



MASTEROPPGAVE:

Postoperativ sykepleie fra pasientperspektiv

FORFATTER: KARI VALEN

Dato: 16. May 2012

## Forord

Prosesen til denne masteroppgaven har vært spennende, arbeidsom og lærerik.

Som intensivsykepleier i postoperativ avdeling har jeg den postoperative pasienten i mitt fokus.

Jeg vil takke alle pasientene som har bidratt med sine tanker og synspunkter ved dannelse av spørreskjema. Takk til alle dere som tok dere tid til å svare på undersøkelsen. Den har gitt verdifull informasjon som vi trenger i vårt daglige arbeide.

Takk til min avdelingsleder og til mine kollegaer for støtte og praktisk hjelp med undersøkelsen.

Takk til frokost gruppa og koselige og nyttige diskusjoner i bilen på vei til og fra Gjøvik. Takk til kvalitetsrådgiver ved avdelingen som har hjulpet ved innplotting av data i SPSS. Takk til min veileder Marie Louise Hall - Lord som har veiledet meg gjennom forskningsprosessen og gitt nyttige råd og spørsmål. Til slutt vil jeg takke mine gode venner Peter, Elinor og Kristin for gleden og støtten dere har gitt.

Kari

## SAMMENDRAG

Tittel:	Postoperativ sykepleie fra pasient perspektiv	16.05.2012
Deltaker	Kari Valen	
Veileder(e):	Marie Louise Hall-Lord	
Evt. oppdragsgiver		
Stikkord/nøkkelord (3-5 stk)	Brukermedvikning , pasienttilfredshet , kvalitet I sykepleie, postoperativ avdeling.	
Antall sider/ord:18.645	Antall vedlegg: 3	Publiseringsavtale inngått: ja
<p><b>Introduksjon:</b> Studiet har utgangspunkt å få mer kunnskap om hvordan den voksne postoperative pasienten som har vært gjennom ulik type kirurgi, opplever kvaliteten på postoperativ sykepleie de første timene opp til første døgn. Områder som handler om: pre -postoperativ sykepleie, ivaretagelse, personvern, pårørende kontakt med personalet i postoperativ avdeling.</p> <p><b>Hensikt</b> Hensikten med studiet var å undersøke den nyopererte pasientens opplevelse av kvalitet på postoperativ sykepleie i den første postoperative fase. Samt å sammenlikne pasient opplevelser i forhold til kvalitet i til kjønn, hastegrad for kirurgi og ulike aldersgrupper</p> <p><b>Metode</b> Tverrsnittstudie i form av en spørreundersøkelse for å kartlegge og beskrive deltakerens opplevelse av postoperativ sykepleie de første postoperative timene, opp til første døgn. Studien er gjennomført med 338 nyopererte pasienter i forbindelse med deres opphold på en postoperativ avdeling på et stort sykehus</p> <p><b>Resultater</b> Resultatene av undersøkelsen viser at pasientene var godt fornøyd den opplevde kvalitet på helsepersonellens kompetanse, ivaretagelse og personvernet, og pårørende kontakt Undersøkelsen avdekket at pasienter er undervurderes med tanke på postoperative smerter, noe som tidligere studier bekrefter. Undersøkelsen viser at det er behov for økt fokus pre og postoperativ informasjon økt lindring av postoperative smerter og ubehag. Studiet viser at kjønn, alder og hastegrad for kirurgi kan være faktorer som er viktige å være klar over i forhold til på hvordan pasienten opplever postoperativ sykepleie. Det er signifikante forskjeller på flere områder signifikans nivå er satt til (<math>P &lt; ,05</math>). Forskjeller på kjønn og hastegrad,</p> <p><b>Konklusjon</b> Studien viser at pasienten stort sett er fornøyd med den postoperative behandlingen. Det er områder som viser forbedringspotensiale, preoperativ informasjon som omhandler postoperative prosedyrer. Postoperativ smertelindring pasienten er fornøyd med personalets kompetanse, ivaretagelsen og ivaretagelsen av personvernet og pårørende. Målgruppen bør undersøkes nærmere. Denne kunnskap komplimenterer annen kunnskap som omhandler den postoperative pasienten. Studien gir grunnlag til å iversette forbedringstiltak på aktuelle områder. For deretter følge opp med ny undersøkelse for å se om det er blitt endringer som kommer pasientene til gode. Dette er en viktig del av kunnskapsbasert sykepleie og omsette funnene fra forskning til klinisk sykepleiepraksis.</p>		

## ABSTRACT

Postoperative care from the patient perspective		16.05.2012
Participants/	Kari Valen	
Supervisor(s)	Marie Louise Hall-Lord	
Employer:		
Keywords	Patient participation, patient satisfaction, quality of care, recovery room.	
(3-5)		
Number of pages/words: 18.645	Number of appendix: 3	Availability (open/confidential): Publication Agreement signed: no
<p><b>Introduction:</b> The study is based to learn more about how the adult postoperative patient who has been through various types of surgery, experiencing the quality of postoperative care the first few hours up to the first day. In areas such as: pre-post operative care, maintenance, privacy, kin contact staff in the recovery room.</p> <p><b>Purpose</b> The purpose of this study was to investigate the surgical patient's perception of quality of postoperative care in the first postoperative phase. And to compare their experiences in relation to the quality of gender, urgency of surgery and different age groups.</p> <p>Method A cross sectional study in the form of a survey to identify and describe the participant's experience of post-operative nursing care during the first postoperative hours, up to the first day. The study was conducted with 338 patients that have been through surgery in connection with their stay in a recovery room at a large hospital</p> <p><b>Results</b> The results of the survey show that patients were satisfied the perceived quality of health care expertise, compliance and privacy, and family contacts survey revealed that patients are being assessed in terms of postoperative pain, as previous studies confirms. The survey shows that there is a need for increased focus pre and postoperative information increased relief of postoperative pain and discomfort. The study shows that gender, age and urgency of surgery may be factors that are important to be aware of in relation to how the patient experiences postoperative nursing. There are significant differences in several areas of significance level is set at (<math>P &lt; .05</math>). Differences in gender and urgency,</p> <p><b>Conclusion</b> The study shows that patients are generally satisfied with the postoperative treatment. There are areas that show potential for improvement, preoperative information regarding surgical procedures. Postoperative pain relief the patient is satisfied with staff competence, the preservation and safeguarding of privacy and their families. The target group should be investigated further. This information complements other information concerning the postoperative patient. The study provides a basis to put the zeal for improvement in relevant areas. For then follow up with a new survey to see if there have been changes coming patients. This is an important part of evidence-based nursing and translates the findings from research to clinical nursing practice.</p>		

## Innholdsfortegnelse

Introduksjon .....	- 7 -
1.1 Kvalitetsbegrepet .....	- 7 -
1.2 Teoretiske modeller om kvalitet i helsetjenesten.....	- 8 -
1.2.1 Kvalitetsindikatorer og kvalitetsforbedring.....	- 10 -
1.3 Pasientens medvirkning til kvalitet .....	- 12 -
1.3.1 Pasientopplevelse på kvalitet i forhold til kjønn, alder og hastegrad til kirurgi.....	- 14 -
1.4 Sykepleie og kvalitet.....	- 15 -
1.5 Sykepleiers kompetanse til den kritisk syke pasient .....	- 16 -
1.5.1 Sykepleie til den postoperative pasient .....	- 17 -
1.5.2 Den postoperative pasientens behov for informasjon .....	- 18 -
1.5.3 Postoperativ lindring av smerte og ubehag. ....	- 19 -
1.5.4 Pasientens ivaretagelse, personvern og pårørendekontakt .....	- 21 -
1.6 Studiets avgrensning .....	- 23 -
2.0 Problemstilling og hensikt med studiet.....	- 24 -
3.0 Metode .....	- 25 -
3.1 Design .....	- 25 -
3.2 Utvalg .....	- 25 -
3.3 Spørreskjema.....	- 26 -
3.4 Datainnsamling.....	- 27 -
3.5 Dataanalysen .....	- 28 -
3.5 Validitet og reliabilitet.....	- 29 -
4. 0 Forskningsetikk.....	- 31 -
5.0 Resultat .....	- 33 -
5.1 Døgnfordeling, hastegrad og operasjonstype .....	- 34 -
5.2 Preoperativ og postoperativ informasjon .....	- 35 -
5.2.1 Preoperativ smertelindring .....	- 37 -
5.3 Postoperativ lindring av smerter og ubehag.....	- 37 -
5.3.1 Postoperativ smerteopplevelse for ulike kirurgiske inngrep .....	- 38 -
5.3.2 Smertebehandling på oppvåkningen etter kirurgi .....	- 40 -
5.3.3 Smerteopplevelse ved overflytting til sengepost.....	- 41 -

5.4 Helsepersonellets kompetanse og ivaretagelse.....	- 42 -
5.5 Pårørendes kontakt med personalet.....	- 43 -
5.7 Sammenligning av pasienters opplevelse i forhold til kjønn,.....	- 43 -
Hastegrad og aldersgrupper. ....	- 43 -
6.0 Diskusjon .....	- 48 -
6.1 Pasienters opplevelse av kvaliteten på informasjon som blir gitt.....	- 49 -
6.2 Pasienters opplevelse av kvaliteten på lindring av smerte og ubehag?.....	- 51 -
Postoperativ lindring av smerte og ubehag .....	- 54 -
Smerter ved overflytting til sengepost.....	- 55 -
6.3 Pasienters opplevelse av kvaliteten på personalets kompetanse,.....	- 58 -
ivaretagelse, personvern og kontakt med pårørende. ....	- 58 -
6.4 Metodediskusjon, styrker og svakheter med undersøkelsen .....	- 62 -
6.4.1 Overførbarhet og betydning for klinisk sykepleie .....	- 66 -
7.0 Konklusjon .....	- 67 -
Litteraturliste.....	- 68 -

Vedlegg: 1 Informasjonskriv  
2 spørreskjema  
3 Bakgrunnstabeller 1-10

## Introduksjon

Temaet i denne masteroppgaven er postoperativ sykepleie fra pasientens perspektiv. Dette er knyttet til den kliniske hverdagen ved en stor generell postoperativ avdeling på et Universitetssykehus i Norge. Bakgrunn for denne undersøkelsen er at jeg jobber klinisk med postoperative pasienter, og ønsker ved undersøkelsen få mer kunnskap om hvordan den voksne postoperative pasienten som har vært gjennom ulik type kirurgi, opplever kvaliteten på postoperativ sykepleie.

Min forforståelse er preget av min erfaring som intensivsykepleier i klinikken, at den postoperative pasienten kan ha varierende opplevelse av kvalitet på områder som omhandler: informasjon, lindring av smerter og ubehag, ivaretagelse, personalets kompetanse og pårørendekontakt med personalet i postoperativ avdeling.

Ved at pasienten selv bidrar med sine opplevelser kan dette gi ny kunnskap om kvaliteten på postoperativ sykepleie. Dette kan bidra til eventuelle forbedringer av sykepleierutiner som igjen kan forbedre kvaliteten på sykepleien som blir gitt den første postoperative fasen, som kan variere fra timer til et døgn.

### 1.1 Kvalitetsbegrepet

Kvalitetsbegrepet er et begrep som blir brukt i det offentlige rom både av helsetjenester og næringslivet. Kvalitetsbegrepet har mange ulike sider, avhengig av hvilket mål man har til formål. Helsedirektoratet definerer kvalitet på denne måte: ”kvalitet er i hvilken grad en samling av iboende egenskaper oppfyller visse krav. Det vil si de krav vi allerede har i lov og forskriftsform” (Helsedirektoratet 2010, s.7-8).

Arntzen (2007) beskriver kvaliteten i helsevesenet som ulike egenskaper ved et produkt eller ved tjenesten som blir levert, produktet er førsteklasses og har ingen feil eller mangler. Hovedtanken i kvalitetsarbeid i helsevesenet er i følge Arntzen å møte pasientens forventninger og rettigheter slik at pasienten kan oppleve trygghet og kvalitet med den hjelpen som blir gitt. I dette ligger det implisitt at det er kompetent helsepersonell som yter hjelpen.

Fra sykepleiertjenestens ståsted er målet å gi pasientene en sykepleie som er av god kvalitet, er bygd på pasientens behov, og at sykepleieren yter en sykepleie som er forsvarlig (Helsepersonelloven 1999). Dette innebærer at den som utøver sykepleie har riktige faglige kvalifikasjoner i forhold til det fagfelt som vedkommende jobber med. Dette er også et krav i forhold til yrkesutøvelsen til helsepersonell, som sykepleieren må forholde seg til. Dette er blant annet nedfelt i lovverket (lov om spesialisthelsetjenesten 1999; lov om Helsepersonell 1999 & lov om helseforetak 2001).

Nasjonal helse og omsorgsplan, kapittel 8, (2011-2015), belyser kvalitet i spesialisthelsetjenesten i St.meld. nr 16. som: ”God kvalitet på tjenestene betyr at de er virkningsfulle, trygge og sikre, samordnet og preget av kontinuitet, at de involverer brukerne og utnytter ressurser på en god måte” (Helse og omsorgsdepartementet 2011).

## 1.2 Teoretiske modeller om kvalitet i helsetjenesten

Donabedian Avedis (1919-2000) var - og er regnet - som en av de ledende innen forskning og utvikling av kvalitet innen helsevesenet på internasjonalt plan, deriblant gjennom verdens helseorganisasjon (Suñol, 2000). Donabedian (1980) viser i sin litteratur at kvaliteten på pleie og omsorg fra pasientperspektivet har i hovedsak tre aspekt, den tekniske, det organisatoriske miljøet og det mellommenneskelige miljøet, i avdelingen. Han viser videre i sin litteratur til ulike sider ved kvaliteten i helsevesenet, og belyser at kvalitetsbegrepet ikke er avhengig av kun en faktor. Det er ulike oppfatninger og ulike definisjoner i forhold til hvilket perspektiv man ser kvalitet fra. Selv ønsket Donabedian å se på kvalitet innen helse, som en helhet, som en ubrutt kjede og ønsket ikke å fragmentere dette opp i flere adskilte deler. Han mener at kvaliteten bør drøftes og evalueres ut fra tre aspekter: struktur, prosess og resultat.

Strukturaspektet handler om å ha en god struktur i organisasjonen, hvordan sykehusavdelinger er organisert, både fysisk og teknisk, men også om det er nok av ressurser, og hvordan ressursene brukes i organisasjonen.

I følge Donabedian (1980) handler det og om hvilke forutsetninger som ligger til grunn, med tanke på kapasitet, organisering og kompetanse til helsepersonalet i avdelingen. God struktur,



tilstrekkelighet av ressurser og et godt system, er mest viktig for å beskytte og framheve kvaliteten på pleien.

“By structure” I mean the relatively stable characteristics of the providers’ care, of the tools and resources they have at their disposal and of the physical and organizational settings in which they work. The concept of structure includes the human, physical, and financial resources that are needed to provide medical care. Structure includes the organization of the medical or nursing staff in a hospital” (Donabedian 1980, s.81).

Prosessaspektet handler om de handlinger som fører til gode helsetjenester, og inkluderer relasjonen med den som gir og den som er mottaker av tjenesten. Dette innebærer handlinger som fører til at pasienten får en adekvat diagnose og behandling, samt forebygging av komplikasjoner. (Donabedian 1980). Her påpeker han også viktigheten av at pasienten opplever at det er noen som viser interesse for den medmenneskelige siden, og at pasienten opplever å bli sett. Han viser til at teknisk omsorg er anvendelsen av vitenskap og teknologi i medisinen - og i andre helsefag, og det blir framhevet at det i ”forvaltningen av helseproblemer”, er et sosialt og psykologisk samspill mellom klient, og den som gir helsehjelpen.

Resultataspektet er fokus på effekten helsehjelpen har på mottaker av helsetjenesten. Har prosessen som pasienten vært igjennom hatt noen effekt på det som var problemet, det vil si, det som er behandlet? Har pasienten forbedret sin helsetilstand, eller fått lindring for sine plager?

Måling av kvalitet er en viktig del av prosess, struktur og resultatarbeid, og Donabedian viser til flere sider av denne prosessen i sin forskning. “The measurement of satisfaction is therefore, an important tool for research, administration, and planning” (Donabedian 1980 s. 25). Basert på denne litteraturen kan det framheves at kvaliteten på pleie fra pasientperspektiv vurderes ut fra at; ”kvaliteten kunne vurderes som god, om hjelpen som ble gitt i situasjonen var den beste som kunne gis på det aktuelle tidspunktet” (Donabedian 1980 s.72). Han beskriver videre ulike sider som er av betydning for kvaliteten; stabilt personale, rommet/ fasilitetene, og tilgjengeligheten som pasienten har til lege og sykepleier. Kvaliteten på personellet er ikke bare av teknisk art, men like mye, hvordan samhandlingen er mellom behandler og pasient. Når det gjelder organiseringen i avdelingen kommer sosiale normer inn, og det mellommenneskelige aspektet i det; som ærlighet, empati, og det å vite hvilke ønsker

pasienten har. Om ikke samhandlingen fungerer så kan dette påvirke behandlingen og resultatet for pasienten. Donabedian (1980) viser i sin litteratur at den enkelte pasient har ulike ønsker, forventninger, vurderinger, meninger, og preferanser, og kaller det en ”individualisert” definisjon av kvalitet. Han legger i dette at pasientene er ulike og har ulike forutsetninger for å vurdere kvalitet. Vurderingen hos pasienten kan variere og forandre seg ut fra hvilken sykdomstilstand hun eller han befinner seg i. Han viser også til at kvalitet er i form av egenskaper og oppførselen til de som gir omsorgen. Pasienten ønsker kvalitet på behandlingen og pleien. Det forventes at den som gir denne hjelpen har kunnskap innenfor det fagfeltet, som vedkommende representerer.

Wilde (1994) har utviklet en teoretisk modell, som omhandler kvaliteten på pleie ut fra pasientens perspektiv. Modellen er flerdimensjonal, men sees på som en helhet. Den ene siden viser strukturen som er i helseorganisasjonen; omgivelsene og fysisk miljø, hvordan strukturen og administrasjonen av ressursene er. Den andre siden tar for seg pasientens preferanser som viser den rasjonelle siden og det mellommenneskelige aspektet.

1 Medisinsk -teknisk kompetanse: Omfatter at pasienten får den rette diagnose, rett behandling og hjelp, og kompetent personell i avdelingen. 2 Fysisk-tekniske forhold: kan omfatte at det medisinsk tekniske utstyr er tilgjengelig, og at det fysiske miljøet rundt pasienten er sikkert og trygt. 3 Identitetsorientert tilnærming: Her viser personalet interesse, medfølelse, respekt og tillit til pasienten, der man ønsker å danne et grunnlag for å kunne oppnå samarbeid.

4 Sosiokulturell atmosfære. Dette innebærer at pasienten kan være sammen med andre og trekke seg tilbake, ved ønske om dette. Ut fra denne modellen er det dannet et instrument for kvalitetsmåling, som er brukt i flere internasjonale undersøkelser, utført ved sengeavdelinger i sykehus og sykehjem (Wilde et al., 1993).

### **1.2.1 Kvalitetsindikatorer og kvalitetsforbedring**

Hvordan helsetjenesten kan måle kvaliteten på helsetjenestene er under endring. Det arbeides på nasjonalt og internasjonalt plan for å utvikle flere og bedre kvalitetsindikatorer som skal brukes i kvalitetsarbeidet i spesialisthelsetjenesten (Kunnskapssenteret, 2008).

Sykepleiernes samarbeid i Norden jobber aktivt i dette arbeidet. Det er laget kvalitetsindikatorer på ernæring, smerter, trykksår, pasientfall og bemanning (Sykepleiernes Samarbeid i Norden's [SSN], 2009).

Kvalitetsindikatorer defineres som indirekte mål på kvalitet innen et område. Dette er en av flere fremgangsmåter som benyttes for å sikre og gi bevis på kvaliteten i helsevesenet (SSN, 2009).

Mathisen og Nordbø (2011) beskriver viktigheten av å innføre kvalitetsindikatorer i helsetjenesten. Disse kan gi oss verktøy til verdifull hjelp til å undersøke om det skjer forbedring i spesialisthelsetjenesten. Spesielt er dette viktig i det kliniske arbeid som vedrører pasientbehandlingen, og de kan også bidra til å gi et bilde om hvordan den rådende situasjonen er. De beskriver en indikator som et redskap som brukes til å måle noe direkte. I helsevesenet kan dette brukes for å se om den helsehjelpen som gis er i samsvar med den beste tilgjengelige kunnskapen, og om denne gir noen helsegevinst for pasienten. Det belyses i nyere litteratur at sykepleiere kan bruke slike kvalitetsindikatorer for å beskrive pasientresultater (Mathisen & Nordbø 2011).

En studie av Sjetne et al. (2009) viste at innføring av nye rutiner på sengepost førte til økt kvalitet, redusert liggetid, forbedrede rutiner i avdelingen, mer fokus på pasientens behov for informasjon, og økt fokus på faglige rutiner blant sykepleiere. Innføring av nye rutiner på sengeavdeling, førte til positive endringer både for pasient og de som ga helsehjelpen (Sjetne, et al., 2009; Mathisen & Norbø; 2011).

I en norsk spørreundersøkelse (NORPEQ), har man sett på erfaringene til 244 (48,8 %) pasienter under sykehusopphold, der undersøkelsen er utført på et stort Universitetssykehus i Norge i 2006. Spørsmålene, i alt 8, inkluderer områder som pasientene gav tilbakemeldinger på. De inkluderer legers og sykepleiers kommunikasjonssevne, profesjonaliteten til lege og sykepleiere, sykepleien som ble gitt, evne til å vise interesse for pasientens problem, og å gi informasjon som vedrører undersøkelsene som pasienten har vært gjennom. Undersøkelsens tema vedrører en generell pasienttilfredshet, og gir også tilbakemeldinger på ukorrekt behandling. Resultatene i undersøkelsen gav viktige aspekt på kommunikasjon, informasjon, og oppførsel. Denne bakgrunnsinformasjonen er brukt for å danne kvalitetsindikatorer for helsetjenesten på nasjonalt og internasjonalt plan (Oltedal et al., 2010).

Sykepleiernes samarbeid i Norden`s (SSN) har også arbeidet med noen områder der de har gitt sine anbefalinger til Nordisk sykepleiesensitive kvalitetsindikatorer, der en av disse områdene er smerter, der det brukes visuell analog skala(VAS ), som bruk som smertevurderingsverktøy (Sykepleierens samarbeid i Norden`s 2009).

I en rapport fra Kunnskapssenteret fra 2009 ligger det et forslag om nasjonale kvalitetsindikator system. Her er det presisert at det skal vektlegges å lage kvalitetsindikatorer som ivaretar brukerperspektivet (Konsmo 2009).

I Nasjonal helse og omsorgsplan (2011-2015), fremgår det at en ønsker å utnytte de tilgjengelige ressurser som finnes, og å utnytte disse bedre. Både når det gjelder å utvikle bedre systemer for kvalitet, og å utnytte teknologien på best mulig måte. I tillegg til dette, vil en og ha bedre styring i dette arbeidet. Dette innebærer at man ønsker å involvere brukere i større grad i helsesektoren (Helse og omsorgsdepartementet 2011).

### **1.3 Pasientens medvirkning til kvalitet**

I en artikkel i tidsskriftet til legeforeningen blir det holdt fram at de beste til å vurdere kvaliteten i helsetjenesten, var pasientene. Dette er i tråd med helsemyndighetenes arbeid for kvalitetsarbeid (Haga et al., 1995).

Pasientrettighetene er blitt styrket både med pasientrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven (Lov om pasient og brukerrettigheter 1999; Lov om spesialisthelsetjenesten (1999). Etter at disse har blitt innført har det også kommet fram gjennom ulike offentlige utvalg at pasientens røst må høres og styrkes. Pasientens brukermedvirkning bygger på pasientens erfaring, kunnskap og preferanser, og pasientens autonomi er styrket. I Lov om pasient og brukerrettigheter § 3 (1999) slås det fast at; ”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” (Lov om pasient og brukerrettigheter 1999).

Helseforetakene er også forpliktet til, gjennom lovverket, at pasientens røst skal bli hørt og tas hensyn til ved offentlig helseplanlegging (Lov om helseforetak 2001, § 34).

Det er brukt ulike begrep for å få fram pasientens perspektiv på kvalitet. Begrepet pasienttilfredshet (Patient satisfaction) er brukt i flere artikler, uten at det kommer klart fram hva som legges i begrepet. (Hagen, Veenstra & Stavem 2006; Oltedal et al., 2007). Andre begrep som er brukt er; pasienterfaringer, pasientopplevelse (patient experience), pasient oppfatning (patient perceptions), og pasientmedvirkning (patient participation). Litteraturen bruker også andre begrep på medvirkning, som empowerment (Tveiten 2007), som betyr ifølge den engelske ordboka: å gi autoritet til, gi tillatelse, gi makt til eller istandsette (DK

Illustrated Oxford Dictionary 1998). Begrepet medvirkning (participation), kommer fra latin ("participare") som betyr; å være involvert i, eller det å ta del (Sahlsten, et al., 2005).

Pasientens behov og ønsker blir omtalt som brukermedvirkning og brukerkunnskap. Dette inkluderer pasientens preferanser, verdier, kunnskaper og erfaringer (Nordtvedt et al., 2008).

Cahill (1996) (patients participation) beskriver pasientens medvirkning som en aktiv prosess der pasienten involveres i hele behandlingsforløpet, eller at pasienten deltar i beslutningsprosessen fra innleggelse til utskrivelse. Cahill understreker betydningen av pasientens medvirkning på flere nivåer der sykepleier og pasient sammen finner fram til et felles mål. Det framkommer at sykepleier må involvere pasienten i større grad. Det forutsetter imidlertid at pasienten er aktiv i denne prosessen, og at her må det vurderes i hvert enkelt tilfelle om pasienten er i stand til å ta beslutninger. Cahill bruker ord som "partnership, patient collaboration og patient involvement", for å beskrive dette (Cahill 1996).

Grøndahl (2012) viser til en undersøkelse i sin doktorgradsavhandling, der det kommer fram at pasientens oppfatning om kvalitet og pasienttilfredshet er to forskjellige begreper. Mellommenneskelige forhold var faktorer som pasienten synes var viktige i det å vurdere kvaliteten. Pasienten ønsker å bli møtt på en profesjonell måte som en unik person, de vil også ha informasjon og kunnskap om sin egen helsesituasjon. Dessuten ønsker pasienten å delta aktivt i planleggingen av sin egen behandling, eller å velge å overlate dette til helsepersonell. For at det skal være god kvalitet i helsevesenet, må der være høyt kvalifisert og profesjonelt helsepersonell. Dette personellet bør gjøre sitt ytterste for å vektlegge personsentrert omsorg.

Ifølge Sahlsten et al.(2005), så er pasientmedvirkning i sykepleien omfattet av flere faktorer, det første er den mellommenneskelige prosedyre, som omfatter kommunikasjon og samspill. Deretter den terapeutiske tilnærmingen, som omfatter sykepleiers holdninger, og ulike tilnæringsstrategier for å oppleve en gjensidig nærhet.

Det tredje er resurser som omfatter å utveksle informasjon der pasienten som selv har innsikt i sin situasjon, får adekvat informasjon og kunnskap. Sykepleier gir her muntlig, og eventuell skriftlig informasjon, i det første møtet med pasienten.

Det fjerde er muligheter for innflytelse som handler om informasjon både til pasienten og fra pasienten til sykepleier, for å ha kunnskap til å være enig i en aktuell situasjon, og velge å være delaktig. Det er ulike nivå på hvor mye pasienten kan influere, avhengig av besluttsomhet, selvbestemmelse og ansvar. Dette er avhengig av i hvilken grad pasienten

slipper til for å bruke sin selvbestemmelsesrett. Ansvar innebærer flere sider, der pasienten og sykepleier kommer fram til en felles forståelse, der sykepleier tar ansvar for sin del og pasienten tar ansvar for sin. Sykepleier bør på sin side sikre seg at pasienten har nok og riktig kunnskap til å kunne være delaktig på et riktig grunnlag (Sahlsten et al., 2005).

Undersøkelser viser at pasienttilfredshet korrelerer positivt når det er utviklet indekser av teknisk kvalitet. Det belyses at en av årsakene til dette er, at helsepersonell som gir god teknisk hjelp også er stolt av sitt yrke, noe som fører til en høy moral, og som påvirker nivåene på tilfredsheten. Studier viser positive resultat når det gjaldt å forandre oppførsel ved konsultasjonen (Carr–Hill, 1992).

### **1.3.1 Pasientopplevelse på kvalitet i forhold til kjønn, alder og hastegrad til kirurgi**

Forskning på pasienttilfredshet har vist at kjønn, alder og hastegrad har betydning i pasientundersøkelser (Foss, 2000; Danielsen et al., 2007). Nyere forskning indikerer at personrelaterte forhold ikke spiller inn på grad av pasienttilfredshet (Grøndahl, 2012). Kvinner rangerer høyere på kvalitet på pleien enn menn, på faktorer som omhandler medisinsk teknisk kompetanse og på medmenneskelig tilnærming. Forskingen viser også at kvinner har ulike vurderinger av helsetjenestene enn det menn har (Grøndahl et al., 2011). Foss (2002) fant i sin forskning at kvinner var mer opptatt av mellommenneskelige dimensjonen og prosesser, enn det menn var; de var mer opptatt av resultatene og den medisinske dimensjonen. Hun fant også ut i sin forskning, at kvinner har behov for å fortelle det de mener er viktig, eksempelvis å gi tilbakemelding på sine frustrasjoner. Forskingen hennes viste også, at eldre kvinner hadde negative erfaringer som ikke kommer fram gjennom spørreskjemaundersøkelser. Yngre kvinner var mindre tilfredse enn eldre kvinner. Det er mulig dette er knyttet til at yngre pasienter har inntatt en mer aktiv rolle i sitt behandlingsforløp. Yngre pasienter har mer utdanning og stiller mer krav i forhold til eldre pasienter (Foss, 2002).

Dette stemmer med tidligere undersøkelser vedrørende alder der det er funnet at eldre pasienter er mer fornøyd enn yngre, vedrørende sykehus behandlingen (Sitzia & Wood 1997; Carr - Hill 1992). Andre undersøkelser har også funn på at det ikke er noen klar sammenheng mellom kjønn og pasienttilfredshet (Larsson, Larsson & Starrin 1999). Annen forskning viser også at alder er en viktig faktor i pasienttilfredsmålinger (Jenkinson et al., 2002; Rahmqvist

2001). Eldre pasienter synes å vurdere kvaliteten høyere enn det yngre pasienten gjør (Grøndahl et al., 2011). Hastegrad synes å ha en betydning for pasienters vurdering av kvaliteten på helsehjelpen som gis, da pasienter som er innlagt planlagt har fått mer informasjon om sin sykdom og behandlingsforløp. Ofte har ulike sykehusavdelinger egne prosedyrer på innlagte pasienter. Så mye tyder på at disse pasientene er bedre forberedt (Arnetz & Arnetz 1996; Grøndahl, 2012).

## 1.4 Sykepleie og kvalitet

Florence Nightingale (1820-1910), kjent av mange som en som ønsket å holde en god kvalitet innen sykepleie, og som argumenterte for dette, fordi hun forutså viktigheten av god orden på omgivelsene, og orden og kunnskap hos sine sykepleiere, og et godt lederskap. Hun mente at sykepleierne skal ha god kvalitet på den gjerning de utfører, og holde god orden på utstyr som brukes. Hun understreker i sin litteratur viktigheten av å ha god hygiene og ren luft som midler for å hjelpe pasientene til å friskne til, eller å bli helbredet fra sykdom. Nightingale kom fra en velholden familie, og var god til å dokumentere og å føre statistikk, hun hadde en evne til analysering, tanker om hva som kan være den bakenforliggende årsak til problemet. Hun beskriver i sine notater vedrørende Krimkrigen, at på grunn av sykepleierens mangelfulle dokumentasjon og manglende observasjon inntraff det uønskede hendelser med pasientene. Hun oppdager blant annet at det dør mange flere på en avdeling enn på en annen. Hun finner ut at det ligger døde dyr i vannkilden til sykehuset. Hun sørger for at smitekilden blir fjernet, og reduserer dermed dødsfallene betraktelig og redder dermed livet til mange soldater. Nightingale skrev flere verk om sykepleie og var opptatt av kvalitet i yrket. Hun beskrev kvaliteten i sykepleien fra sykepleierperspektivet. Hun beskrev at formålet med god observasjon, dokumentasjon og nøyaktighet, var å redde liv og å bedre helsen for pasienten. (Skretkovich, 1997; Nordtvedt, 1998).

## 1.5 Sykepleiers kompetanse til den kritisk syke pasient

Nordtvedt (1998) viser til det å utvikle sykepleiekliniske metoder for å gi sykepleie ved ulike sykdomstilstander. Han påpeker at sykepleieren må ha god og grundig kunnskap om medisinske tilstander og god kjennskap til sykdomslære. Det å gi god sykepleie, betyr å bruke denne basiskunnskapen til å forstå pasientens symptomer og se etter tegn som en blir oppmerksom på. Dette kan bidra til at sykepleieren kan gjøre en helhetsvurdering, som igjen fører til at sykepleieren bedre kan koordinere og assistere den medisinske behandlingen. Deretter følger det å observere virkningen av behandlingen, og vurdere eventuelle forandringer i pasientens tilstand. Alt dette i ett tett samarbeid med andre faggrupper (Nordtvedt, 1998).

En viktig side av å utøve sykepleie er den medmenneskelige siden ved sykepleien. Nordtvedt (1998) kaller dette sykepleieetikken grunnlag. Sykepleieren kommer tett inn på pasient og pårørende, og med sin administrasjon og kunnskap om medikamentell behandling og virkningen av denne, kan hun eller han være tilstede hos pasienten og gi støtte, kanskje i form av empati, medfølelse og forståelse i situasjonen. Sykepleieren kan hjelpe pasienten og iverksette tiltak slik at den syke kan få hjelp med sitt ubehag og sine plager (Nordtvedt, 1998).

Intensivsykepleieren har også forpliktelser i forhold til sitt yrke, til faglig oppdatering. I punktene til funksjonsområdene til intensivsykepleieren så er det presisert at intensivsykepleieren deltar i utarbeidelse og gjennomføring av kvalitetssikringsrutiner. Intensivsykepleieren skal også påse at pasienten ikke blir påført skade og forebygge komplikasjoner. Intensivsykepleieren skal bidra til evaluering av gjeldende sykepleiepraksis (Norsk sykepleierforbunds landsgruppe av intensivsykepleiere [NSFLIS], 2002).

Nordtvedt et al.(2008) gir en definisjon av kunnskapsbasert sykepleie, der pasientens medvirkning er beskrevet som: ”Å utøve kunnskapsbasert sykepleie er å ta sykepleiefaglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker i den gitte situasjon” (Nordtvedt et al., 2008, s.15).

Intensivsykepleieren skal kjenne til og bruke de gjeldende retningslinjer og lover, og passe på at pasientens autonomi og rettigheter blir ivaretatt. Både de juridiske og de yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere skal ligge til grunnlag for dette. For å sikre dette, er det laget en funksjonsbeskrivelse for intensivsykepleiere som ble vedtatt på Norsk sykepleier forbunds generalforsamling for spesialsykepleiere i intensivmedisin (NSFFLIS 2002).



Intensivsykepleierens funksjonsbeskrivelse sier: ”intensivsykepleie skal ytes på grunnlag av kunnskaper, ferdigheter og holdninger og pasientens opplevelser, ressurser og behov”

(NSFLIS 2002). Under punkt 4. i den lindrende funksjon står det blant annet:

”Intensivsykepleieren skal begrense omfanget og styrken av belastninger pasienten vil kunne oppleve i forbindelse med sykdom, skade og behandling. Målet er at pasientens krefter skal knyttes til helbredende prosesser, mestring av livssituasjoner og at stress, smerter og ubehag reduseres eller fjernes”(NSFLIS, 2002).

### 1.5.1 Sykepleie til den postoperative pasient

I en spesialavdeling som en oppvåkningsenhet er, kreves det at intensivsykepleieren innehar spisskompetanse på sykepleie til akutt kritisk syke pasienter, men også kunnskap som omhandler generell postoperativ sykepleie. Det er ofte kompleksiteten i slike avdelinger som krever den spesialkompetanse som intensivsykepleieren har. Kompetanse i dette henseende vil være å ha kunnskap og ha handlingsberedskap til å handle selvstendig, og i samarbeid med andre profesjoner. Dette krever kunnskap, ferdigheter og gode holdninger (Nordtvedt et al., 2008). Sykepleieren som har ansvar for pasienten, har ansvar for å overvåke pasientens kliniske tilstand, lindre og behandle pasientens smerter og ubehag etter gjeldende retningslinjer og prosedyrer i avdelingen. I intensivsykepleierens funksjon står dette beskrevet under punkt 2.4.2, d). Intensivsykepleierens behandlende funksjon innebærer at hun administrerer medisinsk behandling etter instruks eller ved delegering fra ansvarlig lege (NSFLIS, 2002). Hver enkelt pasient er unik og må bør bli møtt som et unikt individ av sykepleier. Det er av viktighet at sykepleier har god kunnskap om generell anatomi og fysiologi. Pasienten har vært igjennom et kirurgisk traume. Det er av betydning at sykepleier kjenner bakgrunnsinformasjon (fra medisinsk journal), for å danne seg et bilde av pasienten, og hvilken type kirurgi og kirurgteknisk metode som pasienten har vært gjennom. Dette fordi dette kan påvirke pasientens postoperative opplevelse av smerte og ubehag (Tønnesen, 1996; Guldbrandsen & Stubberud, 2005).

Det er stor pasientflyt i oppvåkningsavdelinger på store sykehus i Norge, og flere sykehus har innført postoperative kriterier eller retningslinjer for å kvalitetssikre pasientens postoperative forløp. En pilotstudie ved rikshospitalet i Oslo viser at ved å innføre slike kriterier og bruke disse objektivt, vil pasientene kunne få en bedre individuell tilpassing av hvor mye ressurser som brukes (Alfheim & Laake 2008).

Dansk Selskap for Anestesiologi og Intensivmedisin (2011), har utarbeidet postoperative utskrivingskriterier som blir brukt på flere sykehus i Danmark. Dokumentasjon av kriteriene kan gjøres i papirform eller elektronisk i pasientjournal. Pasientene blir skåret etter bestemte, objektive kriterier ved ankomst, underveis og ved antatt utskrivning til moderpost.

Det registreres parametere som: Sedasjon, respirasjon, oksygensaturasjon, blodtrykk, puls, smerte, kvalme, motorikk, timediurese, og temperatur; totalt ti kategorier. Pasienten skåres tre ganger i løpet av oppholdet hver enkelt kategori gir poeng fra 0-3 ut fra pasientens objektive tilstand. Laveste poeng tilsier at pasienten som er innenfor kriterier til utskrivning og totalsum er  $\leq 4$ , enkeltskåringer for enkelt kategorier  $\leq 1$  Når pasienten er ferdig observert og klar til overflytting til vanlig sengeavdeling, gir pasientansvarlig sykepleier skriftlig og muntlig rapport til de som overtar pasienten. De får adekvat informasjon som omhandler pasientens postoperative forløp (Dansk Selskap for Anestesiologi og Intensivmedisin 2011).

### **1.5.2 Den postoperative pasientens behov for informasjon**

Det å gjennomgå en operasjon er et traume for kroppen, og kroppslige reaksjoner på stress er normalt. Flere studier viser at når pasienter får preoperativ informasjon så minsker dette stressnivået, og pasienten mestrer den postoperative fasen bedre. Dette kan igjen forberede pasienten, slik at den postoperative fasen kan bli mest mulig optimal, og at stressrelaterte faktorer kan minske, slik at smerteopplevelsen kan minimeres, og hvile og søvn kan optimaliseres (Hankela, Kiikkala, 1996; Moesmann & Kjøllestad 1998). Undersøkelser viser også at mangel på informasjon vil påvirke pasienten direkte, med økt engstelse og stress som følge (Holmes, 2005). For mye og for detaljert informasjon, kan igjen føre til negativ og ugunstig helseeffekt. På den andre siden kan for mye og detaljert informasjon også føre til økt engstelse. Informasjonen må derfor tilpasses den enkelte pasient (Holmes, 2005)

Undersøkelser viser også at pasienter trenger mindre smertelindring når de har fått god adekvat informasjon gjerne i skriftlig form. Spesielt ved store inngrep som eksempelvis gastrologiske og gynekologiske (bløtdelskirurgi) inngrep, er det vist at det forenkler den pre-, og postoperative fasen for pasienten under sykehusoppholdet (Fossum et al., 2003).

Den samme undersøkelsen viser at med god preoperativ informasjon, og at pasienten får tilbud om å bruke Pasientstyrt analgesi også kaldt PCA så forenklet dette pasientens opphold postoperativt (Fossum et al., 2003).

Walker (2007) viser til flere studier som er relatert til postoperative smerter og pasienttilfredshet, som viser at når pasientene får informasjon som omhandler deres behandling og pleie, så forenkler det deres muligheter til å ta avgjørelser og viktige valg i forbindelse med kirurgi. Undersøkelsen viser også at den skriftlige informasjon som pasienten får preoperativt, kunne forenkle den preoperative informasjonen (Walker, 2007; Fossum et al., 2003).

Helseforetakende har plikt til å gi informasjon til pasienten. Dette framgår av spesialisthelsetjenesteloven § 3-11. Her framgår det at informasjonens form og innholdet i informasjonen skal gis; ” i forhold til pasientens forutsetninger” (Lov om spesialisthelsetjenesten 1999). Dette bekreftes også av lov om pasientrettigheter § 3-5. Her framgår det at informasjonen skal gis på en så hensynsfull måte at det tas hensyn til individuelle forutsetninger som alder, modenhet, kultur, språk, og erfaring. Dessuten skal den som gir denne informasjonen forsikre seg om at informasjonen er forstått med tanke på innhold og hva dette betyr. Hvem er det som skal gi denne informasjonen til pasienten? Lovverket sier at ”den som yter helsehjelp skal gi informasjon.” Ut fra dette er forståelsen at spesialsykepleiere også innehar en plikt til å gi informasjon til pasienter (Lov om pasient- og brukerrettigheter § 2-5 og §.10; 1999; Lov om Spesialisthelsetjenesten 1999).

Forskning viser også at når pasienter får tilpasset informasjon individuelt så gir dette større grad av pasienttilfredshet enn om pasientene får en generell informasjon. Mangel på individuell informasjon kan føre til at pasienten kan oppleve at de ikke er deltagende i behandlingen. Pasienter ønsker å bli sett på som individer og ønsker en ærlig og spesifikk informasjon som omhandler behandlingen og forløpet i behandlingen (Eldh, Ekmann & Ehnfors 2006).

### **1.5.3 Postoperativ lindring av smerte og ubehag.**

Smerte er beskrevet som en subjektiv og personlig opplevelse:” smerte er en ubehagelig og sensorisk og følelsesmessig opplevelse knyttet til truende eller vevsødeleggelse, eller beskrevet som slik ødeleggelse” (Merskey & Bogduk 1994). Hvordan smerteintensitet oppleves og hvilken karakter denne har vil være ulikt fra pasient til pasient. Caffery (1972) belyser at ”smerte er det som personen sier at det er, og den eksisterer når personen som

opplever smerte sier at han har smerte”(Caffery, 1972 s. 8). Smerteopplevelsen vil være påvirket av hvilken type kirurgi, og kirurgteknisk metode pasienten har vært gjennom. Ved kirurgi vil smerten være en sensorisk respons på det kirurgiske inngrepet,

Det å ha gjennomgått et kirurgisk inngrep er et traume som er påført kroppen og smerten har derfor en hensikt og er en konsekvens av dette traume.(Moesmann & Kjøllestad 1998).

Smerteopplevelsen har psykiske og emosjonelle sider, der pasienten kan oppleve bekymring, angst, depresjon, usikkerhet, og søvnvansker. Derfor er det av stor betydning å lindre smerten raskt hos nyopererte pasienter. Effekten av mangelfull smertelindring kan få alvorlige fysiske og mentale konsekvenser og vil kunne påføre pasienten stress og postoperative komplikasjoner. Pasienten kan bli immobil, som igjen fører til forlenget sykehusopphold. Her kan nevnes respiratoriske komplikasjoner som atelektase og lungebetennelse, Cardiovaskulære komplikasjoner som kan føre til infarkt, Gastrointestinal komplikasjoner med kvalme, oppkast og paralytisk tarm. Samt nyre og urinveiskomplikasjoner: urinretensjon, oleguri (Tønnesen 1996; Moesmann & Kjøllestad 1998). Flere sykehus bruker ulike verktøy for å hjelpe med vurdering av smerter. Her utføres en smertevurdering i form av NRS (Numeretic Rate Scale), eller med VAS (Visuell Analog Skala), med tall skala fra 0-10 der 0 er ingen smerte og 10 er den verst tenkelige smerte (Tønnesen, 1996;Caffery & Beebe 1996).

En viktig del av sykepleiens funksjon, er å lindre pasientens ubehag, og går også på å forebygge stress, ved å tilstrebe en rolig og god atmosfære og hindre at det er unødvendig støy, som kan forstyrre pasienten. Det kan være støy fra medisinsk teknisk utstyr, it utstyr som avgir støy, eksempelvis en overvåknings skjerm med alarmer som piper, personal som er høyrøstet, eller forefallende arbeid, som åpning av emballasje.

Anbefalt støynivå på dagtid er 45 desibel (dB) på dagtid og 20-30 dB på natten. Ved å fjerne eller redusere støyfaktorer så fremmer man velvære hos pasienten, og kan dermed redusere stressfaktorer hos vedkommende (Guldbrandsen & Stubberud, 2005).

En nasjonal undersøkelse gjort på 14 norske sykehus viser til at 43 % av pasientene (n=215) vurderte smerte som det symptomet som var det mest plagsomme, den første postoperative dagen. Elleve prosent opplevde en smerteintensitet på over 4 (VAS) og 20 % av pasientene anga at de hadde mer smerter, enn de hadde forventet (Fredheim et al., 2011).

Dihle (2007) viser i sin doktoravhandling at pasienter får for dårlig smertelindring etter kirurgi, postoperativt. Omkring halvparten av pasientene i en undersøkelse utført i et norsk sykehus i Osloregionen, ved ortopedisk sengepost, rapporterte om at de ikke fikk tilstrekkelig med smertelindring de første postoperative dagene.

Tall fra 2001-2008 bekrefter at det ennå er behov for å forbedre smerteregime til postoperative pasienter. En utenlandsk studie viser at pasientene er underbehandlet og at det er manglende kunnskap, og dårlig system for behandling av postoperative smerter. 50 % av pasientene fikk for lite, og mangelfull oppfølging når det gjaldt smertelindring.

Undersøkelsen viste at sykepleier har en sentral rolle i pasientens smertelindring med tanke på emosjonell støtte, veiledning, og administrering av medikamentell behandling (Polomano et al., 2008).

#### **1.5.4 Pasientens ivaretagelse, personvern og pårørendekontakt**

Dette er presisert i de yrkesetiske retningslinjer 2,6 til Norsk Sykepleierforbund (2011), der sykepleieren skal sørge for at personvernet blir ivaretatt, der det står: ” sykepleieren ivaretar pasientens rett til vern om fortrolige opplysninger ”(Norsk Sykepleierforbund [NSF] 2011).

En sentral rolle for spesialsykepleieren er å formidle trygghet, og se til at pasientens kan oppleve at dens interesser blir ivaretatt. Det og ”å ivareta” betyr ifølge norsk synonymordbok; det å ta vare på, beskytte, passe på, eller dra omsorg for” (Gundersen, 1996).

Dette innebærer å se pasienten som helhet og gi omsorg på en slik måte at det gir en opplevelse av trygghet, og en opplevelse av å bli tatt vare på, på en faglig og en medmenneskelig måte. Under den lindrende funksjon til intensivsykepleieren (NSFLIS 2002) under punkt 4.3. b, står det:

Intensivsykepleieren skal begrense omfanget og styrken av belastinger pasienten vil kunne oppleve i forbindelse med sykdom, skade og behandling. Målet er at pasientens krefter skal knyttes til helbredende prosesser, mestring av livssituasjoner og at stress, smerter og ubehag reduseres eller fjernes. Intensivsykepleieren har ansvar for å ivareta pasientens autonomi og integritet, og er kjent med og ivaretar pasientens rettigheter (NSFLIS 2002).

Det er viktig at pasienten opplever at han eller hun blir ivaretatt som den unike personen vedkommende er, og opplever å bli ivaretatt både på en faglig og en mellommenneskelig

måte. Undersøkelser viser at pasienten kan oppleve at sykepleier ikke har tid til han som individ (Sjetne et al., 2009).

En kvalitativ undersøkelse fra Finland i 1996 som to sykepleiere, Hankela og Kiikkala, utførte, viste at pasientopplevelsene som omhandlet trygghet eller utrygghet var de viktigste opplevelsene, som pasientene vektla. Tryggheten eller utryggheten relaterte de til følgende områder:

- ✓ om det kirurgiske inngrepet var vellykket
- ✓ selvbestemmelse og integritet
- ✓ omgivelsene
- ✓ sykepleiernes handlinger og væremåte

Denne studien viser til ortopediske pasienter som har operert inn nytt hoftелеdd utført i spinalanestesi med epidural smertelindring postoperativt (Hankela og Kiikkala 1996).

Pasientens pårørende har ofte behov for å ha kontakt med pasienten eller med personalet i avdelingen. Pasientrettighetsloven har sikret pasienten rettigheter i forhold til dette ( Lov om pasientrettigheter 1999). Årsaken til pårørendekontakt kan være flersidig, men hovedårsaken er ofte, at de er oppriktig er bekymret for, hvordan pasientens tilstand er, hvordan operasjonen har gått, og om det har gått greit. Pårørende trenger informasjon fordi de ønsker å gi sin støtte til pasienten (Moesmann & Kjøllestad 1998). Hvem regnes som pårørende?” lov om pasientrettigheter ”(1999) sier at ektefelle, registrert partner, de som lever i ekteskapslignende / partnerskapslignende samboerskap med pasienten, myndige barn, foreldre, besteforeldre, eller andre familiemedlemmer som står pasienten nær. I tillegg kommer verge eller hjelpeverge. Lovverket sier at den som pasienten sier er pårørende, er den som skal regnes som (pasientens) pårørende (Lov om pasient og brukerrettigheter 1999,§3; 1-3).

Sykepleier kan bidra til at pårørende får den informasjonen de trenger blant annet ved å bidra til at lege samtaler med pårørende. Sykepleier kan møte pårørende som personer og gi informasjon som er innenfor sitt mandat i forhold til lovverket, og de yrkesetiske retningslinjer der det blant annet står at; ” sykepleieren bidrar til at til at pårørendes rett til informasjon blir ivaretatt” (Norsk sykepleieforbund 2011). Jamfør pasientrettighetsloven § 3-3 ”Dersom pasienten samtykker til det eller forholdene tilsier det, skal pasientens nærmeste ha informasjon om pasientens helsetilstand og den helsehjelp som ytes” (lov om pasient og brukerrettigheter 1999).

## 1.6 Studiets avgrensning

Høgskolen retningslinjer for masterstudie beskriver at masteroppgaven baseres på klinisk rettede studier fra praksis, og faller naturlig inn i Høgskolens i Gjøvik (2010) satsningsområder for kliniske rettede studier som omhandler kvalitet i sykepleieprosessen (Høgskolen i Gjøvik, 2010).

Den postoperative pasienten er i en sårbar situasjon og prisgitt sykepleiers kompetanse og kunnskap innen dette fagfeltet. Det er utført flere pasientundersøkelser som omhandler kvaliteten på behandling som pasienten får i spesialisthelsetjenesten. Undersøkelser som omhandler postoperative pasienters erfaring fra sengepost viser at pasientene gir tilbakemelding på flere områder som kan forbedres og, hvor det kan brukes ressurser for å forbedre pleien. Litteraturgjennomgangen viser faktorer som påvirker pasientens opplevelse av helsevesenet, for eksempel manglende smertelindring på postoperative smerter (Dihle et al., 2006; Fredheim et al., 2011). Pasienter ønsker; å få relevant informasjon, som omhandler deres behandling og pleie, å bli sett og møtt som individer, og å få være mer delaktig i sitt eget behandlingsforløp (Donabedian 1980; Grøndahl, 2012).

Litteraturgjennomgangen viser dessuten at det er utført flere undersøkelser som omhandler pasientens opplevelse av kvalitet på den helsetjenesten som blir gitt (Pettersen, Hofoss., & Sjetne, 2003; Foss, 2002). Ved gjennomgang av tidligere studier som omhandler pasientens erfaringer på postoperativ sykepleie, er det i arbeidet med dette studiet ikke funnet undersøkelser som tar for seg den voksne pasients opplevelser, fra den første postoperative fasen (Dihle, 2007; Grøndahl, 2012)

Det er viktig å synliggjøre den nyopererte pasientens opplevelse av postoperativ sykepleie med fokus på informasjon, lindring av smerte og ubehag, personalets kompetanse, ivaretagelse, personvern og kontakt med pårørende. Det kan også være av betydning å studere om det er forskjell mellom pasientens opplevelser i forhold til kjønn og alder, og om det er forskjeller mellom planlagt eller akutt kirurgi. Denne kunnskapen som kommer frem, kan bidra til å øke kunnskap, som igjen kan forbedre kvaliteten av postoperativ sykepleie.

Målet er å få ny kunnskap om den postoperative pasientens opplevelse på kvaliteten på helsehjelpen som gis de første postoperative timene, derfor stilles følgende spørsmål.

## 2.0 Problemstilling og hensikt med studiet

Hvordan opplever den postoperative pasienten kvaliteten på postoperativ sykepleie?

Hensikten med studiet var å undersøke den nyopererte pasientens opplevelse av kvalitet på postoperativ sykepleie i den første postoperative fase. Samt å sammenlikne pasientopplevelser i forhold til kvalitet i til kjønn, hastegrad for kirurgi og ulike aldersgrupper.

Med spesielt fokus på

Hvilke opplevelser har pasienten på informasjon?

Hvilke opplevelser har pasienten på lindring av smerte og ubehag?

Hvilke opplevelser har pasienten angående, personalets kompetanse, ivaretakelsen, personvernet og pårørende kontakt?



## 3.0 Metode

### 3.1 Design

I denne studie er det et mål å undersøke pasienterfaringer som omhandler kvalitet på postoperativ sykepleie fra den første postoperative fasen. Studiedesignet gir mulighet til å samle inn og beskrive materialet av en definert populasjon, på en planlagt måte som er definert på forhånd. Studiedesignet som er valgt for denne kvantitative metoden er tverrsnittstudie. Dette innebærer at det blir gjort en måling. Designet gir også mulighet til å utforske sammenhenger mellom ulike variabler, noe som også er målet i denne undersøkelsen der det undersøkes om det er forskjeller på pasienters opplevelser av kvalitet i forhold til kjønn, hastegrad for kirurgi og aldersgrupper (Jacobsen 2005; Polit & Beck 2008).

### 3.2 Utvalg

Utvalget i undersøkelsen består av 524 voksne pasienter som har vært igjennom ulik type kirurgi og er i postoperativ seksjon, ved et sykehus i helse sørøst i Norge. Utvalget er hentet fra en generell postoperativ avdeling. Inklusjonskriteriene var: At pasientene var fra 18 år og at de kunne besvare et spørreskjema på norsk. Eksklusjonskriterier var: Pasienter som ikke har samtykkekompetanse, barn under 18 år, traumepasienter, medisinske pasienter som er til observasjon, pasienter som ikke behersker norsk som skriftspråk, samt pasienter som ikke ønsker å delta.

Den postoperative pasienten som var ferdigbehandlet i postoperativ seksjon og var klarert ut av avdelingen etter gjeldende retningslinjer, ble informert om spørreundersøkelsen og spurt om deltakelse av pasientansvarlig sykepleier. Ved samtykke til deltakelse fikk pasienten informasjonsskriv, (vedlegg 1) spørreskjema, (vedlegg 2) og adressert returkonvolutt med seg til sengeposten.

### 3.3 Spørreskjema

Et spørreskjema er utviklet for dette studiet, utført i hovedsak av forfatter og kvalitetsrådgiver i avdelingen med inspirasjon fra kollegaer, pasienter, kontakt med forsker fra kunnskapssenteret og eksperthjelp fra forskningssenteret Helse Sør - Øst. Prosjektet er et eget prosjekt i avdelingen og forfatter har vært aktivt med i denne prosessen. Prosjektgruppen har bestått av tre medlemmer.

Det lyktes ikke å finne et spørreskjema som var designet for generelle postoperative pasienter, men det er hentet inspirasjon fra skjemabanken ved kunnskapssentret. Det er sett på spørreskjema fra dagkirurgiske senter i Norge. Det har vært gjennomgang av vitenskapelig litteratur, artikler og rapporter for utvikling av dette.

Den praktiske prosessen med å lage spørsmål ble gjort i flere omganger. I avdelingen ble det holdt idédugnad ved postitlapper og ark på vaktbord ved morgenmøter og ved personalmøter. Forfatter har hatt ansvaret for det meste av dette arbeidet. Etter mange runder fram og tilbake med personalgruppen og prosjektgruppen, samt etter uformelle samtaler med pasienter, ble spørsmålene dannet.

Spørreskjemaet ble deretter presentert til åtte tilfeldig valgte pasienter med ulike kirurgiske diagnoser. Det var fem kvinner og tre menn. Pasientene kom med konstruktive tilbakemeldinger, vedrørende innhold, språklige formuleringer samt forståelsen i spørreskjema.

Etter denne tilbakemeldingen ble det gjort endringer på skjemaet. Deretter ble første pilotundersøkelse utført med 20 pasienter. Dette resulterte i at det ble lagt til to spørsmål i spørreskjemaet. Etter den andre pilotundersøkelse med 30 pasienter, ble det gjort små endringer på layout på skjemaet, før det ble brukt i undersøkelsen (vedlegg 2).

Spørreskjema inneholder 26 spørsmål som pasientene skal svare på ved avkryssing.

Spørreskjema inneholder tema som omhandler:

- preoperativ informasjon om narkose, kirurgisk prosedyre, preoperativ smerte (13 spørsmål)
- postoperativ smerte og ubehag (7 spørsmål)
- pårørende kontakt (2 spørsmål)
- opplevelse av ivaretagelse, personvern og personalets kompetanse (4 spørsmål).

I tillegg er det to bakgrunnsspørsmål som kjønn og alder, og (18-39, 40-59, 60-79, og  $\geq 80$ ) fyller pasientene selv ut (Vedlegg nr 2). Pasientansvarlig sykepleier fyller i fire spørsmål om vaktkoder, hastegrad til kirurgi, operasjonstype og romplassering. Det er knyttet usikkerhet til to spørsmål i undersøkelsen. De er oppfølgingsspørsmål. Det første er om det er støy og, hvilken type støy som er plagsom. Det siste spørsmålet er om pårørende kontakt med personalet i avdelingen. Det kan synes som spørsmål formuleringen av oppfølgingsspørsmålet er blitt misforstått (vedlegg 2). Har imidlertid valgt å ta med hovedspørsmålene i analyseringen av undersøkelsen. Dette fordi min tolking av dette er, at hovedspørsmålet gir en viktig pekepinn på innholdet i opplevelsen til pasienten.

### 3.4 Datainnsamling

Hovedundersøkelsen fant sted fra våren 2010 (april, mai juni), til høsten, fra slutten av august til begynnelsen av oktober 2010. Alle sykepleiere i postoperativ seksjon har vært med i prosessen med utdelingen av skjemaene. De er informert via skriftlig og muntlig informasjon i avdelingen, på personalmøter, arbeidsstasjoner og via e-post.

Pasientene er informert via infoskriv og plakater på kirurgiske poliklinikker og på sengeposter i alle kirurgiske avdelinger på sykehuset. Pasienten ble spurt av pasientansvarlig sykepleier før de forlater postoperativ seksjon om de vil delta i undersøkelsen. De pasientene som ville delta, fikk informasjon om studie, spørreskjema og returkonvolutt med seg til moderposten. Pasienten leverer det ferdig utfylte spørreskjema til postsykepleier eller til sekretær på moderpost etter å ha lagt denne i adressert konvolutt som sendes i intern post i sykehuset til forfatter.

Det ble vektlagt at spørreskjemaene ble innsamlet på samme måte hos alle deltakerne. Dette besvares anonymt, det er ingen koding på skjemaene, derfor er det ingen mulighet å purre på deltakerne i undersøkelsen. Av 524 utdelte skjema ble 338 skjema besvart. Mange av de besvarte skjemaene var ikke fylt ut korrekt av pasientansvarlig sykepleier. Det manglet informasjon om vaktkoder, hastegrad for kirurgi og operasjonstype og rom plassering. I tillegg til dette, har en pasient ikke krysset av for hvilket kjønn han eller hun tilhørte. Mange pasienter har heller ikke krysset av for etnisk bakgrunn.

### 3.5 Dataanalysen

For å analysere materialet er det benyttet statistikk program som verktøy, "Package for Statistical the Social Sciences" (SPSS), versjon 15. Der alle data fra undersøkelsen ble lagt inn. Forfatter og kvalitetsrådgiver i avdelingen la inn datamaterialet i SPSS og kontrollerte at dette ble gjort på forsvarlig måte begge har gått på kurs for å få innføring i bruk av SPSS. Deskriptiv statistikk i form av frekvenser, prosent, middelerverdi og standardavvik er brukt. (Christophersen, 2009; Bjørndal og Hofoss, 2010). Svar skalaer på ordinalt nivå i spørreskjemaet er slått i sammen fra seks til fire svaralternativ (ikke i det hele tatt, i liten grad/noen grad, i stor/svært stor grad og vet ikke).

For å analysere om det er forskjeller mellom undergrupper (kjønn, hastegrad for kirurgi, og aldersgrupper) er ikke parametriske tester brukt. Kji-kvadrat test er brukt for å analysere forskjell mellom variabler på nominal nivå. Kruskal Wallis test (tre grupper) og Mann Whitney U test (to grupper) er brukt for variabler på ordinal nivå. Signifikansnivået i undersøkelsen er satt til  $p < 0,05$  (Bjørndal & Hofoss 2010).

Ved analysering av det innsamlede materialet ble det oppdaget at det er spørsmål som pasienten har svart noe motstridende på, det tolkes som pasienten har misforstått spørsmålet et spørsmål som har oppfølgingsspørsmål som kommer etterpå. Det er valgt å fjerne dette i analysen. Dette gjelder spørsmålet om preoperativ smertelindring, der pasienten blir spurt om han har tatt smertestillende mer enn to uker.(spørsmål 12, vedlegg 2). Spørsmålet var et oppfølgingsspørsmål av foregående spørsmål, om pasienten tok smertestillende hjemme. Vedrørende spørsmålet om etnisk bakgrunn er det heller ikke gjort noen analyser på grunn av manglene utfylling. Hovedspørsmål om støy og om pårørende er tatt med i analysen oppfølgingsspørsmålene er ikke tatt med på grunn av at pasientene mulig har missforstått oppfølgingsspørsmålet. Derfor vektlegges ikke disse i noen særlig grad i vurderingen.

### 3.5 Validitet og reliabilitet

I henhold til Polit og Beck(2008) gir ”face” validitet en subjektiv opplevelse av den som ser skjemaet. Validiteten går ut på hvordan leseren av spørreskjemaet vurderer det visuelle han ser. Hvordan ser skjemaet ut? Ser skjemaet oversiktlig ut, gir det er ”godt” inntrykk for leseren? Ved et godt og innbydende utseende er det lettere å invitere til å være deltager i en undersøkelse (Ringdal, 2001;Polit & Beck 2008).

Innholdsvaliditeten er i følge Polit og Beck (2008) et mål på om innholdet holder seg til hensikten med studien. Innholdsvaliditeten vurderer innholdet på spørreskjemaet relevans og betydning. Er spørsmålene i undersøkelsen representativ ut fra det vi ønsker å få svar på? Ved arbeidet med denne undersøkelsen har kollegaer, pasienter og eksperter gitt tilbakemeldinger på innhold og utseende.

Ved konstruksjon av spørsmålene var det viktig at skjemaet var lesbart at det hadde et godt språk. Her har prosjektgruppen fått hjelp fra eksperter på området fra forskningssentret helse Sør- Øst, fra kollegaer i sykehuset, internt i avdelingen og eksternt. Det er jobbet med språket vedrørende spørsmålsformuleringen, det er lagt vekt på å ha enkle spørsmål. Innholdet vedrørende spørsmålene er forevist åtte kirurgiske pasienter i uformelle samtaler før hovedundersøkelsen. Viktigheten var å lage et spørreskjema som ikke var for komplisert og for stort for deltakeren. Samtidig var det viktig å lage et skjema som kunne gi sykepleietjenesten kunnskap om hvordan den postoperative pasienten opplever kvaliteten på helsehjelpen som gis den første postoperative fasen

Det er hentet inspirasjon fra andre undersøkelser som er gjort tidligere i Norge og i Norden. Pas opp undersøkelsen ”Reskva”, og fra undersøkelser ved dagkirurgiske sentra i Norge. Disse redegjøres det for ved kunnskapssentret (2011), under overskriften ”kunnskapssenterets skjemabank, verktøy, og kvalitetsforbedring ” (Holmboe et al., 2011).

I følge Dragset og Ellingsen (2009) handler reliabiliteten om funnene i undersøkelsen er konsistente og om de er pålitelige Er deltakerne godt nok informert om studiens hensikt, er planlegging god nok. Indre konsistens er det overensstemmelse mellom de ulike spørsmålene i skjemaet. Skjemaet til denne undersøkelsen er lokalt utviklet og brukes første gang på så stor populasjon. Derfor var det av viktighet at dette ble testet på forhånd både pga den praktiske gjennomføringen men også på bakgrunn av om skjema trengtes modifiseringer. Det ble derfor gjennomført pilottestinger av skjemaet i to omganger.

Polit og Beck (2008, s 213-214) framhever at pilotstudie er en testkjøring av undersøkelse med et mindre antall deltakere. Altså å teste den planlagte metoden i liten skala før en større undersøkelse startes. Hensikten med dette er å vurdere om den fungerer rent praktisk. Deretter å justere det som trengs i forhold til hovedundersøkelse. Hensikten er ikke å svare på innholdet i forskningsspørsmålene ved pilottesten (Polit & Beck 2008).

## 4. 0 Forskningsetikk

Skriftlig søknad og godkjenning foreligger fra ledelsen i kirurgisk divisjon og fra personvernombudet på sykehuset. Regionalt etisk Komité (REK) har bedømt dette som et kvalitetsprosjekt, og etter deres regler er det ikke nødvendig med godkjenning fra dem. Imidlertid har det blitt forevist REK med tanke på senere publisering. Forskningsetiske aspekter er fulgt etter gjeldene retningslinjer på sykehuset og etter Regional etisk komité's regler (Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk 2012).

Alle data i studien er anonymisert, det er ikke hentet inn person opplysninger fra pasientjournal. Bakgrunnsopplysningene om hvilken type kirurgi pasienten har gjennomgått er hentet fra pasienten selv og den sykepleier som har ansvar for pasienten. Sykepleier fyller ut dette felt ved utdelingen av spørreskjema. Undersøkelsen er anonym det er derfor ingen mulighet å innhente noen form for persondata eller identifisering av respondentene som er med i studien. Studiet er frivillig og den som deltar samtykker dermed til at vi bruker opplysningene som fremkommer på skjemaet. Spørreskjema er blitt oppbevart før og etter bearbeiding i eget låst skap inne i avdelingen disse vil bli makulert etter gjeldene retningslinjer i sykehuset. Data fra disse er lagret i sykehuset ved forskningsenhetens server og er tilgjengelig fram til 2016, etter dette vil de bli slettet. Etter at skjemaene er mottatt er de oppbevart i et låst skap inne i avdelingen. Det er kun prosjektdeltakerne som har tilgang til skjemaene.

Innen sykepleieforskning er de vitenskapelige krav bygd på grunnleggende etiske prinsipper. Disse er nedfelt i de etiske retningslinjer som sykepleierne har. Disse prinsipper har sitt fundament i FNs Menneskerettighetene fra 1948 og Helsinkideklarasjonen som ble dannet etter siste verdenskrig. (Johannessen, et al., 2007; Ruyter 2003).

Sykepleieforskningen går ut fra etiske prinsipper om autonomi, om å gjøre godt, ikke å skade og til slutt rettferdighetsprinsippet. SSN - Sykepleierens samarbeid i Norden (2009) har utarbeidet etiske retningslinjer som er vektlagt i arbeidet med prosjektet det vises til disse etiske grunnprinsipper her. Prinsippet om autonomi, omhandler pasientens selvbestemmelses rett i forskningen. Deltakeren i prosjekter må inneha selvbestemmelsesrett, og det er av stor viktighet at pasientens valg til å delta eller ikke delta i undersøkelsen blir respektert. Det var viktig å informere pasienten at dette valget ikke vil påvirke den medisinske behandlingen pasienten videre i sykehusforløpet. Denne informasjonen ble gitt muntlig og i skriftlig. Den

praktiske delen av dette var å informere pasienten om prosjektet før avreise til sengepost og spørre om deltakelse. I tillegg var det hengt opp plakater som informerte om prosjektet på alle kirurgiske avdelinger, poliklinikker og ved anestesipoliklinikken der pasientene har sine preoperative samtaler med anesthesisykepleier (Sykepleierens samarbeid i Norden, 2009).

Prinsippet om å gjøre godt. Her ligger vurderingen om forskningen kan være til nytte. Nytte aspektet i prosjektet, er å få en større innsikt og en større forståelse hvordan den postoperative pasienten opplever kvaliteten på helsehjelpen som blir gitt når han er i postoperativ seksjon. Nytte verdien ved dette kan føre til endringer i sykepleie rutiner og føre til ytterligere forbedringer i planlegging og organisering av sykepleietjenesten i avdelingen. Dette kan senere komme andre pasienter til gode i behandlingen i den postoperative fasen.

Prinsippet om ikke å skade Pasientene som blir forespurt må kunne oppleve trygghet på at deres valg om å delta eller avstå til deltakelse spørreundersøkelsen, ikke vil påvirke behandlingen de får når de ligger i sykehuset. Dette er formidlet både muntlig og i skriftlig informasjon til pasienten. Prinsippet om rettferdighet. I undersøkelsen er det laget kriterier for hvem som kan spørres og det er laget eksklusjonskriterier. I undersøkelsen er det ikke med barn, de som deltar må ha samtykkekompetanse. Deltakere i undersøkelsen, må kunne beherske og forstå det norske språk. Årsaken er at man skal beskytte den svakes rettigheter. Her kommer også lovverket inn som gjelder for helse personell, lov om helsepersonell, §10a, og sykepleierens ansvar med tanke på forskning (Sykepleierens samarbeid i Norden, 2009; lov om Helsepersonell, 1999;).



## 5.0 Resultat

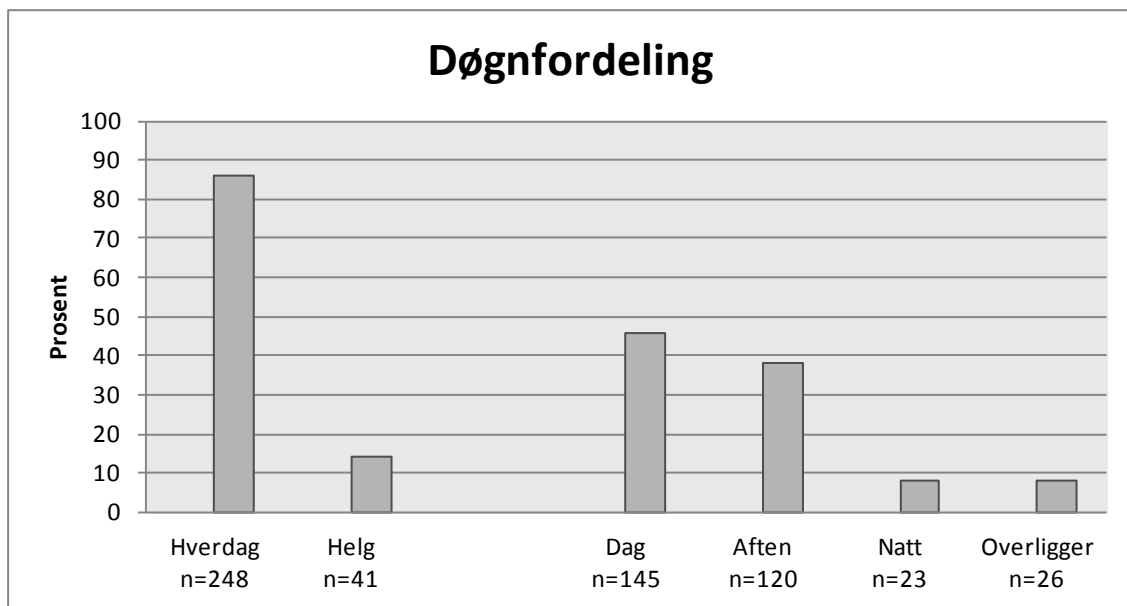
I denne delen av oppgaven presenteres resultatene fra spørreundersøkelsen. Først presenteres døgnfordelingen og hastegrad til kirurgi. Deretter presenteres resultatet på spørsmålene inndelt i følgende temaer, fra spørreskjemaet som vedrører den kirurgiske postoperative pasienten: pre-, -postoperativ informasjon, pre-, -postoperativ lindring av smerter og ubehag, personalets kompetanse, ivaretagelse og personvern. Det presenteres også pasientopplevelse i forhold til pårørende kontakt med personalet i avdelingen. Til slutt i resultatet presenteres forskjeller i pasientenes opplevelse i forhold til kjønn, hastegrad for kirurgi og aldersgrupper. Resultatene presenteres ved hjelp av tekst, figurer og tabeller. Resultatene som presenteres i prosent er ut fra de som har besvart spørsmålene, de som ikke har svart er ikke medregnet). Det er valgt og ikke å ha med desimaler i figurene, disse er avrundet til nærmeste hele tall. Som vedlegg presenteres resultatene laget i tabell 1-10, (Vedlegg 3).

Det er delt ut 524 spørreskjema til pasienter og det kom inn 338 svar. Dette gir en svarprosent på 65 %. Det var 59 % kvinner (n=198) og 41 % menn (n=139). I aldersgruppen 18-39 år var det 36 % (n=116) av pasientene som besvarte spørreskjemaet, i aldersgruppen 40-59 år 29 % (n= 96), og i gruppen 60 og over 35 % (n=114).

Mange av de besvarte skjemaene var ikke fylt ut av pasientansvarlig sykepleier. Det manglet informasjon om vaktkoder, hastegrad for kirurgi og operasjonstype og rom plassering. I tillegg til dette har en pasient ikke krysset av for hvilket kjønn han eller hun var. Flere av pasientene har ikke krysset av for alder og etnisk bakgrunn. Det er valgt å presentere resultatene fra de spørreskjemaene som var fylt ut av pasientene, selv om ikke pasientansvarlig sykepleier hadde fylt ut informasjon om vaktkoder, hastegrad for kirurgi, operasjonstype og romplassering.

## 5.1 Døgnfordeling, hastegrad og operasjonstype

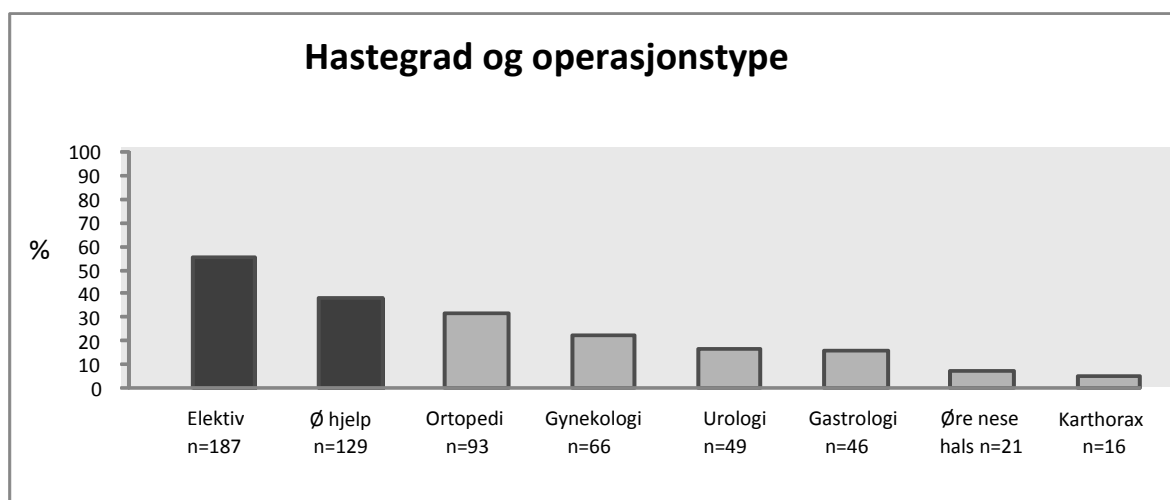
Figur 1 viser hvordan pasientene fordelte seg i løpet av døgnet. Det var flest pasienter på hverdager, og dette utgjorde 86 %, mens helgebelegget var 14 %. Operasjonsaktiviteten på dag og aften, utgjorde 84 %. Pasienter som ble operert på natt var 8 %. Pasienter som ble liggende over til neste dag (overliggere) utgjorde 8 %.



Figur 1. Pasienter fordeling på døgn og vakttider i prosent og antall.

Som vist i figur 2 var andelen pasienter som gjennomgikk planlagt kirurgi 57 % (n=187) mens øyeblikkelig kirurgi utgjorde knapt 39 % (n=129). Øyeblikkelig hjelp pasienter inkluderer både inneliggende pasienter i sykehuset der raskt behandling var nødvendig, og pasienter som kom direkte fra akuttmottaket til kirurgisk inngrep.

Totalt er det 86 % (n=291) pasienter som det er angitt operasjonstype på, mens 14 % (n=47) er ikke angitt operasjonstype. Figur 2 viser at det var størst andel pasienter som har vært gjennom ortopediske inngrep (32 %). Deretter kommer pasienter som har gjennomgått gynekologiske inngrep (23 %), urologiske inngrep (17 %), gastrokirurgiske inngrep (16 %), øre nese hals kirurgi (7 %) og kar-thorax kirurgi (5 %).



Figur 2. Hastegrad og operasjonstype i prosent og antall.

## 5.2 Preoperativ og postoperativ informasjon

Det var 94 % av pasientene (n=313) som svarte ja på at de hadde snakket med narkosepersonalet før operasjonen. 6 % (n= 20) svarte nei på dette. Det var 7 % (n=23) svarte ja på spørsmålet om de ønsket en annen type anestesi og 93 % (n=304) svarte nei på dette.

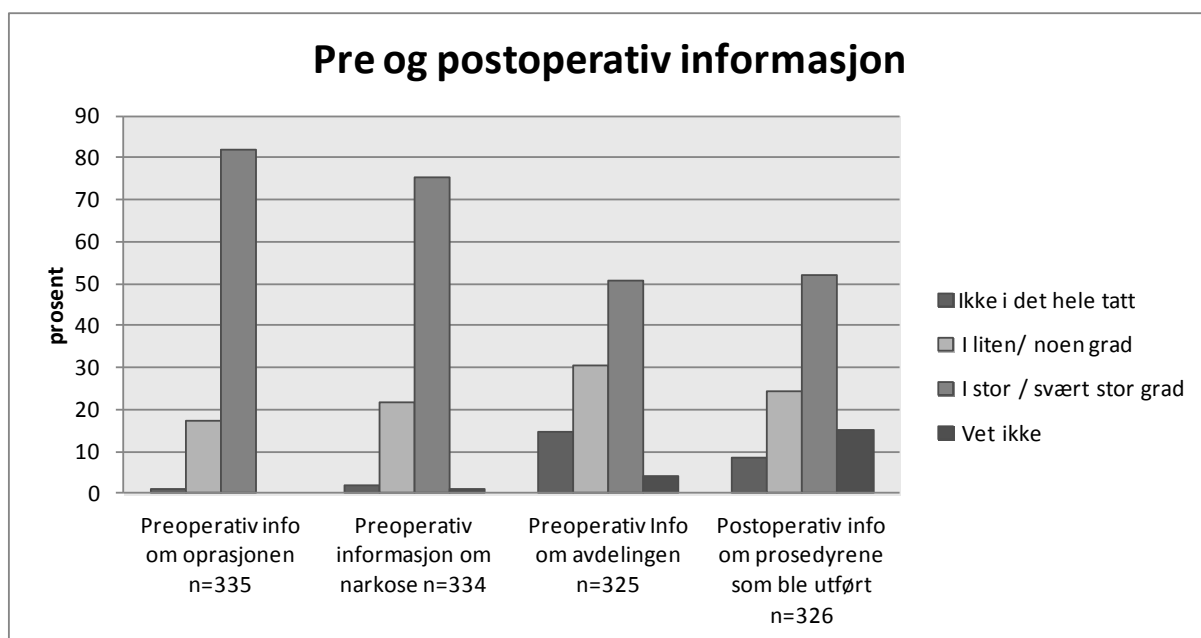
På spørsmålet om de visste at de skulle våkne i en annen avdeling svarte 84 % (n=269) av pasientene svarte ja og 16 % (n=50) hadde svart nei på dette.

Figur 3 viser pasientens opplevelse av preoperativ og postoperativ informasjon. Det var 82 % av pasientene som svarte at de i stor grad/svært stor grad fikk preoperativ informasjon om operasjonen. Sytten prosent svarte at de i liten/ noen grad fikk nok informasjon og 1 % har svart at de ikke i det hele tatt fikk noen informasjon.

Vedrørende informasjon om narkose var det 75 % av pasientene som svarte at de i stor grad/svært stor grad fikk preoperativ informasjon om narkose. Tjueto prosent svarte at de i liten/noen grad fikk preoperativ informasjon om narkosen, 2 % at de ikke i det hele tatt hadde fått informasjon og 1 % svarte vet ikke på spørsmålet.

Når det gjaldt preoperativ informasjon om postoperativ avdeling var det 30 % som svarte at de i liten/noen grad fikk informasjon, 51 % fikk informasjon i stor /svært stor grad og 15 % fikk ikke informasjon i det hele tatt. Fire prosent viste ikke om de hadde fått vite noe om avdelingen.

Femtito prosent av pasientene fikk informasjon om prosedyrene i avdelingen i stor/svært stor grad, 24 % svarte at de i liten/noen grad hadde fått informasjon, og 9 % svarte at de ikke fikk noe informasjon. Femten prosent svarte vet ikke på dette spørsmålet.



Figur 3. Pre - postoperativ informasjon, om operasjon, narkose, avdelingen og om prosedyrer (i prosent)

### 5.2.1 Preoperativ smertelindring

På spørsmål om pasienten tok smertestillende hjemme før operasjonen svarte 17 % (n=55) ja og 83 % (n=274) svarte nei. Av de pasientene som tok smertestillende hjemme før operasjonen svarte 46 % (n=41) at de i stor/svært stor grad var godt smertelindrede, 36 % (n=32) at de i liten/noen grad var godt smertelindrede, og 12 % (n=11) at de ikke i det hele tatt var godt smertelindrede før operasjonen. Seks prosent (n=5)svarte at de ikke viste.

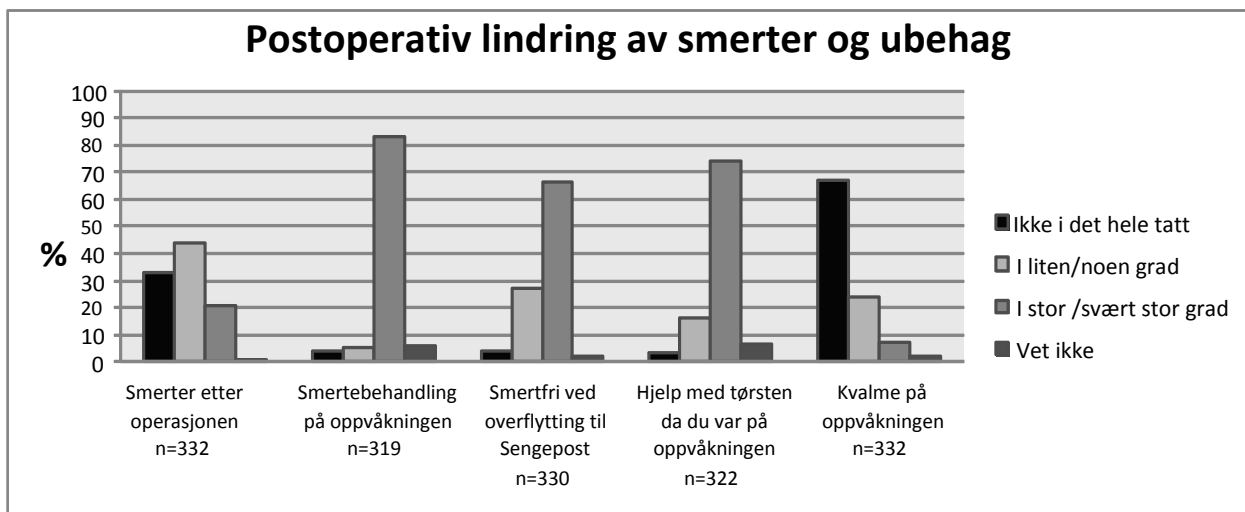
### 5.3 Postoperativ lindring av smerter og ubehag

Figur 4 viser postoperativ lindring av smerter og ubehag. Tjueen prosent av pasientene svarte at de i stor/ svært stor grad hadde smerter, når de våknet etter operasjonen, 45 % hadde smerter i liten/noen grad, 33 % hadde ikke smerter i det hele tatt og 1 % svarte at de ikke viste på spørsmålet.

Det var 84 % av pasientene som svarte at de i stor/svært stor grad fikk tilfredsstillende smertebehandling på oppvåkningen, 6 % i liten /noen grad, 4 % svarte ikke i det hele tatt og 6 % svarte vet ikke på spørsmålet.

Over 66 % av pasientene var smertefri ved overflytting til sengeavdeling, i stor/svært stor grad, 27 % i liten grad /noen grad og 5 % var ikke smertefri i det hele tatt. To prosent viste ikke om de var smertefrie

Det var 74 % av pasientene som i stor /svært stor grad fikk god hjelp med tørsten, 16 % i liten /noen grad og 3 % ikke i det hele tatt noen hjelp. Syv prosent svarte vet ikke på spørsmålet. Når det gjaldt spørsmålet om postoperativ kvalme, var det over 67 % av pasientene som svarte at de ikke opplevde kvalme i det hele tatt, mens 24 % i liten/ noen grad hadde ubehag med kvalme på oppvåkningen. Syv prosent opplevde kvalme i stor/svært stor grad og 2 % svarte vet ikke på spørsmålet.



Figur 4. Postoperativ smerte, lindring av smerte, tørste og kvalme (i prosent).

Når det gjelder spørsmålet om pasienten opplevde ubehag med støy i avdelingen, Svarte 70 % (n=234) av pasientene at de ikke i det hele tatt opplevde støy på oppvåkningen. Det var 27 % (n=92) av pasientene som i liten grad/ noen grad opplevde ubehag med støy, og 2,4 % (n=8) at de i stor/ svært stor grad opplevde ubehag med dette, 0,6 % (n=1) har svart vet ikke på spørsmålet. Ved oppfølgingsspørsmålet om hvilken type støy pasienten opplevde, (n=167), svarte 32 % (n=54) av pasientene at støy kom fra andre pasienter, 7 % (n=11) at det kom fra personalet, og 8 % (n= 14) anga annet, og 53 % (n=88)svarte, ikke aktuelt på spørsmålet.

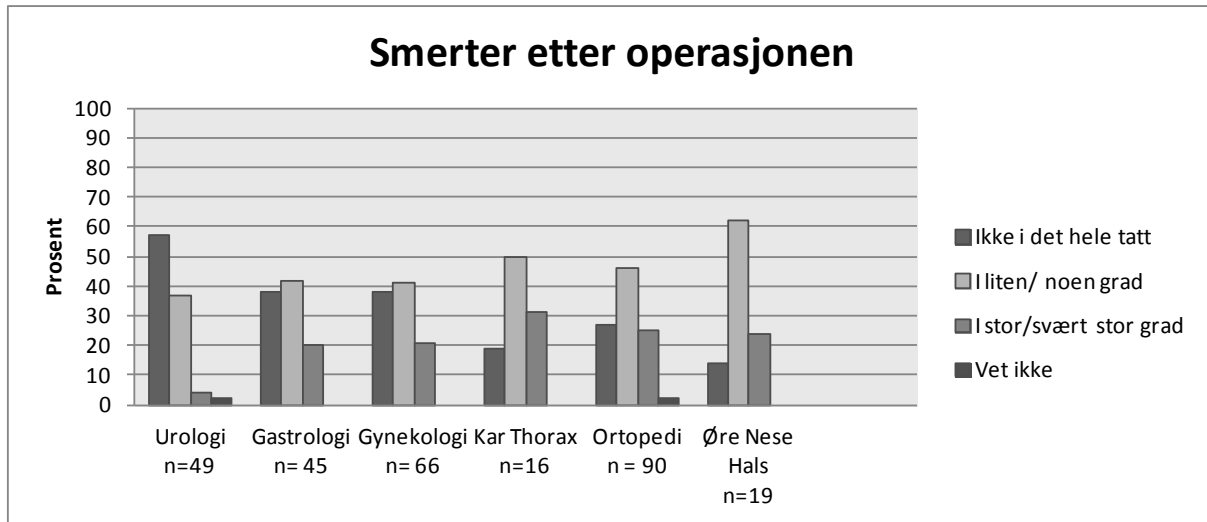
### 5.3.1 Postoperativ smerteopplevelse for ulike kirurgiske inngrep

Figur 5 viser pasientens smerteopplevelse ved oppvåkningen for ulike kirurgi. Pasienter som svarte at de i stor/svært stor grad opplevde smerte fordelte seg slik: Urologi 4 %, Gastrologi 20 %, Gynekologi 21 %, Kar – Thorax, 31 % ortopedi 25 % og Øre Nese Hals pasienter 23 %.

Pasienter som svarte at de ikke i det hele tatt opplevde smerte fordelte seg slik: Urologi 58 % Gastrologi 40 %, Gynekologi 39 %, Kar Thorax 19 %, Ortopedi 29 %, og Øre Nese Hals pasienter 17 %

Pasienter som svarte at de i liten /noen grad opplevde smerte fordelte seg slik: Urologi 38 %, Gastrologi 40 %, Gynekologi 40 %, Kar – Thorax 50 %, Ortopedi 46 % og Øre Nese Hals pasienter 60 %.

Pasienter som svarte at de ikke i det hele tatt opplevde smerte når de våknet fordelte seg slik: Urologi 58 %, Gastrologi 40 %, Gynekologi 39 %, Kar – Thorax 19 %, Ortopedi 29 % og Øre Nese Hals pasienter 17 %.



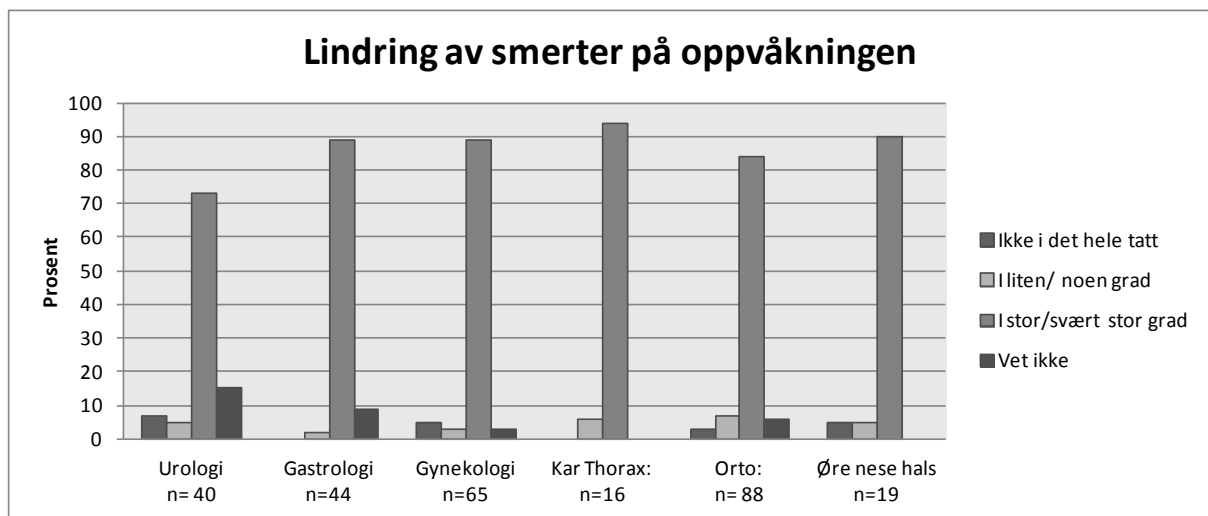
Figur 5. Pasientens Smerte opplevelse ved oppvåkning for ulike kirurgiske inngrepene (i prosent).

### 5.3.2 Smertebehandling på oppvåkningen etter kirurgi

Figur 6 viser den postoperative smertebehandling fordelt på de ulike kirurgiske inngrepene. Totalt sett var det en stor andel av pasientene som svarte at de i stor /svært stor grad fikk tilfredsstillende smertebehandling på oppvåkningen. Fordelingen på dette var 70 % av de Urologiske, 89 % av Gastrologiske, 89 % Gynekologiske, 94 % av Kar Thorax, 84 % Ortopediske pasienter og 90 % av Øre Nese Hals pasienter.

Pasientene som hadde svart at de i liten grad /noen grad fikk tilfredsstillende hjelp med smertene, fordelte seg slik: 5 % av de Urologiske, 2 % av Gastrologiske, 3 % av de Gynekologiske, 6 % av Kar Thorax, 7 % av Ortopediske og 5 % av Øre Nese Hals pasienter.

Pasienter som svarte at de ikke i det hele tatt fikk tilfredsstillende smertebehandling på oppvåkningen er prosentvis fordelt: Urologiske 7 %, Gynekologi 5 %, Ortopedi 3 % og Øre nese Hals pasienter 5 %.



Figur 6. Postoperativt smertebehandling for ulike kirurgiske inngrep (i prosent).

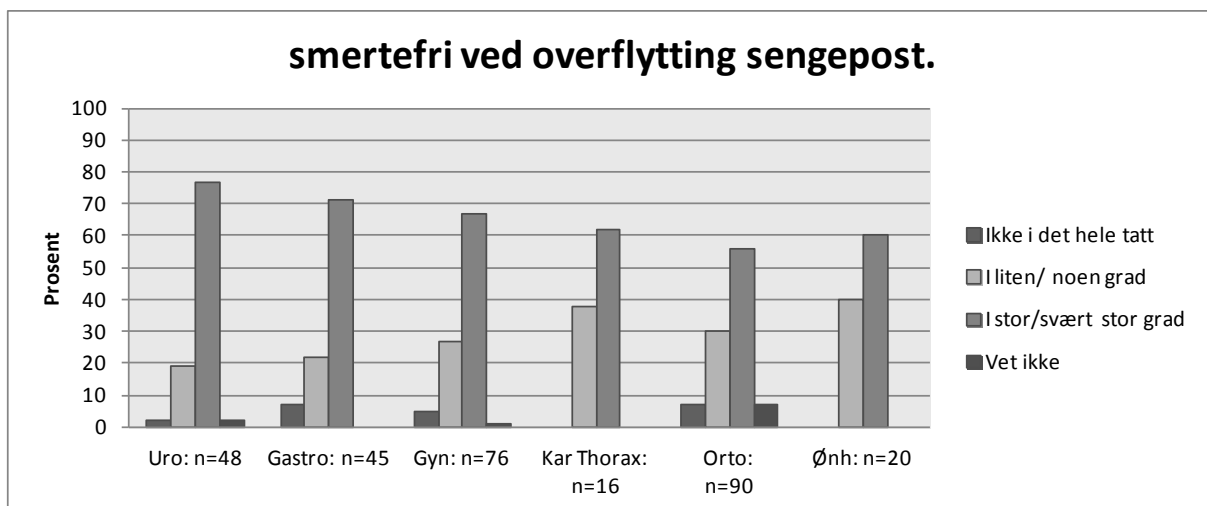


### 5.3.3 Smerteopplevelse ved overflytting til sengepost

Figur 7 viser pasientens opplevelse av smertefrihet ved overflytting til sengepost, fordelt på de ulike kirurgiske inngrepene. De pasientene som svarte at de i stor/svært stor grad var smertefri ved overflytting til sengepost, fordelte seg på: Urologiske 77 %, Gastrologiske 71 %, Gynekologi 67 % Kar Thorax 62 %, Ortopediske 56 % og 12 % av Øre Nese Halspasienter.

Pasientene som svarte at de i liten/noen grad var smertefri ved overflytting, utgjorde dette: Urologiske 19 %, Gastrologisk 22 %, Gynekologiske 27 %, Kar Thorax 38 %, Ortopedi 30 % og Øre Nese Hals pasienter 8 %.

De som svarte at de ikke i det hele tatt var smertefri ved overflytting var prosentvis fordelt på de ulike kirurgiske gruppene: Urologiske 2 %, Gasto -kirurgiske 7 %, Gynekologiske 5 %, og de ortopediske 7 %.



Figur 7. Pasientens opplevelse av smertefrihet ved overflytting til sengepost fordelt på de ulike kirurgiske inngrep (i prosent).

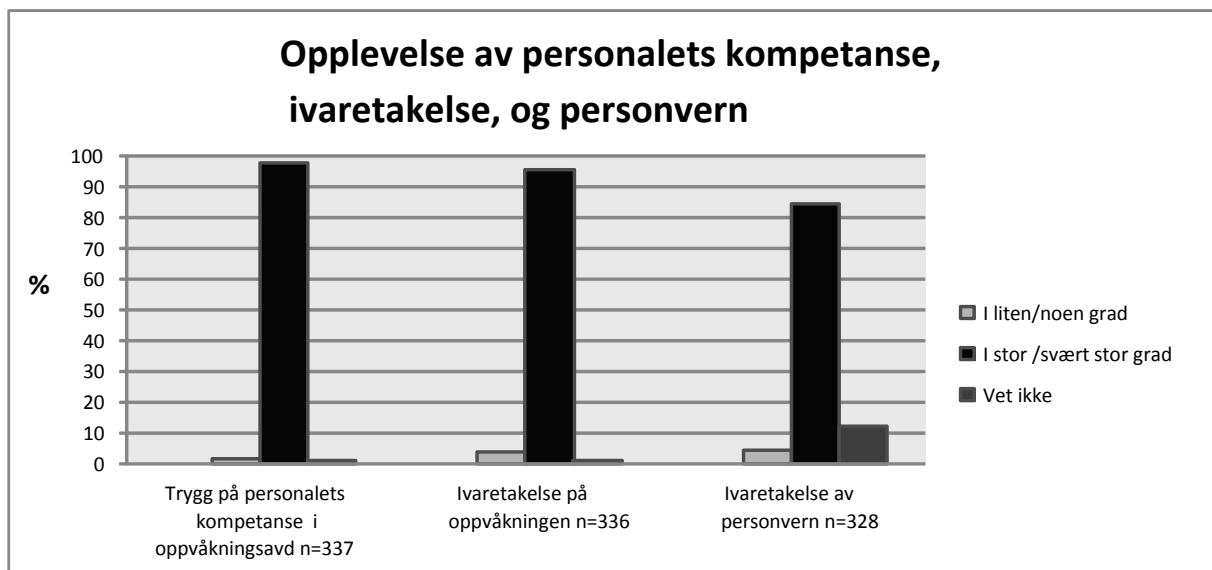
## 5.4 Helsepersonnellets kompetanse og ivaretakelse.

I figur 8 vises hvordan pasientene opplevde helsepersonnellets kompetanse, ivaretakelsen på oppvåkningen og ivaretakelse av personvernet.

Hele 97 % svarte at de i stor/svært stor grad var trygg på helsepersonnellets kompetanse, 2 % svarte i liten/noen grad og 1 % svarte vet ikke på spørsmålet.

Når det gjaldt opplevelsen av ivaretakelse på oppvåkningen, svarte 95 % av pasientene at de i stor/svært stor grad følte seg ivaretatt, 4 % at de i liten /noen grad var ivaretatt og 1 % svarte vet ikke på spørsmålet.

På spørsmålet om ivaretakelse av personvern var det 84 % av pasientene som svarte at dette i stor/svært stor grad var ivaretatt, 4 % svarte i liten/noen grad og 12 % svarte vet ikke på spørsmålet.



Figur 8. Pasientens opplevelse av ivaretakelse, personvern og helsepersonnellets kompetanse, (i prosent).

## 5.5 Pårørendes kontakt med personalet

På spørsmålet om pårørende har vært i kontakt med personalet på oppvåkning var det 37 % (n=125) som svarte ja på spørsmålet, 52 % (n=172) svarte nei, og 11 % (n=36) svarte vet ikke.

På spørsmålet om hvilken grad pasienten trodde pårørende var fornøyd, var det 70 % (n=159) av pasientene som i stor /svært stor grad var fornøyd med måten pårørende ble møtt på. Mens 5 % (n=11) svarte at de i liten/noen grad var fornøyd. Det var 25 % (n=58) som svarte vet ikke på spørsmålet.

## 5.7 Sammenligning av pasienters opplevelse i forhold til kjønn, Hastegrad og aldersgrupper.

Tabell 1 viser resultatet av pasienters opplevelse i forhold mellom kjønn og hastegrad for kirurgi. Når det gjelder pasienterfaringer i forhold til kjønn viser tre av 14 spørsmål: signifikante forskjeller. Kvinner var mer fornøyd med den preoperative informasjon som omhandlet det kirurgiske inngrepet. Kvinner opplevde mer ubehag med kvalme enn det menn gjorde, øyeblikkelig hjelp kirurgiske hjelps pasienter opplevde også mer kvalme enn planlagt kirurgi. Kvinnene opplevde mer trygghet når det gjaldt personalets kompetanse enn det mennene gjorde. Når det gjelder pasienters erfaring i forhold til kirurgisk hastegrad viser to av 14 signifikante forskjeller. Planlagte kirurgiske pasienter var mer fornøyd enn ø hjelps pasienter med informasjonen de fikk som omhandlet narkose. Pasienter som var til øyeblikkelig hjelps kirurgi hadde opplevd kvalme i større grad en de planlagte inngrepene.

Tabell 1 Sammenligning av pasienters opplevelse i forhold til kjønn og hastegrad for kirurgi.

Spørsmål	kjønn		Mann Whitney U-test P-verdi	Hastegrad		Mann Whitney U-test P-verdi
	Menn n=139  M (SD)	Kvinner n =198  M(SD)		Planlagt n=187  M(SD)	Ø-hjelp n=129  M(SD)	
<b>Informasjon<sup>1</sup></b>						
Informasjon om narkose	3,96(.91)	4,01(1,03)	,299	4,09(.94)	3,84(1,03)	<b>,023</b>
Informasjon om inngreppet	4,08(.79)	4,22(.88)	<b>,039</b>	4,24(.79)	4,09(.89)	,191
Informasjon om oppvåkningen	3,29(1,37)	3,34(1,27)	,849	3,40(1,30)	3,14(1,35)	,104
Informasjon om prosedyre oppvåkningen	3,49(1,34)	3,68(1,27)	,254	3,66(1,30)	3,53(1,33)	,457
<b>Smerte og ubehag<sup>1</sup></b>						
Smerter etter oppvåkning	2,29(1,31)	2,51(1,29 )	0,88	2,43(1,31)	2,37(1,31)	,691
Smertebehandling på oppvåkningen	4,27(.94)	4,35(.95)	,289	4,33(.95)	4,33(.96)	,985
Smertefri ved overflytting til avdeling	3,67(1,10)	3,88(1,01)	,108	3,75(1,12)	3,92(.95)	,324
Kvalme på oppvåkningen	1,32(.73)	1,77(1,16)	<b>,000</b>	1,48(.97)	1,75(1,14)	<b>,016</b>
Hjelp med tørsten	4,11(1,03)	4,13(.96)	,965	4,12(.93)	4,17(.98)	,448
Ubehag med bråk/støy	1,43(.75)	1,41(.74)	,679	1,46(.79)	1,38(.72)	,287
<b>Helsepersonalets kompetanse og ivaretagelse<sup>1</sup></b>						
Trygg på personalets kompetanse	4,76(.50)	4,78(.44)	<b>,019</b>	4,75(.43)	4,74(.48)	,820
Følte seg ivaretatt	4,62(.56)	4,69(.57)	,129	4,67(.50)	4,66(.60)	,601
Ivaretagelse av personvernet	4,41(.60)	4,51(.58)	,134	4,43(.59)	4,55(.55)	,108
<b>Pårørendes kontakt med personalet<sup>1</sup></b>						
Fornøyd med hvordan pårørende ble møtt	4,47(.71)	4,55(.64)	,513	4,53(. 68)	4,49(. 68)	,698

Signifikante forskjell <, 05.

I tabell 2 vises resultater av pasienters erfaring i forhold til aldersgrupperinger.

Pasienters erfaring i forhold til aldersgrupper vises det signifikant forskjell på to av 14 spørsmål. Spørsmålet om pasienten hadde smerter rett etter oppvåkning etter kirurgi, her viser resultatet at smerteopplevelsen var størst på den yngste pasientgruppen (18-39 år). Den eldste aldersgruppen opplevde i større grad at de ikke fikk hjelp med tørsten.

Tabell 2. Sammenligning av pasienters opplevelse i forhold til aldersgrupper.

Spørsmål	Aldersgrupper			
	18-39 n=116	40-59 n=96	60- ≥80 n=114	Kruskal Wallis test
	M (SD)			P-verdi
<b>Informasjon<sup>1</sup></b>				
Informasjon om narkose	3,99(1,01)	3,98(,99)	3,98(,93)	,937
Informasjon om inngreppet	4,13(,89)	4,27(,77)	4,08(,87)	,301
Informasjon om oppvåkningen	3,11(1,26)	3,42(1,33)	3,39(1,35)	,091
Informasjon om prosedyre oppvåkningen	3,67(1,37)	3,72(1,35)	3,45(1,18)	,111
<b>Smerte og ubehag<sub>1</sub></b>				
Smerter etter oppvåkning	2,67(1,36)	2,52(1,29)	2,05(1,16)	<b>,001</b>
Smertebehandling på oppvåkningen	4,48(,74)	4,39(,87)	4,21(,99)	,115
Smertefri ved overflytting til avdeling	3,83(1,01)	3,83(1,14)	3,75(1,01)	,596
Kvalme på oppvåkningen	1,74(1,09)	1,58(1,08)	1,45(,95)	,052
Hjelp med tørsten	4,25(,93)	4,37(,75)	3,77(1,14)	<b>,000</b>
Ubehag med bråk/støy	1,56(,90)	1,31(,58)	1,41(,70)	,216
<b>Helsepersonaleets kompetanse og ivaretagelse</b>				
Trygg på personalets kompetanse	4,76(,48)	4,77(,42)	4,70(,49)	,475
Følte seg ivaretatt	4,64(,65)	4,75(,43)	4,62(,60)	,459
Ivaretagelse av personvernet	4,53(,59)	4,47(,61)	4,40(,57)	,231
<b>Pårørendes kontakt med personalet</b>				
Fornøyd med hvordan pårørende ble møtt	4,46(,73)	4,53(,74)	4,56(,53)	,778

Signifikante forskjell <, 05.

I tabell 3 vises resultater av pasienters erfaring i forhold til kjønn og hastegrad for operasjon. Vedrørende pasienters erfaring i forhold til kjønn vises det signifikant forskjell på en av seks spørsmål, Kvinnelige pasienters pårørende har i større grad vært i kontakt med avdelingen i forhold til de mannlige pasientene. Pasienters erfaring i forhold til hastegrad på kirurgisk inngrep viser det en signifikans på to av seks spørsmål. Øyeblikkelig hjelp pasientene hadde mer smerter hjemme før operasjonen i forhold til den planlagte kirurgien. Øyeblikkelig hjelp pasienter hadde mer pårørende kontakt med oppvåkningen, enn de som var til planlagt kirurgi.

Tabell 3 Pasienters erfaring i forhold til kjønn og hastegrad for operasjon.

Spørsmål	Kjønn				Kji Kvadrat test	Hastegrad for operasjon				Kji Kvadrat test ( <i>P-verdi</i> )
	Menn n=139		Kvinner n=198			Planlagt n=187		Ø hjelp n=129		
	Ja	Nei	Ja	Nei	<i>P-verdi</i>	Ja	Nei	Ja	Nei	
Svar gitt i %	%	%	%	%		%	%	%	%	
<b>Informasjon</b>										
Pratet med Narkose personale	96,4	3,6	92,3	7,7	,097	95,1	4,9	92,1	7,9	,192
Ønske om annen anestesi	5,2	94,8	8,3	91,7	,196	6,6	93,4	8,1	91,9	,379
Hvis ja, fikk du ønske oppfylt?	76,2	23,8	92,9	7,1	,109	88,0	12,0	81,8	18,2	,426
Kunnskap om oppvåkning på annen avdeling	82,3	17,7	85,6	14,4	,422	86,4	13,6	81,1	18,9	,224
<b>Smertes</b>										
Smertelindring før operasjon hjemme	19,4	80,6	14,9	85,1	,181	10,8	89,2	26,0	74,0	<b>,000</b>
<b>Pårørende kontakt</b>										
Pårørende kontakt m/ avd	34,4	65,6	47,4	52,6	<b>,017</b>	34,1	65,9	50,9	49,1	<b>,004</b>

1) Signifikante forskjell <, 05.

I tabell 4 visers resultater av pasienters erfaring i forhold til aldersgrupper Her viser resultatene signifikans forskjell på to av seks spørsmål. På spørsmålet om ønske om annen anestesi var andelen høyere hos pasientgruppen i aldergruppen over 60 år. Pasienter i den yngste aldersgruppen (18-39 år) var de som prosentvis viste at de hadde mest kontakt med pårørende i oppvåkningsavdelingen i forhold til de andre aldersgrupperingene.

Tabell 4 pasienters erfaring i forhold til aldersgrupper

Spørsmål	Aldersgrupper						Kji Kvadrat test
	18-39 n= 116		40-59 n= 96		60 ≥ n=114		
	Ja	Nei	Ja	Nei	Ja	Nei	P-verdi
<b>Informasjon<sup>1</sup></b>							
	%	%	%	%	%	%	
Pratet med Narkose personale	96,5	3,5	92,7	7,3	93,6	6,4	,445
Ønske om annen anestesi	1,8	92,2	8,7	91,3	10,1	89,9	<b>,029</b>
Hvis ja, fikk du ønske oppfylt?	100	,0	94,1	5,9	75,0	25,0	0,98
Kunnskap om oppvåkning på annen avdeling	86,2	13,8	86,3	13,7	80,8	19,2	,452
<b>Smertes<sup>1</sup></b>							
Smertelindring før operasjon hjemme	16,5	83,5	12,6	87,4	19,6	80,4	,407
<b>Pårørende kontakt<sup>1</sup></b>							
Pårørende kontakt m/ avd	59,4	40,6	24,4	75,6	40,4	59,6	<b>,000</b>

Signifikante forskjell <, 05.

## 6.0 Diskusjon

I denne delen drøftes de aktuelle funn i undersøkelsen på bakgrunn av tidligere forskning. Svakheter og styrker i undersøkelsen tas opp i eget avsnitt. Strukturen følger spørsmålene som er stilt. Hensikten med studiet var å foreta en kvalitetsundersøkelse der fokuset er å synliggjøre den nyopererte pasientens opplevelse av postoperativ sykepleie den første postoperative fase i postoperativ avdeling. Denne perioden er fra timer opp til et døgn. Områder som undersøkes er pasientopplevelse i forhold til: informasjon, lindring av smerte og ubehag, personalets kompetanse, ivaretagelse, personvern og pårørende kontakt med avdelingen. I tillegg sees det på statistisk signifikans i forhold til kjønn, hastegrad for kirurgi og ulike aldersgrupper.

Resultatene fra undersøkelsen viser at pasienten oppgir generelle positive erfaringer fra oppholdet på oppvåkningen. Opplevelsene som de har svart på gjennom spørreskjema er i stor grad positive. Undersøkelsen viser imidlertid at det er områder som pasienten angir der de ikke har optimale positive opplevelser. Disse er: preoperativ og postoperativ informasjon og postoperativ lindring av smerte og ubehag. Resultatene av undersøkelsen viser at pasientene var godt fornøyd den opplevde kvalitet på helsepersonellens kompetanse, ivaretagelse og personvernet.

Det er signifikante forskjeller på flere områder signifikans nivå er satt til ( $P < , 05$ ). Forskjeller på kjønn og hastegrad, på preoperativ informasjon, postoperativ ubehag, og personalets kompetanse. Kvinner mer fornøyd med preoperativ informasjon, kvinner opplevde mer kvalme enn menn, pårørende til kvinner har hatt mer kontakt med avdelingen enn det menn har. Signifikant forskjell på hastegrad på kirurgi. Øyeblikkelig hjelp pasienter opplevde mer ubehag med smerte og kvalme enn planlagt kirurgi. Pårørende til øyeblikkelig kirurgiske pasienter har mer kontakt med avdelingen i forhold til planlagt kirurgi. Signifikans forskjeller vedrørende aldersgrupper, den yngste aldergruppen (18-39) hadde mer smerte etter kirurgi, de hadde også mer kontakt med pårørende i forhold til de andre aldergruppene. De eldste ( $60 \geq$ ) opplevde mer kvalme enn andre aldersgruppen, de hadde også et høyere ønske om annen type anestesi en de andre pasientene.



## 6.1 Pasienters opplevelse av kvaliteten på informasjon som blir gitt

### **Preoperativ informasjon**

Majoriteten av pasientene hadde pratet med anestesipersonalet før operasjonen. Pasienter som kom til øyeblikkelig hjelp kirurgi, fikk mindre informasjon om anestesi, og kirurgi enn pasienter som var innlagt i sykehuset. Undersøkelsen viser at dette er et område som er nødvendig å undersøke videre. Her er mange aktører inne, uklart hvordan samhandlingen fungerer. Dette er ikke undersøkt i denne undersøkelsen. Pasienter som er inneliggende får ofte bedre informasjon, da sengeposten der pasienten er ofte har gode rutiner på dette, informasjon som er designet til ulike kirurgiske diagnoser. Og sykepleiere på sengepostene har ofte forberedt de planlagte pasientene godt. Øyeblikkelig kirurgi pasienter kommer ofte direkte til kirurgi og kan derfor stå i fare for og ikke få samme informasjon som andre pasienter får. Tidligere undersøkelser bekrefter at dette er viktig for pasienten. Øyeblikkelig innlagte pasienter skårer dårlig på pasienttilfreds undersøkelser som vedrører informasjon (Arnetz, & Arnetz, 1996; Grøndahl, 2012).

Flere Studier viser at når pasienter får preoperativ informasjon så minsker dette stressnivået, pasienten kan mestrer den postoperative fasen bedre. Dette kan igjen forberede pasienten på den postoperative perioden og fremme opplevelsen bedre mestring med tanke på smerter og fremme hvile og søvn. Undersøkelser viser også at pasienter trenger mindre smertelindring når de har fått god adekvat informasjon gjerne i skriftlig form. Spesielt ved store inngrep som eksempelvis gastrologiske og gynekologiske (bløtdelskirurgi) inngrep, er det vist at det forenkler den pre-, og postoperative fasen for pasienten under sykehusoppholdet (Arnetz og Arnetz 1996; Walker, 2007; Holmes.2005; Fossum et al., 2003).

Kvinner oppga at de var mer fornøyd enn menn når det gjaldt informasjon som de fikk som gjaldt selve inngrepet. I tidligere undersøkelser så rangerer kvinner høyere på undersøkelser.(Danielsen et al., 2007). Undersøkelser viser at en mulig årsak til dette er at kvinner har andre preferanser og vurderer kvaliteten annerledes enn kvinner. (Foss 2002; Grøndal, 2012). Tidligere undersøkelse viste at kvinner er mer opptatt av mellommenneskelige prosesser enn det menn er. Kvinner kan ha mer behov for å gi uttrykk for sine behov og frustrasjoner i forhold til det menn gav uttrykk for (Foss 2002; Danielsen et al., 2007).

Pasientens opplevelse av å bidra på sin måte i beslutningsprosesser og kunne motta relevant informasjon, som vedrører vedkommendes helsemessige situasjon er av god nytte for de som arbeider på det organisatoriske plan men ikke minst for pasienten selv. Hvordan skal man lykkes med dette? Ved å involvere flere pasientgrupper og undersøke hva pasienten synes mangler. Et studie av Eldh, Ekman & Ehnfors (2006) der 362 pasienter deltok, bekrefter dette. Et viktig funn i undersøkelsen var at dette ikke bare var relatert til pasientens sykdom og symptomer, men til den individuelle situasjon pasienten var i, inkludert hvordan vedkommende måtte forholde seg til, og leve med sin sykdom og symptomer. Et annet funn var at pasientens opplevelse av medvirkning er knyttet til om pasienten kunne være deltakende i behandlingsprosessen, deriblant få adekvat informasjon om sin situasjon (Eldh, Ekman & Ehnfors, 2006). Dette er og intensjonen med retningslinjer og pålegg fra norske myndighetene at brukere av helsevesenet skal i større grad tas med i beslutninger. Dette på flere plan, individnivå, systemnivå og politisk. På systemnivå kan helseforetaket involvere brukere/ pasienter i planlegging av nye intervensjoner og nye planer i sykehuset (Helse og omsorgs departement, 1997; Helse Sør - Øst 2010).

### **Informasjon om postoperativ periode**

Undersøkelsen avdekket at det var mangel på informasjon om postoperativ avdeling dette innebærer at pasientene ikke var forberedt på at de skulle våkne på en ny avdeling etter kirurgi. Underkant av halvparten av pasientene oppga at de hadde fått informasjon om postoperative prosedyrer når de låg i avdelingen, resten har fått denne informasjon i varierende grad. Prosedyrer som utføres postoperativt, er sykepleieprosedyrer eller praktiske oppgaver som sykepleier utfører i kontakt med pasienten. dette kan være det og henge opp drypp, sjekke såret, dren eller se på bandasjen, koble pasienten til medisinsk teknisk utstyr for å overvåke pasienten vitale funksjon. Dette er praktiske prosedyrer som er vanlig for sykepleier men for pasienten kan dette være en ny og uventet muligens skremmende situasjon. Studier viser at når pasienter får preoperativ informasjon så minsker dette stressnivået, og pasienten kan mestre den postoperative fasen bedre (Hankela, Kiikkala, 1996; Moesmann & Kjøllestad, 1998).

Walker (2007) viser i sin forskning viktigheten av god informasjon preoperativt, reduserte postoperativ smerte hos pasienter som gjennomgikk abdominal kirurgi, selv om pasienten er urolig preoperativt og gruer seg til det kirurgiske inngrepet viser denne forskningen at den både verbal og skriftlig informasjon var til hjelp for pasienten i den postoperative fasen

(Walker 2007). Det er derfor viktig at sykepleier kommuniserer på en forståelig måte og gir informasjon underveis under det postoperative forløpet. Forskning indikerer at god informasjon er en medvirkende årsak til at pasienten oppgir at kvaliteten oppleves som god på pleien som gis (Oltedal et al., 2007).

Om sykepleier og pasient klarer å samarbeide om noe av behandlingen slik at pasienten opplever at han er delaktig viser forskning at det er positivt for begge parter. Det kan være at man inngår en allianse med pasienten at han eller henne sier ifra om de trenger mer smertelindring eller andre sykepleierrettede tiltak (Cahill 1996; Sahlsten et al., 2005). Pasienter ønsker å bli sett på som enkeltindivider og ønsker ærlig og spesifikk informasjon som omhandler behandlings forløp. Dette bekreftes også av internasjonal forskning (Arnetz og Arnetz 1996; Foss 2002; Walker 2007; Eldh, Ekman, & Ehnfors 2006;). Nyere forskning bekrefter også dette (Grøndahl 2012).

Engelsk undersøkelse viser til endring på rutiner vedrørende preoperativ informasjon. Der postoperative sykepleier hadde preoperativ besøk på sengepost. Besøket utførtes av sykepleier med lang erfaring fra postoperativ avdeling. Adekvat preoperativ informasjon som ble gitt med prosessuell arbeidsmetode der man bruker formuleringer som: hvem, hva, hvor, hvordan og når samt at man hører på pasienten og gir rom for følelser som pasienten kan ha. Dette kan redusere gap mellom det pasienten gruer for, urealistiske negative forventninger og virkeligheten. Samtalen gir både konkrete svar til pasienten, men har en uformell tone. Resultatet av innføring av pre -visitt har ført til forbedringer både for pasient og sykepleiere (Holmes 2005).

## **6. 2 Pasienters opplevelse av kvaliteten på lindring av smerte og ubehag?**

Her vil jeg vise pasientens opplevelse rett etter ankomst fra kirurgi og deretter pasientopplevelsen i postoperativ avdeling. Etter oppvåkning og ved overflytting fra operasjonsavdelingen og til postoperativavdeling er der et tidsrom som kan varier i minutter. Pasienten blir flyttet fra operasjonsbord og over i seng deretter kommer pasienten i avdelingen, blir avlevert av operasjonssykepleier og av anestesi – personell. Pasienten blir tatt imot av sykepleier /spesialsykepleier.

### **Postoperative smerter rett etter kirurgi ved ankomst til oppvåkningen**

Undersøkelsen tyder på at pasientene ikke er nok smertelindret ved ankomst fra kirurgi. Dette stemmer med andre undersøkelser som er gjort tidligere, som viser at pasienter opplever at deres smerter blir undervurdert postoperativt (Dihle, 2007).

Nyere nasjonal undersøkelse gjort på 14 norske sykehus bekrefter at pasienter ikke er nok smertelindrede postoperativt. Det vises til at 43 % av pasientene (n=215) vurderte smerte som det symptomet som det mest plagsomme, den første postoperative dagen. 20 % av pasientene anga at de hadde mer smerter enn de hadde forventet, i denne undersøkelsen. Undersøkelsen viser også til at pasienter var fornøyd med smertebehandlingen etter kirurgi. Studien viser at pasienter som selv sier de har den laveste smerten på  $\geq 4$  (VAS) det første postoperative døgn (Fredheim, et al., 2011).

En amerikansk undersøkelse viser til at 80 % av pasienten hadde akutte smerter de første timene etter kirurgi, 50 % av pasientene oppga at de opplevde at smertelindringen var utilstrekkelig. Undersøkelsen viser til at opp mot 2 millioner pasienter har unødige smerter som varierer fra moderat til alvorlig grad. Det er ulik praksis og rutiner på hvordan pasienten får pre medikasjon som er gitt i hensikt til å forebygge smerter (Polomano et al., 2008).

Videre viser samme forskning at perioden mellom pasienttransporten fra operasjonsstuen til overvåkningsavdelingen kan bety et opphold i smertelindringen til pasienten (Polomano et al., 2008). Postoperativt kan dette føre til opphold i epidural anestesi til intravenøs analgesi, eller opphold i intravenøs analgesi gitt av sykepleier. Eventuelt opphold til pasientstyrt smertelindring (PCA) og/eller til oral administrasjon. Et av problemene var at det tok for lang tid til smertelindring kommer skikkelig i gang. Artikkelen viser og til, at obligatorisk undervisning i klinikken blant leger og sykepleiere, og bedre tilgang på retningslinjer som omhandlet postoperativ smertelindring behandling førte til en bedring når det gjaldt smertevurderingen fra 20 % til opp mot 30 % (Polomano et al., 2008).

### **Smerteopplevelse i forhold til alder**

Undersøkelsen viser at smerteopplevelsen var størst hos den yngste pasientgruppen (18-39 år) Årsakene til at de yngre opplevde mer smerte kan være flere. Yngre pasienter har mindre livserfaring enn de eldre pasientene, og de har andre forventninger. Eldre har muligens andre forventninger til smerteintensiteten enn de yngre, på grunn av mer livserfaring (Sitzia & Wood 1997; Danielsen et al., 2007).

I henhold til retningslinjer fra Den norske legeforening (2009) har eldre nedsatt nyrefunksjon og metabolismen er endret pga fysiologiske mekanismer. Det synes som det er noe begrenset forskning på dette, i forhold til de eldste pasientene (Pickering et al, 2006). Det finnes egne kliniske retningslinjer for de eldste pasientene vedrørende smertelindring (Den norske legeforening 2009). Undersøkelser som omhandler pasienttilfredshet viser at en mulig forklaring kan være, at yngre pasienter i denne aldergruppen har andre forventninger til behandlingen enn det eldre har. Yngre pasienter som har høyere utdanning har muligens større forventninger enn det eldre har, som har mer livserfaring og har i henhold til forskning en mer realistisk forventning (Sitzia & Wood 1997; Danielsen et al., 2007; Foss 2002;). Forskning viser også at når unge pasienter har negative erfaringer som omhandler engstelse og smerte så påvirker dette målinger som omhandler pasienttilfredshet. Når smerteintensiteten var sterk og økt engstelse til stede, så falt pasienttilfredsheten betraktelig (Rahmqvist, 2001).

Smerteopplevelsen har psykiske og emosjonelle sider, pasienten kan oppleve bekymring, angst, depresjon, usikkerhet, søvnvansker derfor er det av stor betydning og lindre smerten raskt hos nyopererte pasienter (Moesmann & Kjøllestad, 1998; Grøndahl 2012).

Effekten av mangelfull smertelindring kan få alvorlige fysiske og mentale konsekvenser hos pasienten og vil påføre stress og postoperative komplikasjoner (Ræder 2011). Pasienten kan bli immobil, noe som igjen fører til forlenget sykehusopphold. Her kan nevnes noen respiratoriske komplikasjoner som atelektase og lungebetennelse, Cardiovaskulære komplikasjoner kan i verste fall føre til infarkt, Gastrointernale komplikasjoner: kvalme, oppkast paralytisk tarm. Nyre og urinveiskomplikasjoner: urinretensjon, oleguri (Tønnesen, 1996; Moesmann & Kjøllestad 1998).

Pasienter som har vært gjennom kirurgi og kommer til oppvåkningsavdelingen har vært igjennom et traume for kroppen og smerteopplevelsen er det bare pasienten som kjenner (Caffery, 1972; Merskey & Bogduk 1994). Det er av stor betydning at pasienten opplever å bli trudd og blir møtt på en omsorgsfull måte, samtidig som hun/han må få hjelp med sine smerter. Undersøkelser viser at sykepleieren har en sentral rolle i dette, her er det viktig at pasienten opplever denne støtten (Polomano et al., 2008).

## **Postoperativ lindring av smerte og ubehag**

Den generelle pasientopplevelsen på lindring av smerte og ubehag, når pasienten er til overvåkning i postoperativ avdeling var god. Hele 84 % av pasientene oppga at de i stor/svært stor grad fikk god hjelp med smerte når de var på oppvåkningen.

Andre ubehag som kvalme, var det 24 % som hadde moderate plager, der pasientene oppga at de i liten/noen grad hadde ubehag med kvalme. Kvinner opplevde mer kvalme enn det menn gjorde. Øyeblikkelig hjelp pasienter opplevde mer kvalme enn de med planlagt kirurgi. Noe av forklaringen kan være at gynekologiske og noen abdominal kirurgiske opplever vagus stimulering og dette kan gi kvalme. Kvinner er i følge litteraturen mer utsatt for dette på grunn av kjønnshormoner, og kvalmen kan også være avhengig av hvilken type anestesi pasienten har. Noen pasienter opplever mer kvalme om de har fått dette (Guldbrandsen, & Stubberud 2005). Undersøkelsen til Hankela, & Kiikkala(1996) viser at god preoperativ informasjon kunne redusere stress. I deres forskning viste det seg at pasienter generelt var godt fornøyd med sykepleien selv om de ønsket mer informasjon (Hankela, & Kiikkala, 1996). Seinere forskning bekrefter dette og nevner at pasienter som kommer til øyeblikkelig kirurgi er mindre fornøyd enn planlagt kirurgi. En av årsakene som nevnes er at pasienten kommer fra en overfylt akutt avdeling med mye aktivitet, der det er mange forskjellige leger involvert og det kan være en utfordring å få koordinert og sortert all informasjon som blir gitt av ulike aktører. Disse pasientene kommer relativt raskt til kirurgi, men det er uvisst om pasienten får noen skriftlig informasjon fra kirurg som omhandler behandlingsforløpet (Leinonen et al., 2001).

Vedrørende ubehag som tørste så opplevde den eldste pasientgruppen( $60 \geq 80$ ) i større grad at de ikke fikk hjelp med dette i forhold til de andre aldersgruppene. Har ikke noen ensidig forklaring på dette. Erfaringsmessig så har pasientene fastet så det kan være en forklaring, en annen forklaring kan være at eldre pasienter som er inneliggende i sykehus ofte har svak ernæring status, noe som bekreftes av rapport fra kunnskapssentret utført i 2009, der det kommer fram at 50-60 % av eldre over 70 år var underernært og ligger og faste i påvente av kirurgi. Ofte er dette ortopediske pasienter som kommer inn akutt på grunn av fall (Ørjasæter, et al., 2009). En svensk undersøkelse fra 2001-2002 av ortopediske pasienter med lårhalsbrudd viser til at de eldre over 70 år var underbehandlet når det gjaldt smerter, undersøkelsen viser til at det var behov for en mer helhetlig tilnærming vedrørende eldre og

deres postoperative ubehag (Hall- Lord et al., 2004). Andre undersøkelser viser at eldre pasienter ber om mindre smertelindring enn det yngre pasienter gjør. Smertesensoriske baner kan være nedsatt hos eldre pasienter i forhold til yngre pasienter. Mange eldre har også flersammensatt medisinske diagnoser, dette påvirker deres metabolisme. Eldre ortopediske pasienter som får dårlig smertelindring kan stå i fare for å utvikle forvirrings tilstand medførende kognitive problemer. Viktigheten for sykepleier blir og observer å vurdere nonverbal tegn som grimaser, og ansiktsuttrykk som uttrykk for smerter (Pickering et al., 2006; Adams et al., 1998.)

### **Smerter ved overflytting til sengepost**

Denne undersøkelsen viser at en stor andel av pasienten sier at de er godt smertelindrede. Likevel viser undersøkelsen at det over ¼ del av pasientene opplever at de har moderate smerter ved overflytting til sengepost. Forklaringen til dette kan være flersidig og det vil være nyttig med mer undersøkelse av dette i klinikken. Av erfaring så har jeg opplevd at det har tatt tid fra pasienten er ferdig overvåket og kan til og bli flyttet til sin moderpost. Dette kan være en av flere årsaker. En annen årsak som tidligere undersøkelser viser at pasientenes smertelindring ofte blir undervurdert av sykepleier, og flere undersøkelser indikerer også at det er mangel på kunnskap som mulig er en av årsakene til dette, men også mangelfulle retningslinjer som omhandler de ulike kirurgiske inngrep (Dihle, 2007; & Polomano, et al., 2008). Sykepleier har en unik rolle på oppvåkningsavdeling hun eller han er bredside eller i nærheten av pasienten. Det er av stor viktighet at pasienten får opplevelsen at sykepleier er der at, hun eller han er tilgjengelig. Undersøkelse fra sengeavdeling viser at pasienter har hatt opplevelse av at sykepleier ikke har hatt tid til han som individ (Sjetne et al., 2009). Andre undersøkelser bekrefter dette at pasienten har behov for å bli møtt som individ (Larsson & Larsson 2010; Grøndal, 2012). En undersøkelse fra 2002 som omhandlet svenske eldre over 70 år, viser pasienters erfaringer som gjaldt fysisk smerte etter å ha gjennomgått kirurgi på grunn av hoftebrudd, og viste også som undersøkelsen over, at pasientene er underbehandlet når det gjelder smerte. Forskningen viste også at det er viktig at pasienten får jevn smertelindring både ved hvile og aktivitet. Dette vil også påvirke pasientens funksjonsevne. Undersøkelsene viste at det er behov for en mer helhetlig tankegang vedrørende det å gi omsorgsfull individuell smertelindring for pasientgruppen. Undersøkelsen viser også at det er behov for å danne planer som har høyde for å møte pasienten på sensorisk, følelsesmessig og eksistensielle behov. Artikkelen viser at aktører i behandlingsskjeden fra pasienten kommer

inn i sykehus og videre i behandlingsforløpet behøver å ta pasientens smerte opplevelse mer på alvor og aktivt inn å behandle dette og bedre samarbeidet mellom tverrfaglig personellet (Hall- Lord, et al., 2004). På sykepleiernivå, kan man derimot jobbe med å heve kunnskap vedrørende smertefysiologi, ved å se på litteratur og forskning på området. Det kan arbeides med sykepleierens generelle holdninger som omhandler informasjon og smertelindring (Dihle, 2007). Forbedring av prosedyrer som omhandler registrering av smerteintensitet. Aktiv bruk av smerte registrerings verktøy, (NRS/VAS skala (1-10), nummeretisk skala /visuell analogisk skala. Ved bruk av smerteverktøy er det viktig og avdekke pasientens smerter før analgetika er gitt og i etterkant gi mental støtte og gi medikamentell behandling til pasientens ubehag og smerter. Sykepleier kan bruke sin evne til å observere vitale parametere som puls og blodtrykk og hud. Smerte og kvalme henger ofte sammen pasienten kan bli kvalm og føle seg utilpass ved gitt analgetika intravenøs morfinlignende medikament (Tønnesen, 1996; Ræder 2011). En undersøkelse der 100 pasienter fordelt på to ortopediske og to generelle kirurgiske avdelinger deltok. 46 til 35 % av pasienten opplevde fysisk smerte første og andre postoperative dag. Andre faktorer som angst, hadde også sammenheng med pasientens smerteopplevelse. Opplevelsen på smerte og ubehag hadde individuelle variasjoner i denne undersøkelsen (Hall – Lord., Steen & Larsson.1999).

Det er derfor viktig å være klar over at selv om pasienten ikke gir verbalt uttrykk for sin smerte, kan vedkommende ha store smerter, og det er nødvendig å spørre pasienten om hun har en fysisk smerte, og om hun har vondt i operasjonssåret. Å se på det nonverbale språket, kroppsspråket, har også stor betydning i dette bildet. Intensivsykepleieren som er hos pasienten gjør kontinuerlige observasjoner. Symptomer på økt smerte kan være pulsstiging, svetting, forhøyet blodtrykk, blekhet eller at pasienten blir kald eller klam i huden. Pasienten kan også endre oppførsel generelt. Hun kan gi uttrykk for smerte eller bare ynke seg, lage grimaser og spenne musklene. Dette kan endre seg i løpet av sekunder eller minutter. Pasienten kan også ha mye smerter selv om det ikke blir uttrykt i ord, manglende uttrykk verbalt behøver ikke å bety at pasienten ikke har smerter (Caffery & Beebe 1996).

Dihle (2007) viser i sin doktoravhandling at sykepleiere undervurderer pasientens behov for smertelindring. Deler av undersøkelsen som ble gjort avdekket også kunnskapsbrist hos sykepleiere vedrørende smertelindring men også et gap mellom kunnskap og praktisk handling. Sykepleiere som hadde en aktiv tilnærming til pasientens smerter og aktivt gikk inn for å hjelpe, hadde en bedre resultater med tanke på smertelindring i forhold til de sykepleiere som hadde en mer passiv tilnærming. Dette samsvarer også med annen forskning fra USA,



der det også kom fram at preoperative smerter er underbehandlet. Postoperativ smerte ble rapportert som utilstrekkelig av til 50 % av pasientene. Selv som sykepleiere innehadde kunnskap om smertebehandling til pasientgruppen. 80 % av pasientene opplever akutte smerter de første timene og dager etter kirurgi i undersøkelsen (Polomano et al., 2008).

Undersøkelsen viser at det er områder som det er nødvendig å se nærmere på vedrørende postoperativ informasjon og smertelindring. I første hånd så er det viktig at hver enkelt sykepleier er bevist dette, på et faglig grunnlag og på en medmenneskelig måte. Men det er og av viktighet at dette blir satt inn i system og at det lages bedre rutiner og retningslinjer for dette på avdelingsnivå, og videre i hele sykehusstrukturen slik at dette kan komme pasienten til gode. Helseforetakene er pålagt til og aktivt å arbeide med kvalitetsforbedringsarbeid i klinikken. I nasjonal helse og omsorgsplan, (2010-2011) vises det til internasjonale undersøkelser der 8-20 prosent av pasientene er utsatt for uønskede hendelser i helsevesenet. Årsaken til disse hendelsene kan være mange, men det pekes på manglende oversikt, mangelfull pasientveiledning, dårlig kommunikasjon og manglende informasjonsflyt mellom de involverte parter i pasientens behandling (Ræder 2011; Helse og omsorgsdepartementet 2011). Norsk sykepleierforbund arbeider og på politisk plan for å fremme kvalitet i spesialisthelsetjenesten. Det finnes per i dag ingen nasjonale kvalitetsindikatorer for arbeidet som sykepleiere utfører (Hendriksen 2011).

### **6.3 Pasienters opplevelse av kvaliteten på personalets kompetanse, ivaretagelse, personvern og kontakt med pårørende.**

#### **Opplevelse på personalkompetanse og opplevelse av ivaretagelse**

Pasientens opplevelse på personalets kompetanse på oppvåkningen var positivt. Det var kun en meget liten andel som ikke opplevde trygghet under 5 % kvinnene opplevde mer trygghet enn menn når det gjaldt kompetansen. Det er mulig at vi her har den samme årsaken til dette som tidligere er nevnt, at kvinner har andre preferanser enn men og ønsker en emosjonell støtte (Grøndal 2012). Pasientene opplevde også at de var godt ivare tatt postoperativt.

Det å oppleve at en er i gode kompetente hender er av stor betydning for pasientene. Intensivsykepleierens funksjonsbeskrivelse sier: ”intensivsykepleie skal ytes på grunnlag av kunnskaper, ferdigheter og holdninger og pasientens opplevelser, ressurser og behov” (NSFLIS, 2002; Utdannings og Forskningsdepartementet, 2005).

Under den behandlende funksjon:

Intensivsykepleierens behandlende funksjon innebærer at hun administrerer medisinsk behandling etter instruks eller ved delegering fra ansvarlig lege.

Hun skal ved bruk av sin spesialkompetanse sikre at nødvendig medisinsk behandling gjennomføres på en forsvarlig måte for pasienten (NSFLIS punkt 2. 4.2 d).

Undersøkelsen til finske sykepleiere Hankela og Kikkela (1996) viste at mange operasjonspasienter opplevde det operative inngrep som en trussel. Dette ga seg uttrykk i frykt, angst, uro og bekymring. De hevdet at dette kunne gi pasienten dødsangst. Angsten ble primært utløst av utryggheten og det som var ukjent i situasjonen. Denne utryggheten var også relatert til essensielle spørsmål som verdier, mål, fremtidsplaner og de endringer som kunne komme. Annen forskning bekrefter også at pasientens emosjonelle opplevelse i situasjonen har betydning på hvordan kvaliteten på hjelpen som gis blir vurdert (Hankela, & Kiikkala, 1996; Wilde, et al., 1993).

En annen undersøkelse viste at Pasienter som var innlagt ved avdelinger for gastroenterologisk kirurgi, urologisk avdeling og ved avdeling for hjerte-, lunge- og kar - kirurgi. Anga at de var mest fornøyd med pleiekontakten de hadde. Fornøydheten kunne tilskrives de personlige egenskaper pleierne viste i møte med pasienten (Sørliet et al., 2005).

Pasienttilfredsundersøkelser viser at pasientens tilbakemeldinger på kvaliteten på omsorg og pleie generert gir gode tilbakemeldinger men at undersøkelser tyder på at man ikke kan se på pasienttilfredshet ikke kan sees på bare alene men at den er påvirket av flere faktorer (Larsson & Larsson 2010; Donabedian 1980). Svensk forskning (Wilde et al., 1993) viser ved bruk av "KUPP" modellen, at det er psykologiske og emosjonelle opplevelser som knytter seg til den objektive behandlingssituasjonen som bidrar i stor grad til om pasienten er fornøyd eller ikke. Kvalitativ del av studie av dekket 4 områder som er av betydning for pasienttilfredshet:

Pasientens ønske om å gjenvinne sin helse, det og bli møtt på en profesjonell måte som en unik person, perspektiv på livet, behovet for å være privat og behovet og være sosial. Studiet er ikke gjort på postoperative pasienter men viser hva den inneliggende pasienten i sykehus vektlegger ved tanke på hvordan de bedømmer kvalitet på helsetjenesten (Grøndahl 2012).

Donabedian (1980) vektla i sin litteratur at det var viktig at det var gode forutsetninger med tanke på helsevesenets kapasitet som var en av faktorene som var viktig, deretter om hvordan avdelingen er organisert, at det er nok ressurser og gode system disse var viktig og vil om det fungerer framme og beskytte kvaliteten på helsehjelpen til pasientene. Tilgjengeligheten på profesjonell personell lege og sykepleier. Vel så viktig var personellens evne til å vise medmenneskelighet, empati, han framhever samhandling mellom pasienten og den som gir helsehjelpen som essensiell da de vil påvirke den enkelte pasient positivt og negativt og dette vil pasienten ha med seg under behandling.

Kvalitetsbegrepet er et stort begrep som blir brukt i det offentlige rom både av helsetjenester og i profan privat næringsliv. Kvalitetsbegrepet har mange ulike sider avhengig av hvilket mål man har til formål. Fra sykepleiertjenestens ståsted er målet å gi pasientene en sykepleie som er av god kvalitet og er bygd på pasientens behov, og at sykepleieren yter en sykepleie som er faglig forsvarlig. Dette innebærer at den som utøver sykepleie har riktige faglige kvalifikasjoner i forhold til fagfelt som vedkommende jobber med. Dette er også et krav i forhold til yrkesutøvelsen til helsepersonell som sykepleieren må forholde seg til dette blant annet er nedfelt i lovverket (Lov om spesialisthelsetjenesten, 1999; lov om helsepersonell, 1999; lov om helseforetak, 2009; og Norsk sykepleierforbund 2011). En viktig side av å utøve sykepleie er den medmenneskelige siden ved sykepleien. Nortvedt (1998) kaller dette sykepleieetikken grunnlag. Sykepleieren kommer tett inn på pasient og pårørende, og med sin administrasjon og kunnskap om medikamentell behandling og virkningen av denne, kan hun eller han være tilstede hos pasienten og gi støtte kanskje i form av empati, medfølelse og forståelse i situasjonen. Sykepleieren kan hjelpe pasienten og iverksette tiltak slik at den syke

kan få hjelp med sitt ubehag og plage (Nordtvedt 1998). Intensivsykepleiere har en unik rolle i forhold til annet helsepersonell, fordi hun er hos pasienten hele tiden. Vi vurderer pasientens tilstand både fysisk og psykisk. På postoperativ avdeling er et av hovedfokusene å hjelpe pasienter med smertelindring. Vår rolle blir da å iverksette tiltak for å hjelpe pasienten. Dette kan være: Lindre den fysiske smerte ved hjelp av smertelindrende tiltak, hindre postoperative komplikasjoner, skape trygghet for pasienten ved å være tilstede. Møte pasienten der hun er mentalt, gi støtte. Vurdere pasientens tilstand, vurdere virkning av smertelindring. . Intensivsykepleieren skal kjenne og bruke de gjeldende retningslinjer, lover, og passe på at pasientens autonomi og rettigheter blir ivarettatt. Både de juridiske og de yrkesetikkets retningslinjer for sykepleiere skal ligge til grunnlag for dette (Norsk sykepleierforbund 2011).

Pasienten har opplevelsen av respekt pasientene har forventninger til helsevesenet at de skal bli tatt hånd om få hjelp av kompetent faglig kvalifisert helsepersonell som kan sine ting (Donabedian, 1980; Larsson & Larsson, 2010). God samhandling har mye å si på opplevelsen av trygghet, samspillet mellom den som mottar hjelpen og den som gir hjelpen (Donabedian 1980; Eldh, Ekman & Ehnfors 2006; Joffe, Manocchia, & Weeks 2003).

For å sikre kvaliteten til intensivsykepleieren arbeid er det laget en funksjonsbeskrivelse for intensivsykepleiere som ble vedtatt på Norsk sykepleier forbund generalforsamling, NSFFLIS. 5 juni 2002. Under den lindrende funksjon står det blant annet:

Intensivsykepleieren skal begrense omfanget og styrken av belastninger pasienten vil kunne oppleve i forbindelse med sykdom, skade og behandling. Målet er at pasientens krefter skal knyttes til helbredende prosesser, mestring av livssituasjoner og at stress, smerter og ubehag reduseres eller fjernes (punkt 4,3,a). Intensivsykepleieren har ansvar for å ivareta pasientens autonomi og integritet, og er kjent med og ivaretar pasientens rettigheter (punkt 4.3.b).

Når man har vært igjennom kirurgi er man prisgitt god omsorg og god ivaretagelse, undersøke viser at pasienter har opplevd at helsepersonell ikke har tid å høre på det som pasienten synes er viktig, essensielle behov viser seg viktig i pasientundersøkelser (Sjetne et al., 2009; Grøndahl, 2012).

## **Pasienters opplevelse av kvaliteten på Personvern og pårørende kontakt med personalet**

Undersøkelsen viste at pasientene har opplevd at personvernet er blitt godt ivaretatt. Vedrørende personvernet kan utfordringen i avdelingen er at det er relativt åpne løsninger med 4-5 pasienter i hvert avlukke med kun gardiner og uttrekkbare skjerm Brett som skiller i mellom hver seng. Pasienten som er våkne kan bli forstyret av "nabosengen" Eller av helsepersonalet som driver med sine gjøremål. Det er helsepersonellet som har ansvar for at personopplysninger ikke kommer uvedkommende for øret. Informasjon som omhandler pasientens helse, skal kun autorisert helsepersonell ha adgang til, og kun de som har med pasientens å gjøre med tanke på helsehjelp som gis. Andre aktører som kan være i samme rom eksempelvis pårørende bør bes å gå ut om det samtales vedrørende en pasients helseopplysninger. Dette er slått fast i lov om helsepersonell § 21, "Helsepersonell skal hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell" (lov om helsepersonell 1999). Personvernet går både på at pasienten beskyttes mot at informasjon kommer i gale hender, men også i pasientkontakt at sykepleier forsøker å skjerme pasienten mot innsyn ved prosedyrer og passer på at pasienten ikke blir blottet ved prosedyrer. En artikkel som viser pasientenes erfaringer fra 51 sykehus i USA, utført i 1998 ved hjelp av en spørreundersøkelse viste resultatet at det å bli behandlet med respekt og verdighet var av stor betydning for pasientene. De rapporterte at de bare kunne medvirke i behandlingsforløpet i begrenset omfang (Joffe, Manocchia, & Weeks, 2003).

Vedrørende spørsmålet om pårørende kontakt med personalet var det var det en liten andel pårørende som hadde hatt kontakt. De som hadde hatt kontakt var det mest yngre pasienter (18- 39 år) i forhold til de andre aldergruppene var det øyeblikkelig kirurgi pasienter som hadde mest pårørende som tok kontakt. Pårørende er en ressurs spesielt for pasienter som er innlagt akutt med tanke på at disse pasientene ikke har fått den samme informasjon i forhold til andre innlagte pasienter. Dette stemmer også med tidligere undersøkelser (Arnetz & Arnetz, 1996; Grøndal, 2012) Yngre pasienter har stort sett mer familie og pårørende enn det eldre har så det kan være en forklaring (Dihle, 2007).

Det å ha pårørende er en ressurs for pasienten da disse kan gi mental støtte til pasienten. Den tekniske utformingen av postoperativ avdeling der undersøkelsen fant sted er ikke tilrettelagt for pårørendes tilstedeværelse, pasientene ligger relativt kort periode i avdelingen, og vil kunne treffe sine pårørende i mer privat sone på sin moderpost. Skulle det være behov for pårørendes tilstedeværelse forsøker man og finne løsninger i hvert enkelt tilfelle som kan være til hjelp for pasienten og pårørende. Det kan være at pårørende innehar viktig informasjon som helsepersonell kan ha nytte av i forbindelse med behandling. spesielt pasienter som kommer akutt inn i sykehus til kirurgi (Moesemand & Kjøllesdal, 1998). I retningslinjer fra helse og omsorgsdepartementet er det lagt føringer til hvordan det ønskes at dette møtet skal være. Pasient og pårørende skal bli møtt med respekt og med empati innlevelse og med følsomhet pasientfokus skal være "først og sist". Behandlingen skal være gitt av faglig kompetent personale. Norges offentlige utredninger nr 2 (Helse og omsorgsdepartementet 1997).

Sykepleier kan bidra til at pårørende får adekvat informasjon fra behandlende lege som har det medisinske ansvaret, men sykepleier kan handle innenfor det som er mandatet til sykepleiere. Pårørende har rett til informasjon jmfør lov om pasient og brukerrettigheter (§3-3 1999)" her er det opp til pasienten som bestemmer hvem som er nærmeste pårørende. Pasientrettighetsloven framtoner at pårørende skal ha informasjon om helsetilstand og helsehjelpen som gis. Da kan sykepleier gi informasjon om hvilke tiltak hun eller han utfører i forhold til behandling.( lov om Pasient og brukerrettigheter 1999 § 3-3). De Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere er det også presisert at sykepleier skal bidra til at retten til pårørendes informasjon blir ivaretatt (Norsk sykepleierforbund 2011).

#### **6.4 Metodediskusjon, styrker og svakheter med undersøkelsen**

Hensikten ved denne studien var å avdekke eventuelle problemområder i sykepleien i møte med den postoperative pasient. Derfor ble det valgt en kvantitativ studiedesign i form av et spørreskjema. Studiedesignet er i følge Nortvedt (2007) et velegnet for og for å belyse erfaringer og hvis man ønsker å finne sammenhenger mellom flere variabler. Tverrsnittstudie innebærer at en velger ut et utvalg som kan representere populasjonen og ved at man bruker

denne metoden krever den et representativt utvalg. Undersøkelses metode innebærer at det blir gjort en måling (Polit & Beck 2008; Nortvedt, 2007).

Ønsket var å bruke et ferdig validert og reliabilitetstestet spørreskjema som var designet for pasientgruppen og som kunne brukes til å undersøke pasienterfaringer den første postoperative fasen (timer til 1 døgn). Dette lyktes ikke å finne et slikt verktøy. De fleste undersøkelser som ble funnet i litteraturen viser til undersøkelser som er gjort på pasientens sengeavdeling og er rettet mot den kirurgiske diagnose og har ikke den første postoperative fasen i sitt perspektiv. Imidlertid fantes det undersøkelser som der er hentet inspirasjon fra ved dannelse av skjema deriblant undersøkelser fra dagkirurgiske sentre og ved kunnskapssenterets skjemabank.

Skjema ble laget i samarbeid med pasienter der det var uformelle samtaler om tema og i flere omganger har personalet vært med i hele prosessen. Spørreskjemaet er pilottestet i to omganger før hovedundersøkelsen, noe som er en styrke med tanke på innholdsvaliditet og "face" validitet (Polit & Beck 2008; Dragset & Ellingsen 2009). Hensikten med to pilot testing var å se om alt det praktiske fungerte i liten skala, før det gikk ut til en stor pasientgruppe, samt å se om skjemaet fungerte. Det ble ikke utført noen statistiske tester for å sjekke reliabilitetstester verken i pilotundersøkelsene eller i hovedundersøkelsen. Dette kan være en svakhet. Årsaken til dette er at mastergradsstudenten har mangelfull kunnskap til å kjøre disse testene og faren for at dette ikke ble korrekt utført var tilstede. Hensikten ville i så fall vært å få vurdert om hver enkelt faktor i spørreskjema var stabilt (Polit & Beck 2008).

En annen svakhet i denne studien er at det ikke er gått ut fra en bestemt teoretisk modell ved design av spørreskjema, man har sett på hele undersøkelsen som et kvalitetsprosjekt internt for postoperativ seksjon. Det er brukt litteratur om pasientundersøkelser og sett på andre undersøkelser som er utført tidligere. Donabedian's modell for kvalitetsforbedring med struktur, prosess og resultat er brukt som inspirasjon og hans modell er også brukt i kvalitetsmålingsundersøkelser som er nevnt i oppgaven. Kupp modell til Bodil Wilde Larsson også dannet en anerkjent modell som er brukt mye på sykehjem og i sykehus sistnevnte var ikke kjent for student da skjemaet ble designet (Donabedian, 1980; Wilde et al., 1993; Kunnskapssenteret, 2009). Litteratursøk er gjort i Helsebiblioteket, samt at det er søkt i databaser som Bibsys, Ovid, Chinal. Systematiske søk i Joanna Briggs Institutt. Referansene som er brukt er stort sett basert på egne søk og noen er blitt anbefalt, der referansene er søkt opp og originalteksten er lest.

## Utvalget

Populasjonen besto av 524 pasienter som samtykket å være med i undersøkelsen. Resultatene viste en svarprosent på 65 % med 338 svar av 524 spørreskjema deriblant 198 kvinner og 139 menn. En person har ikke angitt kjønn. Planlagt kirurgi utgjorde 84 % og ø hjelpkirurgi utgjorde 55 %. Svarprosenten er representativ for denne målgruppen noe som er gunstig i forhold til Polit & Beck der de opererer med svarprosent på 65 som er tilstrekkelig (Polit & Beck 2008). Utvalgsstørrelsen ble vurdert til at det var nødvendig med 122 menn og 122 kvinner, etter råd fra eksterne ekspert hjelp. Det ble valgt å få et større utvalg, så derfor ble det delt ut flere skjema for å sikre nok svar.

## Eksterne og interne bortfall

En svakhet er at det ikke er blitt utført noen bortfallsanalyse. Årsaken til bortfall av skjemaer er ikke undersøkt eller fulgt opp, da undersøkelsen var anonym og skjemaene ikke kodet, derfor lot ikke dette seg gjennomføre. Årsaken her kan være av flere faktorer: som at pasienten ikke har forstått spørsmålet, eller at pasienten er så syk på sengepost at dette ikke blir prioritert. En annen faktor kan være at pasienten har problemer med å få levert dette til postsekretær eller sykepleier. Under arbeidet med undersøkelsen var det flere utfordringer som kom opp vedrørende informasjonsflyt til de ansatte. Det ble gitt informasjon til klinikksjefer og avdelingssykepleier både via e post, og ved deltakelse på møter med disse. Allikevel er det mye som kan tyde på at viktig informasjon ikke hadde nådd fram til sykepleiere som jobber ute klinisk, på flere kirurgiske sengeposter. Dette kan ha ført til at ikke skjemaer ble levert tilbake til oppvåkningsavdelingen.

Det interne bortfall i undersøkelsen kan være at spørsmål som pasient har misforstått, eller ikke svart på, samt der pasientansvarlig sykepleier på postoperativ ikke har fylt ut alle bakgrunnsvariabler som var på forsiden av skjemaet; deler av vaktkoder, og tid når på døgnet pasienten var i avdelingen var manglende utfylt. Det samme gjaldt spørsmålet om operasjonstype. Resultatet av dette var at flere data manglet og kunne ikke brukes i analyseringen i resultat delen. Mastergradsstudent fikk også vite at skjema ikke var blitt delt i perioder da det var hektisk i avdelingen. Dette kan ha ført til at man kan da ha "mistet" viktig opplysninger i undersøkelsen. Feilkildene (bias) kan ifølge litteraturen vise seg å være en trussel for studiets hensikt til å vise det "sanne" bilde av situasjonen (Polit og Beck 2008; Ringdal 2001).



En faktor som kan være av betydning når det gjelder innsamlingen av data var at pasientene fylte ut spørreskjema mens de var inneliggende i sykehuset. Selv om de ikke gjorde dette på oppvåkningen, men på ”sengeposten” Pasienten kan dermed oppleve at de var forpliktet til å svare positivt på spørsmålene. Det er derfor mulig at det hadde vært bedre at pasienten sendte dette hjemmefra, med tanke på at pasientene kunne føle seg friere til å svare mer objektivt, og ikke føle noen forpliktelse til å svare positivt på skjemaet. Undersøkelse viser at pasienten skårer positivt på pasienttilfredsundersøkelser når det har gått enn tid etter hjemkomst (Grøndahl 2012). På den andre siden kan det være gunstig å få svart raskt på disse spørsmålene. I henhold til Carr – Hill (1992) er det gunstig at det ikke tar for lang tid fra utdeling av spørreskjema til informasjon fra undersøkelsen kommer inn. Dette vil i så fall være en faktor som må tas i betraktning i vurdering av undersøkelsen (Polit & Beck 2008; Jacobsen 2005).

En annen svakhet i undersøkelsen kan være at mastergradsstudenten er ansatt i avdelingen og kan være farget av praksisfeltet, og det kan være fare for å ikke se det objektive i undersøkelsen (Polit & Beck 2008). Derfor kan det være viktige faktorer som er mistet underveis i undersøkelsen, spesielt gjelder det ved dannelse av spørreskjemaet. Det kan tenkes at en som ikke kjenner praksisfeltet kunne ha en mer objektiv tilnærming. Samtidig så har det vært en fordel med å være en del av det kliniske miljøet ved utførelsen av undersøkelsen rent praktisk, fordi man var kjent med personalet, og fikk velvilje til gjennomføringen av undersøkelsen.

## **Dataanalyse**

For å analysere materialet er det benyttet et statistikk program kaldt ”Package for Statistical the Social Sciences” (SPSS), versjon 15. Der alle data fra undersøkelsen blitt lagt inn.

Forfatter og kvalitetsrådgiver i avdelingen la inn datamaterialet i SPSS og kontrollerte at dette ble gjort på forsvarlig måte, - begge har gått på kurs for å få innføring i bruk av SPSS.

Deskriptiv statistikk i form av frekvenser, prosent, middelerdi og standardavvik er brukt (Christophersen, 2009; Bjørndal og Hofoss, 2010). Ulike svar skalaer på ordinalt nivå i spørreskjemaet er slått i sammen fra seks til fire svaralternativ ikke i det hele tatt, i liten grad/noen grad, i stor/svært stor grad og vet ikke.

For å analysere om det er forskjeller mellom undergrupper (kjønn, hastegrad for kirurgi, og aldersgrupper) er ikke parametriske tester brukt. Kji-kvadrat test er brukt for å analysere forskjell mellom variabler på nominal nivå. Kruskal Wallis test (tre grupper) og Mann Whitney U test (to grupper) er brukt for variabler på ordinal nivå. Signifikansnivået i undersøkelsen er satt til  $p < 0,05$  (Bjørndal & Hofoss 2010; Polit & Beck 2008).

#### **6.4.1 Overførbarhet og betydning for klinisk sykepleie**

Resultatene kan ha en betydning for sykepleiere som arbeider med den nyopererte pasient. Det bør fremmes et arbeid for å lage gode retningslinjer som er basert på kunnskapsbasert sykepleie. Studiet kan også bidra til økt fokus på pasienten behov for adekvat informasjon i skriftlig form der pasienten informeres om postoperativ avdeling og om det postoperative forløp. Funnene i studien viser at postoperativ sykepleie er komplekst, i forhold til flere områder. Det ble avdekket følgende problemområder: pre og postoperativ informasjon, lindring av smerte og ubehag. Denne kunnskap komplimenterer annen kunnskap som omhandler den postoperative pasienten. Studien gir grunnlag til å iverksette forbedringstiltak på aktuelle områder. For deretter følge opp med ny undersøkelse for å se om det er blitt endringer som kommer pasientene til gode. Dette er en viktig del av kunnskapsbasert sykepleie og omsette funnene fra forskning til klinisk sykepleiepraksis (Polit & Beck 2008). Undersøkelsen gir også mening til at det kan være hensiktsmessig å løfte dette opp på et høyere administrativt plan i forhold til å styrke sykepleietjenesten. Studiet viser til forskning som fremmer gode modeller for kvalitetsheving, som Donabedian's (1980) modell for kvalitets arbeid med vektlegging av struktur, prosess og resultat. Larssons modell(KUPP), er også modeller som kan dras nytte av i undersøkelser som omhandler pasientens erfaringer av sykehusopphold. Arbeid med å danne kvalitetsindikatorer er også viktige redskap. Helsebiblioteket og kunnskapscenteret vil kunne være gode ressurser i dette (Donabedian, 1980; Wilde1994; Bakke et al., 2010).

## 7.0 Konklusjon

Studien har gjennom et kvantitativt forskningsarbeid kartlagt pasienters opplevelse av postoperativ sykepleie fra de første timene etter oppvåkning og videre opp til det første postoperative døgn. Resultatet antyder at den postoperative pasienten i stor grad er tilfreds med behandlingen når det gjelder opplevelsen av ivaretagelse, personvern og pårørende kontakt med personalet i avdelingen. Undersøkelsen avdekker også videre områder som pasienten ikke opplever som optimale. Når det gjelder pre og postoperativ informasjon, og økt lindring av postoperative smerter og ubehag. Tidligere studier (Ræder 2011;Fredheim et al., 2011) støtter også nødvendigheten av å sette fokus på mer holdningsskapende arbeid for å møte pasientens behov for smertelindring. Det kan gjøres gjennom å øke sykepleiers bevissthet i forhold til dette (Ræder 2011;Fredheim et al.,). Studiet viser at kjønn, alder og hastegrad for kirurgi kan være faktorer som er viktige å være klar over i forhold til på hvordan pasienten opplever postoperativ sykepleie.

Videre ser en verdien i at pasienten blir tatt med i behandlingskjeden som en likeverdig partner der dette lar seg gjøre (Sahlsten et al., 2005). Dette samsvarer med Grøndahl's forskning som påpeker at helsepersonell bør forsøke å ha en mer identitets orientert tilnærming til sine pasienter (Grøndahl 2012).

Studien er Utført i en stor oppvåkningenhet med stor aktivitet og det vil være av interesse å utføre flere undersøkelser etter implementering av nye rutiner og holdningsskapende arbeid, for å se om det har skjedd endringer i pasientenes opplevelse av kvaliteten på sykepleie.

En tilnærming til pasientens opplevelse av postoperativ sykepleie kan være å gjøre en annen studiedesign eksempelvis en kvalitativ undersøkelse, med et mindre antall pasienter for å få mer dybdekunnskap om de første postoperative timene til pasienten.

## Litteraturliste

Adams, J., McNeill, Aocn. Gwen. D., Sherwood, Starck. P., Faan. &Thompson. C. (1998) *Assessing Clinical Outcomes: Patient Satisfaction with pain Management*. Journal of pain and symptom management 40 (1), s29-40.

Alfheim, B. H., & Laake. J. H. (2008)*Kvantifisering av pleietyngde og utskrivingskriterier i oppvåkningsenhet*. Sykepleien3, (2), s 72-83.

[http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/forskning/forskningsartikler/vis?p\\_document\\_id=118739](http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/forskning/forskningsartikler/vis?p_document_id=118739) (04.05.2012).

Arntzen. E. (2007) *En forutsigbar helsetjeneste- Kvalitet og orden i eget hus*. Gyldendal Akademisk

Arnetz, J, E. &. Arnetz, B (1996). *The Development and Application of a patient Satisfaction, Measurement System for Hospital-wide Quality Improvement*. International Journal for Quality in Health care 8(6), s.555-566.

Bakke, Brudvik, Vibe, Konsmo, Nyen, Udness & Vege (2010).

*Modell for kvalitetsforbedring, Helsebibloteket*

<http://www.helsebibloteket.no/Kvalitetsforbedring/Slik%2bkommer%2bdu%2bi%2bgang/Modell%2bfor%2bkvalitetsforbedring> (01.10.2010)

Bjørndal, A., & Hofoss, D. (2010). *Statistikk for helse og sosialfagene*. Oslo: Gyldendal akademisk Gyldendal

Caffery. M. C., (1972) *Nursing management of the patient with pain*. Philadelphia, PA.

Caffery, Mc.M. & Beebe .A.,(1996) *Smerter Lærebok for helsepersonell*

Ad Notam Gyldendal AS

Cahill, J., (1996) *Patient participation: a concept Analysis*. Journal of Advanced Nursing, 24 (3), s 561-571.

Carr –Hill.,(1992) *The measurement of patient satisfaction*, Journal of public Health Medicine(3) s236-249 Oxford University press

Christophersen, K , A (2009) *Databehandling og statistisk analyse med SPSS 4 utg.* Unipub og forfatter.

Danielsen, K., Garratt, A. M., Bjertnæs, O. & Pettersen, K. I.,(2007). *Patient experiences in relation to respondent and health service delivery characteristics: A survey of 26,938 patients attending 62 hospitals throughout Norway.* Scandinavian Journal of public Health 35 (1) s 70-77

Dansk Selskap for Anestesiologi og Intensivmedisin(2011) *Rekomandation for utarbeidelse av udskrivingskriterier fra Anestesiafdeling til kirurgisk stamafdeling etter Anestesi i Danmark versjon 5.0.* [http://e-dok.rm.dk/e-dok/e\\_700301.NSF/O/5B5D4550815B5F2EC12577030034BEA9?OpenDocument](http://e-dok.rm.dk/e-dok/e_700301.NSF/O/5B5D4550815B5F2EC12577030034BEA9?OpenDocument) (04.05.2012).

Dihle, A., (2007). ”*Postoperative Pain Management From the perspective of patients and nurses.* Doktoravhandling, Universitetet i Oslo.

Dihle, A., Helseth S., Kongsgaard U, E. Steven. M. Paul & Miaskowski C (2006) Using the American pain Society’s patient Outcome Questionnaire to evaluate the Quality of postoperative pain management in a sample of Norwegian patients *The journal of pain* VOL 7 pages 272-280.

DK Illustrated Oxford Dictionary (1998). DK publishing Oxford University Press.

Den norske legeforeningen(2009). *Retningslinjer for smertelindring* <http://legeforeningen.no/pagefiles/42355/retningslinjer%20smertebehandling%20dnlf.pdf> (06.04,2012)

Donabedian. A., (1980) *The Definition of Quality and Approaches to its Assessment*. Health administration press School of public Health University of Michigan Ann Arbor, Michigan 48109 ISBN 0-914904-48-5(pbk)

Drageset, S. & Ellingsen, S., (2009). Forståelse av kvantitativ helseforskning – en introduksjon og oversikt. I: *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*. 2. (5), s.100-113.

Eldh A., Ekman. I., og Ehnfors, M.,( 2006) Conditions for patient Participation and Non-Participation in Health Care. *Nursing Ethics* 13 (5) s.503-514 Sage publications.

Erikson.G.M.(2010). *Riktig kildebruk, Kunsten å referere og sitere* Gyldendal Norsk Forlag.

Foss.C., (2000).kjønn som variabel i helsevesenet den norske legeföreningen nr 27. 120:3283-6, fra <http://tidsskriftet.no/article/210203>.( 06..09.2009)

Foss. C.,(2002). "Kjønnen kvalitet"? *En studie av kvinnelige og mannlige pasienters sykehusopphold*. Doktoravhandling, Universitetet i Oslo.

Fossum., Sorgendal. T., Kvernes. A., & Henriksen. K, E,(2003). *Metodevalg ved postoperativ smertelindring*. Sykepleien no 17 s28-33  
<http://www.sykepleien.no/fagutvikling/fagartikkel/119507/metodevalg-ved-postoperativ-smertelindring> (05.10. 2009).

Fredheim., Kvarnstein. G., Undall E, Stubhaug A, Rustøen T, & Borchgrevink (2011) *Postoperativ smerte hos pasienter innlagt i Norske sykehus*. Tidsskrift for den norske legeförening. <http://tidsskriftet.no/article/2139479> (13.02.2012)

Garratt. AM., Solheim E, & Danielsen. K.,(2008).National and Cross National and cross-national surveys of patient experiences: a structured review.

<http://www.kunnskapssenteret.no/Publikasjoner/National+and+cross-national+surveys+of+patient+experiences%3A+a+structured+review.2420.cms> (08.10.2009)

Grøndahl, A. V., Karlson, I. K., Hall-Lord. M.L., Appelgren, J. & Larsson, W. 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) s 2540-2551.

Grøndahl. A. V. (2012) .Patients´ perceptions of actual care conditions and patient satisfaction with care quality in hospital. Doktoravhandling Karlstad University, Sweden.

Guldbrandsen. T. & Stubberud, D.G. (2005). Intensivsykepleie. Oslo: Akribe AS

Hall - Lord. M.L., Steen. B. & Larsson (1999) Postoperative experiences of pain and distress in elderly Patients. An explorative study. *Aging clin*(11) s 73-82.

Hall – Lord. M.L., Larsson, B. W., Bååth. C. & Johansson (2004) Experiences of pain and distress in hip fracture patients. *Journal of Orthopaedic Nursing* (8) s 221-230.

Hagen. T. P., Veenstra. M., & Stravem. K. (2006). Efficiency and patient satisfaction in Norwegian hospitals, working paper: 1 HORN – HEALTH ORGANIZATION RESEARCH NORWAY. UNIVERSETY OF OSLO SINTEF.

Haga, H-J., Meyer, H. S., Langnes, A., Olaussen, O., Røysland, A.S., & Haakstad, W. (1995). Brukermedvirkning i utformingen av klinisk kvalitetssikring. En handlingsorientert undersøkelse av pasienttilfredshet. *Tidsskrift for den norske lægeforening*. 15/1995

Hankela. S., & Kiikkala. I., (1996). Intraoperative nursing care as experienced by surgical patients. *AORN Journal* 63(2): s 435-42

Helsedirektoratet (2010) Rammeverk for et revidert kvalitetsindikatorsystem i Norge  
<http://www.helsedirektoratet.no/kvalitet-planlegging/kvalitetsindikatorer/kvalitetsarbeid/Sider/default.aspx> (21.03.2012)

Helse og omsorgs departementet(2011) Nasjonal helse og omsorgsplan 2011-2015: tilråding fra helse og omsorgsdepartement. St meld. nr 16 (2011) Oslo  
<http://www.regjeringen.no/pages/16251882/PDFS/STM201020110016000DDDPDFS.pdf>  
(10.07.11)

Helse og omsorgs departement(1997) Prioritering på ny Gjennomgang av retningslinjer for prioriteringen innen norsk helsetjeneste NOU (1997:18) Oslo  
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/1997/nou-1997-18.html?id=140956>  
(10.08.2011)

Helse og omsorgsdepartementet(2011) Nasjonal Helse – og omsorgsplan. St. meld. nr 16(2010-2011). Oslo helse og sosialdepartementet.  
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2010-2011/meld-st-16-20102011.html?id=639794> (25.05.2011).

Helse Sør- Øst(2010) 13 prinsipper for brukervedvikning <http://www.helse-sorost.no/pasient/brukervedvirkning/Sider/13-prinsipper-for-brukervedvirkning.aspx>  
(12.05.2012).

Hendriksen, K.(2011) Målbar kvalitet i helsetjenesten, NSF politikk(1)  
<https://www.sykepleierforbundet.no/vis-artikkel/586115/Maalbar-kvalitet-i-sykepleietjenesten>  
(01.05.2011)

Helse og omsorgsdepartementet (2011). *Nasjonale Helse og omsorgsplan 2011-2015*  
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2010-2011/meld-st-16-20102011/8.html?id=639837> (10.01.2012)



Holmboe, O. Groven, G. Sjetne, S, I. Bjertnæs, A, Ø. (2010). *Støtte til gjennomføring av lokale brukerundersøkelser ved dag kirurgiske sentra.*

<http://www.kunnskapssenteret.no/Publikasjoner/St%C3%B8tte+til+gjennomf%C3%B8ring+av+lokale+brukerunders%C3%B8kelser+ved+dagkirurgiske+sentre.9798.cms> (20.07.2010).

Holmes. J., (2005) Preoperative visiting Landmarks of the journey BJPN (10), s 434-443

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed> (20.08.2011).

Høgskolen i Gjøvik (2010) Satsingsområde seksjon sykepleie kvalitet i sykepleieprosessen (online): Høgskolen i Gjøvik. <http://www.hig.no/helse/sykepleie/forskning>

Jacobsen, D.I.,(2005). Hvordan gjennomføre undersøkelser. Høyskoleforlag

Jacobsen, D.I.,(2005). Introduksjon til SPSS. Oslo: Abstrakt forlag

Jenkinson, C., Coulter. A., Bruster. S., Richards. N.& Chandola. T.,(2002). Patients` experiences and satisfaction with health care Result of a questionnaire study of specific aspects of care. Quality safety health Care (11) s 335-339 ( 24.04.2012).

Johannessen, K. I, Molven O. & Roalkvam .,S. (2007). Godt rett rettferdig - Etikk for sykepleiere. Akribe AS

Joffe, S. Manocchia, J. C.,& Cleary, P. D.(2003). *What do patients value in their hospital care? An empirical perspective on autonomy centered bioethics. Journal of Medical Ethics* 2003; 29: 103-108

Konsmo. T., & Vibe. D.M. (2009) *Metode for kvalitetsforbedring, og bedre skal det bli,* Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i helse og sosialsektoren

<http://www.kunnskapssenteret.no/Publikasjoner/..og+bedre+skal+det+bli,+ved+%C3%A5+involvere+brukerne+og+gi+dem+innflytelse.5143.cms> (25.08.2010).

Kunnskapssenteret.no sjekklister for vurdering av forskningsartikler (2008).

<http://www.kunnskapssenteret.no/Verkt%C3%B8y/2031.cms> (30.11.2009)

Larsson., G. & Larsson, W. B., (2010) *Quality of care and patient satisfaction: a new theoretical and methodological approach*. International Journal of Health care Quality Assurance vol 23 no 2 pp 228-347.

Larsson, W,B, Larsson, G & Starrin, B.,(1999) *Patients ` views on quality of care: a comparison of men and women*. Journal of Nursing Management 7, S 133-139.

Leinonen, T. Leino-Kilpi, T.,Ståhlberg, M.R & Lertola. K.(2001) *Methodological Issues In Nursing Research. The quality of perioperative care: Development of a tool for the perceptions of patients*. Blackwell Science Ltd, Journal of Advanced Nursing 35(2) s 294-306.

Lov om helseforetak (2001) [online] Lovdata. URL

<http://www.lovdata.no/all/nl-20010615-093.html> (26.01.2011)

Lov om helsepersonell(1999) m. v 02.07 nr 64 [online] Lovdata. URL:

<http://www.lovdata.no/all/nl-19990702-064.html> (09.01.2012).

Lov om pasient- og brukerrettigheter (1999) LOV 1999-07-02 nr 63 [online]Lovdata. URL:

<http://www.lovdata.no/all/hl-19990702-063.html> (01.01.2012)

Lov om spesialisthelsetjenesten (1999) [online]Lovdata. URL: <http://www.lovdata.no/all/hl-19990702-061.html> (01.02.2010)

Mathisen. L,M. & Norbø, Ø. (2011). Verd å vite om kvalitetsindikatorer. Sykepleien 99(01):32- s32-34

[http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/fagutvikling/fagartikler/vis?p\\_documento\\_id=585817](http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/fagutvikling/fagartikler/vis?p_documento_id=585817) (02.02.2012)

Merskey, H., & Bogduk, N. (1994). Classification of Chronic pain, Description of Chronic Pain Syndromes and Definitions of Pain Terms. Second Edition, IASP Press, Seattle WA, s 209-213.

Moesemand, A., & Kjøllesdal, A. (1998). *Å være akutt kritisk syk. Oslo Gyldendal Akademisk*, (3. opplag.).

Nordtveit, P. (1998) *Sykepleierens grunnlag Historie, fag og etikk*  
Tano Aschehoug

Nordtveit M, Jamtveit G, Graverholdt., B, & Reinar., L (2008) *å arbeide og undervise kunnskapsbasert*, En arbeidsbok for sykepleiere. Oslo Norsk sykepleierforbund.

Norsk sykepleierforbunds landsgruppe av intensivsykepleiere (2002) *funksjonsbeskrivelse av intensivsykepleieren*. <https://www.sykepleierforbundet.no/vis-artikkel/125359/Funksjonsbeskrivelse-for-intensivsykepleier> (25.11.2010)

Norsk sykepleier forbund (2011) *yrkesetiske regler og ICNs etiske regler*.  
[https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte\\_pdf.pdf](https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf) (29.04.2012)

Oltedal S, Garrant A, Bjertnæs Ø, Bjørndottir M, Freil M, & Sachs M, (2007). *NORPEQ patient experiences questionnaire: Data quality, internal consistency and validity following a Norwegian inpatient survey*. Scandinavian Journal of Public Health 35: s 540-547.

Oltedal. S., Garratt. A., Bjertnaes. O., Bjornsdottir. M., Freil. M., & Sachs M., (2010). *Vurdering av elementer som kan inngå i et nasjonalt kvalitetssystem for primærhelsetjenesten* Kunnskapssenteret. no. <http://www.kunnskapssenteret.no/Publikasjoner/attachment/10823> (20.11.2010)

- Pickering, G.(2006)The International Association for the Study of Pain<sup>\*</sup>  
*Facts on pain in older person.* <http://iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Resources&Template=/CM/ContentDisplay.cfm&ContentID=3611> (06.04.2012)
- Polit., D. & C. Beck., (2008). *Nursing Research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (8<sup>th</sup> ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Polomano. C.R., Collen. J., Dunwoody, Krenziscbek. D. A., & Ratbmell. P.J(2008)  
*Perspective on pain Management in the 21<sup>st</sup> Century.* Journal of PeriAnesthesia Nursing, 23 (1A), s 4-14.
- Rahmqvist,. M.(2001) *Patient satisfaction in relation to age, health status and other background factors: a model for comparisons of care units* (13) s 385-390  
<http://intqhc.oxfordjournals.org/content/13/5/385.full.pdf> (06.05.2012)
- Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk. (2012) lover  
URL:<http://helseforskning.etikkom.no/ikbViewer/page/forside?lan=2> (09.01.2012)
- Ringdal,. K.(2001). *Enhet og mangfold: samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode* Fagbokforlaget 1 utgave
- Ræder,(2011). *Postoperativ smerte- undervurdert og underbehandlet.* Tidsskrift for den norske legeforening nr 18-20 <http://tidsskriftet.no/article/2138239> ( 05.03.2012)
- Ruyter, K. W. (2003) *Forskningsetikk: Beskyttelse av enkeltpersoner og samfunn.* Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Sahlsten., M.J., Larsson. I. E., Lindencrona, C. S., & Plos, K. A.(2005). *Patient participation in nursing care: an interpretation by Swedish registered nurses.* Journal of Clinical Nursing, 14 (1), S 35 - 42.

Sitzia, J. & Wood. N, (1997). Patient satisfaction, A review of issues and concepts.  
Social Science of Medicine ; 45: 1829-1843

Sjetne. I. S., Krogstad. U., Ødegård. S., & Engh., M. E. (2009). Improving Quality by introducing enhanced recovery after surgery in a gynecological department: Consequences for ward nursing Practice Qual. *Saf. Health Care*. 18 s 236-240.(lest 05.10 2009)

Skretkowicz, V. (1997) Florence Nigtingale *Notater om sykepleie*  
Oslo Universitetsforlaget

Sykepleiernes Samarbeid I Norden's (SSN)(2009). *Arbeid med nordiske sykepleiesensitive kvalitetsindikatorer 2008- 2009*

<http://www.sykepleien.no/ikbViewer/Content/341870/Indikatorrapport%20til%20NMR%2028.09.09.pdf> (10.09.2011)

Sunhol ,R (2000) Avedis Donabedian s 6.International Journal for Quality in Health Care  
<http://intqhc.oxfordjournals.org/content/12/6/451.full.pdf> ( 05.10.2010)

Sørli. T, Busund. R., Sexton. H.C., og Sørli. D, (2005) *Pasienttilfredshet etter opphold i kirurgisk avdeling*. Tidsskrift for den norske legeförening nr 6-17 (125:756)  
<http://tidsskriftet.no/article/1165544> (29.04.2012.)

Tveiten. S., (2007) *Den vet best hvor skoen trykker. Om veiledning i Empowermentprosessen*.  
Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Tønnesen. T.I.(1996) *Postoperativ smertebehandling*. Ad Notam Gyldendal Oslo

Utdanning s og forskningsdepartementet(2005) Rammeplan for videreutdanning i intensivsykepleie.

[http://www.regjeringen.no/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269388-rammeplan\\_for\\_intensivsykepleie\\_05.pdf](http://www.regjeringen.no/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269388-rammeplan_for_intensivsykepleie_05.pdf) (25.10.2010)

Walker A, J (2007) *What is the effect of preoperative information on patient satisfaction*, British Journal of Nursing vol 16, no 1

Wilde, B., Starrin, B., Larsson, G. & Larsson, M.(1993) *Quality of care from a patient perspective : A grounded theory study*. Scandinavian Journal of Caring Sciences 7 (2) S 113-120,

Wilde, B. (1994).*Quality of care: Models, instruments, and empirical results among elderly*, Department of Geriatric Medicine, Vasa Hospital, University of Gothenburg, Gothenburg, Sweden.

Ørjasæter, Jeppesen, Harboe & Nordhaug (2009) *Fasting før operasjon hos eldre ortopediske pasienter*, Kunnskapssenteret.no

<http://www.kunnskapssenteret.no/Publikasjoner/Fasting+f%C3%B8r+operasjon+hos+eldre,+ortopediske+pasienter.+Litteratur%C3%B8k.7598.cms> (08.05.2012).

Informasjon om brukerundersøkelse vedrørende dine erfaringer på  
postoperativ seksjon ved anestesi avdelingen ved  
x Universitetssykehus

Hensikten med brukerundersøkelsen er å få vite mer om dine erfaringer med behandlingen hos oss. På postoperativ seksjon (oppvåkningen) ønsker vi kontinuerlig å utvikle og forbedre kvaliteten på vårt tilbud til deg.

I vårt arbeid for å få dette til er dine tilbakemeldinger helt avgjørende.

Mange pasienter er trøtte etter narkosen, og husker lite fra oppholdet på oppvåkningen. Det er helt vanlig og forståelig, og hvis det gjelder deg ber vi om at du krysser av på "vet ikke" på de spørsmål det gjelder.

Vi ber deg fylle ut spørreskjemaet med bakgrunn i dine erfaringer og vurderinger. Kom gjerne med utfyllende kommentarer på spørreskjemaet, eller fortell om dine erfaringer på slutten av skjemaet.

Skjemaet legges i vedlagte svarkonvolutt og leveres til personalet på avdelingen der du ligger. Å delta i spørreundersøkelsen er frivillig, og vil ikke påvirke behandlingen vi gir deg.

Dataene vil være anonyme og blir behandlet konfidensielt, og kan ikke spores tilbake til deg. Dataene vil bli slettet etter bruk. Undersøkelsen er vurdert av Regional Etisk Forsknings komité og er godkjent av avdelingsledelsen og Personvernombudet ved ■■■

Har du spørsmål ang spørreskjemaet kan du kontakte intensivsykepleier ■■■ eller kvalitetsrådgiver ■■■

Takk for at du deltar i brukerundersøkelsen

## Brukerundersøkelse Postoperativ seksjon - spørreskjema

Hensikten med spørreskjemaet er få vite om dine erfaringer med oss på Postoperativ seksjon, heretter kalt oppvåkningen. Vi ønsker å gjøre en bedre jobb, og da trenger vi din hjelp. Vi håper du vil ta deg tid til å svare på disse spørsmålene. Da hjelper du oss med å vurdere behandlingen / hjelpen vi gir.

### Fylles ut av personalet på postoperativ.

*skjema nr* \_\_\_\_\_

Vaktkode: Dag.  Aften  Natt  Overligger.

Hverdag.  Helg.

Planlagt.  Øyeblikkelig hjelp

Operasjonstype. \_\_\_\_\_

Rom plassering. \_\_\_\_\_

### Skjemautfillingen

Sett kun et kryss for hvert spørsmål i den svarkategorien du svarer på.

Sett kryss midt i rutene. Ønsker du å utdype mer, kan du gjerne skrive dine kommentarer helt på slutten av skjemaet

### Samtykke

**Det er viktig at du krysser av her dersom du er villig til å delta i denne spørreundersøkelsen.**

Ja jeg samtykker i å delta i denne brukerundersøkelsen ved Postoperativ seksjon.

**1. Kjønn?**

Mann

Kvinne



## Informasjon før operasjon

2. Fikk du snakket med anestesi /narkosepersonalet før operasjonen?

Ja  Nei

3. Fikk du nok informasjon om narkose og bedøvelsestypene før operasjonen/undersøkelsen?

Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad.	I stor grad.	I svært stor grad	Vet ikke
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Valgte du en annen type bedøvelse enn den anestesi /narkoselegen anbefalte?

Ja  Nei

5. Fikk du nok informasjon om operasjonen/prosedyren som skulle gjennomføres av legen som skulle operere deg?

Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad.	I stor grad.	I svært stor grad	Vet ikke
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Visste du at du skulle våkne opp i en annen avdeling en der du lå før operasjonen?

Ja  Nei

7. Fikk du informasjon om oppvåkningsavdelingen før operasjonen?

Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad.	I stor grad.	I svært stor grad	Vet ikke
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Tok du smertestillende hjemme før operasjonen?

Ja  Nei

9. Hvis ja, har du tatt disse i mer enn 2 uker?

Ja  Nei

## De neste spørsmålene omhandler tiden på oppvåkningen

### 10. Hadde du smerter da du våknet etter operasjonen?

Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad.	I stor grad.	I svært stor grad	Vet ikke
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 11. Fikk du tilfredsstillende smertebehandling i tiden du var på oppvåkningen?

Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad.	I stor grad.	I svært stor grad	Vet ikke
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 12. Var du smertefri da du ble flyttet tilbake til din avdeling?

Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad.	I stor grad.	I svært stor grad	Vet ikke
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 13. Var du kvalm på oppvåkningen?

Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad.	I stor grad.	I svært stor grad	Vet ikke
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 14. Fikk du noe hjelp med tørsten da du var på oppvåkningen?

Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad.	I stor grad.	I svært stor grad	Vet ikke
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 15. Følte du deg ivaretatt mens du var på oppvåkningen?

Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad.	I stor grad.	I svært stor grad	Vet ikke
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 16. Fikk du nok informasjon om prosedyrene (skifte bandasje, henge opp intravenøs o.l.) som ble utført mens du lå på oppvåkningen?

Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad.	I stor grad.	I svært stor grad	Vet ikke
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 17. Følte du deg trygg på personalets kompetanse mens du lå på oppvåkningen?

Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad.	I stor grad.	I svært stor grad	Vet ikke
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**18. Opplevde du ubehag med bråk/støy i tiden på oppvåkningen?**

Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad.	I stor grad.	I svært stor grad	Vet ikke
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**19. Hva slags støy opplevde du?**

Fra andre pasienter       Fra personalet       Ikke aktuelt   
Annet       Spesifiser \_\_\_\_\_

**20. Opplevde du at personvernet ble ivaretatt da du var på oppvåkningen?**

Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad.	I stor grad.	I svært stor grad	Vet ikke
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**21. Har dine pårørende vært i kontakt med personale på oppvåkningen?**

Ja       Nei       Vet ikke

**22. I hvilken grad tror du at de var fornøyd med måten de ble møtt på**

Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad.	I stor grad.	I svært stor grad	Vet ikke
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Her kan du skrive ned dine erfaringer og kommentarer som du ønsker å dele med oss.

**Takk at du tok deg tid til å svare. Hilsen oss på oppvåkningen.**

Tabell 1: Pasientens opplevelse av lindring av postoperativ smerte og ubehag.  
Kjønnns forskjeller, forskjeller på elektiv og ø hjelps pasienters opplevelse

(%)n =338

	svaralternativ	Menn	Kvinner	Ø-hjelp	Elektiv
Tok du smertestillende før operasjonen?	JA Nei	26(19,4) 108(80,6)	29(14,9) 165(85,1)	32(26,0) 91(74,0)	20(10,8) 165(89,2)
Hvis ja, har du tatt disse > 2 uker	JA Nei	17(38,6) 27(61,4)	19(35,2) 35(64,8)	14(26,9) 38(73,1)	19(45,2) 23(54,8)
Hadde du smerter da du våknet etter operasjonen?	Ikke i det hele tatt I liten, noen grad I stor, svært stor grad Vet Ikke	52(38,5) 59(43,7) 23(17) 1(,7)	58(29,6) 89(45,5) 47(24) 2(1,0)	44(34,9) 55(43,6) 26(20,6) 1(,8)	61(33,2) 82(44,6) 67(36,5) 2(1,1)
Fikk du tilfredsstillende smertebehandling I tiden da du var på oppvåkningen?	Ikke i det hele tatt I liten, noen grad I stor, svært stor grad Vet Ikke	4(3,1) 12(9,5) 101(79,6) 10(7,9)	9(4,7) 6(3,1) 167(87,4) 9(4,7)	5(4,1) 8(6,5) 102(83,6) 7(5,7)	7(4,0) 10(5,7) 148(84,6) 10(5,7)
Var du smertefri da du ble flyttet tilbake til din avdeling?	Ikke i det hele tatt I liten, noen grad I stor, svært stor grad Vet Ikke	6(4,4) 41(30,4) 85(63) 3(2,2)	7(3,6) 49(25,2) 133(68,6) 5(2,6)	1(,8) 34(27,2) 87(69,6) 3(2,4)	11(6,0) 47(25,7) 121(66,1) 4(2,2)
Var du kvalm på Oppvåkningen?	Ikke i det hele tatt I liten, noen grad I stor, svært stor grad Vet Ikke	103(77,4) 24(18) 4(3,1) 2(1,5)	119(60,1) 55(27,7) 20(10,1) 4(2,0)	74(59,7) 34(27,4) 13(10,5) 3(2,4)	136(73,1) 36(19,4) 11(5,9) 3(1,6)
Fikk du hjelp med tørsten da du var på oppvåkningen?	Ikke i det hele tatt I liten, noen grad I stor, svært stor grad Vet Ikke	6(4,6) 16(12,3) 96(73,9) 12(9,2)	5(2,6) 36(18,9) 141(73,8) 9(4,7)	3(2,5) 24(19,7) 89(44,2) 6(4,9)	5(2,8) 27(15,2) 133(74,7) 13(7,3)

Tabell 2: Pasientens opplevelse av preoperativ og postoperativ informasjon, i forhold til kjønn og til hastegrad av kirurgi

(%)n =338

	Svaralternativ	Menn	Kvinner	Ø hjelp	Elektiv
Fikk du nok informasjon om narkose og bedøvelsestype før operasjonen/ undersøkelsen?	Ikke i det hele tatt	1(,7)	6(3,1)	4(3,1)	3(1,6)
	I liten, noen grad	35 (25,6)	37(18,8)	33(26)	34(18,3)
	I stor, svært stor grad	100 (73)	151(77)	89(70)	146(78,9)
	Vet Ikke	1(,7)	2(1,0)	1(,8)	2(1,1)
Fikk du tilfredsstillende Informasjon om operasjonen som skulle gjennomføres?	Ikke i det hele tatt	0	3(1,5)	2(1,6)	0
	I liten, noen grad	30(21,7)	28(14,3)	23(18,3)	29(15,5)
	I stor, svært stor grad	108(77,3)	165(84,2)	101(80,2)	158(84,5)
	Vet Ikke	0	0	0	0
Fikk du informasjon om oppvåkingsavdelingen før operasjonen?	Ikke i det hele tatt	22(16,4)	26(13,7)	23(18,7)	23(12,8)
	I liten, noen grad	41(30,5)	58(30,5)	38(30,9)	56(31,2)
	I stor, svært stor grad	67(50)	97(51,1)	54(43,9)	97(53,9)
	Vet Ikke	4(3,0)	9(4,7)	8(6,5)	4(2,2)
Fikk du nok info om prosedyrene som ble utført mens du lå på oppvåkningen?	Ikke i det hele tatt	13(9,8)	15(7,8)	12(9,7)	14(7,7)
	I liten, noen grad	31(23,3)	49(25,5)	34(27,4)	41(22,6)
	I stor, svært stor grad	65(48,9)	103(53,7)	60(48,4)	96(53)
	Vet Ikke	24(18,0)	25(13,0)	18(14,5)	30(16,6)

Tabell 3: Pasientens opplevelse av lindring av postoperativ smerte og ubehag.  
Kjønnns forskjeller, forskjeller på elektiv og ø hjelps pasienters opplevelse

(%)n =338

	svaralternativ	Menn	Kvinner	Ø hjelp	Elektiv
Hvis ja på >2 uker Var du godt smertelindret før operasjonen?	Ikke i det hele tatt	3(7,)	8(16,7)	4(10,8)	7(15,6)
	I liten, noen grad	17(41,5)	15(31,3)	13(35,1)	18(40)
	I stor, svært stor grad	17(41,5)	24(50,1)	17(45,9)	20(44,5)
	Vet Ikke	4(10)	1(2,1)	3(8,1)	0
Hadde du smerter da du våknet etter operasjonen?	Ikke i det hele tatt	52(38,5)	58(29,6)	44(34,9)	61(33,2)
	I liten, noen grad	59(43,7)	89(45,4)	55(43,6)	82(44,6)
	I stor, svært stor grad	23(17)	47(24)	26(20,6)	29(21,2)
	Vet Ikke	1 (,7)	2(1,0)	1(,8)	2(1,1)
Fikk du tilfredsstillende smertebehandling I tiden da du var på oppvåkningen?	Ikke i det hele tatt	4(3,1)	9(4,7)	5(4,1)	7(4,0)
	I liten, noen grad	12(9,5)	6(3,1)	8(6,5)	10(5,6)
	I stor, svært stor grad	101(79,6)	167(87,4)	102(83,6)	148(84,6)
	Vet Ikke	10(7,9)	9(4,7)	7(5,7)	10(5,7)
Var du smertefri da du ble flyttet tilbake til din avdeling?	Ikke i det hele tatt	6(4,4)	7(3,6)	1(,8)	11(6,0)
	I liten, noen grad	41(30,4)	49(25,2)	34(27,2)	47(25,7)
	I stor, svært stor grad	85(63,6)	133(68,6)	87(69,6)	121(66,1)
	Vet Ikke	3(2,2)	5(2,69)	3(2,4)	4(2,2)
Var du kvalm på Oppvåkningen?	Ikke i det hele tatt	103(77,4)	119(60,1)	74(59,7)	136(73,1)
	I liten, noen grad	24(18)	55(27,7)	34(27,4)	36(19,4)
	I stor, svært stor grad	4(3,1)	20(10,1)	13(10,5)	11(5,9)
	Vet Ikke	2(1,5)	4(2,0)	3(2,4)	3(1,6)
Fikk du hjelp med tørsten da du var på oppvåkningen?	Ikke i det hele tatt	6(4,6)	5(2,6)	3(2,5)	5(2,8)
	I liten, noen grad	16(12,3)	34(18,9)	24(19,7)	27(15,2)
	I stor, svært stor grad	96(73,9)	141(73,8)	89(72,9)	133(74,7)
	Vet Ikke	12(9,2)	9(4,7)	6(4,9)	13(7,3)

Tabell 4: Pasientens opplevelse av: kompetanse, ivaretagelse, personvernet pårørende kontakt og Pasientens opplevelse av støy. Kjønnforskjeller og forskjeller mellom elektiv og ø hjelps kirurgi. (%) n=338

	svaralternativ	Menn	kvinner	Ø - hjelp	Elektiv
Følte du deg ivaretatt når du var på oppvåkningen?	Ikke i det hele tatt	0	0	0	0
	I liten, noen grad	6(4,3)	66(3)	7(5,5)	3(1,6)
	I stor, svært stor grad	132(95,7)	189(95,9)	120(93,8)	182(97,8)
	Vet Ikke	0	2(1,0)	1(,8)	1(,5)
Følte du deg trygg på personalets kompetanse mens du lå på oppvåkningen?	Ikke i det hele tatt	0	0	0	0
	I liten, noen grad	2(1,4)	3(1,5)	3(2,3)	0
	I stor, svært stor grad	135(97,8)	193(97,5)	123(96,1)	186(99,5)
	Vet Ikke	1(,7)	2(1,0)	2(1,6)	1(,5)
Opplevde du at personvernet ble ivaretatt da du var på oppvåkningen?	Ikke i det hele tatt	0	0	0	0
	I liten, noen grad	7(5,1)	6(3,1)	3(2,4)	8(4,4)
	I stor, svært stor grad	111(81)	164(86,3)	107(86,3)	152(83,6)
	Vet Ikke	19(13,9)	20(10,5)	14(11,3)	22(12,1)
I hvilken grad tror du at de var fornøyd med måten de ble møtt på?	Ikke i det hele tatt	0	0	0	0
	I liten, noen grad	5(5,6)	6(4,3)	6(6,2)	5(4,4)
	I stor, svært stor grad	65(73)	94(68,1)	67(69,8)	78(68,4)
	Vet Ikke	19(21,3)	38(27,5)	23(24)	31(27,2)
Opplevde du ubehag med bråk,/ støy i tiden på oppvåkningen?	Ikke i det hele tatt	94(68,1)	139(70,9)	93(73,2)	126(67,7)
	I liten, noen grad	40(28,9)	52(26,5)	30(23,6)	55(29,5)
	I stor, svært stor grad	3(2,1)	5(2,5)	3(2,4)	5(2,7)
	Vet Ikke	1(,7)	0	1(,8)	2(1,1)
Hva slags støy opplevde du?	Andre pasienter	18(25,4)	36(37,5)	17(26,6)	33(35,9)
	Personalet	4(5,6)	7(7,3)	7(10,9)	3(3,3)
	Ikke aktuelt	39(54,9)	49(51)	33(51,6)	49(53,3)
	Annet	10(14,1)	48(4,2)	7(10,9)	7(7,6)

Tabell 5: Pasientens opplevelse av preoperativ og postoperativ informasjon

(%) n=338

	svaralternativ	Ortopedi	Urologi	Gynekologi	Kar - Toraks	Gastrologi	Øre Nase Hals
Fikk du nok informasjon om narkose og bedøvelsestype før operasjonen/undersøkelsen?	Ikke i det hele tatt	2(2,2)	0	2(3,0)	1(6,7)	0	0
	I liten, noen grad	19(19,6)	17(35,4)	9(13,6)	1(6,7)	9(19,6)	4(19,0)
	I stor, svært stor grad	71(77,2)	30(62,5)	54(81,8)	13(86,6)	36(78,2)	17(80,3)
	Vet Ikke	0	1(2,1)	1(1,5)	0	1(2,2)	0
Pratet med anestesi / narkosepersonalet før opr?	JA	86(94,5)	46(95,8)	61(92,4)	15(93,8)	42(93,3)	21(100,0)
	Nei	5(5,5)	2(4,2)	5(7,6)	1(6,3)	3(6,7)	0
Ønsket du annen type narkose enn anbefalt?	JA	9(9,9)	3(6,5)	1(1,6)	2(13,3)	2(4,3)	0
	Nei	82(90,1)	43(93,5)	63(98,4)	13(86,7)	44(95,7)	21(100,0)
Fikk du oppfylt Ønsket?	JA	15(83,3)	5(83,3)	6(100,0)	3(75,0)	4(100,0)	2(100,0)
	Nei	3(16,7)	1(16,7)	0	1(25,0)	0	0
Fikk du tilfredsstillende Informasjon om operasjonen som skulle gjennomføres?	Ikke i det hele tatt	1(1,1)	0	1(1)	0	0	0
	I liten, noen grad	15(16,5)	8(16)	9(14)	10(63)	9(20)	16(76,1)
	I stor, svært stor grad	75(78,5)	41(84)	56(85)	6(37)	37(80)	4(19,0)
	Vet Ikke	0	0	0	0	0	0
Viste du at du våknet i en annen avdeling	JA	74(83,1)	40(88,9)	53(86,9)	14(87,5)	38(82,6)	14(73,7)
	Nei	15(16,9)	5(11,1)	8(13,1)	2(12,5)	8(17,4)	5(26,3)
Fikk du informasjon om oppvåkningsavdelingen før operasjonen?	Ikke i det hele tatt	12(14,0)	6(13)	10(15)	2(12)	11(24)	1(5)
	I liten, noen grad	25(29)	18(38)	16(25)	4(25)	12(27)	9(43)
	I stor, svært stor grad	45(52,3)	23(49)	26(55)	10(63)	21(47)	10(47)
	Vet Ikke	4(4,7)	0	3(5)	0	1(2)	1(5)
Fikk du nok info om prosedyrene som ble utført mens du lå på oppvåkningen?	Ikke i det hele tatt	9(9,9)	5(11)	4(63)	0	5(11)	1(5)
	I liten, noen grad	27(27,7)	14(32)	16(22)	3(18)	8(17)	2(10)
	I stor, svært stor grad	41(45,1)	16(36)	41(67)	11(69)	21(46)	12(60)
	Vet Ikke	14(15,4)	9(21)	3(5)	2(13)	12(26)	5(25)



Tabell 6: Pasientens opplevelse av lindring av postoperativ smerte og ubehag.

(%) n =338

	svaralternativ	Total	Ortopedi	Urologi	Gynekologi	Kar - Toraks	Gastrologi	Øre Nese Hals
Tok du smertestillende før operasjonen?	JA	45(15,8)	26(28,6)	2(4,3)	4(6,2)	3(18,8)	6(13,3)	4(19,0)
	Nei	239(84,2)	65(74,4)	44(95,7)	61(93,8)	13(81,3)	39(86,7)	17(81,0)
Hvis ja, har du tatt disse > 2 uker	JA	29(35,8)	19(41,3)	2(33,3)	1(11,1)	3(75,0)	2(18,2)	2(40,0)
	Nei	52(64,2)	27(58,7)	4(66,7)	8(88,9)	1(25,0)	9(81,8)	3(60,0)
Hadde du smerter da du våknet etter operasjonen?	Ikke i det hele tatt	100(34,8)	24(27)	28(57,1)	25(37,9)	3(18,8)	17(37,8)	3( 14,4)
	I liten, noen grad	126(43,9)	41(45,5)	18(36,8)	27(40,9)	8(50)	19(42,2)	13(61,9)
	I stor/svært stor grad	58(20,2)	23(25,5)	2(4,1)	14(21,3)	5(31,3)	9(20)	5(23,8)
	Vet Ikke	3(1)	2(2,2)	12,0)	0	0	0	0
Fikk du tilfredsstillende smertebehandling I tiden da du var på oppvåkningen?	Ikke i det hele tatt	10(4)	3(3)	3(7)	3(5)	0	0	1(5)
	I liten, noen grad	13(5)	6(7)	2(5)	2(3)	1(6)	1(2)	1(5)
	I stor/svært stor grad	233(85)	74(84)	29(73)	58(89)	15(94)	39(89)	17(90)
	Vet Ikke	17(6)	5(6)	6(15)	2(3)	0	4(9)	0
Var du smertefri da du ble flyttet tilbake til din avdeling?	Ikke i det hele tatt	13(5)	6(7)	1(2)	3(5)	0	3(7)	0
	I liten, noen grad	78(27)	27(30)	9(19)	28(27)	6(38)	10(22)	8(40)
	I stor/svært stor grad	186(65)	51(56)	37(77)	44(67)	10(62)	32(71)	12(60)
	Vet Ikke	8(3)	6(7)	1(2)	1(1)	0	0	0
Var du kvalm på Oppvåkningen?	Ikke i det hele tatt	193(68)	58(64)	38(81)	42(64)	12(75)	27(58)	16(76)
	I liten, noen grad	67(23)	23(26)	7(15)	19(29)	2(12)	11(24)	5(24)
	I stor/svært stor grad	20(7)	8(9)	2(4)	4(6)	2(13)	4(9)	0
	Vet Ikke	6(2)	1(1)	0	1(1)	0	4(9)	0
Fikk du hjelp med tørsten da du var på oppvåkningen?	Ikke i det hele tatt	8(3)	3(3)	3(7)	1(1)	0	0	1(5,0)
	I liten, noen grad	43(15)	17(19)	7(17)	12(19)	2(13)	4(9)	1(5,0)
	I stor/svært stor grad	210(76)	66(74)	26(64)	52(79)	13(81)	36(80)	17(85)
	Vet Ikke	17(6)	4(4)	5(12)	1(1)	1(6)	5(11)	1(5,0)

Tabell 7: Pasientens opplevelse av: kompetanse, ivaretagelse, personvernet pårørende kontakt og Pasientens opplevelse av støy. (%/n =338

	Svaralternativ	Ortopedi	Urologi	Gynekologi	Kar - Toraks	Gastrologi	Øre - Nese Hals
Følte du deg ivaretatt, mens du var på oppvåkningen?	Ikke i det hele tatt	0	0	0	0	0	0
	I liten, noen grad	4(4,3)	1(2,0)	2(3)	1(6)	2(4)	8(40,0)
	I stor, svært stor grad	87(94,6)	48(97,9)	64(97)	15(94)	44(96)	12(60,0)
	Vet ikke	1(1,1)	0	0	0	0	0
Følte du deg trygg på personalets kompetanse mens du lå på oppvåkningen?	Ikke i det hele tatt	0	0	0	0	0	0
	I liten, noen grad	2(2)	0	1(1,5)	0	0	0
	I stor, svært stor grad	90(98)	49(100)	64(97)	16(100)	44(96)	0
	Vet ikke	0	0	1(1,5)	0	2(4)	21(100)
Opplevde du at personvernet ble ivaretatt da du var på oppvåkningen?	Ikke i det hele tatt	0	0	0	0	0	0
	I liten, noen grad	4(4)	3(6)	4(7)	15(94)	0	1(5)
	I stor, svært stor grad	75(82)	37(77)	55(87)	1(6)	38(86)	17(81)
	Vet ikke	13(14)	8(17)	4(6)		6(14)	3(14)
Har pårørende vært i kontakt med personale?	JA	30(33,0)	10(20,4)	42(64,6)	7(43,8)	13(28,9)	6(28,6)
	Nei	53(58,2)	35(71,4)	17(26,2)	8(50,0)	23(51,1)	11(52,4)
	Vet ikke	8(8,8)	4(8,2)	6(9,2)	1(6,3)	9(20,0)	4(19,0)
I hvilken grad tror du at de var fornøyd med måten de ble møtt på?	Ikke i det hele tatt	0	0	0	0	0	0
	I liten, noen grad	3(5)	2(7)	4(7)	1(9)	0	0
	I stor, svært stor grad	36(61)	20(74)	41(73)	8(73)	23(79,3)	9(64,3)
	Vet ikke	20(34)	5(19)	11(20)	2(18)	6(20,7)	5(35,7)
Opplevde du ubehag med bråk/støy i tiden på oppvåkningen?	Ikke i det hele tatt	66(71,7)	34(69,4)	42(63,6)	10(62,5)	32(72,7)	17(81,0)
	I liten, noen grad	24(26)	15(30,6)	21(31,8)	21(31,8)	11(25)	4(19,0)
	I stor, svært stor grad	2(2,2)	0	3(4,5)	2(12,6)	0	0
	Vet ikke	0	0	0	0	1(2,3)	0
Hva slags støy opplevde du?	Andre pasienter	16(32,7)	5(26,3)	13(35,1)	2(22,2)	7(38,9)	2(16,7)
	Personalet	4(8,2)	1(5,3)	1(2,7)	1(11,1)	4(22,2)	0
	Ikke aktuelt	25(51,0)	8(42,1)	21(56,8)	5(55,6)	7(38,9)	10(83,3)
	Annet	4(8,2)	5(26,3)	2(5,4)	1(11,1)	0	0

Tabell 8. Pasientens opplevelse av preoperativ og postoperativ informasjon

(%)n=338

	svaralternativ	18-39	40-59	Over 60
Fikk du nok informasjon om narkose og bedøvelsestype før operasjonen/ undersøkelsen?	Ikke i det hele tatt	3(2,6)	3(3,2)	1(1)
	I liten, noen grad	25(21,6)	17(17,9)	27(24)
	I stor/svært stor grad	86(74,1)	75(78,9)	82(74)
	Vet Ikke	2(1,7)	0(,0)	1(1)
Pratet med anestesi / narkosepersonalet før operasjonen?	JA	111(96,5)	89(92,7)	103(93,6)
	Nei	4(3,5)	7(7,3)	7(6,4)
Ønsket du en annen type narkose enn anbefalt?	JA	2(1,8)	8(8,7)	11(10)
	Nei	112(98,2)	84(9,3)	98(90)
Fikk du oppfylt ønsket?	JA	9(100,0)	16(94,1)	15(75)
	Nei	0	1(5,9)	5(25)
Fikk du tilfredsstillende informasjon om operasjonen/prosedyren som skulle gjennomføres?	Ikke i det hele tatt	2(1,7)	0	1(1)
	I liten, noen grad	21(8,1)	13(13,5)	22(20)
	I stor/svært stor grad	93(80,2)	83(86,5)	88(79)
	Vet Ikke			
Viste du at du våknet i en annen avdeling?	JA	94(86,2)	82(86,3)	84(80,8)
	Nei	15(13,8)	13(13,7)	20(19,2)
Fikk du informasjon om oppvåkningsavdelingen før operasjonen	Ikke i det hele tatt	17(14,8)	13(14,0)	18(17)
	I liten, noen grad	44(38,2)	23(24,8)	29(17)
	I stor/svært stor grad	48(41,8)	53(57)	57(53,2)
	Vet Ikke	6(5,2)	4(4,3)	3(2,8)
Fikk du nok informasjon om prosedyrene som ble utført mens du lå på oppvåkningen?	Ikke i det hele tatt	10(8,8)	10(10,5)	7((6,5)
	I liten, noen grad	24(21,3)	18(18,9)	36(33)
	I stor/svært stor grad	55(48,7)	59(62,1)	50(45,9)
	Vet Ikke	24(21,2)	8(8,4)	16(14,6)

Tabell 9. Pasientens opplevelse av lindring av postoperativ smerte og ubehag.  
Aldersforskjeller (%)n =338

	Svaralternativ	18 -39	40 - 59	Over 60
Tok du smertestillende før operasjonen?	JA Nei	19(16,5) 96(83,5)	12(12,6) 83(87,4)	21(19,6) 86(80,4)
Hvis ja, har du tatt disse > 2 uker	JA Nei	12(37,5) 20(62,5)	8(28,6) 20(71,4)	15(44,2) 19(55,8)
Hvis ja på >2 uker Var du godt smertelindret før operasjonen?	Ikke i det hele tatt I liten, noen grad I stor/svært stor grad Vet Ikke	2(9,1) 10(45,4) 8(36,3) 2(9,1)	5(20,8) 7(29,2) 11(45,8) 1(4,2)	4(10) 14(35) 20(50) 2(5)
Hadde du smerter da du våknet etter operasjonen?	Ikke i det hele tatt I liten, noen grad I stor/svært stor grad Vet Ikke	32(27,6) 51(43,9) 32(27,6) 1(,9)	28(29,8) 43(45,7) 14(23,4) 1(1,1)	48(43,2) 49(44,1) 13(11,7) 1(1)
Fikk du tilfredsstillende smertebehandling I tiden da du var på oppvåkningen?	Ikke i det hele tatt I liten, noen grad I stor/svært stor grad Vet Ikke	2(1,7) 5(4,3) 105(91,3) 3(2,6)	2(2,2) 6(6,6) 78(85,7) 5(5,5)	5(4,9) 5(4,9) 82(79,6) 11(10,6)
Var du smertefri da du ble flyttet tilbake til din avdeling?	Ikke i det hele tatt I liten, noen grad I stor/svært stor grad Vet Ikke	3(2,6) 36(31,5) 73(64) 2(1,8)	6(6,3) 18(20) 70(73,7) 0	3(2,8) 31(28,1) 70(63,7) 6(5,4)
Var du kvalm på Oppvåkningen?	Ikke i det hele tatt I liten, noen grad I stor/svært stor grad Vet Ikke	66(58,4) 33(29,2) 11(9,8) 3(2,7)	66(68,8) 22(22,9) 7(7,3) 1(1,0)	83(74,1) 21(18,8) 6(5,3) 2(1,8)
Fikk du hjelp med tørsten da du var på oppvåkningen?	Ikke i det hele tatt I liten, noen grad I stor/svært stor grad Vet Ikke	3(2,6) 17(14,7) 88(75,9) 8(6,9)	1(1,1) 6(6,6) 79(86,9) 5(5,5)	7(6,7) 27(25,5) 64(60,3) 8(7,5)

Tabell 10. Pasientens opplevelse av: kompetanse, ivaretagelse, personvernet pårørende kontakt og Pasientens opplevelse av støy og Aldersforskjeller (%) n=338

	Svaralternativ	18-39	40 - 59	Over 60
Følte du deg ivaretatt, mens du var på oppvåkningen?	Ikke i det hele tatt I liten, noen grad I stor/svært stor grad Vet Ikke	0 7(6) 107(93,1) 1(,9)	0 0 96(100) 0	0 5(4,3) 108(94,7) 1(1)
Følte du deg trygg på personalets kompetanse mens du lå på oppvåkningen?	Ikke i det hele tatt I liten, noen grad I stor/svært stor grad Vet Ikke	0 3(2,6) 110(94,8) 3(2,6)	0 0 96(100) 0	0 2(1,8) 112(98,2) 0
Opplevde du at personvernet ble ivaretatt da du var på oppvåkningen?	Ikke i det hele tatt I liten, noen grad I stor/svært stor grad Vet Ikke	0 3(3,7) 92(82) 16(14,3)	0 6(6,3) 86(90,5) 3(3,2)	0 4(3,6) 89(79,4) 19(17)
Har pårørende vært i kontakt med personale?	JA Nei Vet ikke	60(52,6) 41(36,0) 13(11,4)	20(21,1) 62(65,3) 13(13,7)	42(37,5) 62(55,4) 8(7,1)
I hvilken grad tror du at de var fornøyd med måten de ble møtt på?	Ikke i det hele tatt I liten, noen grad I stor/svært stor grad Vet Ikke	0 5(6,9) 63(72,4) 18(20,7)	0 5(6,9) 37(63,8) 17(29,3)	0 1(1) 56(73) 20(26)
Opplevde du ubehag med bråk/støy i tiden på oppvåkningen?	Ikke i det hele tatt I liten, noen grad I stor/svært stor grad Vet Ikke	74(64,3) 34(29,6) 6(5,2) 1(,9)	72(75,0) 24(25,1) 0 0	78(&9,7) 32(28,5) 2(1,8) 0
Hva slags støy opplevde du?	Andre pasienter Personalet Ikke aktuelt Annet	26(38,8) 4(6,0) 33(49,3) 4(6,0)	12(25,0) 4(8,3) 29(50,4) 3(6,3)	13(27,1) 3(6,3) 26(54,1) 6(12,5)