. (2009) fant i sin studie at over 95% av pasientene var fornøyde med den postoperative omsorgen ved dagkirurgisk enhet. Samtidig var pasienttilfredsheten høyere ved utskrivningstidspunktet enn 30 dager etter inngrepet. Ved utskrivningstidspunktet var postoperativ smertekontroll, ventetid på operasjon og pasientforandringer i romforhold de viktigste faktorene for pasienttilfredshet. Hovedfaktorene som påvirket pasienttilfredsheten 30 dager etter inngrepet var klinisk informasjon og postoperativ smertekontroll. Faktorer som postoperativ smerte og mottatt informasjon hadde betydelig innvirkning på pasienttilfredsheten.

Informasjon til pasienten om årsaken til smerter, ubehag og redusert fysisk funksjon som følge av behandling (eksempelvis nedsatt førlighet i beina ved spinal- eller epiduralbedøvelse) er nødvendig, samt informasjon om at funksjonene vil komme tilbake når behandlingen avsluttes. Kontroll over det som skjer kan øke opplevelse av trygghet. Negative stressopplevelser forbundet med ubehagelige undersøkelser og prosedyrer mestres bedre når pasienten har fått informasjon om hendelsesforløpet i behandlingen og logiske forklaringer på det ubehagelige. God informasjon kan dempe angsten for det ukjente og hjelpe med å bedre mestringsopplevelsen. Gjentakelse av informasjon er nødvendig, ettersom pasienten kan ha redusert hukommelse på grunn av stress og utmattelse, særlig postoperativt der pasienten i tillegg ofte er påvirket av sedativer og analgesi (smertestillende). Bevisstløse og sederte pasienter skal også ha informasjon, ettersom de ofte har hørselen i behold. Pasienter som er tilkoblet overvåkings- og behandlingsutstyr må få forklaring på ukjente lyder, alarmer, ubehag og årsak til nedsatt mulighet til bevegelse under overvåkingen. Informasjonen bør gis i god tid slik at pasienten får mulighet til å bearbeide informasjonen og forstå det som skal skje. Tiltak rundt pasienten bør formidles i et forståelig språk, med hensyn til individuelle forutsetninger (D.-G. Stubberud, 2015, s. 93).

Følelse av trygghet hos den postoperative pasienten er avgjørende i relasjonen mellom sykepleier og pasient. Pasienten har behov for et personlig og menneskelig møte. Upersonlige opplevelser må unngås. Eksempelvis at sykepleier kun undersøker pasientens operasjonssår, og prioriterer avdelingens behov for effektivitet fremfor pasientens behov. Tilstrekkelig informasjon er sentralt for at pasienten skal føle seg trygg og ivaretatt, samtidig bidrar informasjon til å gjøre det ukjente og truende til noe kjent. Undersøkelser tyder på at pasienter har behov for mer informasjon enn de får (Nygaard & Gulbrandsen, 2015, s. 756). Pasientens rett til informasjon er lovpålagt i brukerrettighetsloven §3-2; «Pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger» (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Informasjonen som gis må være tilpasset den enkeltes behov, og det må tas hensyn til at bevisstheten kan være påvirket av anestesimidler og opioider. Hukommelsen kan også være redusert postoperativt (Nygaard & Gulbrandsen, 2015, s. 756). Bailey (2010) skriver i sin studie at postoperative pasienter trenger informasjon for å unngå engstelse i postoperativ avdeling. De trenger forklaring på hvordan smerteskalaen brukes og at de vil få smertelindring. Pasientene trenger også informasjon om hva som er videre plan i det postoperative forløpet.

2.3 Intensivsykepleie til den postoperative pasient

Intensivsykepleiere ved postoperativ overvåkningsavdeling arbeider i et høyteknologisk miljø og skal anvende avansert medisinsk teknisk utstyr på en hensiktsmessig og forsvarlig måte. Intensivsykepleiers oppgave er å sikre en plan, kontinuitet og kvalitet i pasientbehandlingen gjennom tverrfaglig samarbeid og dokumentasjon (NSFLIS, 2017). Sykepleiere ved postoperativ overvåkingsavdeling overvåker og følger opp pasienter i alle aldersgrupper i den første postoperative fasen. Pasienter innlagt på postoperativ avdeling blir overvåket av intensivsykepleiere eller sykepleiere med opplæring i spesialavdeling. Intensivsykepleier overvåker pasientens vitale parametere, som respirasjon og sirkulasjon, nevrologisk status, operasjonssår og væskebalanse. Sykepleier skal også ivareta pasientens behov for smertelindring, lindre kvalme, samt forebygge og behandle

hypotermi. Ivaretagelse av pasientsikkerheten er sykepleiers ansvar, det innebærer å sjekke pasientidentifikasjon og påse at pasienten ikke blir utsatt for skade (Odom-Forren, 2015, s. 290).

Studien til Phillips, Gift, Gelot, Duong og Tapp (2013) identifiserte ingen sammenheng mellom nivået på smerteskalaen (NRS/Numeric Rating Scale) og pasientenes tilfredshet. Flertallet av pasientene var fornøyd eller svært fornøyd med den generelle smertebehandlingen, uavhengig av deres smerteintensitetspoeng. For å kunne yte god smertelindrende behandling, burde sykepleiere som arbeider på postoperativ avdeling score smerteintensitet, samtidig som det måles hver enkelt pasients tilfredshet med smertebehandlingen (Phillips et al., 2013). Pasienttilfredshet vedrørende postoperativ smertebehandling har sammenheng med pasientenes faktiske smerteopplevelse. Viktigst for pasienttilfredsheten er selve opplevelsen av forbedring av smertene og opplevelse av omsorg fra personalet. I den grad pasientene ønsker skal de informeres om smertebehandlingen og være delaktige i beslutninger (Schwenkglens et al., 2014).

Effektiv lindring av postoperativ kvalme og oppkast kan forbedre pasientens utfall og komfort. Samhandling med pasienten og identifiserte risikofaktorer er avgjørende for å kunne gi god behandling av kvalme. Risikofaktorer for postoperativ kvalme er kjønn, alder og om pasienten røyker. Unge kvinner har større risiko for å utvikle kvalme postoperativt. Pasienter som røyker har mindre risiko for kvalme enn ikke-røykere (Collins, 2011).

Intensivsykepleier skal anvende systematiske vurderinger og observasjoner for å identifisere og vurdere forhøyet helsesvikt på et tidlig stadium, samt iverksette tiltak for å forebygge helsesvikt og sykdomsutvikling (NSFLIS, 2017). Nyopererte pasienters opplevelse avhenger av flere faktorer, for eksempel sykdommens hastegrad (akutt/elektivt) og om det er fare for liv og helse. Andre faktorer er pasientens tidligere opplevelser i møte med helsevesenet, personlige ressurser og evne til mestring. Inngrepets størrelse og pasientens mentale belastning avgjør om hendelsen mestres eller

oppleves som en krise. Som nyoperert er det vesentlig for den mentale opplevelsen, at pasienten føler trygghet i situasjonen. Utrygghet øker kroppens fysiologiske stressrespons, og øker risiko for postoperative komplikasjoner (Nygaard & Gulbrandsen, 2015, s. 740-741).

2.4 Pasientsikkerhet

Helse- og omsorgstjenester er til for pasienter, brukere og pårørende. Utgangspunkt skal tas i deres behov og vurderinger når tjenester skal evalueres og utvikles. Vurderinger fra pasienter, brukere og pårørende gir viktig informasjon om utfordringer og hvilke områder som må forbedre kvalitet og pasient- og brukersikkerhet. Øverste leder har ansvar for å sikre involvering fra pasient, bruker og pårørende i evaluering av virksomheten. Forbedringer som skal gjennomføres bør ta utgangspunkt i det pasienter, brukere og pårørende vektlegger som viktig, og de bør få delta i forbedringsarbeidet (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, 2016a, §8d).

Pasientsikkerhet er en prosess som kontinuerlig identifiserer, analyserer og håndterer pasientrelaterte risikofaktorer og hendelser for å gjøre pasientbehandlingen sikrere og minimalisere skade hos pasienter (Soares, Salluh & Bozza, 2009). Patel, Kacheriwala og Duttaroy (2018) har identifisert risikofaktorer for innleggelse på en spesialisert postoperativ-intensiv avdeling, samt evaluert utfallene til postoperative pasienter som hadde behov for kritisk pleie. Alvorlig sykdom og tilstand preoperativt (ASA-klassifisering/preoperativ fysisk helsetilstand) hadde direkte innvirkning på lengden av oppholdet på postoperativ-intensiv avdeling. Lengden på intensivoppholdet postoperativ (>7 dager) ble sett å ha en sammenheng med høy dødelighet. Risiko for postoperative komplikasjoner og behov for økt intensiv pleie postoperativt var betydelig høyere hos menn, eldre, høy ASA-klassifisering, større peroperativ blødning, hypotensjon med behov for vasopressor, perioperative respirasjonsproblemer og pasienter som gjennomgikk buk- kirurgi, traumekirurgi og hastekirurgi (Patel et al., 2018).

Norsk pasientskadeerstatning (NPE) mottok 4402 saker i 2018 fra pasienter og pårørende som mente pasienten hadde fått skade som følge av behandlingssvikt i helsetjenesten. Medhold og utbetalt erstatning ble gitt til 1235 pasienter (NPE, 2018). "Pasientskade er utilsiktet fysisk skade som har oppstått som et resultat av behandling eller tjenester eller som tjenesten har bidratt til, som krever ytterligere overvåking, behandling eller sykehusinnleggelse, eller som har dødelig utgang" (HOD 2017:8). Tiltak i arbeidet med pasientsikkerhet er en forutsetning for økt sikkerhet. Blant annet er det etablert elektroniske avvikssystemer, systematiske målinger av oppstått pasientskade, ulike verktøy som måling av pasientsikkerhetskultur, journalgjennomgang, årsaksanalyser og risikovurderinger, og ulike standardiserte sjekklister som ISBAR (kommunikasjon), trygg kirurgi etc. Pasienter kan bidra til egen sikkerhet ved å være aktiv deltaker og etterspørre informasjon. Pasienter og pårørende er viktige i helsetjenestens forbedringsarbeid (Tinnå, 2009).

Intensivsykepleiere skal initiere, samarbeide og ta ansvar for kvalitetsforbedring, fagutvikling og forskning i sitt arbeid (NSFLIS, 2017). Systematisk arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet handler om å identifisere forbedringsområder, iverksette tiltak og evaluere om tiltakene har effekt. Ledelsen skal ha satt klare mål for arbeidet. Resultater på kvalitet og pasientsikkerhet skal etterspørres og brukes i styring og forbedring. Systematisk arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten ble lovpålagt i 2012. Systematisk kvalitetsforbedring er viktig for virksomheten og ledelsen, og en del av internkontrollsystemet (Meld. St. 10:6, 2012-2013). Tjenester av god kvalitet er virkningsfulle, sikre og trygge, involverer pasientene og gir dem innflytelse. Tjenestene er samordnet og preget av kontinuitet, har god ressursutnyttelse, er tilgjengelige og rettferdig fordelt. Pasientsikkerhet defineres som vern mot unødvendig skade som følge av helse- og omsorgstjenestens ytelser eller mangel på ytelser (HOD 2017:8).

Helsedirektoratet publiserte Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023, der ett av punktene under helseforetakenes ansvar er å tilrettelegge for åpenhet om erfaringer om pasientsikkerhet og forbedringsarbeid (Helsedirektoratet, 2018). Kvalitetsforbedring er en prosess som har til hensikt å identifisere svikt eller forbedringsområder, teste ut tiltak, justere tiltak og skape forbedring. Prosessen innebærer å dokumentere at det finnes et problem, identifisere årsaker, teste ut mulige løsninger og implementere effektive tiltak. Kvalitetsforbedring kan handle om å justere små ting, til å teste ut innovative og nye ideer og tjenester (HOD 2017:8).

2.5 Teoretisk modell – kvalitet fra et pasientperspektiv

Pasienttilfredshet har i økende grad blitt brukt som indikator for å vurdere kvaliteten på helsetjenesten. KUPP («kvalitet ur patientens perspektiv») er en teoretisk modell som kan brukes som hjelpemiddel til å kartlegge kvalitet på helsetjenester. Modellen er basert på en kvalitativ intervjustudie av pasienter med «grounded theory» som metode. Intervjuene ble analysert og det ble utviklet en ny teori, som senere ble testet ut empirisk (kvantitativ studie). Basert på KUPP-modellen har forskerne utviklet et validert spørreskjema om kvalitet fra et pasientperspektiv (QPP) som har blitt anvendt i flere studier. Senere ble det utarbeidet en kortversjon av spørreskjemaet, QPP, der hensikten var å øke responsraten og kvaliteten (Bodil Wilde Larsson & Larsson, 2002; Gerry Larsson & Larsson, 2003; Wilde-Larsson & Larsson, 2016).

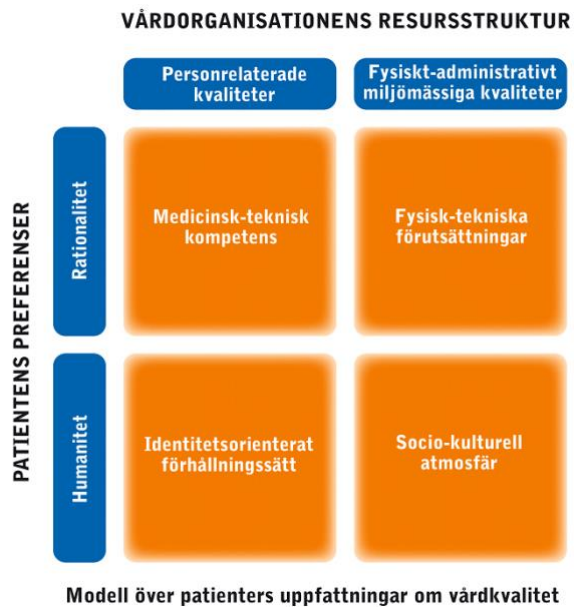
Modellens to hovedvariabler; pasientens preferanser og omsorgssystemets ressursstruktur, blir satt opp mot hverandre. Preferanser har et rasjonelt og et humant aspekt. Omsorgssystemets ressursstruktur har et personrelatert og et fysisk-teknisk miljømessig aspekt. Pasientenes oppfatning av kvalitet på omsorg vurderes i modellens fire dimensjoner, som vist i «Figur 1». G. Larsson og Wilde-Larsson (2003) sine fire dimensjoner for omsorgskvalitet:

- Medisinsk-teknisk kompetanse:
Personalets medisinsk-tekniske kunnskaper og erfaringer leder til at pasienten blir riktig undersøkt, får riktig diagnose, riktig behandling og får adekvat fysisk pleie.

- Fysisk-tekniske forhold:
Sykehuset, avdelingen og rommet innehar de fysisk-tekniske forhold som er nødvendig for pasientens undersøkning, behandling og pleie. Dette forutsetter nødvendig medisinsk-teknisk utstyr, nødvendig næringstilførsel, gode sanitære forhold, hygienisk fysisk miljø, komfortabelt fysisk miljø, trygt og sikkert fysisk miljø og kontakt med omverden.

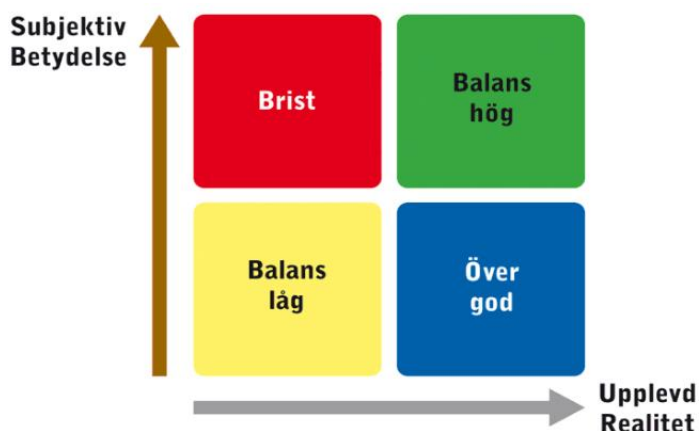
- Identitetsorientert tilnærming:
Personalet viser interesse og engasjement, medfølelse og egne følelser. Andre viktige aspekter er at personalet viser empati, respekt, tillit, åpenhet og oppriktighet. Pleierens væremåte, at pasienten vet hvem som er ansvarlig, at pasienten føler seg likeverdig med pleieren, samt selvbestemmelse i egen omsorg og behandling er viktige aspekter.

- Sosio-kulturell atmosfære i helsemiljøet:
Avdelingen har et gunstig klima/atmosfære. Slikt miljø kjennetegnes av at pasienten har gode muligheter til sosialt samvær, skjerming, hjemlig miljø, kunne påvirke rutiner og oppleve et omsorgsmiljø som kjennetegnes av en god enhetlig atmosfære (Larsson B. W., Larsson G., Larsson M. & Starrin B., 2001, s. 28-30).



Figur 1. KUPPs teoretiske modell (Wilde-Larsson & Larsson, 2016).

Handlingsindeksen bør være den som gir best veiledning ved bruk av Bodil Wilde Larsson og Larsson (2002) sin modell til kvalitetsutvikling. Handlingsindeksen blir brukt til å identifisere områder som kan være hensiktsmessig å arbeide videre med i et kvalitetsforbedringsarbeid, samt områder der omsorgskvaliteten er lik eller høyere enn pasientens behov. Handlingsindeksen beregnes på individnivå, der hvert pasientsvar plasseres i én av fire kategorier, som er en forenklet utgave av handlingsindeksen (figur 2). Pasientgruppens svar om opplevelse og betydningen av utsagnet danner grunnlaget for det samlede resultatet.



Figur 2. KUPPs forenklete handlingsindeks (Wilde-Larsson & Larsson, 2016).

Utsagn med relativt stor andel bristende kvalitet og noe bristende kvalitet er fokuset for kvalitetsforbedring. Tilfeller der pasienten opplever faktiske forhold som mindre bra, og utsagnet anses som viktig, oppstår en «brist» og kvalitetsforbedrende tiltak bør iverksettes. Dersom pasienten vurderer faktiske forhold som «stemmer delvis» og spørsmålet hadde «ganske stor betydning» blir det lav balanse, og kvalitetsforbedrende tiltak bør vurderes. Det må overveies kvalitetsforbedrende handlinger for utsagn der bristende kvalitet og noe bristende kvalitet (omgjort til brist i forenklet handlingsindeks) til sammen er lik eller over 20%. Ved brist 15% til 19% bør utsagnet gis oppmerksomhet.

Faktiske forhold som blir vurdert «stemmer helt» og spørsmålet har stor subjektiv betydning for pasienten, oppstår «høy balanse», som indikerer god kvalitet på det aktuelle området. Tilfeller der pasienten opplever de faktiske forholdene som bra, men spørsmålet har ikke stor subjektiv betydning, oppnås en «overgod» kvalitet. Utsagn med stor andel overgod kvalitet gjenspeiler forhold der deltakeren opplever høyere kvalitet enn vedkommende anser som nødvendig. Utsagn med en andel overgod kvalitet som avviker kraftig fra øvrige spørsmål bør vies oppmerksomhet.

Utsagn med høy andel deltakere i balansekategoriene gjenspeiler forhold der kvaliteten på deltakernes opplevelse av omsorg er i samsvar med deres subjektive vurdering av betydningen. Lave svarprosent (færre enn 30 svar) kan gi feilaktige resultater (Wilde-Larsson & Larsson, 2016).

2.6 Omsorgskvalitet fra pasientperspektiv

Grøndahl, Karlsson, Hall-Lord, Appelgren og Wilde-Larsson (2011) har gjort en studie, der målet var å beskrive pasienters oppfatning av omsorgskvalitet og undersøke kombinasjoner av personrelaterte og eksterne objektive omsorgsforhold. Forskerne oppgav fem faktorer som kunne forutse pasientenes oppfatning av kvaliteten på pleien. Tre av faktorene var person-relaterte forhold som kjønn, alder og selvrappoert psykologisk velvære, mens to av faktorene var eksterne objektive omsorgsbetingelser som antall sykepleiere på avdelingene, og hyppigheten av overbelegg. Generelt sett vurderte pasientene høy kvalitet på pleien. Alle faktorene nevnt over må tas hensyn til for at pasientene skal oppfatte høy kvalitet på pleien. Abrahamsen Grøndahl (2012) avdekket fire kategorier av betydning for pasienttilfredshet på sykehus i sin avhandling: Ønsket om å gjenvinne helse, bli møtt på en profesjonell måte som en unik person, ha perspektiv på livet, og behov for balanse mellom privat- og sosiallivet. Tjenestens kvalitet og pasientens opplevelse av kvalitet er viktige faktorer når pasienttilfredshet blir vurdert. De viktigste prediktorene for pasienters erfaringer med helsetjenestekvalitet og pasienttilfredshet, synes å være person-relaterte forhold. Det er behov for retningslinjer ved overbelegg og ø-hjelp innleggelser, og antall sykepleiere ved avdelingene bør vurderes. Helsepersonell må gjøre en innsats for å bidra til at pasientene mottar person-sentrert helsetjeneste.

Thomas, Quirk, Blevins, Quatrara og Letzkus (2017) har undersøkt forskjeller mellom hva pasienter og pårørende ser på som tilfredsstillende kvalitet på omsorg sammenlignet med sykepleieres oppfatning av hva som utgjør god pasienttilfredshet i en intensivavdeling. Forskerne fant kun statistisk signifikante korrelasjoner mellom to av de 19 elementene som ble undersøkt. Disse var informasjon gitt og anerkjennelse av meninger.

Pasienttilfredshet ble påvirket av flere faktorer og i størst grad av pasientens forventninger. Sykepleiernes oppfattelse av hva pasientens syn på god pleie var, stemte ikke med pasientenes eget syn på god pleie. Økt bevissthet om pasientopplevelser blant sykepleiere kan forbedre pasienttilfredsheten på avdelingen. Fremtidige studier som studerer pasientens forventninger, kan bidra til å forbedre pasienttilfredshet i intensivavdelingen.

Isaac et al. (2010) har forsket på om pasientenes opplevelser med behandlingen de fikk har sammenheng med mål på sykehusets kvalitet og sikkerhet. Pasienters opplevelse av omsorg på pleie hadde en sammenheng med den målte medisinsk-tekniske kvaliteten på pleien og kirurgisk behandling. Bedre pasientopplevelser var assosiert med lavere grad av trykksår og andre komplikasjoner, som for eksempel infeksjoner. Forskerne foreslår at fremtidige studier kan belyse virkningen av forholdet mellom pasienters opplevelse av omsorg sett opp mot medisinsk-teknisk kvalitet på pleien og kirurgisk behandling, for å forbedre kvaliteten på pleien i sykehus.

3.0 Metode og metodiske overveielser

Studiens design, spørreskjema som metode, utvalg, derunder studiens kontekst og rekruttering av deltakere, presenteres i dette kapitlet. Deretter følger en detaljert beskrivelse av datainnsamlingen, statistiske analyser og analyseprosesser. Siste del av metodekapitlet inneholder beskrivelse av hvordan studiens validitet, reliabilitet og forskningsetiske overveielser er ivaretatt. Håndtering av manglende verdier blir presentert som siste del av kapitlet.

3.1 Design

Forfatterne har brukt en deduktiv tilnærming, gått fra empiri til teori. Forfatterne har lagt teori og egne erfaringer til grunn ved utforming av studien, for å undersøke hvordan relasjoner mellom forhold i postoperativ overvåkingsavdeling arter seg. En konklusjon er

deduktiv når den går fra det allmenne til det spesielle (Olsson, Sörensen & Bureid, 2003, s. 37). Positivismen verdsetter objektivitet og forsøker å holde personlige antakelser og biaser utenfor, for å unngå og påvirke fenomenet som blir studert. Positivismen har avstand som et ideal. Den positivistiske/naturvitenskapelige tilnærmingen involverer bruk av systematiske og organiserte prosedyrer (Helle, 2018; D. F. Polit & C. T. Beck, 2017, s. 9).

Kvantitativ metode med tverrsnittstudie er valgt som studiedesign. Tverrsnittstudie er datainnsamling gjennomført på ett bestemt tidspunkt, og er passende for å beskrive statusen av et fenomen eller forhold rundt fenomenet. En ulempe med tverrsnittstudie er at det gir et øyeblikksbilde og ikke endringer over tid (Polit & Beck, 2017, s. 168, 170). Designet gir mulighet til å undersøke forskjeller eller sammenhenger mellom ulike variabler, noe som vil kunne bidra til å undersøke pasientenes opplevelse av kvalitet fra postoperativ avdeling og betydningen av opplevelsene.

3.2 Spørreskjema som metode

Spørreskjemaundersøkelse (survey) er blitt benyttet som måleinstrument i denne studien. Survey blir brukt til å innhente informasjon om forekomst, fordeling og sammenheng mellom fenomener i en befolkning (Polit & Beck, 2017, s. 243). Spørreskjemaet i denne studien er basert på spørreskjemaet «KUPP avdeling», en kortversjon av det validerte spørreskjemaet «Kvalitet ur patientens perspektiv» (QPP), utviklet av IMPROVEIT AB og Wilde-Larsson (2015); Bodil Wilde Larsson og Larsson (2002). Instrumentets «del A» (opplevd realitet) og «del B» (subjektiv betydning) inneholder begge fem svaralternativer, med verdier 0–4.

Ettersom det ikke er utarbeidet et KUPP-spørreskjema tilpasset postoperative pasienter, ble spørreskjemaet fra (Olsen, 2013) og (Valen, 2012) brukt som utgangspunkt for å tilpasse spørsmålene til pasientgruppen på postoperativ overvåkingsavdeling. Lokale tilpasninger, med tanke på deltakernes bakgrunnsopplysninger, ble gjort for å ha mulighet til å se etter forskjeller mellom variabler ved den aktuelle postoperative

overvåkingsavdelingen. Spørsmålet om pasientens forventninger før operasjonen samstemte med deres opplevelse etter operasjonen, ble lagt til etter anbefaling fra studien til Waljee et al. (2014).

Forundersøkelse av spørreskjemaet har blitt utført, slik Johannessen (2009, s. 35) anbefaler. Spørreskjemaets innhold og utforming ble vurdert og gitt tilbakemeldinger på av medstudenter og masterveiledere under masterseminar. Spørreskjemaet, sammen med informasjons- og samtykkeskjemaet ble deretter sendt ut til 17 bekjente, både kvinner og menn i alle alderskategorier, med unntak av gruppen >80 år. Samtlige hadde erfaring som postoperativ pasient. Forundersøkelsen gav mange tilbakemeldinger, som førte til ytterligere utbedring av spørreskjemaet. Språket ble forenklet og setninger ble omformulert for å øke forståelsen. Utsagn ble lagt til og layout ble endret etter tilbakemeldinger fra veiledere, studenter og bekjente.

Spørreskjemaet brukt i denne studien var prestrukturert, spørsmålene hadde oppgitte svaralternativer. Spørsmålsalternativene i spørreskjemaet var hovedsakelig presentert i en likert-skala med fem verdier, noe som kan være fordelaktig, fordi respondenten får mulighet til å nyansere svaret ved å markere det området på skalaen som gjenspeiler deres oppfatning. Skjemaer med minst fem verdier gir i tillegg mulighet for mer omfattende statistiske analyser. Det er mulig å angi betydningen av hvert svaralternativ, for eksempel ved å si seg enig eller uenig i påstander. Ved bruk av slike skalaer bør det være minst fem verdier, ettersom tre verdier fanger opp for lite variasjon og er for unyansert, og fire verdier begrenser muligheten for å svare nøytralt. Flere spørsmål gjør analysen mer omfattende. Færre spørsmål gjør analysen mer håndterlig og oversiktlig. Ved ca. 30 spørsmål begynner analysen å bli omfattende og vanskelig å håndtere (Johannessen, 2009, s. 27, 32-34).

Spørreskjemaet brukt i denne studien inneholdt 27 spørsmål/utsagn. Spørreskjemaet startet med avkrysning på variabler som kjønn og alder, etterfulgt av 23 utsagn som

omhandlet pasientens erfaring fra oppvåkningen. De siste to spørsmålene av spørreskjemaet var ett oppfølgingsspørsmål om støy: «Hvis du opplevde støy på avdelingen, hva slags støy opplevde du?», og et åpent spørsmål. Tilleggsspørsmål om støy er tatt med på bakgrunn av forfatterens egne erfaringer fra kliniske studier på oppvåkningen. Pasientene var tett på hverandre i lokaler med begrenset plass og det var tidvis mye støy i avdelingen.

Siste spørsmål var åpent til utfylling av deltakernes egne kommentarer: «Dette var jeg spesielt fornøyd med/ikke fornøyd med under oppholdet på oppvåkningen». I følge Malterud (2017, s. 204) er spørsmål med åpne svaralternativer en nødvendig betingelse for at deltakerne skal kunne oppgi andre svar enn de som allerede er formulert med utgangspunkt i forfatterens egen forforståelse. Likevel er det viktig å presisere at deltakerne kun får kommet med kortfattede kommentarer på spørsmålet på grunn av begrenset plass. Rammene rundt de øvrige spørsmålene i spørreskjemaet, og måten det åpne spørsmålet er formulert på, vil kunne påvirke svaret til deltakerne.

Spørreskjemaet hadde én side som omhandlet pasientenes demografiske data, som ble fylt ut av sykepleierne ved postoperativ overvåkingsavdeling: Tidspunktet pasienten var på postoperativ overvåkingsavdeling, romplassering, vakttype, hastegrad, type anestesi, og operasjonstype.

Tema ble inndelt i spørreskjemaet for å bedre oversikten:

- Informasjon og forventninger (6 utsagn)
- Smertelindring og lindring av ubehag (8 utsagn)
- Sykepleiernes kunnskap og ivaretagelse (5 utsagn)
- Atmosfære og omgivelser (4 utsagn).

Temaene i spørreskjemaet er veiledende for presentasjon av resultatene og diskusjonen.

Forfatterne forsøkte å kategorisere utsagn etter KUPPs teoretiske modell og de fire dimensjonene som den innehar (Wilde-Larsson & Larsson, 2016). Etersom det ble foretatt en del endringer i spørreskjema, for å få det til å passe denne studien, ble nye tema dannet.

3.3 Statistisk styrke

Statistisk styrke handler om muligheten til å finne korrelasjoner blant variablene. Adekvat statistisk styrke i forskning kan nås på ulike måter. Mest konkret er å bruke tilstrekkelig stort utvalg. Lite utvalg gir ofte statistisk lav styrke, og analysene kan vise at avhengige og uavhengige variabler ikke er relatert med hverandre, selv når de er det (Polit & Beck, 2017, s. 221) .

Generell anbefaling er å bruke så stort utvalg som mulig. Det ideelle er å ha et utvalg som er representativt for den tilgjengelige populasjonen, og den tilgjengelige populasjonen er representativ for målpopulasjonen. Et stort utvalg vil minimere faren for feil. Tid og ressurser er ofte en påvirkning til å minske utvalgsstørrelsen (Polit & Beck, 2017, s. 258).

For å løse utfordringer i forhold til utvalgsstørrelse (N), må tre komponenter spesifiseres: Signifikansnivå (α), effektstørrelse (ES) og styrke ($1 - \beta$).

Sannsynligheten for å begå type I-feil (falskt positivt svar) settes til signifikansnivå, alfa (α). Vanligvis brukes .05 som standard for signifikanskriteriet innen forskning, noe som innebærer at man aksepterer 5% risiko for at en sann nullhypotese blir forkastet (type I-feil). Sannsynligheten for type II-feil (falskt negativt svar) er beta (β). Den konvensjonelle standarden for styrke er satt til .80 innen forskning, noe som gir 20% risiko for å akseptere en falsk nullhypotese (begå en type II-feil). Styrkeanalyse brukes for å redusere risikoen for type II-feil og styrke statistisk konklusjonsvaliditet med og på forhånd estimere hvor stort utvalg som er nødvendig. Effektstørrelse (ES) representerer forskernes hypotese om styrken på forholdet mellom forskningsvariablene. De fleste sykepleiestudier har moderat

(lav til medium) effekt, og en effektstørrelse på .20 til .40. Det kan ikke forventes effektstørrelse høyere enn .50 i sykepleiestudier (Polit & Beck, 2017, s. 394-395).

Med en p-verdi på .05 for signifikansnivå, effektstørrelse på .50 og styrke på .80, vil total utvalgsstørrelse for studier med middels effekt være 128 deltakere (Polit & Beck, 2017, s. 396). Basert på disse tallene var det ønskelig å nå en utvalgsstørrelse på minst 128, samtidig som forfatterne tok sikte på å få inn flest mulig besvarte spørreskjemaer i løpet av perioden.

3.4 Utvalg

Deltakerne i studien var nyopererte pasienter, som lå til observasjon på postoperativ overvåkingsavdeling tilknyttet sentraloperasjonen ved et norsk Universitetssykehus. Den postoperative overvåkingsavdelingen er inndelt i flere soner, der den største forskjellen er antall sengeplasser i hver sone. «Storesalen» er størst og rommer syv overvåkningsenger. De resterende sonene (lillesal, ortopedisk stue, annet) rommer fra én til fire sengeplasser. Årlig er det totalt 7332 pasienter innom den postoperative avdelingen denne studien utføres. Vanlig drift innebærer et elektivt operasjonsprogram bestående av 45-55 pasienter per døgn ("Praksishefte postoperativ avdeling," 2019). Datainnsamlingen i denne studien ble gjennomført over fem uker, november/desember 2019. Utrekninger i forkant estimerte ca. 700 pasienter innom postoperativ avdeling de ukene datainnsamlingen skulle foregå. Målet om 128 deltakere burde dermed være realistisk.

Inklusjonskriterier for deltakelse i studien:

- Pasienter over 18 år
- Har samtykkekompetanse
- Er innlagt på postoperativ overvåkingsenhet
- Har gjennomgått et kirurgisk inngrep
- Behersker norsk skriftlig
- Klarert for overflytting til sengepost
- Ønsker å delta i studien

Eksklusjonskriterier for deltakelse i studien:

- Pasienter under 18 år
- Har ikke samtykkekompetanse
- Er forvirret/er i et delir
- Dagkirurgiske pasienter
- Medisinske pasienter som ligger til overvåking grunnet ustabil tilstand
- Pasienter med komplisert postoperativt forløp som må overflyttes til generell intensivavdeling for videre intensivbehandling
- Pasienter som tilhører egen ØNH – postoperativ overvåkingsenhet
- Behersker ikke norsk skriftlig
- Ønsker ikke å delta i studien

Pasienter tilknyttet egen øre-nese-hals postoperativ overvåkingsavdeling og dagkirurgiske pasienter i tilknytning til sentraloperasjonen, ble ekskludert som følge av avgrensninger i studiens omfang (praktisk og analytisk).

3.5 Datainnsamling

Datainnsamlingen foregikk over fem uker, november og desember 2019. Postoperativ overvåkingsavdeling og åtte kirurgiske sengeposter var involvert i datainnsamlingen. Avdelingsleder ved postoperativ overvåkingsavdeling og avdelingsledere ved de kirurgiske sengepostene ble kontaktet før prosjektet startet. Muntlig og skriftlig informasjon om spørreskjemaundersøkelsen, og avdelingenes rolle i datainnsamlingen, ble formidlet til ansatte ved sengepostene. Første uken var forfatterne daglig innom postoperativ overvåkingsavdeling, for å minne de ansatte på studien som foregikk og svare på eventuelle spørsmål. Forfatterne fulgte opp studien de resterende ukene og holdt en oversikt over at datainnsamlingen gikk som planlagt.

Pasientene som innfridde inklusjonskriteriene og var klarert for overflytting til sengepost, fikk muntlig informasjon om brukerundersøkelsen av sykepleier på postoperativ overvåkingsavdeling, og ble spurt om deltakelse. Oppslag med beskrivelse av fremgangsmåte ved rekruttering av deltakere, hang sammen med en mal for hvordan pasientene skulle bli spurt om deltakelse. Hensikten med malen var å sikre lik, muntlig informasjon til pasientene ved rekruttering til studien.

«INFORMASJON TIL PASIENTEN

Det pågår en brukerundersøkelse her på oppvåkningen. Hensikten er å få vite noe om hvilke opplevelser du har fra oppvåkningen for å kunne kvalitetssikre pasientbehandlingen. Lurer på om du vil delta ved å svare på et spørreskjema?
Dersom ja: Du får med deg spørreskjema og informasjonsskjema under hodeputa. På sengepost fyller du ut spørreskjemaet og signerer for samtykke, helst snarest mulig. Skjemaene leveres til personalet på sengepost som legger dette i egen postkasse. Du beholder selv et informasjonsskjema».

Oppslaget hadde et avkryssingsskjema der sykepleierne på oppvåkningen markerte for hver pasient som ble spurt om deltakelse i studien. Pasientene som svarte «ja» på spørsmål om deltakelse, mottok skjema for informasjon og samtykke, samt spørreskjema. Pasientansvarlig sykepleier fylte ut demografiske data i spørreskjemaet før utlevering til pasienten. Selve utfyllingen av spørreskjemaet foregikk på kirurgiske sengeposter, etter at pasientene var overflyttet, og ikke på postoperativ overvåkingsavdeling. Signert informasjons- og samtykkeskjema og ferdig utfylt spørreskjema ble levert til helsepersonell på sengepost, som la skjemaene i egen postkasse på avdelingen. Postkassene hadde eget informasjonsskriv om studien og hvilke skjema som skulle samles inn. Pasienten beholdt selv ett eksemplar av informasjons- og samtykkeskjema med kontaktinformasjon til forfatterne, veileder og personvernombudet ved sykehuset.

Dersom en pasient ønsket å trekke seg fra studien, etter å ha levert spørreskjema med samtykke, måtte h*n oppgi referansenummeret. Informasjons- og samtykkeskjemaet og spørreskjemaet ville da blitt hentet ut og makulert. Skjemaene ble adskilt etter datainnsamlingen, for å unngå kobling mellom samtykkeskjemaet og besvart spørreskjema. Koblingsnøkkel ble lagret separat, og kun forfatterne og veileder hadde tilgang til koblingsnøkkel. Referansenummer på alle skjemaer gav mulighet til å sjekke at alle deltakerne hadde samtykket til studien, samt mulighet til å oppspore riktige skjema dersom en deltaker ønsket å trekke seg. Dataene vil bli slettet og spørreskjemaene og samtykkeskjemaene vil bli makulert seks måneder etter prosjektslutt, innen 31.12.2020. Sluttmelding blir sendt til personvernombudet ved aktuelt helseforetak etter prosjektslutt.

3.6 Statistiske analyser

IBM SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versjon 25, ble benyttet til håndtering av data og statistiske analyser. Programmet sørget for at resultatene var mest mulig tolkbare og presise. SPSS er et statistisk datahåndterings- og dataanalyseverktøy, og er et av de eldste og mest brukte programvaren innen statistisk analyse (Eikemo &

Clausen, 2012, s. 51).

Universitetet i Stavanger og universitetssykehuset har lisensavtale med IBM SPSS, noe som bidro til at IBM SPSS ble valgt som statistisk programvare.

3.6.1 Dataplotting

Plotting av data i SPSS ble utført av begge forfatterne i fellesskap. Data ble deretter «vasket» ved at begge forfatterne så over alle data som var plottet om igjen. Det ble sjekket for «villkoder» (tall som ikke er i overensstemmelse med tallverdier for datasettet), samt noen spørreskjema ble sjekket på ny, i henhold til (Polit & Beck, 2017, s. 428). Eksempelvis fikk variabelen «kjønn» tre verdier under plottingen: 1=mann, 2=kvinne, 99=missing value.

Kategorisk variabel er når verdiene kun klassifiseres i gjensidig utelukkende kategorier og ikke kan rangeres på en logisk måte. Nominal variabel er en kategorisk variabel.

Kontinuerlig variabel er ordinal variabel som oppfyller kravet til rangering av verdi, men variabelen har ikke lik avstand mellom verdiene. Ved få verdier regnes de som kategoriske variabler, men ved minst fem verdier, behandles de som kontinuerlige variabler (Johannessen, 2009, s. 46). Variablene i dette datasettet var ordinale og nominale.

For å kartlegge pasientenes opplevelser når det gjaldt omsorgskvalitet ble hvert utsagn vurdert. Ved vurdering av opplevd realitet (del A) er det anvendt en firegradig svarskala med alternativene 1 (stemmer ikke), 2 (stemmer delvis), 3 (stemmer i stor grad) og 4 (stemmer helt). Det har også blitt anvendt en firegradig svarskala ved vurdering av den subjektive betydelsen hver deltaker tillegger de ulike utsagnene (del B). Alternativene er gradert fra 1 (liten eller ingen betydning), 2 (ganske stor betydning), 3 (stor betydning), 4 (aller største betydning). Svaralternativet «vet ikke/ikke aktuelt» har fått svarverdi 0 og er kodet som «missing value» (Larsson B. W. et al., 2001).

Alle spørreskjema med signert samtykke er plottet i SPSS. Håndtering av manglende verdier beskrives i kapittel «3.9 Manglende verdier».

3.6.2 KUPPs handlingsindeks og omkoding av data

KUPPs handlingsindeks er brukt som et hjelpemiddel til å kartlegge hvordan pasienter vurderer sin egen tilfredshet. Handlingsindeksen undersøker faktiske forhold og subjektiv betydning for pasienten, hentet fra (Wilde-Larsson & Larsson, 2016).

Deltakernes svar ble omkodet i SPSS syntaks til KUPPs handlingsindeks, bestående av syv verdier. Videre ble de syv verdiene omkodet til KUPPs forenklete handlingsindeks bestående av fire verdier, slik figurene under viser.

Subjektiv betydning

4	1	1	2	5
3	1	2	4	6
2	2	3	6	7
1	3	6	7	7
	1	2	3	4 Opplevd realitet

(IMPROVEIT AB & Wilde-Larsson, 2015).

1. Brist	= 1. Brist
2. Noe Brist	
3. Lav balanse	= 2. Lav balanse
4. Akseptabel balanse	= 3. Høy balanse
5. Høy balanse	
6. Noe overgod	= 4. Overgod
7. Overgod	

(Wilde-Larsson & Larsson, 2016)

Figur 3 og 4. Overgang fra handlingsindeks til forenklet handlingsindeks.

Først ble alle respondentenes svar analysert i KUPPs forenklede handlingsindeks som hel gruppe. Videre ble alle handlingsindekser omkodet til «brist» (handlingsindeks verdi 1 og 2) og «ikke brist» (handlingsindeks verdi 3 og 4), for å se etter gruppeforskjeller innen kjønn og alder, slik bristende kvalitet defineres fra handlingsindeksen, samt signifikante forskjeller i kjønns- og aldersgruppene. Aldersgruppen ble omkodet til alder 18-59 år og alder over 60 år for å få likere antall deltakere i hver aldersgruppe.

Analyse for å se etter signifikante forskjeller i opplevelse av støy mellom stort og lite rom ble også utført. "Romplussing" ble omkodet til stort rom (storesal) og lite rom (alle andre rom, maks fire senger).

Gjennomsnittsmåling for subjektiv betydning (del B) ble utført fra alle respondentenes svar til slutt.

3.6.3 Analysearbeid

Forfatterne har gjort en visuell vurdering av dataenes histogrammer, for å undersøke om data var normalfordelt eller skjevfordelt. Dette datasettet er skjevfordelt. Ikke-parametriske tester er valgt på bakgrunn av dette. Ikke-parametriske tester brukes når data er nominale eller ordinale, eller når en normalfordelt fordeling ikke kan forventes, særlig når det er få deltakere.

Kji-kvadrat test (χ^2) brukes for å teste hypoteser om gruppeforskjeller i variabler (proporsjoner), som når det er opprettet en krysstabell. Kji-kvadrat analyse beregnes ved å summere ulikheter mellom observert og forventede frekvenser for hver celle. Fishers Exact test burde brukes ved få deltakere eller små cellestørrelser (Polit & Beck, 2017, s. 400-401).

Kji-kvadrat analyse ble benyttet for å undersøke om det var signifikante forskjeller i bristene, med unntak av der forventede celler var to eller flere (25% eller mer). Fishers

Exact test ble benyttet i de tilfellene. Signifikansnivå ble satt til .05, som betyr at det var 5% feilmargin i svarene.

3.6.4 Kommentarer fra åpent spørsmål

Sist i spørreskjemaet var et åpent spørsmål, der deltakerne kunne skrive egne kommentarer angående hva de var spesielt fornøyd med/ikke fornøyd med under oppholdet på postoperativ overvåkingsavdeling. Åpne spørsmål kan gjerne stilles i et spørreskjema, men det må tas hensyn til konteksten spørsmålet stilles i. Resten av spørreskjemaet gir klar melding til deltakeren om hva slags kunnskap som etterspørres. Spørsmålene kan bli ledende som følge av sin plass i en sammenheng, der lignende spørsmål kan være «forhåndsbesvarte» ved avkryssing tidligere i skjemaet (Malterud, 2017, s. 204).

Kommentarene fra spørreskjemaet er renskrevet. Dialekt er tatt bort for å redusere risiko for gjenkjenning. Forfatterne har diskutert kommentarene og blitt enige om deres kategoritilhørighet. Kategoriene er de samme som temaene i spørreskjemaet. Enkelte kommentarer passet inn under flere tema. For å ikke dele opp kommentaren, valgte forfatterne ett av temaene. Fullstendig oversikt over kommentarer kan ses i vedlegg 4.

3.7 Validitet og reliabilitet

I følge Polit og Beck (2017, s. 747) er validitet et kvalitetskriterie som omhandler forsvarligheten av studiens evidens, det vil si i hvilken grad funnene i studien er velbegrunnet og nøyaktige. Validitet er et viktig kriterie for å evaluere metoder til og måle variabler. Validitetsspørsmålet er om metoden virkelig måler de konseptene den har til hensikt å måle.

Innholdsvaliditet kan defineres som et mål på hvilken grad spørreskjemaets innhold omfatter alle kategorier innen studiens hensikt (Polit & Beck, 2017, s. 310). Eksempel: Å

måle opplevelse og tilfredshet med opphold i primærhelsetjenesten innebærer at man analyserer ulike komponenter i begrepet tilfredshet (kompetanse, tilgjengelighet, informasjon, ventetid, imøtekommenhet) og analyserer kovariansen mellom disse faktorene (Olsson et al., 2003). Spørreskjemaet i denne studien er utformet med utgangspunkt i det validerte spørreskjemaet tilhørende KUPP-modellen (IMPROVEIT AB & Wilde-Larsson, 2015) og tilpasset den postoperative pasientgruppen ved hjelp av spørreskjemaet brukt i studiene til Olsen (2013) og Valen (2012).

Polit og Beck (2017, s. 310) beskriver «face validity» som måten leseren visuelt vurderer skjemaet, og om skjemaet virker klinisk fornuftig. Selv om «face validity» ikke anses å være et sterkt bevis på studiens validitet, er det nyttig for en studie å ha «face» validitet samtidig som det brukes andre kriterier for validitet. Responsraten kan potensielt øke som følge av et godt visuelt inntrykk. I denne studien ble det vektlagt at spørreskjemaet gav et godt visuelt inntrykk, var lesbart, hadde et forståelig språk og ikke var for omfattende for deltakerne å fylle ut. Det var også viktig at spørreskjemaet hadde innhold som kunne gi helseforetaket kunnskap om pasientenes faktiske opplevelse av kvaliteten på sykepleien som ble gitt på postoperativ avdeling.

Reliabiliteten dreier seg om nøyaktighet innen kvantitativ metode, og er et stort kriterie for å vurdere studiens kvalitet. Reliabiliteten handler om kontinuitet og hvorvidt funnene i studien er pålitelige. Analyse av reliabiliteten er en viktig indikator for å kunne vurdere måleinstrumentets kvalitet. Upålitelige resultater reduserer den statistiske styrken og påvirker validiteten av statistiske konklusjoner (Polit & Beck, 2017, s. 303, 306).

Stabilitet og intern konsistens er to aspekter ved reliabiliteten til et instrument. Stabilitet handler om test–retest; i hvilken grad samme resultater oppnås ved gjentatte administreringer av instrumentet. Intern konsistens handler om homogenitet, at alle instrumentets deler måler de samme karakteristika. Lave målefeil øker reliabiliteten (Polit & Beck, 2017, s. 304).

En av de vanligste analysene for å evaluere reliabilitet er Cronbach's alfa (koeffisient alfa). Målet baseres på den gjennomsnittlige korrelasjonen mellom utsagnene i skjemaet. Større intern konsistens oppnås med et sett enkeltskårer, som er sterkt interkorrelert innenfor hver av subskalaene. Cronbach's alfa kan tolkes som en korrelasjonskoeffisient, og dens verdier varierer fra .00 ved lav intern konsistens til 1.00 ved høy intern konsistens. Koeffisienter på .80 anses som spesielt ønskelige, mens koeffisient på .40 brukes som en «cutoff»-grense for variabelen. Lavere verdi kan være akseptabelt dersom det gir en teoretisk mening å ha det med. For sammenligning på gruppenivå kan koeffisienter i nærheten av .70 være tilstrekkelig, særlig for subskalaer (Polit & Beck, 2017, s. 306, 308, 344; Svartdal).

Beregnet Cronbach's alfa for de ulike tema og utsagn i spørreskjemaet varierer mellom .64 og .84, med et gjennomsnitt på .76. Temaet «sykepleiers kunnskap og ivaretagelse» hadde høyest koeffisient, mens temaet «smertelindring og lindring av ubehag» hadde lavest koeffisient. Dette tyder på at det er lavere intern konsistens i dette temaet, enn i resten av spørreskjemaet. Utsagnene i dette temaet kunne vært bedre formulert for å øke korrelasjonen og dermed den indre konsistensen, selv om det ikke er nær «cutoff-grensen» på .40. Fullstendig tabell over Cronbach's alfa analyse kan ses i vedlegg 5.

3.8 Forskningsetiske vurderinger og etiske prinsipper

Helsinkideklarasjonen (2013), utviklet av World Medical Association (WMA), omhandler etiske prinsipper i medisinsk forskning som involverer mennesker. WMA oppfordrer alle som er involvert i medisinsk forskning som involverer mennesker til å ta i bruk disse prinsippene. Relevante utdrag fra Helsinkideklarasjonen kan leses i vedlegg 6.

Personvernombudet ved det aktuelle universitetssykehuset har godkjent forskningsprosjektet. Pasientansvarlige sykepleiere på postoperativ avdeling gav muntlig informasjon til pasientene om studien og spurte om deltakelse da pasientene var

overflyttingsklar til sengepost. Deltakere ble bedt om å fylle ut spørreskjemaet etter overflytting, for å minimere risiko for påvirkning av anestesi og smertelindrende midler. Avstand til postoperativ overvåkingsavdeling kan bidra til å bryte eventuelle avhengighetsforhold. Forfatterne var ikke involvert i rekrutteringsprosessen. Deltakerne kunne kontakte forfatterne, veileder og personvernombudet direkte, ved hjelp av kontaktinformasjonen i informasjons- og samtykkeskjemaet. Forfatterne har ikke stilt spørsmål til de som ønsket å takke nei til deltakelse på grunnlag av etiske hensyn. Ingen har vært i kontakt for å trekke seg etter deltakelse.

De fire etiske prinsipper om autonomi, ikke skade, velgjørenhet og rettferdighet er fulgt i studien.

Prinsippet om selvbestemmelse: Handler om å respektere den autonome pasientens rett til medbestemmelse og valg. Deltakelse i studien er frivillig og pasientene signerte samtykke ved deltakelse. Deltakerne hadde mulighet til å takke nei til deltakelse og trekke seg fra studiet i ettertid, selv om de i utgangspunktet hadde svart ja. Deltakernes valg respekteres. Deltakerne besvarte spørreskjemaet på sengepost, i avstand fra den postoperative overvåkingsavdelingen som skulle vurderes.

Ikke-skade prinsippet: Handler om å beskytte pasienter mot skade. Studien innebar ingen intervensjon i behandling og pleie. Studien skulle ikke være forbundet med ulemper av noe slag. Personopplysninger (signert samtykke) og utfylte spørreskjema er behandlet konfidensielt. Identifiserbare opplysninger ble ikke etterspurt i spørreskjemaet, og opplysningene skal ikke kunne spores tilbake til deltakeren. Datainnsamlingen er anonymisert.

Velgjørenhetsprinsippet: Handler om å finne balanse mellom nytte og risiko, og hva som er beste løsning for pasienten. Fremtidige pasienter kan dra nytte av studiet, dersom studiets resultater fører til kvalitetsforbedrende handlinger. Pasienter fikk lik pleie og

behandling, uavhengig av deltakelse i studien. Pasienter som passet inklusjonskriteriene fikk mulighet til å bidra med sine opplevelser.

Rettferdighetsprinsippet: Handler om å ha like rettigheter til vurdering, behandling, pleie og omsorg. Innenfor inklusjonskriteriene hadde alle pasientene som var på postoperativ overvåkingsavdeling i det aktuelle tidsrommet lik mulighet til å delta (Beauchamp & Childress, 2013, s. 101, 150, 203, 250).

3.9 Manglende verdier

Manglende verdier for visse variabler kan være et resultat av at enkelte deltakere ikke vil delta i studien, trekker seg fra studien, unnlater å fullføre skjemaer, eller feil utført av forskerne. Forskere streber etter å ha dataverdier for alle deltakerne på alle viktige variabler, men vanligvis har datasettene noen manglende verdier. Omfanget av manglende data og mønstrene i manglene vil være veiledende for hvordan datasettet håndteres (Polit & Beck, 2017, s. 430, 735).

«Pairwise deletion» betyr å ignorere bare de manglende verdiene, og analyse blir utført på de verdier som er tilgjengelige. Pairwise deletion bruker all tilgjengelig informasjon og er en metode som bevarer mer informasjon enn «listwise deletion» (Baijayanta, 2019). «Listwise deletion» innebærer å slette alle tilfeller (deltakere) som mangler verdier, og analysen baseres kun på de fulle respondentene (Newman, 2014). Pairwise deletion er mindre partisk for MCAR (missing completely at random) og MAR (missing at random) (Baijayanta, 2019).

Den kanskje mest brukte (men ikke beste) tilnærmingen er å slette tilfeller selektivt, variabel-for-variabel ved hjelp av pairwise deletion (Polit & Beck, 2017, s. 431). Store mangler i variablenes verdier, vil gi mangelfull analyse. Problemet med pairwise deletion er at selv om det tar for seg alle tilgjengelige verdier, kan man ikke sammenligne analyser fordi utvalget er forskjellig hver gang (Baijayanta, 2019).

Sletting av en variabel for alle deltakere er et annet alternativ. Dette alternativet kan være egnet når en høy prosentandel av tilfeller har manglende verdier på en variabel som ikke er sentral i analysen. Anbefalinger for hvor mye data som må mangle før beslutning om sletting tas, varierer fra 15-40% (Polit & Beck, 2017, s. 431).

Forfatterne i denne studien har benyttet «pairwise deletion» i håndteringen av datasettet, der manglende verdier har blitt «ignorert» og analysene har blitt utført på de verdiene som var tilgjengelige. Ved å se på «del A» og «del B» hver for seg, har «del A» manglende verdier på 3% og «del B» manglende verdier på 9%. Manglene er jevnt fordelt over datasettet. Kun fire av 46 svaralternativer hadde manglende verdier >10%. Utsagn med større andel manglende verdi, hadde 10-20% «missing», der spørsmål om kvalme hadde klart høyest mangler i datasettet. Grunnet høyere manglende verdier på disse utsagnene, enn ellers i datasettet, kan det tenkes at manglene her ikke er tilfeldige. Utsagn med manglende verdier >10% trekkes frem i resultatdiskusjonen.

Enkelte deltakere har satt to kryss for ett spørsmål. Da det ikke fremstod tydelig for forfatterne hvilket kryss som skulle være det gyldige, ble det valgt to strategier: To kryss ved siden av hverandre ble laveste verdi plottet i SPSS. Lavest verdi ble valgt for å utjevne den såkalte «ja-effekten», der det kan være lettere for deltakere å si seg enig i påstander som er positivt formulert (Solbakken, 2019, s. 45). Doble kryss i ruter med større avstand fra hverandre ble registrert som «missing value» i tilfeller det ikke var mulig å tolke hvilket kryss som var gjeldende. Dette ble gjort for å unngå at forfatternes tolkning av kryss skulle påvirke resultatene.

Totalt ble valg av laveste verdi ved doble kryss ved siden av hverandre utført på tre ulike utsagn. Registrering av «missing value» ved doble kryss ble utført på fire ulike utsagn.

4.0 Resultat

Svarfrekvens og deltakernes demografiske data presenteres først. Spørsmålene presenteres inndelt etter tema. KUPPs forenklete handlingsindeks er veiledende. Kji-kvadrat analyse av bristende kvalitet er brukt for å se etter signifikante forskjeller i kjønns- og aldersgrupper, samt prosentvis størrelse av bristende kvalitet. Kommentarer fra spørreskjemaet presenteres under hvert tema. Kapitlet avsluttes med resultater om støy, og deltakernes vurdering av betydning.

4.1 Svarfrekvens og deltakerne bakgrunnsopplysninger

Antall pasienter spurt om deltakelse i studien er 276, ifølge avkryssingsskjema. Returnerte skjema er 185, der 10 er ekskludert grunnet manglende signatur for samtykke. Inkluderte spørreskjema i studien er 175, noe som gir en svarfrekvens på 63%.

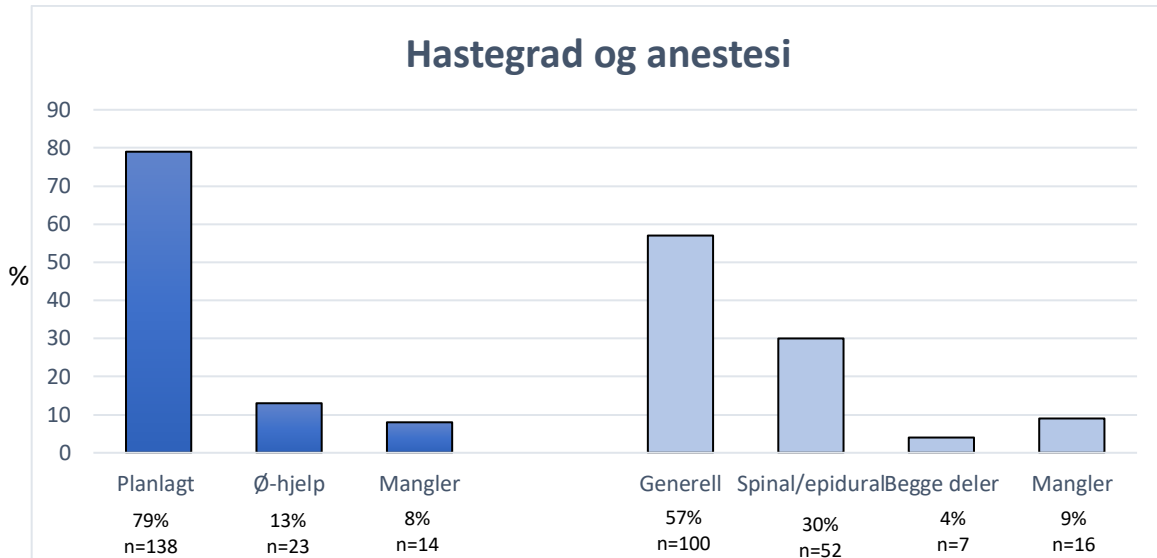
Respondentene er inndelt i to kjønnskategorier og fire alderskategorier. Det er flere kvinner enn menn blant respondentene, men det vises også et relativt høyt antall «ikke besvart» innen denne kategorien. Det var flest respondenter i aldersgruppen 60-79 år og minst respondenter i aldersgruppen >80 år, blant både kvinner og menn.

Tabell 1. Krysstabell over deltakernes kjønn og alder i antall og prosent.

			ALDER				Ikke besvart	Total
			18-39	40-59	60-79	>80		
KJØNN	Mann	Antall (n)	8	23	33	4	0	68
		% innen alder	24%	43%	43%	50%	0%	39%
	Kvinne	Antall (n)	23	25	31	3	0	82
		% innen alder	68%	46%	40%	38%	0%	47%
	Ikke besvart	Antall (n)	3	6	13	1	2	25
		% innen alder	9%	11%	17%	13%	100%	14%
Total	Antall (N)	34	54	77	8	2	175	
	% innen alder	100%	100%	100%	100%	100%	100%	

Variabelen «hastegrad» hadde to svaralternativer: Planlagt eller øyeblikkelig hjelp. Antall planlagte operasjoner utgjør en mye større andel enn øyeblikkelig hjelp.

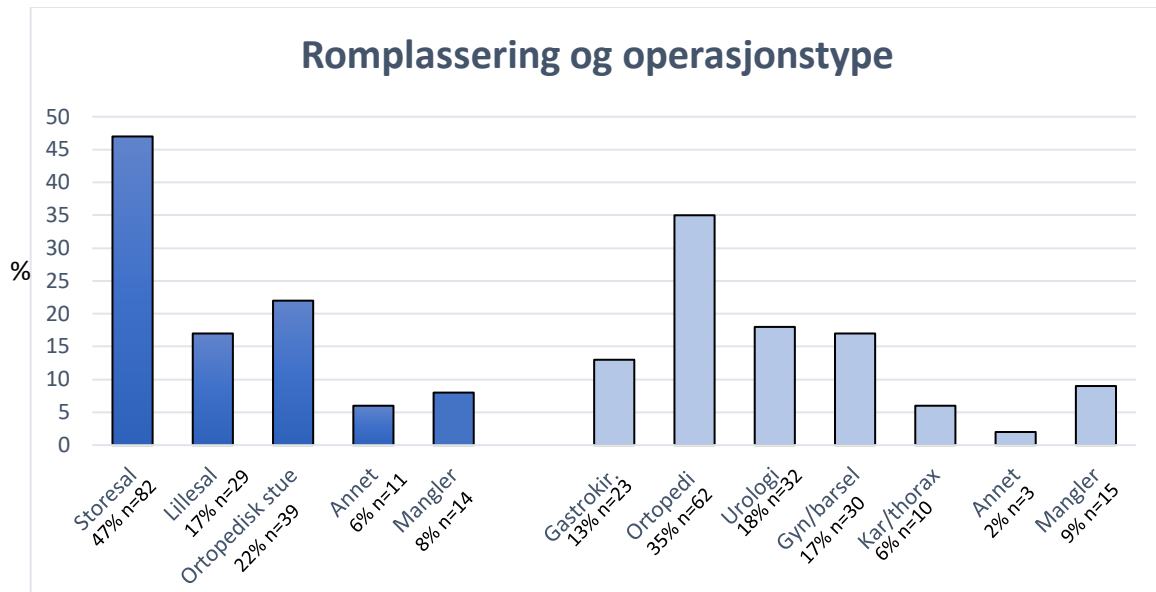
Variabelen «type anestesi» hadde to alternativer: Generell anestesi og spinal/epidural, der generell anestesi utgjør den største andelen. Variabelen «begge deler» ble lagt til i ettertid på grunn av avkrysning på begge svaralternativer.



Figur 5. Deltakernes fordeling over hastegrad og anestesitype, i prosent og antall.

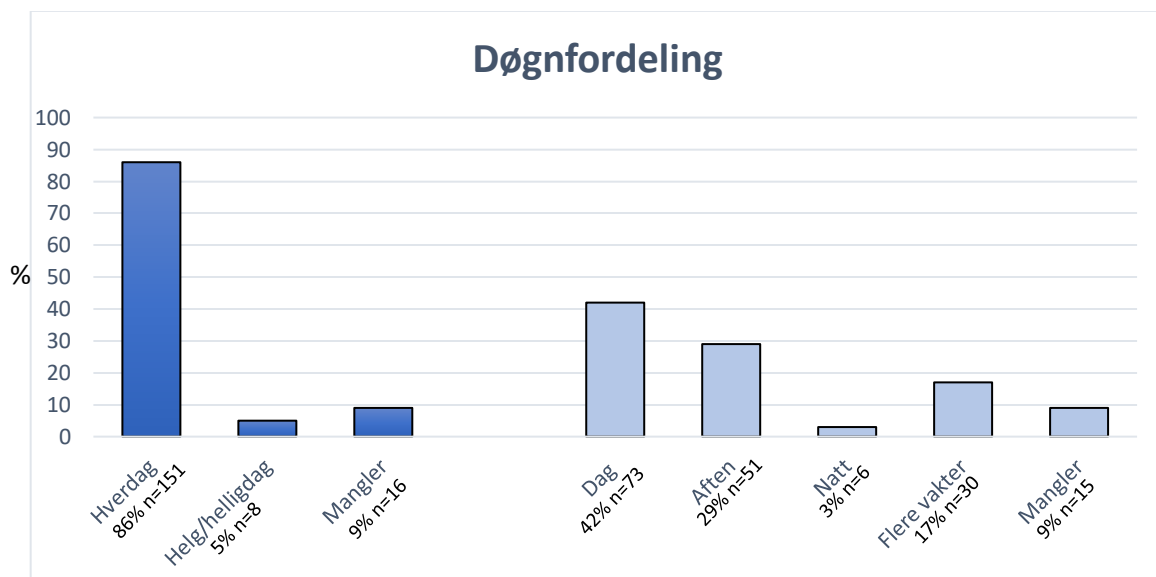
Variabelen «romplassering» viser at flest respondenter har ligget på «storesal», som kan forklares med at det rommer flere pasienter samtidig og brukes mest. «Annet» og «lillesal» var de minste gruppene i romfordeling.

Operasjonstype var inndelt i kategoriene gastrokirurgi, ortopedi, urologi, gynekologi/barsel, kar/thorax og annet. Den største gruppen respondenter har gjennomført et ortopedisk inngrep. Minst antall respondenter er i gruppene «annet» og «kar/thorax».



Figur 6. Deltakernes romplussing og operasjonstype, i prosent og antall.

Variablene under døgnfordeling var inndelt i «vakttype» og «når var pasienten på postoperativ?». Flest respondenter var innom postoperativ overvåkingsavdeling på hverdag, og et fåtall på «helg/helligdag». Døgnvakt er tiden der flest deltakere var på postoperativ overvåkingsavdeling, etterfulgt av aftenvakt og «over flere vakter». Det kan stemme godt overens med at operasjonsprogrammet i hovedsak er planlagt til dagtid.



Figur 7. Vakttype og når deltakerne var på postoperativ avdeling, i prosent og antall.

4.2 Informasjon og forventninger

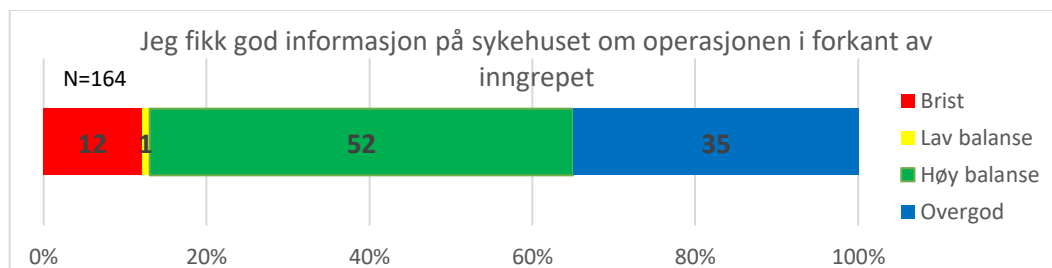
Spørreskjemaets første del omhandlet utsagn om informasjon og forventninger. Svarene presenteres over opplevelse og betydning satt sammen etter KUPPs handlingsindeks, samt gruppefordeling av bristende kvalitet i Kji-kvadrat analyse. Kommentarer tilknyttet temaet presenteres til slutt.

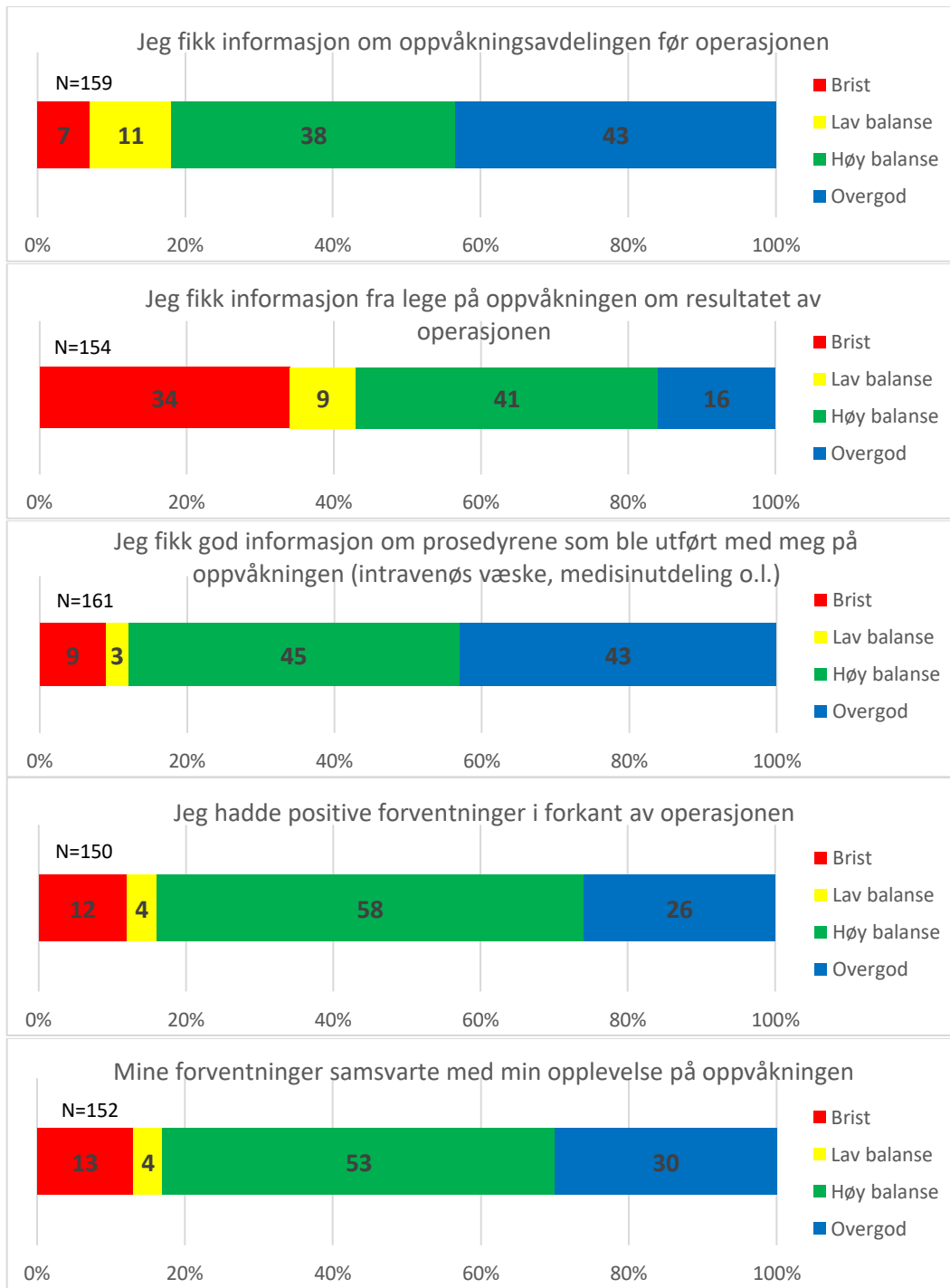
Jeg fikk god informasjon på sykehuset om operasjonen i forkant av inngrepet

Opplevd realitet

Subjektiv betydning	Opplevd realitet				
	Stemmer helt	Stemmer i stor grad	Stemmer delvis	Stemmer ikke	Vet ikke/ikke aktuelt
Aller største betydning	74	13	1	0	1
Stor betydning	50	12	4	0	0
Ganske stor betydning	4	4	1	1	0
Liten eller ingen betydning	0	0	0	0	0
Vet ikke/ikke aktuelt	0	0	0	0	2

Figur 8. Deltakernes svarfordeling fra spørreskjemaets første utsagn i handlingsindeksens syv kategorier, før analyse til forenklet handlingsindeks med fire kategorier. Krysstabeller over de andre utsagnenes svarfordeling presenteres i vedlegg 10.





Figur 9-14. Fargekodet forenklet handlingsindeks av utsagnene.

Utsagnet «Jeg fikk informasjon av lege om resultatet av operasjonen» har 34% bristende kvalitet, som betyr at det må vurderes kvalitetsforbedrende handlinger. Alle andre utsagn

i dette temaet har bristende kvalitet under 15%, som betyr at det ikke er behov for kvalitetsforbedring.

Tabell 2. Kji-kvadrat analyse over bristende kvalitet opplevd av kjønn og alder. Relevante funn er fremhevet.

Spørsmål	Kjønn			Alder		
	Mann n=64	Kvinne n=66	Kji- kvadrat test	18-59 år n=79	60+ år n=78	Kji- kvadrat test
	Brist	Brist	p-verdi	Brist	Brist	p-verdi
Svar gitt i % (n)						
Informasjon og forventninger						
Informasjon om operasjonen i forkant av inngrepet	11% (7)	13% (10) ⁿ⁼⁷⁷	,710	15% (13)ⁿ⁼⁸⁵	8% (6)	,131
Informasjon om oppvåkningen før operasjonen	8% (5)	7% (5) ⁿ⁼⁷³	,829	4% (3) ⁿ⁼⁸³	11% (8) ⁿ⁼⁷⁴	,078
Informasjon fra lege på oppvåkningen om resultatet av operasjonen	37% (23)ⁿ⁼⁶³	38% (27)ⁿ⁼⁷¹	,856	35% (28)	34% (25)ⁿ⁼⁷³	,877
Informasjon om prosedyrene som ble utført	6% (4) ⁿ⁼⁶⁵	15% (11)ⁿ⁼⁷²	,088	12% (10) ⁿ⁼⁸⁴	7% (5) ⁿ⁼⁷⁵	,259
Positive forventninger i forkant av operasjonen	6% (4) ⁿ⁼⁶³	18% (12)	,042	17% (13)ⁿ⁼⁷⁶	7% (5) ⁿ⁼⁷²	,059
Forventninger samsvarte med opplevelsen på oppvåkningen	7% (4) ⁿ⁼⁶²	18% (12)	,045	17% (13)	7% (5) ⁿ⁼⁷¹	,076

Signifikant forskjell = p-verdi <.05

Kji-kvadrat analyse av bristende kvalitet viser at det ikke er noen signifikant forskjell mellom de to aldersgruppene. Signifikant forskjell mellom kjønn er funnet. Bristende kvalitet over $\geq 15\%$ er funnet i kjønns- og aldersgruppene.

4.2.1 Kommentarer om informasjon og forventninger

Ni kommentarer er kategorisert under «informasjon og forventninger», hvorav seks er positive, to kritiske og en nøytral kommentar.

Utdrag fra kommentarene:

«Jeg var kjempefornøyd med behandlingen jeg fikk, følte meg godt ivaretatt. Informasjonen jeg fikk fra lege om resultatet av operasjonen fikk jeg ikke med meg der og da, men har fått god info i ettertid (på avdelingen) av legen».

«Avdelingens måte å formidle opplysninger på, de var lette å forstå og gav meg en stor trygghetsfølelse. En stor takk til dere alle!!».

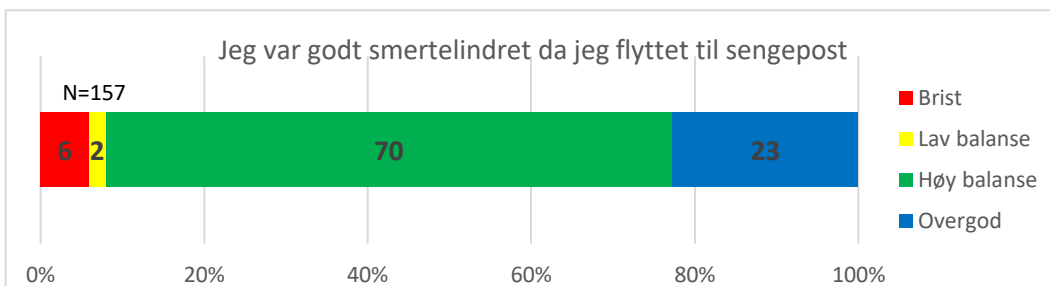
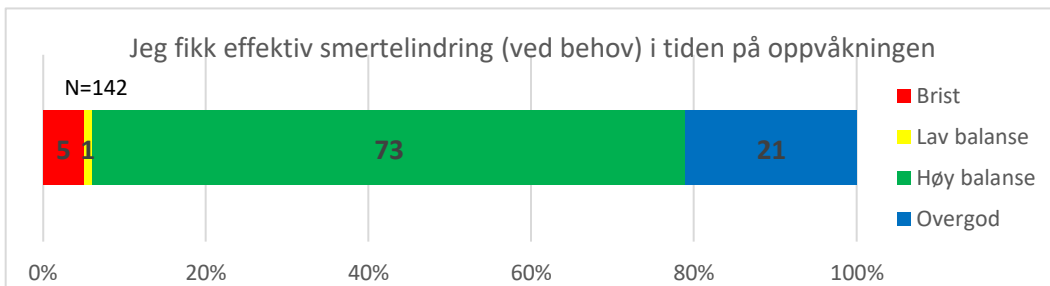
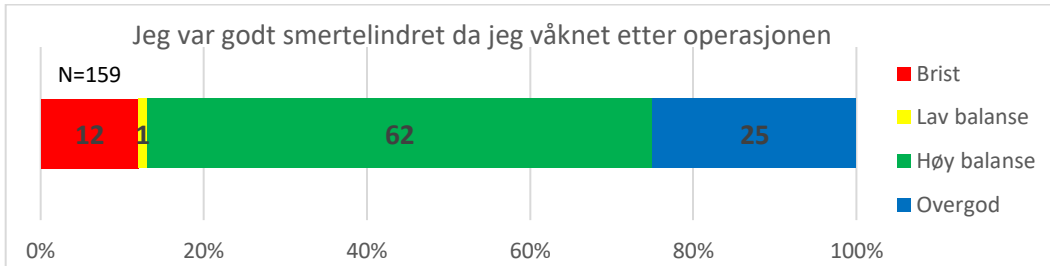
«...operasjonen var til kl. 07:00 om morgenen. Operasjonen var/ble foretatt kl. 15:05 samme dag. Det kunne rettes på da det er vanskelig for mange å komme så tidlig på dagen».

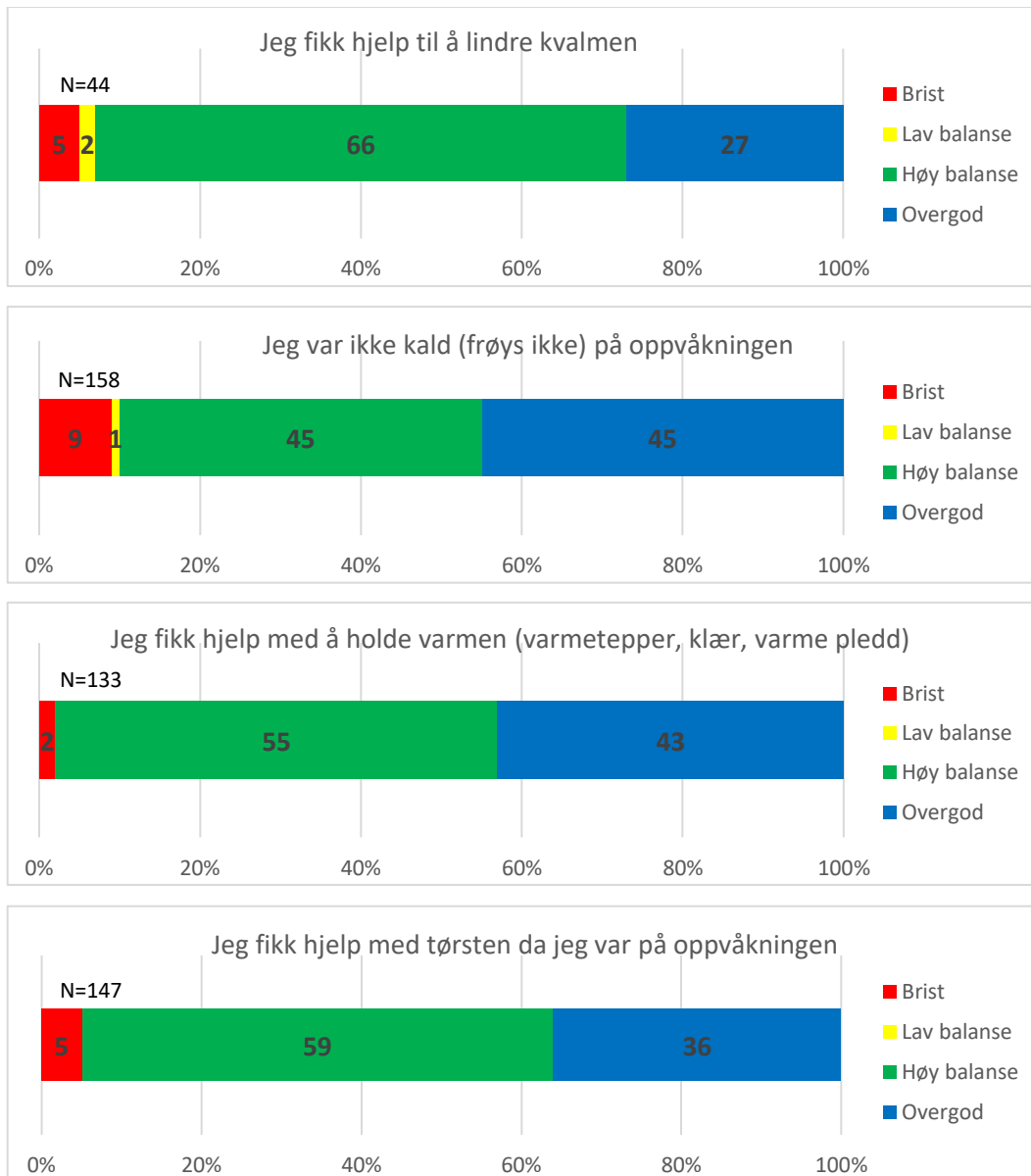
«Kirurgen kunne ha ventet litt lenger med å snakke med meg etter operasjonen. Var forvirret og omtåket etter narkosen da han snakket med meg».

«Som ventet».

4.3 Smertelindring og lindring av ubehag

Smertelindring og lindring av ubehag presenteres etter KUPPs handlingsindeks, samt gruppefordeling av bristende kvalitet i Kji-kvadrat analyse. Kommentarer presenteres til slutt.





Figur 15-22. Fargekodet forenklet handlingsindeks av utsagnene.

Bristende kvalitet for deltakergruppen totalt sett, er under 15%. Deltakernes svar har en stor andel høy kvalitet, som betyr at deltakernes opplevelse av omsorg er i samsvar med deres subjektive vurdering av hvor betydningsfullt det er.

Tabell 3. Kji-kvadrat analyse over bristende kvalitet opplevd av kjønn og alder. Relevante funn er fremhevet.

Spørsmål	Kjønn			Alder		
	Mann n=62	Kvinne n=72	Kji- kvadrat test	18-59 år n=83	60+ år n=73	Kji- kvadrat test
	Brist	Brist	p-verdi	Brist	Brist	p-verdi
Svar gitt i (n) %						
Smertelindring og lindring av ubehag						
Godt smertelindret ved oppvåkning etter operasjonen	5% (3) ⁿ⁼⁶¹	16% (12)ⁿ⁼⁷⁴	,038	12% (10) ⁿ⁼⁸⁴	11% (8)	,853
Effektiv smertelindring (ved behov)	4% (2) ⁿ⁼⁵⁵	5% (3) ⁿ⁼⁶⁶	1,000*	5% (4) ⁿ⁼⁷⁵	3% (2) ⁿ⁼⁶⁵	,686*
Godt smertelindret ved overflytting til sengepost	5% (3)	4% (3)	1,000*	5% (4)	6% (4) ⁿ⁼⁷²	1,000*
Var ikke kvalm på oppvåkningen	5% (3)	13% (9) ⁿ⁼⁷¹	,116	10% (8)	10% (7) ⁿ⁼⁷⁰	,940
Fikk hjelp til å lindre kvalmen	0% (0) ⁿ⁼¹⁶	9% (2) ⁿ⁼²³	,503*	3% (1) ⁿ⁼³¹	8% (1) ⁿ⁼¹³	,508*
Var ikke kald på oppvåkningen	6% (4) ⁿ⁼⁶³	11% (8)	,332	9% (8) ⁿ⁼⁸⁵	9% (6) ⁿ⁼⁷¹	,834
Fikk hjelp med å holde varmen (tepper, klær)	0% (0) ⁿ⁼⁵²	3% (2) ⁿ⁼⁶³	,500*	3% (2) ⁿ⁼⁷³	2% (1) ⁿ⁼⁵⁹	1,000*
Fikk hjelp med tørsten	2% (1) ⁿ⁼⁵⁹	9% (6) ⁿ⁼⁶⁸	,121*	7% (6) ⁿ⁼⁸²	2% (1) ⁿ⁼⁶⁴	,136*

Signifikant forskjell = p-verdi <.05.

*Fishers Exact test

Kji-kvadrat analyse av bristende kvalitet viser at det ikke er noen signifikant forskjell mellom de to aldersgruppene. Signifikant forskjell mellom kjønn er funnet. Bristende kvalitet ≥15% er funnet i kjønns- og aldersgruppene..

4.3.1 Kommentarer om smertelindring og lindring av ubehag

Åtte kommentarer omhandler smertelindring og lindring av ubehag. Tre av disse er positive, en kommentar er blandede opplevelser og fire er kritisk formulert.

Utdrag fra kommentarene:

«Var veldig fornøyd med at de brydde seg, spurte om drikke, smerter osv.».

«Fikk mer tepper da jeg frøs. Blide og omsorgsfulle pleiere. En fin opplevelse. Tusen takk!».

«Vanskelig å fylle ut da jeg husker svært lite fra oppvåkningen etter operasjonen. Var svært smertepreget. Jeg registrerte at mange jobbet for meg og gjorde sitt beste, så jeg har ingenting annet enn positivt å si om personalet så langt jeg kan huske. Enkelte kommentarer som er vanskelige å forholde seg til når man er i en sårbar situasjon, men det er ikke noe å bry seg om. Tror jeg var på oppvåkningen tre ganger for å få kontroll på smertene. Som sagt var jeg veldig smertepåvirket og husker lite. Vet dere har brukt mye ressurser på meg».

«Problemet mitt er at jeg blir så kvalm! Smertelindrende medikamenter gjør meg kvalm! Det skjer hver gang etter narkose».

«...Denne gangen følte jeg det var litt vanskelig å komme i gang med smertestillende. Jeg måtte be legen som opererte meg om å fikse smertestillende. Jeg var sikkert mye bedre enn de fleste pasientene på oppvåkningen, men hadde allikevel ganske mye smerter i begynnelsen. Tilbudet om smertestillende kunne ha vært bedre ved første sykepleier. (Men det var nok travelt der også)».

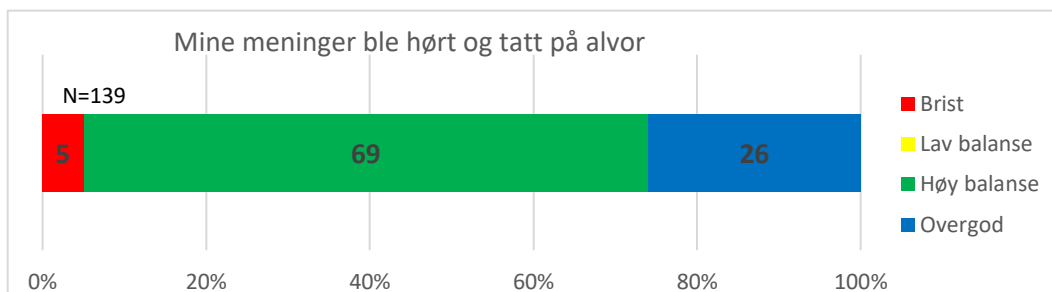
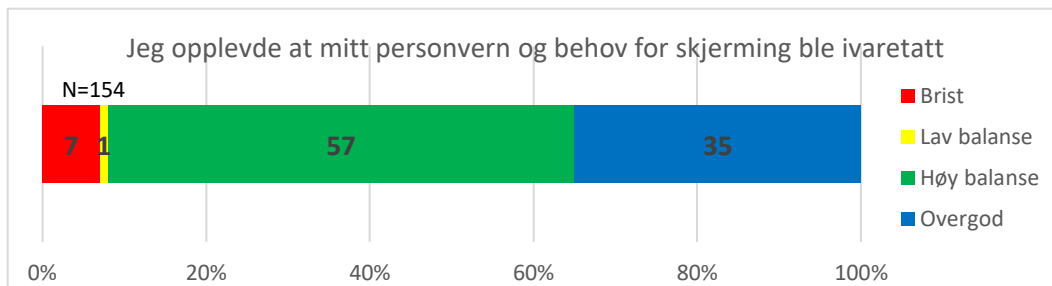
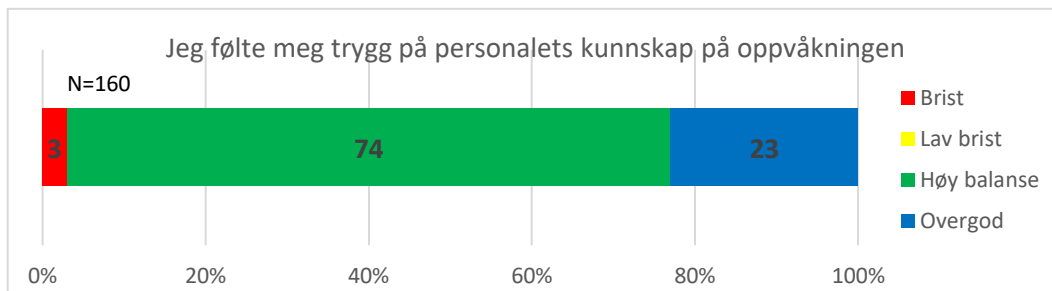
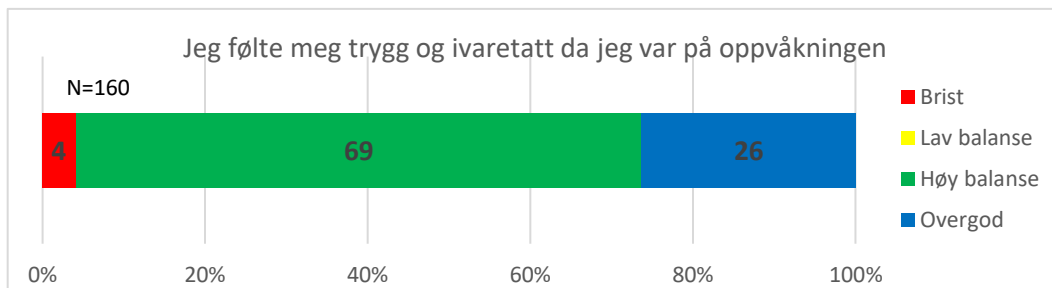
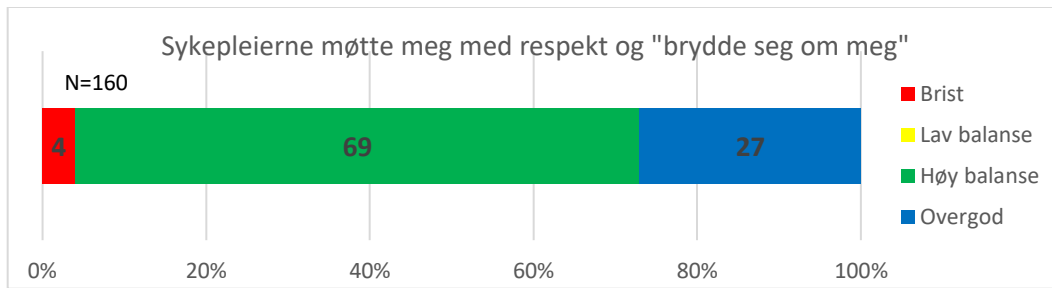
*«Alt bortsett fra den ene sykepleieren trodde meg ikke da jeg sa jeg hadde store smerter. H*n sa nei du har ikke smerter du sover godt. ...Akkurat som h*n ikke trodde meg. Jeg hadde skikkelig smerte da jeg våknet».*

«Kald luft».

4.4 Sykepleiernes kunnskap og ivaretagelse

Utsagn om sykepleiernes kunnskap og ivaretagelse presenteres etter KUPPs forenklede handlingsindeks, samt gruppefordelingen av bristende kvalitet i Kji-kvadrat analyse.

Deretter presenteres kommentarer tilknyttet temaet.



Figur 23-27. Fargekodet forenklet handlingsindeks av utsagnene.

Bristende kvalitet for deltakergruppen totalt sett, er under 15%. Deltakernes svar har en stor andel høy kvalitet, som betyr at deltakernes opplevelse av omsorg er i samsvar med deres subjektive vurdering av hvor betydningsfullt det er.

Tabell 4. Kji-kvadrat analyse over bristende kvalitet opplevd av kjønn og alder. Relevante funn er fremhevet.

Spørsmål	Kjønn			Alder		
	Mann n=63	Kvinne n=74	Kji- kvadrat test	18-59 år n=87	60+ år n=71	Kji- kvadrat test
	Brist	Brist	p-verdi	Brist	Brist	p-verdi
Svar gitt i (n) %						
Sykepleiernes kunnskap og ivaretagelse						
Ble møtt med respekt	0% (0)	8% (6)	,031*	6% (5)	1% (1)	,224*
Følelse av trygghet og ivaretagelse på oppvåkningen	2% (1)	8% (6)	,124*	7% (6)	1% (1)	,130*
Føle seg trygg på personalets kunnskap	0% (0)	5% (4)	,124*	3% (3)	3% (2)	1,000*
Personvern og behov for skjerming ble ivaretatt	5% (3) ⁿ⁼⁶⁰	11% (8) ⁿ⁼⁷¹	,197	12% (10) ⁿ⁼⁸⁴	2% (1) ⁿ⁼⁶⁸	,014
Meninger ble hørt og tatt på alvor	2% (1) ⁿ⁼⁵⁴	9% (6) ⁿ⁼⁶⁶	,127*	7% (5) ⁿ⁼⁷⁷	3% (2) ⁿ⁼⁶⁰	,467*

Signifikant forskjell = p-verdi <.05.

*Fishers Exact test.

Kji-kvadrat analyse av bristende kvalitet viser at det er funn av signifikant forskjell mellom kjønn ved et utsagn og signifikant forskjell mellom de to aldersgruppene ved et annet utsagn. Det påpekes at bristende kvalitet $\geq 15\%$ ikke er funnet i kjønns- og aldersgruppene.

4.4.1 Kommentarer om sykepleiernes kunnskap og ivaretagelse

68 kommentarer omhandler sykepleiernes kunnskap og ivaretagelse, hvorav 58 kommentarer er positive, syv er om blandede opplevelser og tre er kritisk formulerte.

Utdrag fra kommentarene:

«Trivelige, blide og stødige ansatte».

«Jeg fikk den raske og profesjonelle hjelpen som jeg hadde behov for».

«At personalet lyttet til meg og responderte på det jeg sa/spurte om. At personalet ikke tvilte på meg, spesielt ifht. Smertelindringen».

«Måtte ha hjelp til å tømme blæra. Skjedde med stor grad av integritet og respekt fra sykepleier :) Takker for godt stell».

«Personalet spurte hele veien hvordan jeg hadde det og la til rette for amming som var veldig positivt».

«Dedikerte leger som tok seg tid. Serviceinnstilte sykepleiere som ordnet og fikset alt jeg trengte, samt gav trygghet og omsorg i en tøff tid for meg. Pårørende ble også godt ivaretatt! En fantastisk gjeng».

«Man kunne kjenne og merke at kompetente folk var rundt meg hele tiden, det var en trygghet og fred over det hele. Jeg følte meg trygg».

«Måtte vente litt lenge på å bli flyttet til sengepost. Ble tatt veldig godt vare på av veldig trivelige mennesker».

«Fint, når personalet pratet med dempet stemme både til meg, til hverandre og til medpasienter bak skjermvegger. Dette var ikke helt profesjonelt innarbeidet for alle. Private/interne kommentarer eller liknende er irrelevant for pasienter, som nok er sårbare/lydsensitive der og da».

«Jeg var på to rom med forskjellig personal. På det første rommet var det fantastisk oppfølging. På det andre rommet opplevdes det ikke like positivt. Så dette blir veldig personavhengig. Der diskuterte de andre kollegaers beslutninger».

«Ble godt ivaretatt og alle var vennlige. Litt vanskelig å få kontakt med personalet til tider pga. det var, etter som jeg forstod, mange pasienter».

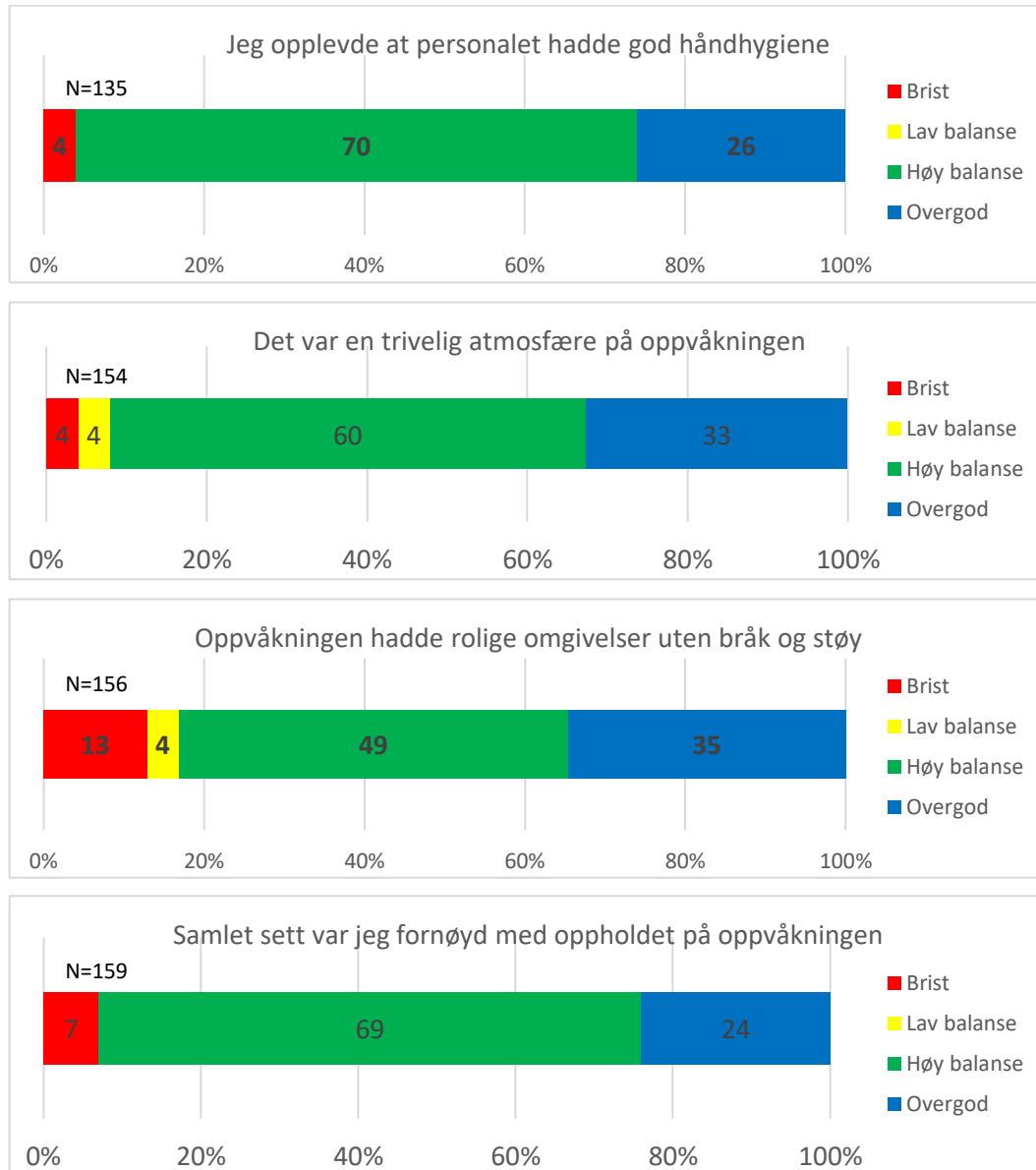
«Lyset var for sterkt over sengen. Fikk dempet det litt når jeg ba om det, men også en litt krass beskjed om at personalet måtte ha arbeidslys. Har tidligere hatt bedre/mer positive erfaringer med oppvåkingsavdelinger. Personalet på sengeposten var mye mer sensitive og ivaretakende».

*«Sykepleier har vært opptatt på privat tlf./mobil. H*n har ikke hørt meg med en gang på grunn av det».*

«Minus: Var sene med å bestille portører, hørte ikke på min mening, var lite serviceinnstilt, gav ikke beskjed om konsekvensene av å få medisin på oppvåkningen! Var veldig sulten, men prøvde ikke å spør hvorfor eller prøve å skaffe mat mens jeg ventet!».

4.5 Atmosfære og omgivelser

Atmosfære og omgivelser ved postoperativ overvåkingsavdeling presenteres etter KUPPs forenklete handlingsindeks, samt gruppefordeling av bristene kvalitet ved hjelp av Kji-kvadrat analyse. Kommentarer presenteres til slutt.



Figur 28-31. Fargekodet forenklet handlingsindeks av utsagnene.

Bristende kvalitet for deltakergruppen totalt sett, er under 15%. Deltakernes svar har en stor andel høy kvalitet, som betyr at deltakernes opplevelse av omsorg er i samsvar med deres subjektive vurdering av hvor betydningsfullt det er.

Tabell 5. Kji-kvadrat analyse over bristende kvalitet opplevd av kjønn og alder. Relevante funn er fremhevet.

Spørsmål	Kjønn			Alder		
	Mann n=62	Kvinne n=55	Kji- kvadrat test	18-59 år n=85	60+ år n=66	Kji- kvadrat test
	Brist	Brist	p-verdi	Brist	Brist	p-verdi
Svar gitt i (n) %						
Atmosfære og omgivelser						
Opplevde at personalet hadde god håndhygiene	2% (1) ⁿ⁼⁶¹	4% (2)	,603*	4% (3) ⁿ⁼⁶⁸	2% (1)	,619*
Trivelig atmosfære på oppvåkningen	2% (1) ⁿ⁼⁶³	7% (5) ⁿ⁼⁷¹	,213*	4% (3)	5% (3) ⁿ⁼⁶⁷	1,000*
Rolige omgivelser uten bråk og støy	7% (4)	19% (14)ⁿ⁼⁷³	,030	17% (14)ⁿ⁼⁸³	9% (6) ⁿ⁼⁷¹	,121
Samlet sett fornøyd med oppholdet på oppvåkningen	3% (2)	12% (9) ⁿ⁼⁷⁶	,063	9% (8)	4% (3) ⁿ⁼⁷²	,200

Signifikant forskjell = p-verdi <.05.

*Fishers Exact test

Kji-kvadrat analyse av bristende kvalitet viser at det er signifikant forskjell mellom kjønn ved ett utsagn. Samme utsagn viser også bristende kvalitet $\geq 15\%$ for inndeling i kjønn og alder.

4.5.1 Kommentarer om atmosfære og omgivelser

Ni kommentarer omhandler atmosfære og omgivelser. Tre kommentarer er positive, tre er blandede opplevelser, og tre kommentarer er kritisk formulert.

Utdrag fra kommentarene:

*«Takk for et behagelig opphold på ***. God skjerming når det trengtes, og alle pleierne var positive og blide og effektive. Stor honnør!».*

«Rolig og effektivt».

*«Én pasient var veldig masete og klaget over hvor kjedelig det var på oppvåkningen. H*n ville se TV. H*n snakket lenge og høyt i mobil eller lånt telefon på avdelingen. ...Én pasient bannet og skjelte ut sykepleierne. H*n skrek og bar seg. ...H*n ble kjørt til enerom. To av personalet ...snakket høyt og diskuterte personlige anliggender som shopping, ferieturer og lignende. Dette pågikk ca. En halv time og opplevdes veldig forstyrrende. Nå må det sies at jeg lå på oppvåkningen i 11 timer, så alt i alt var det fredelig og stille der».*

«De gjør så godt de kan med den plassen de har. For mange pasienter!».

«Det var ikke støy, men kunne høre hva alle andre pasienter sa».

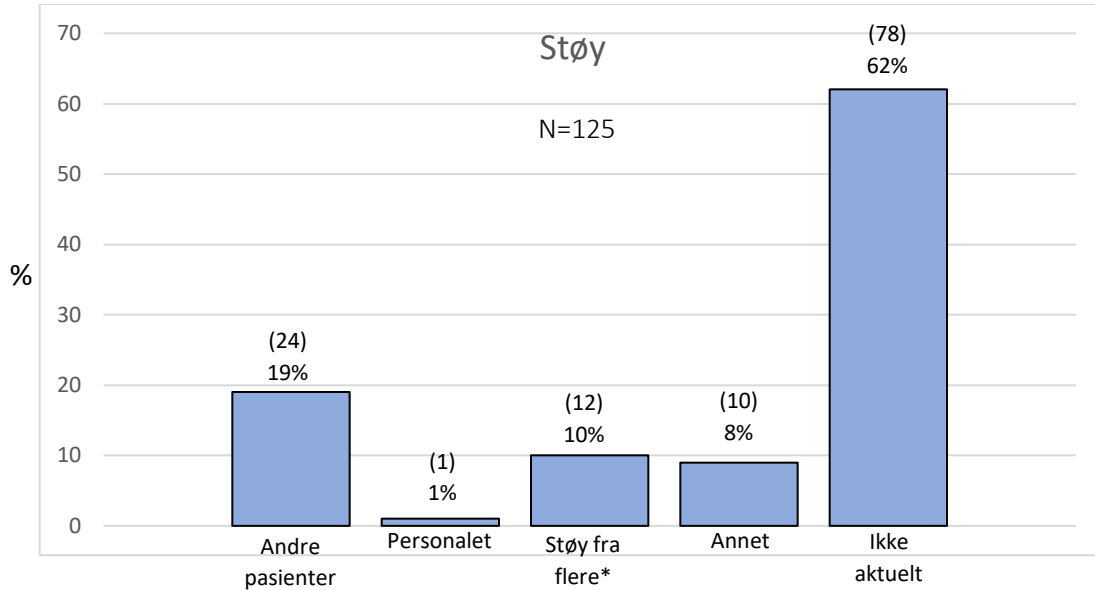
«Støyende medpasienter kunne blitt skjermet».

«Ble litt vel mye prat fra en pasient :)»

«Jeg ble liggende våken i 5-6 timer uten briller, lesestoff, eller noe (mobil). Bedøvet fra magen og ned. Det ble veldig lange timer. Litt lesestoff, briller og mobil kunne vært med i en pose?»

4.6 Opplevelse av støy

Kji-kvadrat analyse viste ingen signifikant forskjell i bristende kvalitet i utsagnet om støy fra deltakere på stort rom og mindre rom (inntil fire senger).



Figur 32. Frekvensfordeling over spørsmål 26: «Hvis du opplevde støy på avdelingen, hva slags type støy opplevde du?» i antall og prosent.

*Avkrysset på flere alternativer.

Totalt har 12 deltakere svart at de har opplevd støy fra flere, disse er:

Andre pasienter + personalet (n=9), andre pasienter + annet (n=1), og andre pasienter + personalet + annet (n=2).

Deltakerne kunne spesifisere hva som hadde laget støy under deres opphold ved postoperativ overvåkingsavdeling. Totalt kom det 17 kommentarer om annen årsak til støy enn det som var av valg til avkrysning:

Barnegråt (n=4), dunking fra senger og utstyr (n=2), piping fra maskiner (n=1). Støy pga. mange pasienter samlet på lite areal (n=3), snorking (n=1), sterkt lys (n=1), prating og mobiltelefon (n=2), portører (n=1), normal støy (n=2).

4.7 Kommentarer

Siste spørsmål i spørreskjemaet var åpent til utfylling av kommentarer for de som ønsket det. Antall deltakere som fylte ut egen tekst var 136 av 175, noe som gir en svarfrekvens på 78% på det åpne spørsmålet. Respondentene skrev alt fra korte kommentarer på ett til tre ord, til lengre avsnitt med inntil 11 setninger. Kommentarene er presentert under temaene. 19 kommentarer falt ikke inn under kategoriene. Av disse var 13 positive kommentarer og seks nøytrale kommentarer. De fleste handlet om at pasientene var fornøyde med oppholdet, og andre kommentarer var «no remarks», «alt», eller at deltakeren husker lite.

4.8 Deltakernes vurdering av betydningen

Gjennomsnittsmåling viser at deltakerne jevnt over vurderer alle utsagnene med betydning over 3 (stor betydning), med unntak av «informasjon om oppvåkingsavdelingen før operasjonen», som fikk lavest gjennomsnitt for betydning.

Deltakerne har rangert utsagnet «jeg følte meg trygg på personalets kunnskap på oppvåkningen» som utsagnet med høyest betydning.

Tabell 6. Deltakernes vurdering av betydning, med besvart alternativ 1 (liten/ingen betydning) til 4 (aller største betydning).

Utsagn N	Besvart min. verdi	Besvart maks. verdi	Mean
Jeg fikk god informasjon på sykehuset om operasjonen i forkant av inngrepet (N=165)	2	4	3,48
Jeg fikk informasjon om oppvåkingsavdelingen før operasjonen (N=162)	1	4	2,88
Jeg fikk informasjon fra lege på oppvåkningen om resultatet av operasjonen (N=159)	1	4	3,18
Jeg fikk god informasjon om prosedyrene som ble utført med meg på oppvåkningen (intravenøs væske, medisinutdeling o.l.) (N=164)	1	4	3,07
Jeg hadde positive forventninger i forkant av operasjonen (N=156)	1	4	3,30
Mine forventninger samsvarte med min opplevelse på oppvåkningen (N=155)	1	4	3,28
Jeg var godt smertelindret da jeg våknet etter operasjonen (N=159)	2	4	3,58
Jeg fikk effektiv smertelindring (ved behov) i tiden på oppvåkningen (N=151)	2	4	3,68
Jeg var godt smertelindret da jeg flyttet til sengepost (N=161)	2	4	3,57
Jeg var ikke kvalm på oppvåkningen (N=155)	1	4	3,32
Jeg fikk hjelp til å lindre kvalmen (N=67)	1	4	3,49
Jeg var ikke kald (frøys ikke) på oppvåkningen (N=158)	1	4	3,25
Jeg fikk hjelp med å holde varmen (varmeteppe, klær, varme pledd) (N=140)	1	4	3,34
Jeg fikk hjelp med tørsten da jeg var på oppvåkningen (N=149)	1	4	3,45
Sykepleierne møtte meg med respekt og "brydde seg om meg" (N=160)	2	4	3,64
Jeg følte meg trygg og ivaretatt da jeg var på oppvåkningen (N=160)	2	4	3,69
Jeg følte meg trygg på personalets kunnskap på oppvåkningen (N=160)	2	4	3,73
Jeg opplevde at mitt personvern og behov for skjerming ble ivaretatt (N=155)	1	4	3,41
Mine meninger ble hørt og tatt på alvor (N=147)	1	4	3,57
Jeg opplevde at personalet hadde god håndhygiene (N=153)	1	4	3,63
Det var en trivelig atmosfære på oppvåkningen (N=155)	1	4	3,32
Oppvåkningen hadde rolige omgivelser uten bråk og støy (N=157)	1	4	3,24
Samlet sett var jeg fornøyd med oppholdet på oppvåkningen (N=159)	2	4	3,67

5.0 Diskusjon

Studien er et kvalitetsforbedringsprosjekt, der hensikten er å kartlegge postoperative pasienters perspektiv på kvalitet fra oppholdet ved postoperativ overvåkingsavdeling. Intensivsykepleier skal initiere, samarbeide om og ta ansvar for kvalitetsforbedring, fagutvikling og forskning (NSFLIS, 2017). Følgende forskningsspørsmål er lagt til grunn for denne studien: Hvordan vurderer pasientene sin egen tilfredshet av oppholdet på postoperativ avdeling? Hvilke faktorer har betydning for at pasientene skal oppleve kvalitet på den postoperative sykepleien?

Resultatene fra denne studien viser at pasientene jevnt over er svært fornøyde med oppholdet og kvaliteten på behandlingen ved postoperativ overvåkingsavdeling. Relevante momenter fra funnene blir diskutert mot tidligere forskning, teori, intensivsykepleiers funksjons- og ansvarsområde, samt forfatterens egne betraktninger.

Resultatene drøftes i den rekkefølgen de er presentert i resultatdelen. Deretter presenteres en metodediskusjon, der studiens styrker og svakheter løftes frem, før studiens relevans for klinisk praksis blir drøftet til slutt.

Validiteten er sannsynligvis lav dersom et spørreskjema i stor grad har svarene «vet ikke» på bestemte spørsmål (Olsson et al., 2003, s. 78). «Vet ikke/ikke aktuelt»-svar og manglende svar over 10% belyses fortløpende i resultatdiskusjonen. Hele «del B – subjektiv betydning» hadde høyere mangler enn «del A – opplevd realitet», med henholdsvis 9% mot 3% i gjennomsnitt. Det kan tyde på at besvarelsen av subjektiv betydelse har vært vanskeligere å forstå og besvare for en del av deltakerne. Andre påvirkende faktorer kan være at respondentene har misforstått at begge deler skulle fylles ut. Det kan også ha vært vanskeligere å vurdere betydningen av utsagnene, enn hvordan realiteten var.

5.1 Informasjon og forventninger

Informasjon er viktig for å fremme pasientens kognitive kontroll. Informasjon til pasienten gir opplevelse av forutsigbarhet, kontroll over hvor lenge en stressende opplevelse varer, og mulighet til å kunne evaluere sin egen opplevelse. Pasientens individuelle forutsetninger må tas i betraktning. Sykepleier må sikre at pasienten har forstått innholdet og betydningen av informasjonen som gis. Rollen som pasient kan mestres bedre ved hjelp av god informasjon (D.-G. Stubberud, 2015, s. 93).

Funksjons- og ansvarsbeskrivelse for intensivsykepleier, kap. 2.1: «Helsefremmende og forebyggende funksjon innebærer at intensivsykepleieren tilrettelegger for helsefremmende omgivelser og fremmer velvære, håp og livsmot hos intensivpasienten» (NSFLIS, 2017).

Olsen (2013) fant, i likhet med denne studien, at pasientene var minst tilfredse med mottatt informasjonen. Valen (2012) fant at øyeblikkelig hjelp-pasienter fikk mindre informasjon om anestesi og kirurgi, enn elektive pasienter. Innleggelsestype hadde en signifikant påvirkning på pasienttilfredsheten, ifølge Abrahamsen Grøndahl (2012). Pasienter som ble innlagt som øyeblikkelig hjelp scoret lavere på pasienttilfredshet. En mulig forklaring på det var at pasienter som blir innlagt på sykehus elektivt mottar individualisert og tilstrekkelig informasjon før innleggelse på sykehus, og er slik sett mer forberedt (Abrahamsen Grøndahl, 2012). Lemos et al. (2009) fant at klinisk informasjon var en av hovedfaktorene som påvirket pasienttilfredsheten 30 dager etter et kirurgisk inngrep.

Deltakernes kommentarer om informasjon generelt er i hovedsak positive og antyder at deltakerne har vært tilfredse:

«Lite venting. God info. Veldig fornøyd!».

«Godt forklart og godt arbeid».

«God orientering».

«Avdelingens måte å formidle opplysninger på, de var lette å forstå og gav meg en stor trygghetsfølelse. En stor takk til dere alle!!».

Tilstrekkelig og forståelig informasjon anses som den viktigste faktoren for pasienttilfredshet. De fleste pasienter er interessert i egen helse. Sammenfatning av informasjon fra flere yrkesgrupper involvert i pasienters behandling og pleie bør formidles til pasientene på en forståelig måte. Oppdatering på hva som er neste mål og tiltak i kan hjelpe pasienter å holde fokus og øke egeninnsatsen.

5.1.1 Pre- og postoperativ informasjon

Pasienter har lovfestet krav på nødvendig informasjon for å få innsikt i egen helsetilstand og innholdet i helsehjelpen (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-2).

Intensivsykepleier har selvstendig sykepleiefaglig ansvar for å handle forsvarlig, ivareta pårørende, samt sikre pasientens autonomi, integritet og rettigheter (NSFLIS, 2017).

Intensivsykepleier kan bidra til å sette informasjon, tiltak og mål i «system» for pasientene.

Flesteparten av respondentene i denne studien er tilfredse med preoperativ informasjon om operasjonen og informasjon om postoperative prosedyrer. Samtidig viser resultatene også at det bør vies oppmerksomhet til at flere av respondentene i aldersgruppen 18-59 år ønsket mer preoperativ informasjon. En del kvinner savnet mer informasjon om prosedyrene som ble utført på oppvåkningen.

Valen (2012) fant at kvinner var mer fornøyde enn menn med preoperativ informasjon om selve inngrepet, i motsetning til denne studien der det ikke er funnet signifikant forskjell mellom kjønn. Olsen (2013) fant at 80% av pasientene i hans studie i stor grad/svært stor

grad var tilfredse med preoperativ informasjon om operasjonen, noe som er sammenfallende med denne studien.

Over halvparten av pasientene i studien til Valen (2012) fikk informasjon om prosedyrene i avdelingen i stor grad/svært stor grad, mens resten av pasientene fikk varierende grad av informasjon om prosedyrer. Funnene sammenfaller med denne studiens resultater, men denne studien viser også at flere kvinner ønsket mer informasjon om postoperative prosedyrer. Olsen (2013) avdekket et særlig behov for å bedre informasjonen om prosedyrer som ble utført mens pasienten var på postoperativ seksjon, ettersom 29% av pasientene svarte at de ikke i det hele tatt/i liten grad fikk informasjon.

Forfatterne mener preoperativ informasjon er en viktig faktor i pasientopplevelsen, fordi det handler om å være forberedt på det som skal skje og hva som kan forventes. Bailey (2010) fant at postoperative pasienter trenger informasjon for å unngå engstelse i postoperativ avdeling, deriblant informasjon om hva som er videre plan i det postoperative forløpet.

Videre kan operasjonens hastegrad påvirke hvor mye preoperativ informasjon pasienter mottar. Hastegrad er ikke analysert i denne studien, og sammenheng kan derfor ikke påvises. Andre påvirkende faktorer til høyere forekomst av bristende kvalitet i aldersgruppen 18-59 år, er at de kan ha andre forventninger til informasjon om inngrepet, enn det aldersgruppen over 60 år har. Studiens resultat om forventninger forsterker dette. Spørsmål kan også stilles til om aldersgruppene mottar lik informasjon, eller om informasjon formidles ulikt. Annen faktor er hvilke spørsmål pasienten selv stiller for å få den informasjonen vedkommende anser som nødvendig for seg og sin opplevelse. Ifølge denne studien burde det legges mer vekt på økt preoperativt informasjonsbehov i aldersgruppen 18-59 år.

Tiltak rundt pasienten bør formidles i et forståelig språk, med hensyn til individuelle forutsetninger. Kontroll over det som skjer kan øke opplevelse av trygghet. Negative stressopplevelser i forbindelse med ubehagelige undersøkelser og prosedyrer mestres bedre når pasienten har fått informasjon om hendelsene i forkant og forklaringer på det som er ubehagelig (D.-G. Stubberud, 2015, s. 93).

Egne erfaringer fra postoperativ overvåkningsavdeling er at intensivsykepleierne er påpasselige med å informere om prosedyrer, samtidig tilsier erfaringene at informasjonsbehovet til postoperative pasienter er vekslende. Intensivsykepleier må finne ut, eller spørre, hvor mye pasienten ønsker å vite om det som blir gjort med og rundt seg. Enkelte pasienter kan ha behov for å få ro og hvile, mens andre kan være nysgjerrige på informasjon om hvorfor væske blir administrert og hvordan målte verdier er. Ifølge denne studien bør det legges mer vekt på å få dekket kvinners informasjonsbehov vedrørende prosedyrer og undersøkelser.

Preoperativ informasjon om postoperativ overvåkningsavdeling er det eneste utsagnet innen dette tema som ikke har fått bristende kvalitet, verken for hele respondentgruppen eller for kjønns- og aldersgruppene. Utsagnet skiller seg også ut med lavere gjennomsnittscore på subjektiv betydning for deltakerne. Valen (2012) og Olsen (2013) har funnet behov for å bedre den preoperative informasjonen pasientene får om postoperativ overvåkningsavdeling. Denne studiens spørreskjema, med opplevd realitet og subjektiv betydning, er en styrke i denne studien, ettersom det har gjort det mulig å sammenligne betydningen. Dette kan ha ført til forskjellige resultater mellom denne studien og Valen (2012) og Olsen (2013), særlig når det gjelder å få informasjon om postoperativ overvåkningsavdeling i forkant av operasjon. Denne studien finner det mindre relevant for deltakerne å få denne informasjonen, og det ses ikke behov for kvalitetsforbedring innen økt preoperativ informasjon om oppvåkningsavdelingen.

Resultatene viser at svært mange respondenter i denne studien opplever å få utilstrekkelig informasjon når det gjelder å motta informasjon fra lege om operasjonens resultat på overvåkingsavdelingen. Området er av stor betydning for deltakerne og viser at kvalitetsforbedrende handlinger bør vurderes. Funnene viser ikke noen kjønns- eller aldersmessige variasjoner, jamfør tabell 2.

Forfatterens erfaringer fra postoperativ overvåkingsavdeling, er at operasjonens resultat er noe av det første mange pasienter etterspør ved oppvåkning. Enkelte fikk informasjon fra lege på overvåkingsavdelingen, andre ikke, avhengig våkenhet og kirurgens operasjonsprogram. Intensivsykepleiers oppgave er å sikre plan, kontinuitet og kvalitet i pasientbehandlingen gjennom tverrfaglig samarbeid og dokumentasjon (NSFLIS, 2017). Økt samarbeid med kirurg kan bidra til å imøtekomme postoperative pasienters informasjonsbehov.

Informasjon bidrar til å gjøre det ukjente og truende til noe kjent. Tilstrekkelig informasjon er sentralt for at pasienten skal føle seg trygg og ivaretatt. Informasjonen som gis må være tilpasset den enkeltes behov, med hensyn til at bevissthet og hukommelse kan være påvirket av anestesimidler og opioider (Nygaard & Gulbrandsen, 2015, s. 756).

Respondentene uttrykker at det er nødvendig med individuelt tilpasset informasjon, ettersom det er varierende hvor påvirket hver pasient er av anestesimidler og analgetika, og i hvilken grad de er i stand til å motta og huske informasjon:

«Fikk god informasjon fra lege om resultatet av operasjonen på avdeling.

Omsorgsfullt personal – følte meg trygg og alle behov ivaretatt. Vennlig og imøtekommende atmosfære som skapte tillitt».

«Jeg var kjempefornøyd med behandlingen jeg fikk, følte meg godt ivaretatt.

Informasjonen jeg fikk fra legen om resultatet av operasjonen fikk jeg ikke med meg der og da, men har fått god info i ettertid (på avdelingen) av legen».

*«Kirurgen kunne ha ventet litt lenger med å snakke med meg etter operasjonen.
Var forvirret og omtåket etter narkosen da han snakket med meg».*

Erfaringsmessig kan våkne pasienter motta og huske beskrivelse av operasjonsforløpet. Pasienter påvirket av anestesimidler og analgetika kan ha nok med å huske at «operasjonen foregikk som planlagt». Enkel og kort informasjon er noe intensivsykepleier kan repetere for pasienten, samt formidle at mer detaljert informasjon vil bli formidlet på sengepost.

5.1.2 Forventninger

Blant respondentene var det kvinnene, tilsynelatende i aldersgruppen 18-59 år, som opplevde bristende kvalitet angående å ha positive forventninger i forkant av operasjon og samsvarende forventninger med opplevelse på overvåkingsavdelingen. Kjønnforskjellen er signifikant for begge utsagnene, jamfør tabell 2, men det ses ikke signifikante forskjeller blant aldersgruppene.

Waljee et al. (2014) korrelerte, i sin systematiske oversikt, inkonsekvent preoperative forventninger med postoperativ pasientrapportert utfall etter operasjon. Positive forventninger korrelerte med forbedret pasientrapportert utfall, selv om forventningene ikke ble helt oppfylte. Likevel rapporterte en stor andel dårligere pasientrapportert utfall med oppfylte forventninger. 20% av studiene klarte ikke å identifisere noen sammenheng mellom pasientrapporterte utfall og pasientforventninger. Thomas et al. (2017) fant at forventninger var forbundet med pasienttilfredshet. De skriver om behov for videre undersøkelser av pasienters forventninger for å avgjøre riktige inngrep for å definere pasientens forventninger til sykepleie, vurdere sykepleiens forståelse av pasientens forventninger og implementering av intervensjoner som har til mål å forbedre den totale pasientopplevelsen i intensivavdeling.

Preoperative forventninger:

«Som ventet».

«PS. Innkalling til operasjonen var til kl. 07:00 om morgenen. Operasjonen var/ble foretatt kl. 15:05 samme dag. Det burde kunne rettes på da det er vanskelig for mange å komme så tidlig på dagen».

Det kan stilles spørsmål til korrelasjonen mellom utsagnene «jeg hadde positive forventninger i forkant av operasjonen» og «mine forventninger samsvarte med min opplevelse på oppvåkningen». Utsagn diskuteres videre i kapittel «5.5 Metodediskusjon». Likevel ser resultatene såpass sammenfallende ut, at de tilsynelatende har en sammenheng. Ventetid er kommentert som er påvirkende faktor på opplevelsen. Resultatene fra denne studien har en viss likhet med resultatene til Thomas et al. (2017) og Waljee et al. (2014), der det ses en sammenheng mellom positive forventninger preoperativt og postoperativ pasienttilfredshet. Kvinner, tilsynelatende i alderen 18-59 år, hadde mindre positive forventninger preoperativt enn de øvrige respondentene. Forfatterne tenker det kan være interessant å utforske hvilke forventninger pasienter har preoperativt basert på funn i denne studien, og hvordan dette korrelerer med ulike postoperative opplevelser.

5.2 Smertelindring og lindring av ubehag

Intensivsykepleier har et ansvar for å overvåke pasientens vitale parametere postoperativt, samtidig skal pasientens behov for smertelindring, lindring av kvalme, og forebygging/behandling av hypotermi ivaretas (Odom-Forren, 2015, s. 290).

Intensivsykepleier skal allerede i det akutte stadiet av pasientforløpet tilrettelegge for rehabilitering, med mål om å bedre pasientens opplevelse av helsestatus/funksjonsnivå og opplevelse av livskvalitet (NSFLIS, 2017). Smerter og annet ubehag påvirker pasienters opplevelse av livskvalitet og rehabilitering. Dette er faktorer som har en påvirkning i pasienters rehabilitering hvordan pasienters opplever tilværelsen.

Smerter er viktig informasjon å innhente i postoperative studier. Abrahamsen Grøndahl (2012) skriver at intensitet av smerter her og nå var en del av pasienters selv-rapporterte helse. Smerteintensitet, kombinert med andre variabler, er viktig. Økt smerte predikerer lavere tilfredshet. Egenvurdering av smerte gir informasjon om pasientens tilstand når spørreskjema blir besvart, og bør vurderes når resultater fra studier om pasienttilfredshet skal tolkes. Faktoren er ikke tatt med i denne studien, men anses som en interessant faktor i ettertid. Sett i lys av resultatene fra denne studien, stilles det spørsmål ved om en slik faktor ville tilført andre opplysninger enn respondentenes smertetilstand etter overvåkingsavdelingen.

5.2.1 Postoperative smerter

Deltakerne var generelt sett fornøyd med smertebehandlingen og lindring av ubehag de fikk på postoperativ overvåkingsavdeling. Deltakernes svar har stor andel «høy kvalitet» under temaet smertelindring og lindring av ubehag, som betyr at deltakernes opplevelse samsvarer med deres subjektive vurdering over hvor betydningsfullt hvert utsagn er. Smerter ved oppvåkning etter operasjonen viste signifikant forskjell mellom kjønn, der flere kvinner opplevde bristende kvalitet av en slik grad at utsagnet bør gis oppmerksomhet. Det ses ikke signifikante forskjeller i aldersgruppene. Alle utsagn om smertelindring har fått høy gjennomsnittscore, og deltakerne vurderer smertebehandling som viktig for pasienttilfredsheten.

Intensivsykepleier har ansvar for å utføre symptomlindrende tiltak for å begrense belastninger pasienten vil kunne oppleve i forbindelse med sykdom, behandling og skade ved akutt helsesvikt, samt hjelpe pasienten med å lindre og håndtere stress, smerter og ubehag (NSFLIS, 2017).

Ifølge Olsen (2013) opplevde pasientene større grad av smerter da de våknet etter operasjonen, enn ellers i den postoperative fasen ved postoperativ seksjon. Tendens til større smerteopplevelse ved oppvåkning enn ellers under oppholdet vises også i denne

studien. Olsen (2013) rapporterte at menn opplevde større grad av smerter enn kvinner ved oppvåkning etter operasjonen, i motsetning til funnene i denne studien, der kvinner rapporterte mer smerter enn menn. Generelt var pasienter ikke tilstrekkelig smertelindret ved oppvåkning etter kirurgi (Olsen, 2013; Valen, 2012). Valen (2012) fant ingen signifikant forskjell mellom kjønn, men rapporterte en signifikant forskjell mellom alder, der den yngste aldersgruppen (18-39 år) rapporterte størst smerteopplevelse.

Studien til Phillips et al. (2013) identifiserte ingen sammenheng mellom nivået på smerteskalaen (NRS/Numeric Rating Scale) og pasientenes tilfredshet med smertebehandlingen. Flertallet av pasientene var fornøyd eller svært fornøyd med den generelle smertebehandlingen, uavhengig av deres smerteintensitetspoeng. Funnene kan tyde på at pasientene i denne studien også kan ha høy opplevelse av tilfredshet med smertebehandlingen, selv om enkelte ikke var tilstrekkelig smertelindret da de våknet etter operasjonen.

Funn av bristende kvalitet er ikke funnet i denne studien, hverken for om deltakerne fikk effektiv smertelindring (ved behov) på oppvåkningen, eller om de var godt smertelindret ved overflytning til sengepost. Signifikante forskjeller mellom kjønn og aldersgrupper er ikke funnet. Derimot har postoperativ smertelindring svært stor betydning for respondentene.

Valen (2012) og Olsen (2013) hadde sammenfallende resultater angående tilfredshet med smertebehandlingen på postoperativ overvåkningsavdeling, smertenivået da de forlot oppvåkningen og den generelle pasientopplevelsen da det gjaldt lindring av smerte og ubehag. Til tross for stor grad av tilfredshet, rapporterte likevel 1/4 av pasientene i studien til Valen (2012) at de opplevde moderate smerter ved overflytting til sengepost. Valen (2012) rapporterte størst smerteopplevelse i pasientgruppen 18-39 år, og 84% av pasientene svarte at de i stor/svært stor grad fikk god hjelp med smertene den tiden de var på oppvåkningen. Olsen (2013) fant at menn var mer fornøyd med smertebehandlingen enn kvinner.

Schwenkglenks et al. (2014) skriver at det viktigste for pasienttilfredsheten er selve opplevelsen av forbedring av smertene og opplevelse av omsorg fra personalet. Pasienttilfredshet vedrørende postoperativ smertebehandling har sammenheng med pasientenes faktiske smerteopplevelse. Pasientene skal informeres om smertebehandlingen og være delaktige i beslutninger i den grad de selv ønsker.

Respondentene uttrykker at det å bli trodd på av sykepleierne når det gjelder deres smerteopplevelse er av vesentlig betydning for dem. Smertebehandlingen blir vurdert å ha svært stor betydning:

«Har vært der 3 ganger før de siste 5 månedene. Sist fikk jeg raust tilbud om smertestillende. Denne gangen følte jeg det var litt vanskelig å komme i gang med smertestillende. Jeg måtte be legen som opererte meg om å fikse nok smertestillende. Jeg var sikkert mye bedre enn de fleste pasientene på oppvåkningen, men hadde allikevel ganske mye smerter i begynnelsen. Tilbudet om smertestillende kunne ha vært bedre ved første sykepleier. (Men det var nok travelt der også)».

*«Alle bortsett fra den ene sykepleieren trodde meg ikke da jeg sa jeg hadde store smerter. H*n sa nei du har ikke smerter du sover godt. Jeg vet ikke tittelen om h*n er sykepleier eller hjelpepleier. Alt var kjekt bortsett fra den kommentaren. Akkurat som h*n ikke trodde meg. Jeg hadde skikkelig smerte da jeg våknet».*

Forfatterne har opplevd fra klinisk arbeid at intensivsykepleiere på overvåkingsavdelingen var svært opptatt av å kartlegge smerter ved hjelp av smerteskala. Kartleggingsverktøy ble brukt for å behandle smertene før de fikk utvikle seg, ettersom forsinkelser i smertebehandlingen ofte medførte vanskeligere smertebehandling. Intensivsykepleiernes innsats i å kupere postoperative smerter er effektive, ifølge funnene i denne studien.

5.2.2 Lindring av kvalme og annet ubehag

Respondentene, i denne studien, var fornøyde med lindring av kvalme og annet ubehag (kulde og tørste) på oppvåkningen. Ingen signifikant forskjell ble funnet mellom kjønn og aldersgrupper. Respondentenes svar viser stor grad «overgod» kvalitet i utsagnet om deltakerne var kalde og om de fikk hjelp med å holde varmen. Selv om resultatet gjenspeiler at respondentene opplever høyere kvalitet enn de anser som nødvendig, har forfatterne sett fra klinisk arbeid at sykepleiere som jobber postoperativt har stort fokus på å forebygge hypotermi. Dette er grunnet kunnskap om komplikasjoner som kan forekomme relatert til hypotermi. Nygaard og Gulbrandsen (2015, s. 738-739) skriver at selv om det gjøres en rekke forebyggende tiltak peroperativt, er mange pasienter likevel nedkjølt når de ankommer postoperativ avdeling, selv om det i første omgang er snakk om mild hypotermi (33-36 grader). Mild hypotermi fører til økt metabolisme, perifer vasokonstriksjon, økt oksygenforbruk, økt hjerteminuttvolum og muskelskjelvinger. Dette kan igjen føre til lengre liggetid, økt morbiditet og større grad av ubehag for pasienten.

Nødvendigheten av utsagnet «...fikk hjelp til å holde varmen...», ses ikke i ettertid. Respondentene som ikke frøys hadde trolig ikke behov for ytterligere hjelp til å holde varmen. Likevel kunne utsagnet vært en interessant faktor dersom det var funn av bristende kvalitet med respondenter som frøys. Utsagnet hadde manglende verdier over 10%.

To deltakere har kommentert det å fryse postoperativt:

«Kald luft».

«Fikk mer tepper da jeg frøs. Blide og omsorgsfulle pleiere. En fin opplevelse. Tusen takk»!

Olsen (2013) skriver i sin studie at pasientene generelt opplevde lite kvalme under oppholdet, men flere kvinner oppga kvalme enn menn. Valen (2012) fant også at kvinner opplevde mer kvalme enn menn. Øyeblikkelig hjelp-pasienter var også mer plaget med

kvalme, enn de med planlagt operasjon. Denne studien viste, i likhet med Olsen (2013), at pasienter generelt sett var lite plaget med kvalme, men i motsetning til de tidligere studier var det ingen signifikant kjønnsforskjell. «Vet ikke/ikke aktuelt» svar er av vesentlig størrelse når det gjelder utsagnet om å få hjelp til å lindre kvalmen. Respondentsvar omkodet til «missing» for manglende svar (17% for «del A» og 20% for «del B») og «vet ikke/ikke aktuelt», er hele 75% totalt. Utsagnet stilles således svakt i forhold til øvrige respondentsvar. Graden av besvart alternativ «vet ikke/ikke aktuelt» forsterker konklusjonen at de fleste ikke var særlig plaget av kvalme. Til sammenligning er manglende svar for «...smertelindring (ved behov)» på 2% for opplevd realitet og 6% for subjektiv betydelse. «...ved behov» i utsagnet kunne ført til økt svarfrekvens, dog smerter er noe postoperative pasienter kan relatere seg til. Selv om intensivsykepleierne tilstreber å være i forkant av problemene, ville det trolig vist i resultatene, dersom respondentene hadde følt seg kvalm og fått hjelp til å lindre dette problemet.

Utsagnet om hjelp til å lindre kvalme, hadde manglende verdier på 17% for opplevd realitet (del A) og 20% for subjektiv betydelse (del B).

Effektiv lindring av postoperativ kvalme og oppkast kan forbedre pasientens utfall og komfort. Samhandling med pasienten og identifiserte risikofaktorer er avgjørende for å kunne gi god behandling av kvalme. Risikofaktorer for postoperativ kvalme er kjønn, alder og om pasienten røyker. Unge kvinner har større risiko for å utvikle kvalme postoperativt. Pasienter som røyker har mindre risiko for kvalme enn ikke-røykere (Collins, 2011). Basert på konklusjonen til Collins (2011), er resultatet om lite kvalme blant respondentene i denne studien overraskende.

Få kommentarer om kvalme, sammen med lav andel bristende kvalitet på utsagnet, støtter opp at de fleste deltakere ikke var plaget av dette. Én respondentkommentar handlet om kvalme:

«Problemet mitt er at jeg blir så kvalm! Smertelindrende medikamenter gjør meg kvalm! Det skjer hver gang etter narkose».

Flesteparten av pasientene kan få litt å drikke etter operasjon, men det gjelder ikke alle. Enkelte må vente på avklaring fra kirurg, noe som kan ha påvirket svarene i denne studien. Utsagnet om tørste burde vært tillagt «...ved behov». Olsen (2013) fant at de fleste pasientene hadde fått hjelp med tørsten, og kun et fåtall hadde ikke fått hjelp/fått hjelp i liten grad. Valen (2012) fant at den eldste pasientgruppen (over 60 år) i større grad opplevde å ikke få hjelp med tørsten, sammenlignet med andre aldersgrupper. Forskjeller i tidligere studiers resultat kan være påvirket av at de er utført på samme avdeling og sykehus, med et års mellomrom. Fokus på lindring av tørste kan være iverksatt. Denne studien fant at respondentene var fornøyde med lindring av tørste.

5.3 Sykepleiernes kunnskap og ivaretagelse

Respondentene er tilfredse med sykepleiernes kunnskap og ivaretagelse på overvåkingsavdelingen. Det ses ikke signifikante forskjeller i kjønns- og aldersgruppene.

Flest kommentarer fra respondentene handler om sykepleiernes kunnskap og ivaretagelse. De fleste er positive, men enkelte beskriver også forhold som kan forbedres:

«Ekstremt fornøyd med oppvåkningen. Dyktige og profesjonelle i utførelsen av yrket sitt».

«Kontinuerlig overvåket og personell hadde tid til oppfølging og informasjon».

«Alle er hjelpsomme, informerer godt, kommer når du trenger det, ordner opp – veldig fornøyd og følte meg godt ivaretatt på individnivå/som person».

«Erfarne folk på jobb som tok seg tid til å lytte. Gjorde jobben med største naturlighet, uten at ting ble kleint. Tipp topp! :)».

*«... sykepleier har vært opptatt på privat tlf /mobil. H*n har ikke hørt meg med en gang pga. det».*

«Ble godt ivaretatt og alle var vennlige. Litt vanskelig å få kontakt med personalet til tider pga. det var, ettersom jeg forstod, mange pasienter».

«Jeg var på to rom med forskjellig personal. På det første rommet var det fantastisk oppfølging. På det andre rommet opplevdes det ikke like positivt. Så dette blir veldig personavhengig. Der diskuterte de andre kollegaers beslutninger».

Pasientene i studiene til Valen (2012) og Olsen (2013) følte seg, i likhet med denne studien, godt ivaretatt postoperativt. Spørsmål om å være trygg på personalets kompetanse ble vurdert å være høy i begge studier, men Valen (2012) fant at kvinner opplevde mer trygghet enn menn da det gjaldt kompetanse hos personalet.

Abrahamsen Grøndahl (2012) sine resultater indikerte at personalisert sykepleie fra kompetent pleiepersonell hadde en påvirkning på pasienttilfredshet. For å være i stand til å gi individuell informasjon og se hver enkelt person, må helsepersonell ha kompetanse og være profesjonell. Pasienters tilfredshet var relatert til hvorvidt deres preferanser ble møtt eller ikke. Følelser som håp, optimisme, maktesløshet og irritasjon kan være koblet til pasienters preferanser angående helsepersonellens kompetanse og deres forhold til personellet.

5.3.1 Postoperativ omsorgsfølelse og ivaretakelse

Signifikant forskjell mellom kjønn er funnet når det gjelder å bli møtt med respekt, og at sykepleierne bryr seg om de. Total bristende kvalitet for kvinnene er likevel lavere enn grensen for når utsagn bør gis oppmerksomhet, som betyr at de kvinnelige respondentene i hovedsak er tilfredse.

Respondentene uttrykket at de opplevde å bli møtt med respekt og at sykepleiere brydde seg:

«Jeg er godt fornøyd med den måten jeg ble mottatt og ivaretatt».

«Ble veldig godt ivaretatt. Følte meg trygg».

«Alle er hjelpsomme, informerer godt, kommer når du trenger det, ordner opp – veldig fornøyd og følte meg godt ivaretatt på individnivå/som person».

Signifikant forskjell mellom aldersgruppen ble funnet når det gjelder å få sitt personvern og behov for skjerming ivaretatt. Total bristende kvalitet for aldersgruppen 18-59 år er likevel lavere enn grensen for når utsagn bør gis oppmerksomhet, som betyr at respondentene i aldersgruppen i hovedsak er tilfredse.

Olsen (2013) og Valen (2012) fant, i likhet med denne studien, at pasientene opplevde personvernet godt ivaretatt.

Respondentkommentar angående personvernet:

«Fint, når personalet pratet med dempet stemme både til meg, til hverandre og til medpasienter bak andre skjerma vegger. Dette var ikke helt profesjonelt innarbeidet for alle. Private/interne kommentarer eller liknende er irrelevant for pasienter, som nok er sårbare/lydsensitive der og da».

Abrahamsen Grøndahl (2012) skriver at pasienters mulighet for selvvalgt skjerming sosialt understrekes, og at det er helsepersonell sitt ansvar å gi pasienter denne muligheten. Forholdet til medpasienter førte til følelser som glede og moro, men også stress, uro og irritasjon.

5.4 Atmosfære og omgivelser

Deltakerne i studien var generelt sett tilfredse i utsagn omhandlet atmosfære og omgivelser og det ble funnet lav, bristende kvalitet innen utsagnene. Utsagn innen dette temaet omhandlet oppvåkningens atmosfære, personalets håndhygiene og støy på oppvåkningen. Å beskytte pasienten mot komplikasjoner og skade i forbindelse med undersøkelser og behandling er en del av den helsefremmende og forebyggende funksjonen til intensivsykepleier (NSFLIS, 2017).

5.4.1 Atmosfære, omgivelser og samlet tilfredshet

Respondentene var tilfredse med personalets håndhygiene og atmosfæren på oppvåkningen. Statistiske analyser avdekket ingen signifikante forskjeller mellom kjønn eller alder. Spørsmål om personalets håndhygiene og oppvåkningens atmosfære var ikke med i spørreskjemaet til Valen (2012) og Olsen (2013), det er derfor ikke mulig å sammenligne studiene på dette området. Egne erfaringer tilsier at sykepleiere på postoperativ overvåkingsavdeling er svært opptatt av håndhygiene og hygiene i omgivelsene. Rutiner for daglig rengjøring av sengeplasser og arbeidsstasjoner til sykepleierne er opparbeidet i avdelingen. Det oppleves dermed positivt at pasientene også opplever god håndhygiene hos sykepleierne, ettersom håndhygiene er et av de viktigste forebyggende tiltakene mot smittespredning og infeksjoner.

Generelle kommentarer om atmosfære og omgivelser viser at en deltaker har kjedet seg og en annen ser at personalet har for stort arbeidspress og dermed unnskylder dem i arbeidet:

«De gjør så godt de kan med den plassen de har. For mange pasienter!».

«Jeg ble liggende våken 5-6 timer uten briller, lesestoff eller noe (mobil).

Bedøvet fra magen og ned. Det ble veldig lange timer. Litt lesestoff, briller og mobil kunne vært med i en pose?».

Abrahamsen Grøndahl (2012) fant at frekvensen av overbelegg på sengepost hadde påvirkning på pasienttilfredsheten. Pasientene gav lavere score da de hadde blitt innkvartert på sengeposter med overbelegg sjelden, enn da de hadde blitt innkvartert på sengeposter med overbelegg aldri eller alltid. Det kan ha en sammenheng med sengeposter som alltid har overbelegg har utviklet rutiner som tar sikte på å oppfylle pasienters behov. Dette er muligens ikke tilfellet for sengeposter med tidvis overbelegg. Det kan også hende at pasienter ser den økte aktiviteten på sengeposten og dempers sine krav for helsehjelpen (Abrahamsen Grøndahl, 2012).

Utsagnet om respondentene samlet sett var fornøyd med oppholdet på oppvåkningen, ble inkludert, på bakgrunn av Olsen (2013) sitt forslag om å legge til et overordnet spørsmål i spørreskjemaet om hvor tilfredse pasientene var samlet sett. Utsagnet hadde stor grad av tilfredshet blant deltakerne i undersøkelsen, og lav bristende kvalitet.

Kommentarer fra respondentene uttrykte tilfredshet med oppvåkningen, noe som forsterker resultatet:

*«Takk for et behagelig opphold på ***. God skjerming når det trengtes, og alle pleierne var positive og blide og effektive. Stor honnør!».*

«Jeg var fornøyd med det meste. Takk!».

«Spesielt fornøyd med hele oppholdet!».

«Godt fornøyde med hele oppholdet :)».

«Supert!!».

«Veldig fornøyd med alt her».

«Topp behandling!».

«At jeg var trygg».

«Veldig fornøyd».

«Kjempefornøyd med det hele».

Abrahamsen Grøndahl (2012) skriver i sin studie at pasienter som uttrykker sin lykke over å bli kurert eller reparert kan øke forståelsen av pasienter som er mest tilfredse og har de beste oppfatninger av omsorgskvalitet. Ønsket om å gjenvinne sin helse kan ha blitt oppfylt.

5.4.2 Opplevelse av støy

Deltakerne var generelt sett lite plaget av støy under oppholdet på postoperativ overvåkingsavdeling. Forfatterens erfaring fra arbeid i klinikken var at oppvåkingsavdelingen kunne oppleves støyende for nyopererte pasienter som hadde behov for ro og hvile. Det kan være flere pasienter på oppvåkningen samtidig, liten plass mellom pasientsengene og bråk fra medisins-teknisk overvåkingsutstyr. Det var derfor overraskende for forfatterne at utsagnet som omhandlet støy, scoret høyt på tilfredshet og hadde lav bristende kvalitet.

Signifikante forskjeller i opplevelse av støy ble funnet mellom kjønn, der flere kvinner enn menn rapporterte bristende kvalitet i utsagnet. Samtidig scoret både kvinner og alder 18-59 år høy bristende kvalitet i utsagnet om støy sammenlignet med de andre respondentene, noe som antyder at utsagnet burde gis oppmerksomhet, spesielt for respondentgruppen kvinner i alder 18-59 år.

Olsen (2013) og Valen (2012) fant at 70-80% av pasientene ikke opplevde ubehag med bråk/støy i tiden på oppvåkningen.

Respondentene beskriver ulike opplevelser om støyende forhold:

*«Én pasient var veldig masete og klaget over hvor kjedelig det var på oppvåkningen. H*n ville se TV. H*n snakket lenge og høyt i mobilen eller i en lånt telefon på avdelingen. Til sammen pågikk dette ca. 45 min. Én pasient bannet og skjelte ut sykepleierne. H*n skrek og bar seg. Dette varte ca. 10-15 min. H*n ble kjørt til enerom. To av personalet (...) snakket høyt og diskuterte personlige anliggender som shopping, ferieturer og lignende. Dette pågikk ca. en halv time og opplevdes veldig forstyrrende. Nå må det sies at jeg lå på oppvåkningen i 11 timer, så alt i alt var det fredelig og stille der».*

«Støyende medpasienter kunne blitt skjermet».

«Ble litt vel mye prat fra en pasient :)».

«Rolig og effektivt».

«Det var rolig og behagelig på overvåkningen».

«Det var ikke støy, men kunne høre hva alle andre pasienter sa».

Opplevelse av støy hadde et tilleggsspørsmål i spørreskjemaet i denne studien, der deltakerne kunne kommentere hvilken type støy de opplevde. Forfatterens tanke bak tilleggsspørsmålet var å kunne finne fokus for forbedringsområde innen støy, hvis bristende kvalitet hadde vist seg å være høy i undersøkelsen. Støy fra andre pasienter var mest utslagsgivende i spørreundersøkelsen. Resultatet kan sees i sammenheng med de tette forholdene mellom pasientene på overvåkingsavdelingen og avdelingens åpne lokaler. Det må også påpekes at over halvparten av deltakerne som besvarte dette spørsmålet krysset for «ikke aktuelt».

Manglende verdier over 10% sees i utsagnet om «...rolige omgivelser uten bråk og støy» for subjektiv betydning. Dette kan ha en sammenheng med at noen av deltakerne forventet noe støy i utgangspunktet (basert på kommentarer om hvor støy kom fra, og

det åpne kommentarfeltet). Dermed kan det ha vært vanskelig å svare på hvor stor betydelse opplevelse av støy har for dem.

5.5 Metodediskusjon

Pasienttilfredshet har i økende grad blitt brukt som indikator for å vurdere kvaliteten på helsetjenesten. KUPP modellens handlingsindeks er den som gir best veiledning for å identifisere områder som kan være hensiktsmessig å jobbe videre med i et kvalitetsforbedringsarbeid (Bodil Wilde Larsson & Larsson, 2002). KUPP-spørreskjemaene har positive formulerte utsagn og er validitets- og reliabilitetstestet. Utsagnene i denne studien er også positivt formulert, ettersom de er basert på spørreskjema fra KUPP (Wilde-Larsson & Larsson, 2016). «Ja-effekt» er et fenomen i spørreundersøkelser, der det kan være lett å si seg enig i påstander, selv om man egentlig er uenig. For å øke en undersøkelses reliabilitet må spørsmål der deltakere svarer hvorvidt de er enige eller uenige unngås (Solbakken, 2019, s. 45). Kvantitativ tverrsnittstudie, med spørreskjema som metode for datainnsamling, gjør det mulig å undersøke sammenhenger mellom ulike variabler. Ulempen med tverrsnittstudie er at det gir et øyeblikksbilde, det sier ikke noe om endringer over tid (Polit & Beck, 2017, s. 168, 170).

Ifølge Polit og Beck (2017, s. 281), er lav svarrespons en risiko for at personer som ikke fullførte spørreskjemaet, ville ha svart annerledes enn personer som fullførte det. Responsrater høyere enn 65% reduserer risikoen for bias, men lavere responsrater er normalen. Svarresponsen for denne studien var 63%. Johannessen (2009, s. 43) skriver at vanlig svarrespons i surveyundersøkelser er 30-40%, og 50% er bra svarrespons. Denne studiens svarrespons anses å være god, uten nevneverdig risiko for bias.

5.5.1 Styrker og begrensninger ved metodevalg

Forfatternes egne betraktninger knyttet til metodevalg diskuteres her, spesielt utformingen av spørreskjemaet og statistiske analyser.

Demografiske data om deltakerne er tilpasset den aktuelle postoperative overvåkingsenhetens strukturelle utforming og den postoperative pasientgruppen. Forfatterne gjorde valg for relevante demografiske opplysninger, samt antall spørsmål fra KUPPs spørreskjema, Valen (2012) og Olsen (2013). Tanken var at mange spørsmål kunne føre til lavere svarfrekvens.

Studien hadde flere deltakende kvinner enn menn, og 25 deltakere (14%) besvarte ikke spørsmålet om kjønn. Flere deltakende kvinner enn menn er også funnene i studien til Valen (2012) og Olsen (2013). Kun én deltaker hadde ikke krysset av for kjønn i studien til Valen (2012), og fire deltakere i studien til Olsen (2013), noe som står i motsetning til denne studiens manglende verdier på spørsmål om kjønn. Studiens størrelse og begrensede tidsrom bidro til at kjønnsalternativet «annet» ikke ble inkludert. Tanken var å redusere risiko for gjenkjennelse av personer hvis få personer krysset for alternativet, uten at dette kan dokumenteres som en riktig beslutning. Kjønnsalternativet «annet» kunne inkludert mangfoldet i befolkningen. Manglene kan skyldes av «annet» kjønnsalternativ ikke var tatt med, men manglene kan også skyldes ren tilfeldighet, at respondentene har oversett spørsmålet i spørreskjemaet.

Hastegrad og operasjonstyper var variabler forfatterne ønsket å analysere for å undersøke gruppeforskjeller, ettersom tidligere studier har påvist forskjeller i disse gruppene. Resultatene i denne studien viste stor spredning i svaralternativene, noe som vanskeliggjør analyse for å se etter gruppeforskjeller, ettersom resultatene vil være påvirket av svarspredningen (Polit & Beck, 2017, s. 221, 258). Hver undergruppe bør omfatte minst 30 personer for å kunne gjennomføre statistiske analyser. Undergrupper skal ikke avvike for mye når det gjelder antall. Ved små grupper er det stor risiko for at

enkelte svar vil være for sterke og utfallet ikke vil være pålitelig (B.W. Larsson & Vårdförbundet, 2001, s. 67). Lengre tidsrom til datainnsamling kunne ført til flere respondenter i gruppene, men stor skjevfordeling ville trolig likevel ha vært en faktor.

Ventetid er en faktor, som sett i ettertid burde vært med i spørreskjemaet. Enkelte deltakere selv har tatt opp temaet ventetid i kommentarfeltet for det åpne spørsmålet, og det anses dermed som en viktig faktor for pasientopplevelsen.

Sykepleierne på oppvåkningen var informert om studien og var aktiv i rekruttering av deltakere. Vissheten om at pasientene skulle vurdere pleien de mottok kan ha ført til at sykepleierne var ekstra på tilbudssiden overfor pasientene, noe som kan være en svakhet ved studien. Derimot kan måten deltakerne ble rekruttert på styrke metodevalget.

Forfatterne formulerte en mal for hvordan pasientene skulle bli spurt om deltakelse, og denne malen bidro til at pasientene ble spurt tilnærmet likt. Involvering av alle kirurgiske sengeposter på postoperativ overvåkingsavdeling tilknyttet sentraloperasjon sees på som en styrke med studien. Det har kommet inn svar fra alle operasjonskategoriene, noe som førte til større utvalg og spredning i representanter av «den postoperative pasienten».

Utfylling av spørreskjemaet på sengepost kan være styrkende for studien, fordi det gav avstand fra stedet som ble vurdert. Tid og rom for refleksjon kan ha bidratt til mer oppriktige svar. Samtidig kan det være en svakhet at pasientene kunne glemme opplevelser fra postoperativ overvåkingsavdelingen, samt risiko for at deltakerne blandet opplevelser fra oppvåkningen og sengeposten. Nedsatt hukommelse er et fenomen som kan gi lav reliabilitet, ettersom svarene kan være unøyaktige. Flere deltakere kan ha trukket seg da de fikk med seg spørreskjemaet til utfylling på sengepost. Pasienter kan ha glemt undersøkelsen, eller glemt innlevering av spørreskjemaet. Forfatterne informerte ansatte ved de kirurgiske sengepostene både skriftlig og muntlig i forkant av studien, likevel var flere ansatte ved sengepostene uvitende om studien da den pågikk. Forfatterne har ikke opplysninger når den enkelte deltaker fylte ut spørreskjemaet. Innlevering av spørreskjemaet hadde ingen tidsfrist, men skjemaet måtte fylles ut før hjemreise.

Oppfordringen var at utfyllingen skjedde snarest mulig etter overflytting til sengepost.

Forfatterne innehar ikke informasjon om pasientene som falt inn under eksklusjonskriteriene, eller de som ikke ønsket å delta i studien. Demografiske data om pasienter som takket nei til deltakelse er ikke innhentet, noe det heller ikke er søkt tillatelse til. Demografiske data fra pasienter som takket nei til deltakelse kunne vært brukt til sammenligning med pasientgruppen som deltok.

Dataoverføringen fra spørreskjema til SPSS ble utført av begge forfatterne, noe som styrker resultatenes pålitelighet. Ønsket antall deltakere, beregnet med tanke på statistisk styrke, ble oppnådd. Likevel kunne større deltakerantall gitt mulighet til korrelasjonstesting mellom flere variabler, for eksempel sammenligne ulike operasjonstyper og opplevd pasienttilfredshet.

Cronbach's alfa analyse styrker spørreskjemaets reliabilitet, som kan ses i vedlegg 5.

5.5.2 Alternative metoder

Sett i ettertid er det flere grep som kunne ha forsterket studiens validitet. Det var ønskelig å bruke et ferdig validert og reliabilitetstestet spørreskjema designet for pasientgruppen. Forfatterne lyktes ikke å finne dette. Forfatterne kunne brukt KUPPs spørreskjema slik det er, og tillagt enkelte spørsmål spesifisert til postoperativ overvåkingsavdeling, i stedet for å fjerne spørsmål fra et allerede validert spørreskjema. En annen mulighet kunne vært å søke om hjelp fra IMPROVEIT for å få tilpasset spørreskjemaet til denne studien.

Annen metode som kan nyttes for å få mer dybdekunnskap i pasientenes opplevelse fra postoperativ overvåkingsavdeling, er kvalitativ metode i form av enkeltintervjuer. Konkret spørsmål til pasienter om hva og hvordan de ønsker å forbedre oppholdet ved postoperativ overvåkingsavdeling kan tilføre interessante opplysninger.

6.0 Konklusjon

Studien var et kvalitetsforbedringsprosjekt, der hensikten var å undersøke postoperative pasienters perspektiv på kvalitet fra oppholdet på postoperativ overvåkingsavdeling. Deltakerne i studien rapporterte høy grad av tilfredshet. KUPPs forenklete handlingsindeks var veiledende i tolkning av bristende kvalitet i resultatene for hele deltakergruppen og kjønn- og aldersgruppene. Statistiske analyser avdekket behov for kvalitetsforbedrende handlinger innen postoperativ informasjon fra lege på oppvåkningen om operasjonens resultat. Postoperativ informasjon ble rangert som svært viktig for pasientene, samtidig som flere pasienter opplevde bristende kvalitet på dette området, kvalitetsforbedrende tiltak bør dermed overveies.

Kji-kvadrat analyse av bristende kvalitet, $\geq 15\%$, avdekket følgende områder som bør gis oppmerksomhet: Respondenter i aldersgruppen 18-59 år savnet mer informasjon om operasjonen i forkant av inngrepet. Kvinner ønsket mer informasjon om postoperative prosedyrer. Forventninger preoperativt og samsvarende forventninger med opplevelse på overvåkingsavdelingen viste bristende kvalitet for kvinner (signifikant funn) og aldersgruppen 18-59 år på begge punkt. Kvinner opplevde mer smerter enn menn ved oppvåkning etter operasjon (signifikant funn). Kvinner opplevde mer støy på overvåkingsavdelingen enn menn (signifikant funn), dette viste også for aldersgruppen 18-59 år. Deltakerne rangerte det å føle seg trygg på sykepleiers kunnskap som utsagn med høyeste score for betydning.

Forslag til fremtidige studier kan være å kontakte KUPP IMPROVEIT til hjelp med utvikling av et KUPP-spørreskjema tilpasset den postoperative pasientgruppen, og deretter teste skjemaet i praksis med en ny brukerundersøkelse. En annen metode er kvalitativ tilnærming i form av enkeltintervju av nyopererte pasienter. Denne metode vil bidra til mer dybdekunnskap om pasientenes opplevelse av oppholdet på postoperativ overvåkingsavdeling.

7.0 Relevans for klinisk praksis

Pasienter bør få delta i forbedringsarbeidet, og forbedringer som skal gjennomføres bør ta utgangspunkt i det pasienter vektlegger som viktig (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, 2016b, s. §8d). Denne studien tilfører opplysninger om deltakernes erfaring med å være nyoperert pasient ved postoperativ overvåkingsavdeling. Deltakerne er gjennomgående svært tilfredse med sitt opphold i avdelingen, noe som forsterkes gjennom tilbakemeldinger skrevet i det åpne kommentarfeltet. Funnene uttrykker i hovedsak takknemlighet og tillitt til helsepersonellet.

Fremtidens helsetjenester må fremme helse og velvære i befolkningen gjennom å mobilisere ressurser hos brukere, pårørende og helsearbeidere. Tjenestene må ta utgangspunkt i det som er viktig for brukeren (Helsebiblioteket). Resultatene viser enkelte områder med mulighet for kvalitetsforbedring. Utsagnet «informasjon fra lege på oppvåkningen om resultatet av operasjonen» scorer lavt ved beregning av handlingsindeks. Respondentene rangerer informasjon postoperativt som viktig for pasienten for å oppleve god kvalitet på pleien. Forslag til forbedring kan være at operatør rutinemessig kommer innom oppvåkningen for å informere i enkle trekk hvordan operasjonen gikk. Pasientansvarlig sykepleier kan deretter repetere beskjednen fra legen til pasienten, når pasienten er mer våken. Erfaringsmessig informeres noen pasienter av operatør på oppvåkningsavdelingen om operasjonen, og andre får ikke informasjon før de ankommer sengepost senere samme dag, eller påfølgende dag. Enkelte deltakere rapporterte utfordringer med å huske hendelser fra oppvåkningen i det åpne kommentarfeltet. Informasjon må tilpasses den enkelte pasient, og sykepleier har ansvar for å sikre at pasienten har forstått innholdet og betydningen av informasjonen som gis. God informasjon kan hjelpe med å mestre pasientrollen bedre (Dag-Gunnar Stubberud, 2015, s. 93).

Statistiske analyser avdekket en signifikant forskjell mellom opplevelse av smerter ved

oppvåkning etter operasjonen, der kvinner opplevde mer smerter enn menn. Flertallet av pasientene i studien til Phillips et al. (2013) var fornøyd eller svært fornøyd med den generelle smertebehandlingen, uavhengig av deres smerteintensitetspoeng. For å kunne yte god smertelindrende behandling, burde sykepleiere som arbeider på postoperativ avdeling score smerteintensitet, samtidig som det måles hver enkelt pasients tilfredshet med smertebehandlingen. (Phillips et al., 2013). Funnene samsvarer med funnene i denne studien, der deltakerne er fornøyd med smertebehandlingen på postoperativ overvåkingsavdeling, og de rapporterer lite smerter da de var klare til overflytning til sengepost. Det kan tyde på at selv om kvinner rapporterer mer smerter ved oppvåkning etter operasjonen, kan de likevel være generelt fornøyd med smertebehandlingen, såfremt de får smertelindrende midler (ved behov) på oppvåkningen.

Litteraturliste

- Abrahamsen Grøndahl, V. (2012). Patients' perceptions of actual care conditions and patient satisfaction with care quality in hospital. I. Karlstad: Karlstad: Karlstads universitet.
- Baijayanta, R. (2019, 03.09.2019). IN DEPTH ANALYSIS, All About Missing Data Handling, Missing Data Imputation Techniques. Hentet 12.03 2020 fra <https://towardsdatascience.com/all-about-missing-data-handling-b94b8b5d2184>
- Bailey, L. (2010). Strategies for Decreasing Patient Anxiety in the Perioperative Setting. *AORN Journal*, 92(4), 445-460. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2010.04.017>
- Beauchamp, T. L. & Childress, J. F. (2013). *Principles of Biomedical Ethics* (7th ed. utg.). New York: Oxford University Press.
- Collins, A. S. (2011). Postoperative nausea and vomiting in adults: implications for critical care.(Report). *Critical Care Nurse*, 31(6), 36. <https://doi.org/10.4037/ccn2011470>
- Eikemo, T. A. & Clausen, T. H. (2012). *Kvantitativ analyse med SPSS : en praktisk innføring i kvantitative analyseteknikker* (2. utg. utg.). Trondheim: Tapir akademisk forl.
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. (2016a). *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*, (FOR-2016-10-28-1250). Hentet fra <https://lovdata.no/forskrift/2016-10-28-1250>
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. (2016b). *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* (FOR-2016-10-28-1250). Hentet fra <https://lovdata.no/forskrift/2016-10-28-1250>
- Grøndahl, V. A., Karlsson, I., Hall-Lord, M. L., Appelgren, J. & Wilde-Larsson, B. (2011). Quality of care from patients' perspective: impact of the combination of person-related and external objective care conditions. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 2540.
- Helle, R. (2018, 02.01.2018). Kombinasjon av kvalitativ og kvantitativ metode – en pragmatisk tilnærming. Hentet 23.04 2020 fra <https://omhelse.no/a-kombinere-kvantitativ-og-kvalitativ-forskning/>
- Helsebiblioteket.). Kvalitetsforbedring. Kunnskap om kvalitetsforbedring i primær- og spesialisthelsetjenesten. I M. Holtermann, (red.) (Red.). www.helsebiblioteket.no Hentet 04.06.2020 fra <https://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring>
- Helsedirektoratet. (2018). *Nasjonalt handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023*. Hentet fra

<https://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/aktuelt/nyheter/attachment/5133?download=false&ts=16a01bc7688>

Helsinki deklarasjonen. (2013). . De nasjonale forskningsetiske komiteene. Hentet fra

<https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Helsinki-deklarasjonen/>

HOD 2017:8. *Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*. Hentet fra

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten/om-veilederen>

IMPROVEIT AB & Wilde-Larsson, B. (2015). *Basformulär avdelning* [Spørreskjema]. Hentet fra

<http://www.improveit.se/wp-content/uploads/2013/01/KUPP-Avdelning-original-version-6-2015-04-08.pdf>

Isaac, T., Zaslavsky, A. M., Cleary, P. D. & Landon, B. E. (2010). The Relationship between Patients' Perception of Care and Measures of Hospital Quality and Safety. *Health Services Research*, 45(4), 1024-1040. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2010.01122.x>

Johannessen, A. (2009). *Introduksjon til SPSS : versjon 17* (4. utg. utg.). Oslo: Abstrakt forl.

Larsson B. W., Larsson G., Larsson M. & Starrin B. (2001). *KUPP - boken: Kvalitet Ur Patientens Perspektiv* (bd. 4). Stockholm: Vårdförbundet: The Swedish Association of Health Professionals.

Larsson, B. W. & Larsson, G. (2002). Development of a short form of the Quality from the Patient's Perspective (QPP) questionnaire. *Journal of Clinical Nursing*, 11(5), 681-687.

<https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.2002.00640.x>

Larsson, B. W. & Vårdförbundet. (2001). *KUPP-boken: vägledning till frågeformuläret KUPP, kvalitet ur patientens perspektiv* Vårdförbundet.

Larsson, G. & Larsson, B. W. (2003). Quality improvement measures based on patient data: Some psychometric issues. *International Journal of Nursing Practice*, 9(5), 294-299.

<https://doi.org/10.1046/j.1440-172X.2003.00438.x>

Larsson, G. & Wilde-Larsson, B. (2003). Quality improvement measures based on patient data: Some psychometric issues. *International Journal Of Nursing Practice*, 9(5), 294-299.

<https://doi.org/10.1046/j.1440-172X.2003.00438.x>

Lemos, P., Pinto, A., Morais, G., Pereira, J., Loureiro, R., Teixeira, S. & Nunes, C. S. (2009). Patient satisfaction following day surgery. *Journal of Clinical Anesthesia*, 21(3), 200-205.

<https://doi.org/10.1016/j.jclinane.2008.08.016>

- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Meld. St. 10:6. (2012-2013). *God kvalitet - trygge tjenester - kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-10-20122013/id709025/sec1>
- Newman, D. A. (2014). Missing Data: Five Practical Guidelines. *Organizational Research Methods*, 17(4), 372-411. <https://doi.org/10.1177/1094428114548590>
- NPE. (2018). Vedtak
- Hentet fra http://www.npr.no/no/Om-/NPE/statistikk/statistikk_oversikt/vedtak/
- NSFLIS. (2017). Funksjons- og ansvarsbeskrivelse for intensivsykepleier. Hentet 20190508 fra <https://www.nsf.no/Content/3653445/cache=20182305165052/Funksjons%20og%20ansvarsbeskrivelsen%20for%20intensivsykepleiere%20vedtatt%20september2017.pdf>
- Nygaard, A. M. & Gulbrandsen, T. (2015). Den postoperative pasienten. I T. Gulbrandsen & D.-G. Stubberud (Red.), *Intensivsykepleie* (bd. 3, s. 719-757). Oslo: Cappelen Damm.
- Odom-Forren, J. (2015). Postoperative Patient Care and Pain Management. I J. Rothrock & D. McEwen (Red.), *Alexander's Care of the Patient in Surgery* (15*. utg., s. 270-294). Missouri, USA: Elsevier Mosby.
- Olsen, Ø. (2013). *Pasienttilfredshet i postoperativ seksjon* (Masteroppgave, Høgskolen i Gjøvik). Hentet fra <https://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/143714>
- Olsson, H., Sörensen, S. & Bureid, G. (2003). *Forskningsprosessen : kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Patel, S., Kacheriwala, S. & Duttaroy, D. (2018). Audit of postoperative surgical intensive care unit admissions. *Indian Journal of Critical Care Medicine*, 22(1), 10-15. https://doi.org/10.4103/ijccm.IJCCM_387_17
- Phillips, S., Gift, M., Gelot, S., Duong, M. & Tapp, H. (2013). Assessing the relationship between the level of pain control and patient satisfaction. *Journal of Pain Research*, 2013(default), 683-689.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2017). *Nursing Research : generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed. utg.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Praksishefte postoperativ avdeling. (2019).

- Schwenkglens, J. M., Gerbershagen, S. H., Taylor, B. R., Pogatzki-Zahn, B. E., Komann, B. M., Rothaug, B. J., ... Meissner, B. W. (2014). Correlates of satisfaction with pain treatment in the acute postoperative period: Results from the international PAIN OUT registry. *Pain*, 155(7), 1401-1411. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2014.04.021>
- Soares, M., Salluh, J. I. F. & Bozza, F. A. (2009). Current definitions of patient safety. I J. Chiche, R. Moreno, C. Putensen & A. Rhodes (Red.), *Patient Safety and Quality of Care in Intensive Care Medicine* (1. utg., s. 9-17). Berlin: European Society of Intensive Care Medicine.
- Solbakken, S. S. (2019). *Statistikk for nybegynnere*. Bergen: Fagbokforl.
- Stubberud, D.-G. (2015). Pasientens psykososiale behov. I T. Gulbrandsen & D.-G. Stubberud (Red.), *Intensivsykepleie* (bd. 3, s. 77-123). Oslo: Cappelen Damm.
- Stubberud, D.-G. (2015). Pasientens psykososiale behov. I T. Gulbrandsen & D.-G. Stubberud (Red.), *Intensivsykepleie* (3*. utg., s. 77-123). Oslo: Cappelen Damm.
- Svartdal, F. Konsistens i skårer: Chronbachs alfa. Hentet 12.03 2020 fra http://www.metoder.info/stat/dataanal_02b.html
- Thomas, S., Quirk, L., Blevins, C., Quatrara, B. & Letzkus, L. (2017). Incongruence in Perceptions: Identifying Barriers to Patient Satisfaction in the Intensive Care Unit. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 36(6), 349-354. <https://doi.org/10.1097/DCC.0000000000000267>
- Tinnå, M. (2009). Hva er pasientsikkerhet? Hentet 20190515 fra <https://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/pasientsikkerhet/hva-er-pasientsikkerhet>
- Valen, K. (2012). *Postoperativ sykepleie fra pasientperspektiv* (Masteroppgave, Høgskolen i Gjøvik). Hentet fra <https://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/143718>
- Waljee, J., McGlinn, E. P., Sears, E. D. & Chung, K. C. (2014). Patient expectations and patient-reported outcomes in surgery: A systematic review. *Surgery*, 155(5), 799-808. <https://doi.org/10.1016/j.surg.2013.12.015>
- Wilde-Larsson, B. & Larsson, M. (2016). DEMO Mottagning. Hentet 01.02 2019 fra <http://www.improveit.se/wp-content/uploads/2013/03/DEMOResultatrapportMottagning.pdf>

Vedlegg 1. Informasjons- og samtykkeskjema

Informasjons- og samtykkeskjema

FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I FORSKNINGSPROSJEKT BRUKERUNDERSØKELSE VEDRØRENDE DINE OPPLEVELSER PÅ OPPVÅKNINGEN (POSTOPERATIV OVERVÅKINGSAVDELING)

**Informasjons- og samtykkeskjema kommer i to eksemplarer:
Ett eksemplar til studien, og ett eksemplar pasienten beholder selv.**

HVA PROSJEKTET INNEBÆRER

Dette er en forespørsel til deg om å delta i et forskningsprosjekt. Hensikten med brukerundersøkelsen er å få kunnskap om dine opplevelser fra oppholdet på oppvåkningen. Dette er et kvalitetsforbedringsprosjekt. Studien kan bidra til å kartlegge områder i postoperativ sykepleie som bør bevares slik de er, og områder der det bør iverksettes tiltak for å øke kvaliteten på pleien.

UTFYLLING AV SPØRRESKJEMAET

Alle skjemaer deles ut på oppvåkningen, etter muntlig samtykke til deltakelse. Utfylling av spørreskjemaet skal ikke skje på oppvåkningen, men på sengepost når du er klar for det, og fremdeles har opplevelsene fra oppvåkningen ferskt i minne. Det er viktig at du signerer for samtykke til studien.

Deltakelse innebærer at du fyller ut et todelt spørreskjema med 27 spørsmål. Hovedmengden av spørsmålene har en del «A» og en del «B». Begge deler skal fylles ut ved hjelp av avkrysning. Del «A» er spørsmål om dine opplevelser på oppvåkningen. Del «B» handler om hvor viktig spørsmålene i del «A» er for deg. Det siste spørsmålet er åpent. Her kan du komme med egne kommentarer.

Utfylt spørreskjema og skjema med signert samtykke leveres til personalet på sengeposten, som vil legge skjemaene i egen postkasse på avdelingen for innsamling til studien.

MULIGE FORDELER OG ULEMPER

Ved å undersøke hvilke erfaringer du som pasient har fra oppholdet på oppvåkningen, kan det bli mulig å utvikle og forbedre kvaliteten på den postoperative pleien. Deltakelse i forskningsprosjektet skal ikke være forbundet med ulemper av noe slag. Dine svar vil ikke påvirke behandlingen du mottar.

FRIVILLIG DELTAKELSE OG MULIGHET FOR Å TREKKE SITT SAMTYKKE

Det er frivillig å delta i studien. Ved deltakelse undertegner du samtykkeerklæringen på eget skjema. Du kan når som helst, og uten å oppgi noen grunn, trekke ditt samtykke. Data fra deg vil da bli slettet og ikke brukes videre i studien. Dersom du vil trekke deg, eller har spørsmål til studien, kan du kontakte:

Vivian Vestersjø, tlf: xxxxxxx , e-post: xxxxxxxx

Maria Larsen Teie, tlf: xxxxxxx , e-post: xxxxxxxx

HVA SKJER MED OPPLYSNINGENE OM DEG?

I prosjektet vil vi hente inn og registrere aidentifiserte opplysninger om deg (dvs. at navn erstattes med referansenummer) og din opplevelse som pasient på oppvåkningen. Sykepleier på oppvåkningen registrerer bakgrunnsopplysninger om deg på siste side i spørreskjemaet.

Data vil bli aidentifisert. Kobling mellom ditt samtykke og referansenummer (koblingsnøkkel) vil bli lagret separat og kun masterstudentene og veileder har tilgang til koblingsnøkkelen. Dataene vil analyseres en elektronisk programvare (SPSS). Du har rett til å få informasjon om sikkerhetstiltakene ved behandling av opplysningene/dataene.

Aidentifiserte data beholdes i seks måneder etter prosjektslutt. Dataopplysninger, samtykkeskjemaer og spørreskjemaer vil bli slettet og makulert innen 31.12.2020.

GODKJENNING

Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk trenger ikke vurdere dette prosjektet, ettersom prosjektet har helsetjenesteforskning som formål, og ikke å fremskaffe ny kunnskap om helse og sykdom (Helseforskningsloven §4). Forskningsavdelingen og personvernombudet ved Helse Stavanger har godkjent datainnsamlingen (id: MA208).

Prosjektansvarlige har et selvstendig ansvar for å sikre at behandlingen av dine opplysninger har et lovlig grunnlag. Dette prosjektet har rettslig grunnlag i EUs personvernforordning artikkel 6 nr. 1a og ditt samtykke. Du har rett til å klage på behandlingen av dine opplysninger til Datatilsynet.

KONTAKTOPPLYSNINGER

Dersom du har spørsmål til studien kan du ta kontakt med prosjektansvarlige:

(Prosjektleder) Maria L. Teie, tlf. xxxxxxxx

(Prosjektleder) Vivian Vestersjø, tlf. xxxxxxxx

(Senior Rådgiver UiS) Otto M. Aareskjold, xxxxxxxx

(Personvernombud ved SUS) Rafal A. H. Yeisen xxxxxxxx

Jeg samtykker til å delta i studien og at personopplysningene brukes slik det er beskrevet

.....
Dato og sted

Deltakers signatur

Takk for at du deltar i brukerundersøkelsen!

Vedlegg 2. Spørreskjema

REFERANSE NR: _____

BRUKERUNDERSØKELSE – PASIENTTILFREDSHET PÅ OPPVÅKNINGEN (POSTOPERATIV OVERVÅKINGSAVDELING)

1. **Alder:**

18-39 40-59 60-79 Over 80 år

2. **Kjønn:**

Mann Kvinne

Marker svaret med et kryss (X) i **A** () og i **B** () for hvert spørsmål.

	A					B				
	Min opplevelse					Hvor viktig er dette for meg?				
	Stemmer helt	Stemmer i stor grad	Stemmer delvis	Stemmer ikke	Vet ikke/ ikke aktuelt	Aller største betydning	Stor betydning	Ganske stor betydning	Liten eller ingen betydning	Vet ikke/ ikke aktuelt
	4	3	2	1		4	3	2	1	
Informasjon og forventninger										
3. Jeg fikk god informasjon på sykehuset om operasjonen i forkant av inngrepet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Jeg fikk informasjon om oppvåkingsavdelingen før operasjonen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Jeg fikk informasjon fra lege på oppvåkningen om resultatet av operasjonen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

REFERANSE NR: _____

Marker svaret med et kryss (X) i **A** (☐) og i **B** (○) for hvert spørsmål.

	A					B				
	Min opplevelse					Hvor viktig er dette for meg?				
	Stemmer helt	Stemmer i stor grad	Stemmer delvis	Stemmer ikke	Vet ikke/ ikke aktuelt	Aller største betydning	Stor betydning	Ganske Stor betydning	Liten eller ingen betydning	Vet ikke/ ikke aktuelt
	4	3	2	1		4	3	2	1	
6. Jeg fikk god informasjon om prosedyrene som ble utført med meg på oppvåkningen (intravenøs væske, medisinutdeling o.l.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Jeg hadde positive forventninger i forkant av operasjonen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Mine forventninger samsvarte med min opplevelse på oppvåkningen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Smertelindring og lindring av kvalme										
9. Jeg var godt smertelindret da jeg våknet etter operasjonen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Jeg fikk effektiv smertelindring (ved behov) i tiden på oppvåkningen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Jeg var godt smertelindret da jeg flyttet til sengepost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Jeg var ikke kvalm på oppvåkningen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Jeg fikk hjelp til å lindre kvalmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

REFERANSE NR: _____

Marker svaret med et kryss (X) i **A** (☐) og i **B** (○) for hvert spørsmål.

	A Min opplevelse					B Hvor viktig er dette for meg?				
	Stemmer helt 4	Stemmer i stor grad 3	Stemmer delvis 2	Stemmer ikke 1	Vet ikke/ ikke aktuelt	Aller største betydning 4	Stor betydning 3	Ganske stor betydning 2	Liten eller ingen betydning 1	Vet ikke/ ikke aktuelt
14. Jeg var ikke kald (frøys ikke) på oppvåkningen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Jeg fikk hjelp med å holde varmen (varmetepper, klær, varme pledd)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Jeg fikk hjelp med tørsten da jeg var på oppvåkningen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sykepleiernes kunnskap, respekt, ivaretagelse										
17. Sykepleierne møtte meg med respekt og «brydde seg om meg»	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Jeg følte meg trygg og ivaretatt da jeg var på oppvåkningen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Jeg følte meg trygg på personalets kunnskap på oppvåkningen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Jeg opplevde at mitt personvern og behov for skjerming ble ivaretatt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Mine meninger ble hørt og tatt på alvor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Håndhygiene, atmosfære, omgivelser										
22. Jeg opplevde at personalet hadde god håndhygiene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Det var en trivelig atmosfære på oppvåkningen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

REFERANSE NR: _____

Marker svaret med et kryss (X) i **A** () og i **B** () for hvert spørsmål.

	A					B				
	Min opplevelse					Hvor viktig er dette for meg?				
	Stemmer helt	Stemmer i stor grad	Stemmer delvis	Stemmer ikke	Vet ikke/ ikke aktuelt	Aller største betydning	Stor betydning	Ganske stor betydning	Liten eller ingen betydning	Vet ikke/ ikke aktuelt
	4	3	2	1		4	3	2	1	
24. Oppvåkningen hadde rolige omgivelser uten bråk og støy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Samlet sett var jeg fornøyd med oppholdet på oppvåkningen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

26. Hvis du opplevde støy på avdelingen, hva slags støy opplevde du?

Fra andre pasienter Fra personalet Ikke aktuelt Annet Spesifiser _____

27. Dette var jeg spesielt fornøyd med/ikke fornøyd med under oppholdet på oppvåkningen:

Obs! Ikke skriv sensitive opplysninger om deg selv.

Takk for at du tok deg tid til å svare!

REFERANSE NR: _____

FYLLES UT AV PERSONALET PÅ OPPVÅKNINGEN

Når var pasienten på postoperativ? (Svar det som passer best):

Dag Aften Natt Over flere vakter

Romplassing:

Storesal Lillesal Ortopedisk stue Annet

Vakttype:

Hverdag Helg/helligdag

Hastegrad:

Planlagt Ø-hjelp

Type anestesi:

Generell anestesi Spinal/Epidural

Operasjonstype: Gastrokirurgi Ortopedi

Urologi Gynekologi/barsel

Kar/thorax Annet

Notat

Til:

Vivian Vestersjø, Maria Larsen Teie **Fra:**
Fagsjef Kirsten Lode/mv

Kopimottakere:

Klinikkssjef Henning Garsjø, Juridisk rådgiver Ina Trane

Dato: 01.11.2019

Arkivref: 2019/17595 - 138038/2019

Godkjent masterprosjekt - MA208

Masterprosjektet: «Pasienttilfredhet i postoperativ overvåkingsavdeling»

Det vises til søknad vedrørende oppstart av ovennevnte masterprosjekt. Prosjektet har vært vurdert av forskningsansvarlig og prosjektet er registrert i vår database med intern id: MA208.

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

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

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

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

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

Forskningsavdelingen ønsker lykke til med gjennomføring av prosjektet.

Vedlegg 4. Respondentkommentarer

INFORMASJON OG FORVENTNINGER

Fikk god informasjon fra lege om resultatet av operasjonen på avdeling. Omsorgsfullt personal – følte meg trygg og alle behov ivaretatt. Vennlig og imøtekommende atmosfære som skapte tillitt.

Lite venting. God info. Veldig fornøyd!

Godt forklart og godt arbeid.

Jeg var kjempefornøyd med behandlingen jeg fikk, følte meg godt ivaretatt. Informasjonen jeg fikk fra legen om resultatet av operasjonen fikk jeg ikke med meg der og da, men har fått god info i ettertid (på avdelingen) av legen.

Som ventet.

PS. Innkalling til operasjonen var til kl. 07:00 om morgenen. Operasjonen var/ble foretatt kl. 15:05 samme dag. Det burde kunne rettes på da det er vanskelig for mange å komme så tidlig på dagen.

Kirurgen kunne ha ventet litt lenger med å snakke med meg etter operasjonen. Var forvirret og omtåket etter narkosen da han snakket med meg.

God orientering.

Avdelingens måte å formidle opplysninger på, de var lette å forstå og gav meg en stor trygghetsfølelse. En stor takk til dere alle!!

SMERTELINDRING OG LINDRING AV UBEHAG

Problemet mitt er at jeg blir så kvalm! Smertelindrende medikamenter gjør meg kvalm! Det skjer hver gang etter narkose.

At mine ønsker ble oppfylt under plexus.

Har vært der 3 ganger før de siste 5 månedene. Sist fikk jeg raust tilbud om smertestillende. Denne gangen nå følte jeg det var litt vanskelig å komme i gang med smertestillende. Jeg måtte be legen som opererte meg om å fikse nok smertestillende. Jeg var sikkert mye bedre enn de fleste pasientene på oppvåkningen, men hadde allikevel ganske mye smerter i begynnelsen. Tilbudet om smertestillende kunne ha vært bedre ved første sykepleier. (Men det var nok travelt der også).

Var veldig fornøyd med at de brydde seg, spurte om drikke, smerter osv.

Fikk mer tepper da jeg frøs. Blide og omsorgsfulle pleiere. En fin opplevelse. Tusen takk!

Alt bortsett fra den ene sykepleieren trodde meg ikke da jeg sa jeg hadde store smerter. Han sa nei du har ikke smerter du sover godt. Jeg vet ikke tittelen hennes om hun er sykepleier eller hjelpepleier. Alt var kjekt bortsett fra den kommentaren. Akkurat som hun ikke trodde meg. Jeg hadde skikkelig smerte da jeg våknet.

Kald luft.

Vanskelig å fylle ut da jeg husker svært lite fra oppvåkningen etter operasjonen. Var svært smertepreget. Jeg registrerte at mange jobbet for meg og gjorde sitt beste, så jeg har ingenting annet enn positivt å si om personalet så langt jeg kan huske. Enkelte kommentarer som er vanskelige å forholde seg til når man er i en sårbar situasjon, men det er ikke noe å bry seg om. Tror jeg var på oppvåkningen tre ganger for å få kontroll på smertene. Som sagt var jeg veldig smertepåvirket og husker lite. Vet dere har brukt mye ressurser på meg.

SYKEPLEIERNES KUNNSKAP, RESPEKT, IVARETAKELSE

Jeg fikk den raske og profesjonelle hjelpen som jeg hadde behov for.

Helt fantastiske pleiere som passet på meg, det er engler i hvitt.

God opplevelse. Trygge, rolige, omtenksomme personal.

Hyggelig personale.

Jeg ble godt ivaretatt.

Spesielt damen som passet på meg :) Hun var veldig flink og snill med meg.

Ekstremt fornøyd med oppvåkningen. Dyktige og profesjonelle i utførelsen av yrket sitt.

Jeg er godt fornøyd med den måten jeg ble mottatt og ivaretatt.

Ble veldig godt ivaretatt. Følte meg trygg.

Følte meg sett og ivaretatt.

Dette var jeg spesielt fornøyd med.

Personalet gjorde det beste for meg.

En svært god opplevelse. Fantastisk personal.

At personalet lyttet til meg og responderte på det jeg sa/spurte om. At personalet ikke tvilte på meg, spesielt ifht. smertelindringen.

Kontinuerlig overvåket og personell hadde tid til oppfølging og informasjon.

Rolig og hyggelig miljø. Hyggelig personale.

Oppmerksomme personale, brydde seg og fulgte med. Dessverre ikke mye informasjon som ble gitt før operasjonen om selve inngrepet.

Helt topp. Trivelige mennesker som jobber her på SUS.

Alle er hjelpsomme, informerer godt, kommer når du trenger det, ordner opp – veldig fornøyd og følte meg godt ivaretatt på individnivå/som person.

Jeg var fornøyd med de ansatte under oppvåkningen. De var veldig hyggelige og beroligende.

Den positive, smilende og gode holde holdningen imponerte meg.

*Pluss: Veldig ofte tilsyn. Hyggelig og dyktige sykepleiere. God informasjon om inngrepet.
Minus: Noe venting på flytting til sengepost.*

Jeg var alene og fikk god service.

Veldig fornøyd med sykepleieren, han ivaretok meg på en veldig god måte.

Følte meg veldig godt ivaretatt – og følte jeg blei sett og hørt :) Tusen takk.

Jeg var veldig fornøyd med oppholdet, informasjon av alle i stor grad. Alle veldig blide, hjelpsomme, følte jeg var i trygge hender. Ortopeden som opererte meg og alle rundt omkring, den som satte spinal/epidural fantastisk fyr.

Godt ivaretatt. Sykepleier fremsto som trygg og faglig sterk.

Sykepleier opplevdes svært dyktig og rutinert.

Godt samarbeid mellom avdelingene/personalet. God overvåkning av pasient og god kommunikasjon mellom personalet og pasient.

Alle sykepleiere er svært imøtekommende og blide. De kommer med en gang du ringer.

Godt ivaretatt av personalet.

Lyset var for sterkt over sengen. Fikk dempet det litt når jeg ba om det, men også en litt krass beskjed om at personalet måtte ha arbeidslys. Har tidligere hatt bedre/mer positive erfaringer med oppvåkningsavdelinger. Personalet på sengeposten var mye mer sensitive og ivaretakende.

Utrolig takknemlig for flott opplevelse i en sårbar situasjon. Mange ansatte som viser omsorg.

Jeg må si meg veldig fornøyd. Følte meg trygg og veldig ivaretatt. Fikk også god informasjon, noe jeg synes er veldig viktig. Det skal også nevnes at i spørsmål 26 er jeg usikker da jeg var ganske «neddopet» og ut og inn «av bevissthet».

Meget hyggelig atmosfære med meget hyggelig personale både på kirurgisk, oppvåkning og rom. De virket for meg at de hadde god kunnskap.

Ingenting spesielt. Følte meg godt ivaretatt!

Fikk gode samtaler med personalet. Tålmodig med masingen, fantastisk. De alle var mine engler.

Veldig hyggelig personale!

Hyggelige sykepleiere!

Mannlig sykepleier har vært opptatt på privat tlf /mobil. Han har ikke hørt meg med en gang pga. det.

Minus: Var sene med å bestille portører, hørte ikke på min mening, var lite serviceinnstilt, gav ikke beskjed om konsekvensene av å få medisin på oppvåkningen! Var veldig sulten, men prøvde ikke å spør hvorfor eller prøve å skaffe mat mens jeg ventet!

Fornøyd: Vennlige sykepleiere, omsorgsfulle og trygge. Når det gjelder støy – egentlig ikke plagsomt, syntes synd på 2 stk, 1 som hadde store smerter og krevende smertelindring + 1 barn som gråt. Jeg hadde det bra.

Måtte vente litt lenge på å bli flyttet til sengepost. Ble tatt veldig godt vare på av veldig trivelige mennesker.

Fint, når personalet pratet med dempet stemme både til meg, til hverandre og til medpasienter bak andre skjerma vegger. Dette var ikke helt profesjonelt innarbeidet for alle. Private/interne kommentarer eller liknende er irrelevant for pasienter, som nok er sårbare/lydsensitive der og da.

Ble godt ivaretatt og alle var vennlige. Litt vanskelig å få kontakt med personalet til tider pga. det var, ettersom jeg forstod, mange pasienter.

Fornøyd med at personellet kom hyppig bort og spurte hvordan det gikk. Det gav meg trygghet.

Informasjon og personalet. Følelsen av å bli tatt godt vare på.

Trivelige, blide og stødige ansatte.

Fantastisk god hjelp, gjør alt for at vi skal ha det bra. Satte umåtelig stor pris på helt supergod service og hjelp. Omsorgsfulle!

Alle har vært så hyggelige og greie. Har blitt godt tatt vare på.

Personellet er veldig serviceinnstilt og flinke. All honnør.

At personalet hørte etter meg, hjulpet ved behov, var omsorgsfulle, spurte ofte om smertestillende medisiner, og hvordan jeg har meg.

Måtte ha hjelp til å tømme blæra. Skjedde med stor grad av integritet og respekt fra sykepleier :) Takker for godt stell.

Fikk informasjon fra lege om resultatet av operasjonen i etterkant på sengepost. Kunnskapsbasert omsorg fra meget hyggelige mennesker. Veldig fornøyd med at kirurg kom opp på rommet og fulgte meg opp. A++.

Hjertevarme og profesjonalitet blant de ansatte.

Ble møtt av kvinnelig ansatt som gjorde jobben sin over det en kunne forvente. «Terningkast 6».

Imøtekommende personal som ser deg. Klare tydelige beskjeder.

Man kunne kjenne og merke at kompetente folk var rundt meg hele tiden, det var en trygghet og fred over det hele. Jeg følte meg trygg.

Personalet spurte hele veien hvordan eg hadde det og la tilrette for amming som var veldig positivt.

Tatt godt vare på, med varm omsorg.

Omsorg og tett oppfølging.

Erfarne folk på jobb som tok seg tid til å lytte. Gjorde jobben med største naturlighet, uten at ting ble kleint. Tipp topp! :)

Kjempefornøyd med alt. Følte meg så ivaretatt. Topp.

Jeg var på to rom med forskjellig personal. På det første rommet var det fantastisk oppfølging. På det andre rommet opplevdes det ikke like positivt. Så dette blir veldig personavhengig. Der diskuterte de andre kollegaers beslutninger.

Hyggelig sykepleier :)

Jeg var fornøyd med alt. Alle var kjempegreie.

Takk, jeg er så fornøyd med mitt opphold her på SUS, bare glade mennesker.

Dedikerte leger som tok seg tid. Serviceinnstilte sykepleiere som ordnet og fikset alt jeg trengte, samt gav trygghet og omsorg i en tøff tid for meg. Pårørende ble også godt ivaretatt! En fantastisk gjeng.

ATMOSFÆRE OG OMGIVELSER

Én pasient var veldig masete og klaget over hvor kjedelig det var på oppvåkningen. Han ville se TV. Han snakket lenge og høyt i mobilen eller i en lånt telefon på avdelingen. Til sammen pågikk dette ca. 45 min. Én pasient bannet og skjelte ut sykepleierne. Hun skrek og bar seg. Dette varte ca. 10-15 min. Hun ble kjørt til enerom. To av personalet (forholdsvis unge sykepleiere, den ene muligens student?) snakket høyt og diskuterte personlige anliggender som shopping, ferieturer og lignende. Dette pågikk ca. en halv time og opplevdes veldig forstyrrende. Nå må det sies at jeg lå på oppvåkningen i 11 timer, så alt i alt var det fredelig og stille der.

De gjør så godt de kan med den plassen de har. For mange pasienter!

Takk for et behagelig opphold på SUS. God skjerming når det trengtes, og alle pleierne var positive og blide og effektive. Stor honnør!

Støyende medpasienter kunne blitt skjermet.

Ble litt vel mye prat fra en pasient :)

Rolig og effektivt.

Det var rolig og behagelig på overvåkningen.

Det var ikke støy, men kunne høre hva alle andre pasienter sa.

Jeg ble liggende våken 5-6 timer uten briller, lesestoff eller noe (mobil). Bedøvet fra magen og ned. Det ble veldig lange timer. Litt lesestoff, briller og mobil kunne vært med i en pose?

ANDRE KOMMENTARER

Jeg var fornøyd med det meste. Takk!

Spesielt fornøyd med hele oppholdet!

Godt fornøyd med hele oppholdet :)

Supert!!

Veldig fornøyd med alt her.

Topp behandling!

At jeg var trygg.

Veldig fornøyd.

Kjempefornøyd med det hele.

Svarene er ifht opphold oppvåkning 1G. Var først på oppvåkning ØNH polikl., der var informasjonen mer mangelfull, og der jeg fikk mindre smertestillende.

Alt.

No remarks.

Alt.

Husker egentlig lite. Husker ikke om det var på oppvåkningen eller på sengeposten jeg har minner fra.

Alt var meget godt.

Alt.

Fornøyd med alt.

Veldig godt fornøyd.

Meget godt fornøyd.

Vedlegg 5. Cronbach´s alfa analyse

Innhold	Cronbach – α for hele temaet	Cronbach – α for opplevd realitet	Cronbach – α for subjektiv betydning
Informasjon og forventninger			
Informasjon om operasjonen i forkant av inngrepet	.79	.78	.77
Informasjon om oppvåkningen før operasjonen		.77	.75
Informasjon fra lege på oppvåkningen om resultatet av operasjonen		.80	.78
Informasjon om prosedyrene som ble utført		.77	.76
Positive forventninger i forkant av operasjonen		.79	.77
Forventninger samsvarte med opplevelsen på oppvåkningen		.77	.75
Smertelindring og lindring av ubehag			
Godt smertelindret ved oppvåkning etter operasjonen	.70	.71	.67
Effektiv smertelindring (ved behov)		.69	.67
Godt smertelindret ved overflytting til sengepost		.68	.65
Var ikke kvalm på oppvåkningen		.77	.67
Fikk hjelp til å lindre kvalmen		.71	.68
Var ikke kald på oppvåkningen		.70	.65
Fikk hjelp med å holde varmen (tepper, klær)		.69	.64
Fikk hjelp med tørsten		.69	.65
Sykepleiernes kunnskap og ivaretagelse			
Ble møtt med respekt	.84	.83	.81
Følelse av trygghet og ivaretagelse på oppvåkningen		.83	.82
Føle seg trygg på personalets kunnskap		.83	.81
Personvern og behov for skjerming ble ivaretatt		.84	.84
Meninger ble hørt og tatt på alvor		.83	.83
Atmosfære og omgivelser			
Opplavde at personalet hadde god håndhygiene	.77	.76	.74
Trivelig atmosfære på oppvåkningen		.72	.71
Rolige omgivelser uten bråk og støy		.76	.75
Samlet sett fornøyd med oppholdet på oppvåkningen		.75	.72

Vedlegg 6. Utdrag fra Helsinkideklarasjonen

- 24. Alle forhåndsregler må tas for å beskytte deltakernes personvern og konfidensialitet til deres personlige opplysninger.
- 25 - 26. Informert samtykke innebærer frivillig deltakelse og samtykke til deltakelse. Deltakeren skal få informasjon om hensikt, metode, evt. finansieringskilder, evt. interessekonflikter, forskernes instituelle tilknytninger og forventede fordeler, samt potensielle risikoer og ubehag som studien kan medføre. Videre har deltakerne rett på å få informasjon om bestemmelser etter studien og andre relevante aspekter ved studien. Deltakerne har rett til å nekte deltakelse i studien, og har mulighet til å trekke sitt samtykke når som helst, uten konsekvenser. Oppmerksomhet skal rettes mot at enkelte kan ha ekstra informasjonsbehov, samt metoden som brukes for å formidle informasjonen. Samtykke skal være skriftlig dokumentert. Deltakerne bør gis tilgang til informasjon om studiens resultater.
- 27. Forskere må være spesielt forsiktig med avhengighetsforhold mellom deltaker og den som rekrutterer til deltakelse. Ved avhengighetsforhold må informert samtykke søkes av en annen passende person som er helt uavhengig av dette forholdet.
- 31. Alle aspekter ved pleien som er relatert til forskningen må informeres om. Avslag om deltakelse fra en pasient eller beslutning om å trekke seg i etterkant fra studien må aldri ha noen negativ innvirkning.

Vedlegg 7. Demografiske tallverdier

Alder	n	%
18 – 39 år	34	(19,4)
40 – 59 år	54	(30,9)
60 – 79 år	77	(44,0)
> 80 år	8	(4,6)
Mangler	2	(1,1)
Kjønn		
Mann	68	(38,9)
Kvinne	82	(46,9)
Mangler	25	(14,3)
Vaktkode (når var pasienten på postoperativ)?		
Dag	73	(41,7)
Aften	51	(29,1)
Natt	6	(3,4)
Over flere vakter	30	(17,1)
Mangler	15	(8,6)
Romplassering		
Storesal	82	(46,9)
Lillesal	29	(16,6)
Ortopedisk stue	39	(22,3)
Annet	11	(6,3)
Mangler	14	(8,0)
Vakttype		
Hverdag	151	(86,3)
Helg/helligdag	8	(4,6)
Begge deler	1	(0,6)
Mangler	15	(8,6)
Hastegrad		
Planlagt	138	(78,9)
Ø-hjelp	23	(13,1)
Mangler	14	(8,0)
Type anestesi		
Generell anestesi	100	(57,1)
Spinal/epidural	52	(29,7)
Begge deler	7	(4,0)
Mangler	16	(9,1)
Operasjonstype		
Gastrokirurgi	23	(13,1)
Ortopedi	62	(35,4)
Urologi	32	(18,3)
Gynekologi/barsel	30	(17,1)
Kar/thorax	10	(5,7)
Annet	3	(1,7)
Mangler	15	(8,6)

Vedlegg 8. Resultater, del A

Manglende svar og svar i kategorien «vet ikke/ikke aktuelt» blir ikke regnet med i prosent.

	Stemmer helt	Stemmer i stor grad	Stemmer delvis	Stemmer ikke	Vet ikke/ikke aktuelt	Mangler
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Informasjon og forventninger						
3. Jeg fikk god informasjon på sykehuset om operasjonen i forkant av inngrepet	135 (77,1)	30 (17,1)	6 (3,4)	1 (0,6)	3 (1,7)	0 (0)
4. Jeg fikk informasjon om oppvåkningsavdelingen før operasjonen	107 (61,1)	31 (17,7)	17 (9,7)	13 (7,4)	7 (4,0)	0 (0)
5. Jeg fikk informasjon fra lege på oppvåkningen om resultatet av operasjonen	79 (45,1)	21 (12,0)	13 (7,4)	51 (29,1)	10 (5,7)	1 (0,6)
6. Jeg fikk god informasjon om prosedyrene som ble utført med meg på oppvåkningen (intravenøs væske, medisindeling o.l.)	104 (59,4)	46 (26,3)	16 (9,1)	2 (1,1)	6 (3,4)	1 (0,6)
7. Jeg hadde positive forventninger i forkant av operasjonen	93 (53,1)	47 (26,9)	19 (10,9)	0 (0)	14 (8,0)	2 (1,1)
8. Mine forventninger samsvarte med min opplevelse på oppvåkningen	101 (57,7)	38 (21,7)	12 (6,9)	9 (5,1)	12 (6,9)	3 (1,7)
Smertelindring og lindring av kvalme						
9. Jeg var godt smertelindret da jeg våknet etter operasjonen	133 (76,0)	24 (13,7)	7 (4,0)	4 (2,3)	4 (2,3)	3 (1,7)
10. Jeg fikk effektiv smertelindring (ved behov) i tiden på oppvåkningen	133 (76,0)	11 (6,3)	3 (1,7)	3 (1,7)	21 (12,0)	4 (2,3)
11. Jeg var godt smertelindret da jeg flyttet til sengepost	132 (75,4)	28 (16,0)	5 (2,9)	2 (1,1)	6 (3,4)	2 (1,1)
12. Jeg var ikke kvalm på oppvåkningen	141 (80,6)	8 (4,6)	8 (4,6)	14 (8,0)	1 (0,6)	3 (1,7)
13. Jeg fikk hjelp til å lindre kvalmen	43 (24,6)	5 (2,9)	1 (0,6)	2 (1,1)	94 (53,7)	30 (17,1)
14. Jeg var ikke kald (frøys ikke) på oppvåkningen	141 (80,6)	14 (8,0)	9 (5,1)	8 (4,6)	1 (0,6)	2 (1,1)

15. Jeg fikk hjelp med å holde varmen (varmetepper, klær, varme pledd)	127 (72,6)	16 (9,1)	1 (0,6)	1 (0,6)	23 (13,1)	7 (4,0)
16. Jeg fikk hjelp med tørsten da jeg var på oppvåkningen	133 (76,0)	22 (12,6)	3 (1,7)	2 (1,1)	13 (7,4)	2 (1,1)
Sykepleiernes kunnskap, respekt, ivaretagelse						
17. Sykepleierne møtte meg med respekt og «brydde seg om meg»	157 (89,7)	11 (6,3)	3 (1,7)	1 (0,6)	0 (0)	3 (1,7)
18. Jeg følte meg trygg og ivaretatt da jeg var på oppvåkningen	162 (92,6)	6 (3,4)	4 (2,3)	0 (0)	0 (0)	3 (1,7)
19. Jeg følte meg trygg på personalets kunnskap på oppvåkningen	164 (93,7)	5 (2,9)	1 (0,6)	2 (1,1)	0 (0)	3 (1,7)
20. Jeg opplevde at mitt personvern og behov for skjerming ble ivaretatt	143 (81,7)	19 (10,9)	4 (2,3)	1 (0,6)	5 (2,9)	3 (1,7)
21. Mine meninger ble hørt og tatt på alvor	130 (74,3)	18 (10,3)	1 (0,6)	1 (0,6)	22 (12,6)	3 (1,7)
Håndhygiene, atmosfære, omgivelser						
22. Jeg opplevde at personalet hadde god håndhygiene	133 (76,0)	14 (8,0)	0 (0)	0 (0)	25 (14,3)	3 (1,7)
23. Det var en trivelig atmosfære på oppvåkningen	122 (69,7)	33 (18,9)	9 (5,1)	3 (1,7)	5 (2,9)	3 (1,7)
24. Oppvåkningen hadde rolige omgivelser uten bråk og støy	121 (69,1)	29 (16,6)	15 (8,6)	6 (3,4)	2 (1,1)	2 (1,1)
25. Samlet sett var jeg fornøyd med oppholdet på oppvåkningen	150 (85,7)	19 (10,9)	2 (1,1)	2 (1,1)	0 (0)	2 (1,1)

Vedlegg 9. Resultater, del B

	Aller største betydning n (%)	Stor betydning n (%)	Ganske stor betydning n (%)	Liten eller ingen betydning n (%)	Vet ikke/ikke aktuelt n (%)	Mangler n (%)
Informasjon og forventninger						
3. Jeg fikk god informasjon på sykehuset om operasjonen i forkant av inngrepet	89 (50,9)	66 (37,7)	10 (5,7)	0 (0)	2 (1,1)	8 (4,6)
4. Jeg fikk informasjon om oppvåkingsavdelingen før operasjonen	53 (30,3)	53 (30,3)	40 (22,9)	16 (9,1)	4 (2,3)	9 (5,1)
5. Jeg fikk informasjon fra lege på oppvåkningen om resultatet av operasjonen	77 (44,0)	47 (26,9)	21 (12,0)	14 (8,0)	6 (3,4)	10 (5,7)
6. Jeg fikk god informasjon om prosedyrene som ble utført med meg på oppvåkningen (intravenøs væske, medisinutdeling o.l.)	56 (32,0)	69 (39,4)	33 (18,9)	6 (3,4)	3 (1,7)	8 (4,6)
7. Jeg hadde positive forventninger i forkant av operasjonen	72 (41,1)	61 (34,9)	21 (12,0)	2 (1,1)	10 (5,7)	9 (5,1)
8. Mine forventninger samsvarte med min opplevelse på oppvåkningen	70 (40,0)	60 (34,3)	24 (13,7)	1 (0,6)	9 (5,1)	11 (6,3)
Smertelindring og lindring av kvalme						
9. Jeg var godt smertelindret da jeg våknet etter operasjonen	104 (59,4)	44 (25,1)	11 (6,3)	0 (0)	4 (2,3)	12 (6,9)
10. Jeg fikk effektiv smertelindring (ved behov) i tiden på oppvåkningen	110 (62,9)	34 (19,4)	7 (4,0)	0 (0)	13 (7,4)	11 (6,3)
11. Jeg var godt smertelindret da jeg flyttet til sengepost	101 (57,7)	50 (28,6)	10 (5,7)	0 (0)	3 (1,7)	11 (6,3)

12. Jeg var ikke kvalm på oppvåkningen	79 (45,1)	51 (29,1)	20 (11,4)	5 (2,9)	6 (3,4)	14 (8,0)
13. Jeg fikk hjelp til å lindre kvalmen	40 (22,9)	22 (12,6)	3 (1,7)	2 (1,1)	73 (41,7)	35 (20,0)
14. Jeg var ikke kald (frøys ikke) på oppvåkningen	66 (37,7)	70 (40,0)	17 (9,7)	5 (2,9)	2 (1,1)	15 (8,6)
15. Jeg fikk hjelp med å holde varmen (varmetepper, klær, varme pledd)	68 (38,9)	55 (31,4)	13 (17,4)	4 (2,3)	17 (9,7)	18 (10,3)
16. Jeg fikk hjelp med tørsten da jeg var på oppvåkningen	82 (46,9)	53 (30,3)	13 (7,4)	1 (0,6)	11 (6,3)	15 (8,6)
Sykepleiernes kunnskap, respekt, ivaretagelse						
17. Sykepleierne møtte meg med respekt og «brydde seg om meg»	110 (62,9)	42 (24,0)	8 (4,6)	0 (0)	0 (0)	15 (8,6)
18. Jeg følte meg trygg og ivaretatt da jeg var på oppvåkningen	114 (65,1)	42 (24,0)	4 (2,3)	0 (0)	0 (0)	15 (8,6)
19. Jeg følte meg trygg på personalets kunnskap på oppvåkningen	119 (68,0)	39 (22,3)	2 (1,1)	0 (0)	0 (0)	15 (8,6)
20. Jeg opplevde at mitt personvern og behov for skjerming ble ivaretatt	90 (51,4)	44 (25,1)	15 (8,6)	6 (3,4)	5 (2,9)	15 (8,6)
21. Mine meninger ble hørt og tatt på alvor	97 (55,4)	39 (22,3)	9 (5,1)	2 (1,1)	13 (7,4)	15 (8,6)
Håndhygiene, atmosfære, omgivelser						
22. Jeg opplevde at personalet hadde god håndhygiene	102 (58,3)	46 (26,3)	4 (2,3)	1 (0,6)	6 (3,4)	16 (9,1)
23. Det var en trivelig atmosfære på oppvåkningen	77 (44,0)	52 (29,7)	24 (13,7)	2 (1,1)	4 (2,3)	16 (9,1)
24. Oppvåkningen hadde rolige omgivelser uten bråk og støy	72 (41,1)	54 (30,9)	27 (15,4)	4 (2,3)	1 (0,6)	17 (9,7)
25. Samlet sett var jeg fornøyd med oppholdet på oppvåkningen	110 (62,9)	46 (26,3)	3 (1,7)	0 (0)	0 (0)	16 (9,1)

Vedlegg 10. Krysstabeller av resultater, del A og del B

3. Jeg fikk god informasjon på sykehuset om operasjonen i forkant av inngrepet

		Opplevd realitet				
		Stemmer helt	Stemmer i stor grad	Stemmer delvis	Stemmer ikke	Vet ikke/ikke aktuelt
Subjektiv betydning	Aller største betydning	74	13	1	0	1
	Stor betydning	50	12	4	0	0
	Ganske stor betydning	4	4	1	1	0
	Liten eller ingen betydning	0	0	0	0	0
	Vet ikke/ikke aktuelt	0	0	0	0	2

4. Jeg fikk informasjon om oppvåkingsavdelingen før operasjonen

		Opplevd realitet				
		Stemmer helt	Stemmer i stor grad	Stemmer delvis	Stemmer ikke	Vet ikke/ikke aktuelt
Subjektiv betydning	Aller største betydning	49	4	0	0	0
	Stor betydning	38	12	2	0	1
	Ganske stor betydning	11	14	10	5	0
	Liten eller ingen betydning	2	0	4	8	2
	Vet ikke/ikke aktuelt	0	0	0	0	4

5. Jeg fikk informasjon fra lege på oppvåkningen om resultatet av operasjonen

		Opplevd realitet				
		Stemmer helt	Stemmer i stor grad	Stemmer delvis	Stemmer ikke	Vet ikke/ikke aktuelt
Subjektiv betydning	Aller største betydning	54	7	4	11	1
	Stor betydning	19	9	3	14	2
	Ganske stor betydning	2	1	4	14	0
	Liten eller ingen betydning	0	1	1	10	2
	Vet ikke/ikke aktuelt	0	0	0	1	5

6. Jeg fikk god informasjon om prosedyrene som ble utført med meg på oppvåkningen (intravenøs væske, med. utd. o.l.)

		Opplevd realitet				
		Stemmer helt	Stemmer i stor grad	Stemmer delvis	Stemmer ikke	Vet ikke/ikke aktuelt
Subjektiv betydning	Aller største betydning	48	6	2	0	0
	Stor betydning	39	24	5	0	1
	Ganske stor betydning	12	13	5	2	1
	Liten eller ingen betydning	0	1	4	0	1
	Vet ikke/ikke aktuelt	0	0	0	0	3

7. Jeg hadde positive forventninger i forkant av operasjonen

8. Mine forventninger samsvarte med min opplevelse på oppvåkningen

7. Jeg hadde positive forventninger i forkant av operasjonen

		Opplevd realitet				
		Stemmer helt	Stemmer i stor grad	Stemmer delvis	Stemmer ikke	Vet ikke/ikke aktuelt
Subjektiv betydning	N=166					
	Aller største betydning	56	9	5	0	2
	Stor betydning	25	31	4	0	1
	Ganske stor betydning	6	7	6	0	2
	Liten eller ingen betydning	0	0	1	0	1
	Vet ikke/ikke aktuelt	0	0	2	0	7

8. Mine forventninger samsvarte med min opplevelse på oppvåkningen

		Opplevd realitet				
		Stemmer helt	Stemmer i stor grad	Stemmer delvis	Stemmer ikke	Vet ikke/ikke aktuelt
Subjektiv betydning	N=164					
	Aller største betydning	60	6	0	3	1
	Stor betydning	31	21	5	2	1
	Ganske stor betydning	3	11	6	3	1
	Liten eller ingen betydning	0	0	1	0	0
	Vet ikke/ikke aktuelt	0	0	0	0	9

9. Jeg var godt smertelindret da jeg våknet etter operasjonen

		Opplevd realitet				
		Stemmer helt	Stemmer i stor grad	Stemmer delvis	Stemmer ikke	Vet ikke/ikke aktuelt
Subjektiv betydning	N=163					
	Aller største betydning	91	10	1	2	0
	Stor betydning	30	8	4	2	0
	Ganske stor betydning	3	6	2	0	0
	Liten eller ingen betydning	0	0	0	0	0
	Vet ikke/ikke aktuelt	0	0	0	0	4

10. Jeg fikk effektiv smertelindring (ved behov) i tiden på oppvåkningen

		Opplevd realitet				
		Stemmer helt	Stemmer i stor grad	Stemmer delvis	Stemmer ikke	Vet ikke/ikke aktuelt
Subjektiv betydning	N=164					
	Aller største betydning	99	4	0	2	5
	Stor betydning	26	4	1	0	3
	Ganske stor betydning	1	3	2	0	1
	Liten eller ingen betydning	0	0	0	0	0
	Vet ikke/ikke aktuelt	0	0	0	1	12

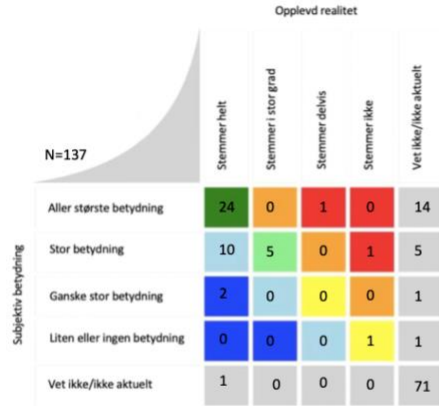
11. Jeg var godt smertelindret da jeg flyttet til sengepost

		Opplevd realitet				
		Stemmer helt	Stemmer i stor grad	Stemmer delvis	Stemmer ikke	Vet ikke/ikke aktuelt
Subjektiv betydning	N=164					
	Aller største betydning	91	5	1	1	3
	Stor betydning	30	18	1	0	1
	Ganske stor betydning	1	5	3	1	0
	Liten eller ingen betydning	0	0	0	0	0
	Vet ikke/ikke aktuelt	1	0	0	0	2

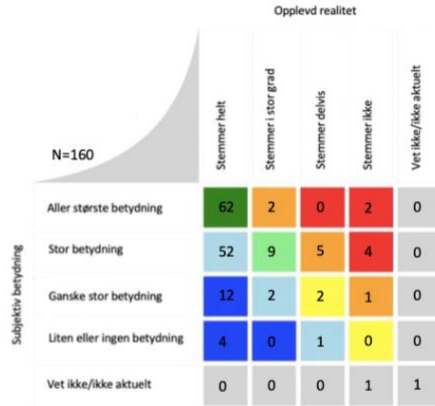
12. Jeg var ikke kvalm på oppvåkningen

		Opplevd realitet				
		Stemmer helt	Stemmer i stor grad	Stemmer delvis	Stemmer ikke	Vet ikke/ikke aktuelt
Subjektiv betydning	N=161					
	Aller største betydning	72	0	2	5	0
	Stor betydning	38	7	3	3	0
	Ganske stor betydning	16	1	1	2	0
	Liten eller ingen betydning	1	0	1	3	0
	Vet ikke/ikke aktuelt	5	0	0	0	1

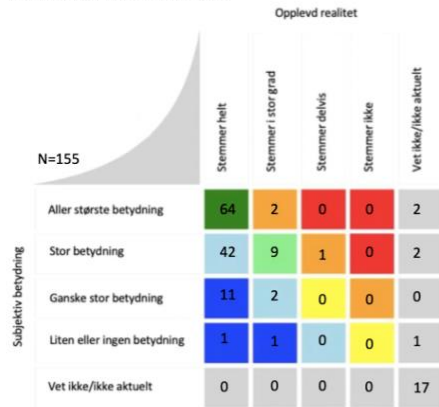
13. Jeg fikk hjelp til å lindre kvalmen



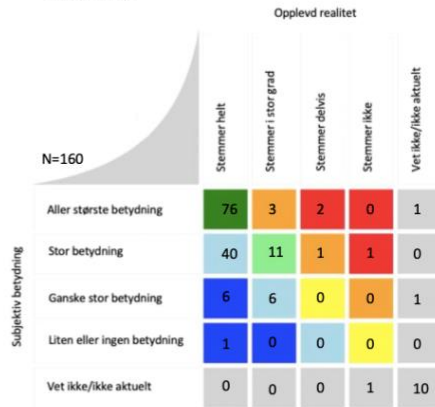
14. Jeg var ikke kald (frøys ikke) på oppvåkningen



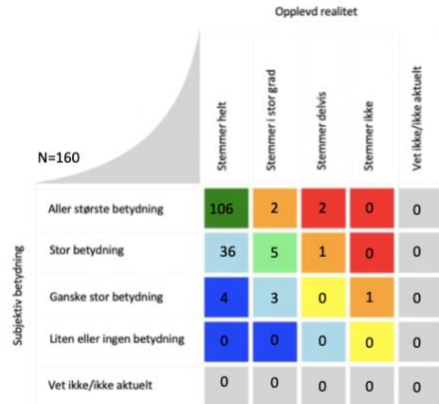
15. Jeg fikk hjelp med å holde varmen (varmeteppe, klær, varme pledd)



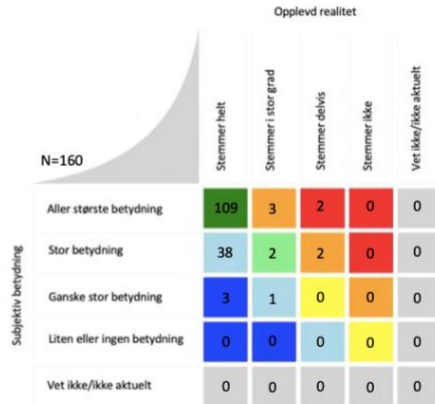
16. Jeg fikk hjelp med tørsten da jeg var på oppvåkningen



17. Sykepleierne møtte meg med respekt og «brydde seg om meg»



18. Jeg følte meg trygg og ivaretatt da jeg var på oppvåkningen



19. Jeg følte meg trygg på personalets kunnskap på oppvåkningen

		Opplevd realitet				
		Stemmer helt	Stemmer i stor grad	Stemmer delvis	Stemmer ikke	Vet ikke/ikke aktuelt
Subjektiv betydning	Aller største betydning	116	2	0	1	0
	Stor betydning	35	2	1	1	0
	Ganske stor betydning	1	1	0	0	0
	Liten eller ingen betydning	0	0	0	0	0
	Vet ikke/ikke aktuelt	0	0	0	0	0

20. Jeg opplevde at mitt personvern og behov for skjerming ble ivaretatt

		Opplevd realitet				
		Stemmer helt	Stemmer i stor grad	Stemmer delvis	Stemmer ikke	Vet ikke/ikke aktuelt
Subjektiv betydning	Aller største betydning	80	7	2	1	0
	Stor betydning	35	8	1	0	0
	Ganske stor betydning	11	3	1	0	0
	Liten eller ingen betydning	4	1	0	0	1
	Vet ikke/ikke aktuelt	1	0	0	0	4

21. Mine meninger ble hørt og tatt på alvor

		Opplevd realitet				
		Stemmer helt	Stemmer i stor grad	Stemmer delvis	Stemmer ikke	Vet ikke/ikke aktuelt
Subjektiv betydning	Aller største betydning	86	5	1	1	4
	Stor betydning	28	10	0	0	1
	Ganske stor betydning	5	2	0	0	2
	Liten eller ingen betydning	1	0	0	0	1
	Vet ikke/ikke aktuelt	0	0	0	0	13

22. Jeg opplevde at personalet hadde god håndhygiene

		Opplevd realitet				
		Stemmer helt	Stemmer i stor grad	Stemmer delvis	Stemmer ikke	Vet ikke/ikke aktuelt
Subjektiv betydning	Aller største betydning	88	5	0	0	9
	Stor betydning	32	7	0	0	7
	Ganske stor betydning	1	1	0	0	2
	Liten eller ingen betydning	0	1	0	0	0
	Vet ikke/ikke aktuelt	0	0	0	0	6

23. Det var en trivelig atmosfære på oppvåkningen

		Opplevd realitet				
		Stemmer helt	Stemmer i stor grad	Stemmer delvis	Stemmer ikke	Vet ikke/ikke aktuelt
Subjektiv betydning	Aller største betydning	73	2	0	2	0
	Stor betydning	32	19	1	0	0
	Ganske stor betydning	6	10	6	1	1
	Liten eller ingen betydning	0	0	2	0	0
	Vet ikke/ikke aktuelt	0	0	0	0	4

24. Oppvåkningen hadde rolige omgivelser uten bråk og støy

		Opplevd realitet				
		Stemmer helt	Stemmer i stor grad	Stemmer delvis	Stemmer ikke	Vet ikke/ikke aktuelt
Subjektiv betydning	Aller største betydning	62	5	1	3	1
	Stor betydning	30	14	8	2	0
	Ganske stor betydning	13	7	6	1	0
	Liten eller ingen betydning	3	1	0	0	0
	Vet ikke/ikke aktuelt	0	0	0	0	1

25. Samlet sett var jeg fornøyd med oppholdet på oppvåkningen

		Opplevd realitet				
		Stemmer helt	Stemmer i stor grad	Stemmer delvis	Stemmer ikke	Vet ikke/ikke aktuelt
Subjektiv betydning	Aller største betydning	101	7	1	1	0
	Stor betydning	35	9	1	1	0
	Ganske stor betydning	1	2	0	0	0
	Liten eller ingen betydning	0	0	0	0	0
	Vet ikke/ikke aktuelt	0	0	0	0	0