

Anna Urke Helle

# Pasienters rapporterte kvalitet på perioperativ sykepleie

En tverrsnittsundersøkelse med fokus på aldersforskjeller

Masteroppgave i Master i klinisk sykepleie

Veileder: Helen Berg

Desember 2023



Anna Urke Helle

# **Pasienters rapporterte kvalitet på perioperativ sykepleie**

En tverrsnittundersøkelse med fokus på  
aldersforskjeller

Masteroppgave i Master i klinisk sykepleie  
Veileder: Helen Berg  
Desember 2023

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
Fakultet for medisin og helsevitenskap  
Institutt for helsevitenskap i Ålesund



Kunnskap for en bedre verden



# Sammendrag

**Introduksjon og bakgrunn:** Kvalitetssikring av sykepleien som utføres ved operasjonsavdelingene er et viktig ledd i utviklingen av tjenestene i helsevesenet vårt, og da er det behov for validerte måleverktøy. Hensikten med denne studien er å bidra til validering av spørreskjemaet Good Perioperative Nursing Care Scale (GPNCS) ved å se på om alder spiller inn på pasienters vurdering av kvalitet.

**Metode:** Studien er gjort som en tverrsnittsundersøkelse av 250 pasienter med bruk av spørreskjemaet GPNCS. Datainnsamlingen ble utført over en 3-måneders periode i 2023 på et universitetssykehus i Norge. Statistisk analyse er utført i IBM Statistical Package for the Social Sciences.

**Resultater:** I analysen ser man ingen statistisk signifikant forskjell på hvordan ulike aldersgrupper vurderer kvalitet på sykepleie. Den største forskjellen finner man i dimensjonen «Støtte».

**Konklusjon:** Deltakerne i studien vurderer kvaliteten på sykepleie til å være god. Man finner ikke at det er en sammenheng mellom aldersgrupper og hvordan man vurderer kvaliteten på perioperativ sykepleie.

**Emneord:** Perioperativ sykepleie; pasienttilfredshet; kvalitetsundersøkelse.

# Abstract

**Introduction and background:** To ensure the quality of care in perioperative nursing, it is necessary to have systematically structured tools for assessing the quality of our services. The purpose of this study is to contribute to the validation of the translation of a questionnaire from English to Norwegian, by looking at whether age influences patients' assessment of quality.

**Method:** The study was conducted as a cross-sectional study using the Good Perioperative Nursing Care Scale. The data collection was conducted over a 3-month period in 2023 at a university hospital in Norway. Statistical analysis has been performed in the IBM Statistical Package for the Social Sciences. Quality of perioperative nursing is defined on the basis of 7 dimensions.

**Results:** The analysis shows no statistically significant difference in how different age groups assess the quality of nursing. The biggest differences can be found in the dimension called «Support».

**Conclusion:** The participants in the study consider the quality of nursing to be high. We can not find that there is a correlation between age groups and how the quality of perioperative nursing is assessed.

**Key words:** Perioperative nursing; patient satisfaction; quality assessment.

# Forord

Som nyutdannet operasjonssykepleier syntes jeg det var merkelig at jeg visste så lite om hvordan pasientene «mine» hadde det etter at de dro fra operasjonsavdelingen. Man kan få nyttige tilbakemeldinger fra kollegaer, men hva med tilbakemeldingene som pasientene har? Når arbeidet med denne masteroppgaven begynte, gikk tankene mine rundt hvilke historier sykepleierne på sengepostene får høre fra pasientene som er nyopererte. Har de bedre kjennskap til forbedringspotensialet enn vi har selv siden de får det fra kilden? Og hvordan kan vi gjøre noe med det?

Denne oppgaven hadde ikke blitt til uten hjelp og støtte. Jeg vil først gi en takk til arbeidsplassen min ved Ålesund sykehus, og spesielt Eli Mona Heggernes som har vært behjelpelig med tilrettelegging for masterstudiet, og som har støttet ønsket om å fullføre mastergraden. Takk til mine to søstre, Helga og Eli, for uvurderlig hjelp når det har blitt imot. Tusen takk til veilederen min Helen Berg for hjelp, støtte og tilbakemeldinger. Takk til NTNU i Ålesund, og medstudentene mine som har gitt innspill og oppmuntringer.

Den største takken går til mannen min som har tatt seg av barna våre når jeg har vært bortreist for datainnsamling og de mange turene til skolen for å skrive. Uten deg hadde det ikke blitt noen oppgave.





# Innhold

Tabeller .....	x
1 Innledning .....	11
1.1 Bakgrunn for valg av tema .....	11
1.2 Formål med studien .....	12
1.3 Problemstilling og forskningsspørsmål .....	12
1.4 Artikkel og valg av tidsskrift .....	12
2 Teoretisk grunnlag .....	14
2.1 Kvalitet på helsetjenester .....	14
2.1.1 PROM og PREM .....	14
2.2 Pasientsentrert sykepleie .....	15
3 Metode .....	16
3.1 Vitenskapsteori .....	16
3.2 Design .....	16
3.3 Om hovedstudien .....	17
3.4 Planlegging og gjennomføring av Good Perioperative Nursing Care Scale- datainnsamling .....	18
3.5 Utvalg .....	18
3.6 Ethiske overveielser .....	18
3.7 Variabler .....	19
3.8 Analyse .....	19
3.9 Vurdering av studiens kvalitet .....	20
4 Resultater .....	21
5 Diskusjon .....	24
5.1 Kvaliteten på den perioperative sykepleien .... <b>Feil! Bokmerke er ikke definert.</b>	
5.2 Implikasjoner for bruk av spørreskjemaet ..... <b>Feil! Bokmerke er ikke definert.</b>	
Referanser .....	26

Vedlegg 1: Samtykkeskjema

Vedlegg 2: GPNCS norsk versjon

# Tabeller

Tabell 1: Bakgrunnsopplysninger

Tabell 2: Samlet gjennomsnittsscore for dimensjonene ved perioperativ sykepleie inndelt etter aldersgrupper

# 1 Innledning

Pasienter som skal opereres utsettes for situasjoner som er nye og fremmede. Det gjelder rommene man befinner seg i, helsepersonell man treffer og ikke minst situasjonen man er i. Alvsvåg et al. sier følgende i sin artikkel "Omsorg og skjønn": "Hvordan bør situasjonen bli håndtert slik at omsorg kan merkes og utfoldes?" (Alvsvåg & Martinsen, 2018). For operasjonspasienten er dette svært aktuelt da det er spesialisert omsorg som utøves gjennom hele den perioperative fasen. Pasienter som ikke forstår det som gjøres vet heller ikke at det er riktig og nødvendig. Da er informasjon helt essensielt, slik at pasientene får vite hva og hvorfor noe gjøres. En litteraturstudie med tittelen "Trygghet og sykepleie" fra 2009 fant at helsepersonells vilje og evne til å forstå pasienter – hva de sier, opplever og trenger – vil være trygghetsfremmende (Selnes, 2009).

Som sykepleier er det vår jobb å møte pasienten der de er. Sykepleieren kan begrense i hvor stor grad en stressor påvirker pasienten, eller hjelpe pasienten til å mestre situasjonen best mulig ved å tilpasse informasjonen til den enkelte (Stubberud, 2019).

Viktigheten av å håndtere stress ser vi også igjen i det som kalles kirurgisk stressrespons. Denne fysiologiske responsen på kirurgi øker gjerne med størrelsen på en operasjon, slik at responsen er større ved en laparotomi enn ved en laparoskopi eksempelvis (Desborough, 2000). Man har også kjennskap til at tiltak som gjøres i form av temperaturregulering er viktig for å hindre post-operative infeksjoner (Allegranzi et al., 2016). Nerveskader og trykksår forebygges ved en god leiring (Dåvøy et al., 2018). Tiltak som kan redusere stress og angst hos operasjonspasienter er å gi god og riktig informasjon, premedikasjon, og tilbud om å få lytte til musikk under operasjonen (Oakley & Pudner, 2010). Reduksjon av stress i den perioperative fasen er vist å gi lavere behov for post-operativ smertelindring (Villa et al., 2020). Informasjon som sikter seg inn på den enkeltes behov, og som gis til riktig tid vil være med å redusere stress og angst (Naidu, 2009; Rudolfsson et al., 2003).

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

I den daglige driften på operasjonsstuen kan det være lett å glemme at menneskene som er innom drar derifra med en ny erfaring i bagasjen. En som muligens kan ha gitt store inntrykk, og følger dem videre i livet. De inntrykkene kommer oftest ikke til uttrykk der og da, og både de positive og de negative opplevelsene tar de med seg uten at de får konsekvenser for den videre driften av operasjonsavdelingen.

Pasientrapporterte målinger er verktøy som stadig blir tatt mer i bruk. I Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten er brukermedvirkning i forbedringsarbeid nevnt som et viktig tiltak (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). Operasjonssykepleierens ansvars- og funksjonsbeskrivelse sier at man skal jobbe ut ifra kunnskapsbasert praksis, og til det trengs det kunnskap (NSFLOS, 2015). Utviklingen av standardiserte verktøy for måling av pasienterfaringer får nå mer fokus, og sies å være en viktig del av strategien for å heve kvaliteten på helsetjenestene også internasjonalt. OECD (Organisasjonen for økonomisk samarbeid og utvikling) har gått så langt som å si at pasientrapportering kan være det viktigste enkelttiltaket vi har i å forbedre helsevesenet (Gurría & Porter, 2017). Ved dags dato foreligger det ingen validerte,

standardiserte verktøyer for å måle kvaliteten på perioperativ sykepleie. Det finnes ett spørreskjema som ble publisert i 2022 av Kymre et al. (Kymre et al., 2022), men det er ikke endelig validert ifølge artikkelen. Spørreskjemaet har også sine begrensinger da det kun er ment å brukes ved elektive innleggelser.

## 1.2 Formål med studien

Denne studien har som formål å undersøke data innhentet med spørreskjemaet Good Perioperative Nursing Care Scale (GPNCS), og slik bidra til en validering av den norske oversettelsen og adaptasjonen av dette spørreskjemaet.

Vi vet at operasjonspasienter har ulike utgangspunkt. De kommer i alle aldre, planlagte innleggelser, akutte innleggelser og store og små operasjoner. Noen skal ha narkose, andre skal være våkne i flere timer mens de opereres. Noen skal få fikset et «lite» problem, andre skal få fjernet livstruende kreft. Sykepleiere er opplært til at alle pasienter skal møtes på sine behov, og man skal optimalisere pasientbehandlingen for å hindre behov for videre behandling eller unødig lidelse. Sykepleiere er mennesker som er på jobb, i sin egen hverdag med sine egne utfordringer, og har behov for verktøy som kan bidra i å identifisere forbedringsområder for sykepleien. Pasientrapporterte vurderinger av sykepleien kan bidra til å hjelpe sykepleieren til å bli enda mer bevisst på sykepleien som gis til operasjonspasienten. Basert på tidligere studier er målet at det kan bidra til å hjelpe sykepleieren med å persontilpasse sykepleien (Desomer et al., 2018).

I forskningsarbeidet som ble utført når GPNCS ble utarbeidet og adaptert viste det seg at eldre mennesker generelt var mindre kritiske i sin vurdering enn yngre mennesker (Leinonen et al., 2001). Dette sammenfaller med en svensk studie som er gjort på dagkirurgiske pasienter, som viste at eldre pasienter med god helse var mest fornøyde, mens unge pasienter inne for øyeblikkelig hjelp var minst fornøyde med den generelle opplevelsen av å være pasient (Rahmqvist & Bara, 2010). En systematisk litteraturstudie som hadde til hensikt å identifisere hvilke faktorer som påvirker pasienters opplevde kvalitet på helsetjenester fant at alder var den viktigste faktoren, og dernest helsestatus og forventninger (Batbaatar et al., 2017).

## 1.3 Problemstilling og forskningsspørsmål

Hensikten med studien er å få en økt kunnskap blant sykepleiere om pasientens egen vurdering av kvaliteten på den perioperative sykepleien som gis, og om alder har en betydning for vurderingen. Dette leder frem til følgende forskningsspørsmål:

Finnes det en sammenheng mellom pasienters alder og deres vurderinger av kvaliteten på perioperativ sykepleie? På bakgrunn av tidligere studier er hypotesen:

Det er forskjell på hvordan ulike aldersgrupper vurderer kvalitet på sykepleien i det perioperative forløpet.

## 1.4 Artikkel og valg av tidsskrift

Denne masteroppgaven er utformet som en artikkel med tilhørende kappe. Artikkelen er skrevet i samsvar med veiledningen til Inspira – tidsskrift for anestesi-, operasjon- og intensivsykepleiere. De ber om at artikler skal følge IMRAD-strukturen. Tidsskriftet er valgt fordi der er et vitenskapelig tidsskrift ment å formidle aktuelle fagartikler, forskningsartikler og kunnskapsoppsummeringer innenfor feltene anestesi-, operasjon-

og intensivsykepleie. Lenke til forfatterveiledningen er her: [Forfatterveiledning | Inspira \(inspiratidsskrift.no\)](#)

## 2 Teoretisk grunnlag

### 2.1 Kvalitet på helsetjenester

Tradisjonelt har man målt kvaliteten på helsetjenester ved å se på utfall av behandling (Grocott et al., 2002). Det kan måles relativt enkelt ved å følge pasientforløpet over en viss tid. Dette er en viktig og nyttig vurdering, og kan bidra til at man utvikler behandlingsmetoder. I tillegg til utfallsvurderinger, trenger vi å vite mer om erfaringene til pasientene. Dette er viktig for å forstå hva som kan forbedre pasientens opplevde kvalitet av helsetjenesten. Det krever at man stiller noen spørsmål: Hvem skal vurderes? Hvilke aktiviteter skal vurderes? Hvordan skal disse aktivitetene utføres? Hva er de ment å oppnå? (Donabedian, 1988). Når dette er avklart, kan man gå videre i evalueringen av kvaliteten. Da kan ifølge Donabedian (1988) følgende kategorier benyttes:

1. Struktur: Hva er settingen man jobber i? Hvilke ressurser er tilgjengelig? Dette inkluderer da både utstyr, personell og faglig kompetanse.
2. Prosess: Det som faktisk gjøres i utøvelsen av omsorg og pleie.
3. Utfall: Hva er resultatet av behandling, pleie og omsorg som pasienten mottar.

Helsetjenestekvalitet er i så henseende ikke noe som pasientene selv er i stand til eller har bakgrunn for å kunne måle eller vurdere. Dersom man er interessert i å måle pasienters oppfattelse av kvalitet må man tenke annerledes. Professor i helseøkonomi Sverre Grepperud har foreslått at man deler helsetjenestekvalitet i fire hovedkategorier (Grepperud, 2009):

1. Medisinsk kvalitet
2. Omsorgskvalitet
3. Fasilitetskvalitet
4. Varighet

Oppsummert er det en inndeling som favner om pasientens vurdering av kvaliteten på behandlingen som er gitt, den subjektive opplevelsen av ivaretagelsen av omsorgsbehovet, fasilitetene – bygninger og utstyr, og tidsperspektivet – at fra et behov oppstår til det er dekket skal det gå så kort tid som mulig. Et spørreskjema vil ha vansker med å favne om alt dette, og skal det heller ikke. Men det kan bidra med innsikt i pasienters vurdering av deler av det.

For å trekke det mot operasjonsavdelingen kan vi si at et spørreskjema som skal måle kvalitet på perioperativ sykepleie må inkludere det oppgavene til sykepleierne på operasjonsavdelingen er, den subjektive opplevelsen av å være til stede i rommene, og det må formulere seg slik at pasienter kan vurdere dette ut ifra deres ståsted.

#### 2.1.1 PROM og PREM

PROM og PREM er to typer verktøy man kan benytte for å måle kvalitet i helsetjenester, som begge er pasientrapporteringer. PROM, «patient reported outcome measures», eller pasientrapporterte utfallsmålinger, og PREM, «patient reported experience measures», eller pasientrapporterte erfaringsmålinger. Målet med slike undersøkelser er å kunne jobbe mer i retning pasientsentrert behandling (Desomer et al., 2018) (se mer under 2.2). Målingene er del av systematisk kvalitetsarbeid, og kan være med å danne

grunnlag for å vurdere behandlingsresultat, behandlingens innvirkning i pasienters hverdag, å identifisere hvilke pasienter eller grupper av pasienter som har behov eller nytte av særskilte intervensjoner og som grunnlag for kvalitetsforbedrings og pasientsikkerhetsarbeid.

## 2.2 Pasientsentrert sykepleie

Forskning som undersøker hvordan pasienter som er innlagt oppfatter kvalitet på sykepleie ved sengepost, har funnet at pasientsentrert sykepleie er assosiert med god kvalitet på sykepleie (Edvardsson et al., 2017). Begrepet pasientsentrert sykepleie (heretter kalt PSS), ble først lansert i 1960-årene av Carl Rogers innen psykoterapi (Joseph, 2021). Det har vært brukt i økende grad de siste 20 årene innen helsevesenet. The Health Foundation i England, en uavhengig tenketank og veldedighetsorganisasjon, har laget en guide til hva PSS innebærer. De deler inn i fire hovedprinsipper: 1. Å behandle alle med verdighet, medlidenhet og respekt. 2. Å tilby koordinert behandling og pleie. 3. Å utøve persontilpasset pleie, støtte og behandling. 4. Å støtte pasienter og pårørende slik at de ser egne styrker, og setter de i stand til å leve livet uavhengig i den grad det lar seg gjøre. I studien til Kitson et al. var formålet å finne ut hvilke elementer man kunne enes om på tvers av helsepolitikk samt medisin- og sykepleielitteratur (Kitson, 2017). De fant 3 hovedtemaer:

1. Pasientdeltakelse og involvering (brukermedvirkning). Pasienten er et individ med autonomi, og individets behov og ønsker skal respekteres og tas hensyn til. Det inkluderer ivaretagelse av fysiske og psykiske behov, samt de verdier som er viktige for hver enkelt. Koordinerte helsetjenester kommer også under dette temaet.
2. Relasjon mellom pasient og helsepersonell. Her menes det at pasienten har behov for en relasjon til de som er deltagende i å utøve helsehjelp. I sykepleielitteraturen (ikke i den medisinske eller i helsepolitiske føringer) fant man at pasienter har meninger om hvordan helsepersonell skal fremtre. De skal utøve helsehjelp med respektfull holdning, være høflige, vennlige, ha gode manerer, opptre slik at pasienter føler seg velkomne.
3. Konteksten for utøvelsen av helsehjelp. System-problemer er hovednevneren her. Hvilke barrierer finnes for utøvelsen av pasientsentrert sykepleie, det at vi ikke har en felles forståelse for hva pasientsentrert sykepleie er, hvordan gå fra teori til utøvelse, hvilke ressurser som finnes i form av tid, personell og utstyr, samt at ikke alle er enige om at dette er den riktige måten å gå frem på.

## 3 Metode

Herunder presenteres metode og design som er benyttet i studien; utvalg, inklusjonskriterier, datainnsamling og variabler. Etske overveielser og forskerrollen redegjøres også for.

### 3.1 Vitenskapsteori

Vitenskap er en systematisk, metodisk og kritisk tilnærming til økt kunnskap (Gundersen, 2005-2007). I forskningssammenheng handler valg av metode om hvordan man går frem for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap (Portney, 2020). Det skilles mellom kvalitativ og kvantitativ metode. I kvalitativ metode benyttes data i form av tekst. Innsamling av data kan gjøres gjennom fokusgrupper, ustrukturerte intervjuer, deltakende observasjon, etnografi eller kvalitativ innholdsanalyse. Utvalget i slike studier er lite, og hensikten er å oppnå dybdekunnskap heller enn breddekunnskap.

Kvantitativ metode baserer seg på at menneskelige erfaringer kan studeres ved at subjektiv informasjon gjøres om til objektive tallverdier (Portney, 2020). Dette kan samles i store mengder, for eksempel med spørreskjema, analyseres gjennom standardiserte verktøy. Med denne tilnærmingen ligger en antagelse om at naturen og mennesket har en type orden og at man kan trekke linjer som forteller oss om årsakssammenhenger. Denne tilnærmingen har sitt utgangspunkt i Positivismen. Positivismen har sine røtter i naturvitenskapen, men fikk stor innvirkning på samfunnsvitenskapen fra 1930-tallet. Positivismen betyr «det som positivt er til stede», og referer til det man kan sanse og erfare. Man legger til grunn noen antagelser ved bruken av denne tilnærmingen; 1. Det finnes en objektiv verden som reguleres av generelle lover. 2. Denne objektive virkeligheten kan studeres objektivt. 3. Vi kan opparbeide kumulativ kunnskap om denne objektive verden (Jacobsen, 2016). Ved hjelp av den kvantitative metoden kan man i et klinisk perspektiv forsøke å finne løsninger, fordi man kan finne årsaker og identifisere problemer.

Denne studien kan ut fra denne inndelingen plasseres i den positivistiske tradisjonen, og kan ikke gi noen svar på hva som ligger bak tallene. Altså ingen dyptforstående kunnskap om den enkelte pasienten sin opplevelse av det perioperative forløpet, men en oppsummert innsikt om hva flere pasienter har svart på spørsmål om det perioperative forløpet.

### 3.2 Design

Studien er gjennomført med kvantitativ metode, med bruk av spørreskjema som verktøy. Spørreskjemaundersøkelse som metode benyttes ofte når man ønsker å nå ut til mange, og kan gi muligheten til å belyse et tema i bredden. Metoden egner seg dårlig dersom man ønsker å gå i dybden (Portney, 2020).

Spørreskjemaet som benyttes i denne studien heter «Good Perioperative Nursing Care Scale», heretter kalt GPNCS. Det har sitt utspring fra «Good Nursing Care Scale», publisert av Helena Leino-Kilpi (Leino-Kilpi & JAANA, 1994), og ble modifisert til å passe for perioperativ setting. GPNCS ble laget fordi man ønsket et standardisert verktøy for å måle kvaliteten på perioperativ sykepleie. Det kom som et resultat av en systematisk



oversiktsstudie, og kvalitative intervjuer med helsepersonell. Den første versjonen av spørreskjemaet bestod av 54 spørsmål (Leinonen et al., 1996). Etter en studie med 874 pasienter ble skjemaet så endret til 34 spørsmål (Leinonen et al., 2001). Det er dette som utgjør GPNCS idag, og som er benyttet i den norske oversettelsen.

Skjemaet har opprinnelig 5 dimensjoner for vurdering av kvalitet ved sykepleie, med 12 underkategorier. Totalt utgjør det 34 spørsmål. For analysenes skyld er det valgt en litt annen inndeling, slik at det er inndelt i 7 dimensjoner uten underkategorier. Disse er de sammen som er brukt i den tyrkiske valideringsstudien av skjemaet (Donmez & Ozbayir, 2011).

1. Fysisk ivaretagelse: Ivaretagelse av fysiske behov, tilstrekkelig smertestillende, komfort.
2. Informasjon: Behovet for informasjon i de ulike delene av det perioperative forløpet.
3. Støtte: Støtte både ved hjelp av samtale og medikamenter.
4. Respekt: En anerkjennende og respektfull tilnærming til pasientene.
5. Personalets atferd: Vennlighet og høflighet, grundig og nøyaktig, samarbeid, humoristisk sans.
6. Omgivelser: Fysisk miljø og atmosfære.
7. Progresjon i sykepleieprosessen: Ventetid.

Svaralternativer følger Likert-skala fra veldig enig (=5) til veldig uenig (=1), og «kan ikke vurdere» (=0). Bakgrunnsopplysninger om kjønn, alder, sivilstatus, utdanningsbakgrunn, arbeidsstatus, om operasjonen var planlagt eller ikke, og om operasjonen ble gjort i narkose eller regional/lokal anestesi.

Det ble utført en pilotstudie med 7 pasienter i januar 2023. Det ble ikke oppdaget vansker med spørreskjemaet som førte til endringer.

### 3.3 Om hovedstudien

Denne studien er en substudie til et forskningsprosjekt som er kalt «Oversettelse og validering/kontroll av et spørreskjema for å måle god sykepleie på operasjons- og overvåkningsavdelingen». Spørreskjemaet som er oversatt til norsk baserer seg på et skjema kalt «Good nursing care» utarbeidet av Leino-Kilpi et al. (Leino-Kilpi & JAANA, 1994). Det er laget med utgangspunkt i pasienterfaringer fra sengepost ved sykehus. Good Perioperative Nursing Care Scale ble utarbeidet av de samme forskerne, med operasjonspasienten for øye (Leinonen et al., 2001). Irrelevante kategorier er fjernet, mens andre er kommet til. Arbeidet med oversettelsen til norsk er gjort etter ISPOR guidelines (Wild et al., 2005), med tillatelse fra de opprinnelige forfatterne (Leinonen et al., 2001). Korttidsmålet til hovedstudien er å få spørreskjemaet validert, mens langtidsmålet er å implementere den norske versjonen av GPNCS i St Olavs Hospital sitt register for kvalitetsforbedringsarbeid og at det blir gjort tilgjengelig for forskning i Norge for øvrig.

I tillegg til dette substudiet foregår også to andre substudier som skal bidra inn i valideringsarbeidet. Det ene har som formål å validere spørreskjemaet, mens det andre skal se på om det finnes ulikheter i vurderingen av kvaliteten på perioperativ sykepleie for pasienter som er innlagt elektivt og akutt. Begge de 2 substudiene er utført av masterstudenter.

### 3.4 Planlegging og gjennomføring av Good Perioperative Nursing Care Scale-datainnsamling

Datainnsamlingen er gjort i eFORSK sitt system. eFORSK er en database som er utviklet og driftet av HEMIT (Helse Midt-Norge IT). Gjennom eFORSK har man mulighet til å distribuere elektroniske spørreskjema ved at inkluderte pasienter logger seg inn med BankID, og skjemaet er dermed lagret trygt inntil analysen skal gjøres. Av praktiske årsaker ble en hybridløsning valgt, slik at de som ikke hadde tilgang til BankID fikk mulighet til å fylle ut skjema på papir. Disse ble deretter lagt inn i eFORSK manuelt, og deretter makulert.

Et møte med avdelingsleder på sengepostene ble gjort i forkant av datainnsamlingen. På dette møtet fikk man avklart de praktiske detaljene. Rekrutteringen av deltakere har foregikk slik at masterstudentene tok kontakt med ansatte ved sengepostene og ba om en oversikt over hvilke pasienter som var på sin 1. postoperative dag. Ansatte ved sengepostene hadde i forkant fått utdelt et informasjonsskriv om studien som ble distribuert av lederne for sengepostene og for ortopedisk dagkirurgi. De ansatte var behjelpelige i utvelgelsen av deltakere når det gjaldt å identifisere pasienter som ikke møtte inklusjonskriteriene. Dagkirurgiske pasienter ble kontaktet i etterkant av operasjon på operasjonsdagen, mens de som var innlagt fortrinnsvis ble kontaktet på 1. postoperative dag. Dette for å unngå gjenkallelses-bias (Denise F. Polit, 2021). Pasienter ble ikke informert om studien pre-operativt for å unngå påvirkning. Masterstudentene hadde en laminert huskelapp med en mal for å sikre at den samme informasjonen ble gitt til alle deltakere. Masterstudentene var kledd i grønt med synlig identifikasjon på seg for å tydeliggjøre sin rolle, og ikke bli blandet sammen med ansatte på sengeposten. De rekrutterte deltakerne fylte så ut demografiske opplysninger og spørreskjemaet på Apple iPad mini 2, 16 GB. Når pasientene svarte på spørreskjema var en masterstudent tilgjengelig for å svare på tekniske spørsmål underveis, men var ikke nødvendigvis til stede i rommet hele tiden. Dersom deltagere hadde spørsmål, kunne ord og uttrykk bli forklart, men pasienten ble bedt om å krysse av på det de mente var mest riktig selv. En opptelling ble utført omtrent hver andre uke mens datainnsamlingen pågikk for å se om det var stor skjevfordeling i antall elektive og akutte operasjoner.

### 3.5 Utvalg

Utvalget er rekruttert fra sengeposter og dagkirurgi ved Ortopedisk avdeling ved Klinikk for ortopedi, revmatologi og hudsykdommer ved St. Olavs hospital. Både dagkirurgien og sengepostene har pasienter som opereres elektivt og som såkalt øyeblikkelig hjelp.

Inklusjonskriteriene var alder over 18 år, og at de måtte forstå og beherske norsk skriftlig. Eksklusjonskriterier var kognitiv funksjonsnedsettelse eller delirium, og tidligere besvart spørreskjema. Det ble i forkant satt et mål om å rekruttere 250 pasienter. Når 252 pasienter hadde besvart skjemaet satte man strek. Det ble så oppdaget at én pasient hadde besvart før fylte 18 år (skulle bli 18 år i løpet av 2023), og én hadde besvart to ganger. 17-åringens skjema ble ekskludert, og det ble i samråd mellom masterstudentene besluttet at det første utfylte skjemaet ble inkludert av pasienten som hadde besvart to ganger. Man satt dermed igjen med 250 besvarte spørreskjemaer.

### 3.6 Etske overveielser

I forkant av oppstart for studien ble det sendt søknad til Norsk Senter for Forskningsdata (nå Sikt), og til Regional komité for medisinsk og helsefaglig etikk (REK). REK vurderte at

studien ikke trengte godkjenning derifra. NSD godkjente søknaden med referansenummer 110941. Studien ble også godkjent av St. Olavs hospital og av klinikkssjefen.

Ingen pasienter ble informert om studien i forkant av operasjoner. Alle aktuelle deltakere ble informert om studien både skriftlig og muntlig, om sine rettigheter ved deltakelse og det ble innhentet skriftlig samtykke. Det ble også presisert at de ikke ville bli kontaktet i etterkant, men at de hadde rett på innsyn frem til studien var overstått.

Masterstudentene som var delaktige i datainnsamlingen har ingen tilknytning til klinikken hvor prosjektet utføres, og var ikke til stede under noen av operasjonene til de inkluderte pasientene.

### 3.7 Variabler

Alder er en uavhengig variabel. I utgangspunktet er den kontinuerlig, men i analysen er den brukt både som kontinuerlig variabel og inndelt i aldersgrupper.

Aldersgruppeinndelingen er gjort med utgangspunkt i Statistisk sentralbyrå sin aldersinndeling i årsrapporten kalt Omsorg 2020 (Helsedirektoratet, 2020). Svarene på hvert enkelt spørsmål er en avhengig, kategorisk variabel, men gjøres om til numeriske verdier.

### 3.8 Analyse

Analyseverktøyet som er benyttet i analysen er IBM SPSS Statistics, versjon 29.0.

Datamaterialet ble bearbeidet slik at det var mulig å kjøre analyser. Bare rådata ble benyttet i analysene, som vil si at de var aidentifiserte (Universitetssykehus, 2016). Først ble hver enkelt tildelt et ID-nummer slik at forsker hadde oversikt over hvert skjema.

Variabler med numerisk skala ble identifisert, og fikk innhold og verdier festet ved seg. Deretter ble hvert av de 34 spørsmålene rekodet slik at alle som ble besvart som "ikke aktuelt" fikk koden "missing". Det må presiseres at de ikke står som ubesvarte, men dette ble gjort av praktiske årsaker for at ikke svarene skulle dra ned gjennomsnittsscoren til de aktuelle påstandene/spørsmålene.

Det ble utført en univariat analyse og en bivariat analyse. Deskriptive analyser ble gjort på alle bakgrunnsopplysninger, med funn av gjennomsnitt og standardavvik. Det samme ble gjort med hvert enkelt spørsmål, for å se på spredning i svarene. For de bivariate analysene ble alder brukt som uavhengig variabel. Når variabelen skulle deles inn i aldersgrupper ble det forsøkt litt ulike fordelinger. En noe tilpasset versjon av inndelingen som er brukt i Helsedepartementets årsrapport Omsorg 2020 er benyttet i analysen (Helsedirektoratet, 2020). Den samsvarer med at man innen helse snakker om gammel fra 75-80-årsalderen, og den eldre eldre fra 80 år (Kirkevold et al., 2020).

Spørsmålene fra de 7 hoveddimensjonene ble rekodet til en summert utfallsvariabel. Hver dimensjon ble testet for å undersøke om de var normalfordelte, og det var de. En korrelasjonsanalyse ble gjort for å vurdere sammenhengen mellom alder og svar. For å se nøyere på aldersvariabelen ble denne delt i aldersgrupper. Det ble gjort analyser av alder delt i to grupper; over og under 50 år, alder delt i 3; 18-40 år, 41-65 år, 66-88 år, og alder delt i 5; 18-35 år, 36-50 år, 51-66 år, 67-79 år, 80-88 år. Analyser av variansen mellom grupper, samt innad i grupper, ble gjort med en såkalt One-way ANOVA på

summen av dimensjonsvariablene og aldergruppene. One-way ANOVA undersøker om man kan finne en effekt på gjennomsnittet fra en faktor – som i dette tilfellet er alder. Forutsetninger for å bruke one-way ANOVA er at man har to eller flere grupper hvor man ønsker å teste en uavhengig variabel mot en avhengig variabel. Da kan man se om en gruppe skiller seg ut fra de andre. Variansen i gruppene må være lik, og det må være en normalfordeling innad i hver gruppe (Pallant, 2020). Dersom det blir gjort funn av statistisk signifikans mellom gruppene, skal man gå videre med en Post hoc-analyse.

### 3.9 Vurdering av studiens kvalitet

Analysene som er gjort er valgt ut ifra målet om å finne eventuelle ulikheter mellom to grupper, som samsvarer med hypotesen for studien.

Denne studiens resultater har ingen overførbarhetsverdi. Man har undersøkt den aktuelle klinikken innenfor en gitt tidsramme. Resultatene kan være annerledes på den samme klinikken et annet tidspunkt, og på en annen klinikk. Overførbarheten ligger i så måte i det at man kan bruke spørreskjemaet ved andre klinikker.

Skjemaets validitet er muligens god. Det er ingenting i fritekstsvarene som tyder på at deltagerne har hatt vansker med å forstå skjemaet. To har kommentert at det er for langt, og det har relativt mange spørsmål hvor en stor andel svarer 0 for ikke aktuelt. Ellers gjøres det ingenting med valideringsanalyse her, da det gjøres i en egen masteroppgave.

Reliabiliteten til skjemaet er trolig god, da man har oppnådd ønsket antall deltagere (250), som skulle tilsi at man har nådd metningspunktet. Det er også svært lite spredning i svarene, og det hadde sannsynligvis ikke gitt andre resultater om man økte antall deltagere.

Videre har STROBEs (STrengthening the Reporting of OBservational studies in Epidemiology) retningslinjer for rapportering av observasjonelle studier blitt fulgt (Von Elm et al., 2007).

En konfunderende faktor kan være at pasienter kan ha opplevd det som positivt å bli spurt om å delta i en vurdering av sin behandling, og dermed kjenne seg sett. Om dette har hatt effekt på svarene er vanskelig å si. Ellers må det nevnes at medikamenter som gis av anestesipersonell under en operasjon kan ha effekt på kognisjon, og for de som har vært sedert eller har vært i narkose kan man ikke vite sikkert at de husker begivenhetene som de virkelig var.

## 4 Resultater

250 spørreskjemaer ble inkludert i studien. Deltakernes alder hadde en god spredning fra 18 til 88 år. Gjennomsnittsalder var 57,67 år, og median var 60,0. Standardavvik var 17,545. Variabelen er unimodal og tilnærmet normalfordelt. De fleste informantene hadde yrkesutdanning eller høyere (69%), og fordeling mellom yrkesaktive og ikke var tilnærmet lik. Det var en overvekt av informantene som var gift eller samboere (59%). Det var også lik fordeling mellom de som gjennomførte operasjon i narkose (46%) og med lokal eller regional bedøvelse (51%) (Tabell 1).

Tabell 1 *Bakgrunnsopplysninger*

	<i>N (=250)</i>	<i>%</i>
<b><i>Utdanningsnivå</i></b>		
<i>Grunnskole</i>	25	10,0
<i>Videregående skole</i>	52	20,8
<i>Yrkesfaglig utdanning</i>	80	32,0
<i>Høyere utdanning</i>	93	37,2
<b><i>Sysselsetting</i></b>		
<i>Arbeidstaker</i>	106	42,4
<i>Arbeidsledig</i>	1	0,4
<i>Student</i>	13	5,2
<i>Hjemmeværende</i>	6	2,4
<i>Pensjonert</i>	97	38,8
<i>Annet</i>	27	10,8
<b><i>Sivilstatus</i></b>		
<i>Enslig</i>	66	26,4
<i>Gift/samboer</i>	148	59,2
<i>Skilt</i>	15	6,0
<i>Enke/enkemann</i>	21	8,4
<b><i>Anestesi</i></b>		
<i>Narkose</i>	116	46,4
<i>Lokal eller regional bedøvelse</i>	127	50,8
<i>Annet</i>	7	2,8
<b><i>Aldersgrupper</i></b>		
<i>18-35</i>	36	14,4
<i>36-50</i>	35	14,0
<i>51-66</i>	89	35,6

67-79	74	29,6
80-88	16	6,4

#### Gjenkallelse:

Spørsmålene som gikk på hvor godt pasientene husket tiden på operasjonsavdelingen lå mellom 1 og 2, altså mellom godt og mindre godt. Gjennomsnittsscore var 1,07 på ankomst operasjonsavdelingen, 1,51 for tiden på operasjonsstua, 1,24 for tiden på overvåkningsavdelingen og 1,36 for at man forlot operasjonsavdelingen. På tre av punktene svarte mer enn 190 av dem at de husket godt, mens 153 svarte at de husket godt tiden inne på operasjonsstua. Det samsvarer med at 134 pasienter har krysset av for regional, lokal eller annen type anestesi.

#### Vurderinger av kvaliteten:

Den totale gjennomsnittsscoren for spørreskjemaet kom på 4,62. Dimensjonen med den høyeste og den laveste gjennomsnittsscoren er henholdsvis *Personalets fremtreden* ( $M = 4,8$ ) og *Støtte* ( $M = 4,25$ ). De spørsmålene som kom dårligst ut gjaldt muligheten til å høre på musikk ( $M = 4,15$ ), ventetiden før overflytting til operasjonsavdelingen ( $M = 4,25$ ) og muligheten til å ha innflytelse på egen behandling ( $M = 4,25$ ). De som kom best ut var spørsmålene om personalet var profesjonelle ( $M = 4,89$ ), om de var påpasselige og nøyaktige i utførelsen av oppgavene sine ( $M = 4,85$ ) og om personalet var vennlig ( $M = 4,86$ ).

#### One-way ANOVA:

Det ble utført One-way ANOVA tester for alle dimensjonene gruppert etter aldersinndelingen. Ingen av dimensjonene kom ut med statistisk signifikant forskjell, og man gikk derfor ikke videre til Post hoc-tester.

Tabell 2 Samlet gjennomsnittsscore for dimensjonene ved perioperativ sykepleie inndelt etter aldersgrupper

Gjennomsnittsscore for aldersgrupper	Fysisk ivaretagelse	Informasjon	Støtte	Respekt	Personalets fremtreden	Om-givelser	Sykepleie-prosessen
18-35	4,83	4,60	4,20	4,72	4,90	4,69	4,47
36-50	4,70	4,54	3,86	4,72	4,73	4,58	4,41
51-66	4,74	4,55	4,35	4,77	4,84	4,77	4,53
67-79	4,72	4,63	4,35	4,81	4,75	4,71	4,54
80-88	4,80	4,26	3,00	4,86	4,78	4,78	4,11
Totalt	4,75	4,56	4,25	4,77	4,80	4,72	4,48

#### Egne observasjoner gjort ved datainnsamlingen

I forbindelse med at undertegnede var til stede når enkelte deltagere fylte ut spørreskjemaet, kom det følgende frem fra flere:

Det ble sagt at skjemaet var noe omfattende, pasienter uttrykte at det var vanskelig å skille mellom når man skulle velge alternativ «hverken eller» og «ikke aktuelt», og om spørsmål skulle besvares selv om pasientene hadde narkose, og bare visste hvordan det var like før man sovnet.

# 5 Diskusjon

## 5.1 Aldersforskjeller i vurderingene

Man finner ingen statistisk signifikans i sammenheng mellom aldersgrupper og svarene. Det er ikke noen av aldersgruppene som stikker seg ut som mer eller mindre kritiske enn de andre. Aldersgruppene som er benyttet har ikke lik fordeling, noe som kan ha hatt betydning for resultatet. I aldersgruppen 80-88 er det få deltagere med bare 6,4% av totalen. Den generelt høye gjennomsnittsscoren for skjemaet totalt kan tale imot at man ville fått andre resultater ved å øke antallet deltagere, men det vites ikke.

Resultatene sier oss ingenting om sammenhenger. Vi vet ikke om sykepleierne på operasjonsavdelingen ved denne klinikken er veldig god på å gi individuell tilrettelagt sykepleie til pasientene sine, eller om pasienter i ulike aldre har ulike forventninger og dermed scorer ut ifra hva de forventer heller enn hva de reelt opplever. Resultatene kan ikke si oss noe om hvorfor pasientene gir den scoren som de gjør, og det er her den kvalitative forskningen gjør seg gjeldende i å svare på det vi ikke har fått svar på så langt.

Spørsmålet om muligheten til å ha innflytelse på egen behandling kommer ut med nest dårligst score (M = 4,25). I pasientsentrert sykepleie er dette helt sentralt (Kitson, 2017). Man kan spørre seg om hva det handler om. Er det vanskelig å tilrettelegge for innflytelse når en pasient er inne til operasjon? Handler det om hvilke forventninger pasientene har?

## 5.2 Implikasjoner for videre bruk av spørreskjemaet

Av spørreskjemaet fremkommer det ikke om pasientene har vært i et såkalt «fast-track»-forløp. Det er et standardisert forløp hvor alle sammen får den samme informasjonen i forkant av operasjonen av en tverrfaglig gruppe. Vi vet heller ikke noe om per-operativt leie, hvilken operasjon som er gjort, kjønn, om de har vært operert før eller tilleggsdiagnoser. Dette er faktorer som kunne vært interessant å vite mer om i vurderingen av hvilke faktorer som spiller inn på den perioperative opplevelsen i lys av alder. Spesielt nyttig kunne det vært å vite mer om helsestatus, da dette er vist å spille inn i tidligere undersøkelser som er gjort (Jaipaul & Rosenthal, 2003; Naidu, 2009).

Det kan være viktig å merke seg at pasienter ikke nødvendigvis kjenner til definisjonene på en planlagt operasjon og en øyeblikkelig hjelp-operasjon, da det ikke er helt intuitivt. Ved videre bruk av spørreskjemaet ville det vært behjelpelig med en begrepsoppklaring i forbindelse med dette spørsmålet. I den danske studien ble ordet «operasjon» endret til «innleggelse» for å unngå misforståelsen om at en øyeblikkelig hjelp-operasjon planlegges, men er likevel ikke en elektiv operasjon (Hertel-Joergensen et al., 2018). Det kunne man også gjort i den norske versjonen. En annen tilpasning som kan gjøres er å spesifisere at det som spørres om gjelder for den tiden du var våken.

## Konklusjon

Studiens hensikt var å undersøke om det er aldersforskjeller i pasientvurderinger av perioperativ sykepleie ved en kirurgisk klinikk på St. Olavs Hospital. Hypotesen om at det



var aldersforskjeller støttes ikke av resultatet her. Resultatene er ikke overførbare verken i rom eller tid, og kvalitet er derfor noe som bør undersøkes jevnlig for å sikre forbedring og utvikling.

# Referanser

- Akin, Semiha & Erdogan, Semra. (2007). The Turkish version of the Newcastle Satisfaction with Nursing Care Scale used on medical and surgical patients. *Journal of Clinical Nursing*, 16(4), 646-653.
- Al-Windi, Ahmad. (2005). Predictors of satisfaction with health care: a primary healthcare-based study. *Quality in Primary Care*, 13(2), 67-74.
- Allegranzi, Benedetta, Zayed, Bassim, Bischoff, Peter, Kubilay, N Zeynep, de Jonge, Stijn, de Vries, Fleur, Gomes, Stacey M, Gans, Sarah, Wallert, Elon D & Wu, Xiuwen. (2016). New WHO recommendations on intraoperative and postoperative measures for surgical site infection prevention: an evidence-based global perspective. *The Lancet Infectious Diseases*, 16(12), e288-e303.
- Alvsvåg, Herdis & Martinsen, Kari Marie. (2018). Omsorg og skjønn. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 4(3), 215-222.
- Batbaatar, Enkhjargal, Dorjdagva, Javkhlanbayar, Luvsannyam, Ariunbat, Savino, Matteo Mario & Amenta, Pietro. (2017). Determinants of patient satisfaction: a systematic review. *Perspectives in Public Health*, 137(2), 89-101.  
<https://doi.org/10.1177/1757913916634136>
- Caljouw, M. A. A., Van Beuzekom, M. & Boer, F. (2008). Patient's satisfaction with perioperative care: development, validation, and application of a questionnaire. *British Journal of Anaesthesia*, 100(5), 637-644.  
<https://doi.org/10.1093/bja/aen034>
- Denise F. Polit, Cheryl Tatano Beck. (2021). *Nursing Research. Generating and assessing evidence for nursing practice* (11th. utg.). Wolters Kluwer.
- Desborough, J. P. (2000). The stress response to trauma and surgery. *BJA: British Journal of Anaesthesia*, 85(1), 109-117. <https://doi.org/10.1093/bja/85.1.109>
- Desomer, Anja, Van den Heede, Koen, Triemstra Mattanja, Triemstra, Paget, John, De Boer, Dolf, Kohn, Laurence & Cleemput, Irina. (2018). *Use of patient-reported outcome and experience measures in patient care and policy*.
- Donabedian, Avedis. (1988). The quality of care: how can it be assessed? *Jama*, 260(12), 1743-1748.
- Donmez, Yelda Candan & Ozbayır, Turkan. (2011). Validity and reliability of the 'good perioperative nursing care scale' for Turkish patients and nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 20(1-2), 166-174.
- Dåvøy, Grethe A. Myklestul, Eide, Petrin Hege & Hansen, Ingeborg. (2018). *Operasjonssykepleie* (2. utg. utg.). Gyldendal akademisk.
- Edvardsson, David, Watt, Elizabeth & Pearce, Frances. (2017). Patient experiences of caring and person-centredness are associated with perceived nursing care quality. *Journal of Advanced Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 73(1), 217-227.  
<https://doi.org/10.1111/jan.13105>
- Frost, Marlene H, Reeve, Bryce B, Liepa, Astra M, Stauffer, Joseph W, Hays, Ron D & Group, Mayo/FDA Patient-Reported Outcomes Consensus Meeting. (2007). What is sufficient evidence for the reliability and validity of patient-reported outcome measures? *Value in Health*, 10, S94-S105.
- Grepperud, Sverre. (2009). Kvalitet i helsetjenesten–hva menes egentlig? *Tidsskrift for Den norske legeforening*. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.08.0377>
- Grocott, Mike, Levett, Denny & Stephens, Robert. (2002). Can we measure the quality of perioperative care? *Hospital Medicine*, 63(3), 188-188.
- Gundersen, Dag. (2005-2007). *Vitenskap*. Store norske leksikon. Hentet 13.10. fra <https://snl.no/vitenskap>
- Gurría, Angel & Porter, Michael. (2017, 18.01.2017). Putting people at the centre of health care. *Huffington Post*. [https://www.huffpost.com/entry/putting-people-at-the-cen\\_b\\_14247824](https://www.huffpost.com/entry/putting-people-at-the-cen_b_14247824)

- Hall, Judith A & Dornan, Michael C. (1990). Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: a meta-analysis. *Social science & medicine*, 30(7), 811-818.
- Helsedirektoratet. (2020). *Omsorg 2020 - Årsrapport 2019*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/omsorg-2020-arsrapport-2019#referere>
- Hertel-Joergensen, Michala, Abrahamsen, Charlotte & Jensen, Carsten. (2018). Translation, adaptation and psychometric validation of the Good Perioperative Nursing Care Scale (GPNCS) with surgical patients in perioperative care. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*, 29, 41-48. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ijotn.2018.03.001>
- Jacobsen, Dag Ingvær. (2016). *Hvordan gjennomføre undersøkelser?: innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (4. utgave. utg.). Cappelen Damm Akademisk.
- Jaipaul, C. Komal & Rosenthal, Gary E. (2003). Are older patients more satisfied with hospital care than younger patients? *Journal of General Internal Medicine*, 18(1), 23-30. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2003.20114.x>
- Joseph, Stephen. (2021). How Humanistic Is Positive Psychology? Lessons in Positive Psychology From Carl Rogers' Person-Centered Approach—It's the Social Environment That Must Change. *Frontiers in psychology*, 12, 709789-709789. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.709789>
- Kirkevold, Marit, Brodtkorb, Kari & Ranhoff, Anette Høyen. (2020). *Geriatrisk sykepleie : god omsorg til den gamle pasienten* (3. utgave. utg.). Gyldendal.
- Kitson, Alison. (2017). What is Person-Centred Fundamental Care and how do we do it? *BMC Nursing*, 16.
- Kvalitetsregistre, Nasjonalt Servicemiljø for Medisinske. (2023). *Pasientrapporterte data*. Hentet 13.10.2023 fra <https://www.kvalitetsregistre.no/pasientrapporterte-data>
- Kymre, Ingjerd Gåre, PhD, Lisbeth Uhrenfeldt, Pedersen, Mona Kyndi, Ingstad, Kari & Pedersen, Preben Ulrich. (2022). Development and validation of the perioperative care and user participation (POUP) questionnaire. *Scandinavian journal of caring sciences*. <https://doi.org/10.1111/scs.13119>
- Larsson, Bodil Wilde & Larsson, Gerry. (2002). Development of a short form of the Quality from the Patient's Perspective (QPP) questionnaire. *Journal of Clinical Nursing*, 11(5), 681-687.
- Leino-Kilpi, Helena & JAANA, VUORENHEIMO. (1994). The patient's perspective on nursing quality: developing a framework for evaluation. *International Journal for Quality in Health Care*, 6(1), 85-95.
- Leinonen, Tuija, Leino-Kilpi, Helena, Stahlberg, Marja-Riitta & Lertola, Kalle. (2001). The quality of perioperative care: development of a tool for the perceptions of patients. *Journal of Advanced Nursing*, 35(2), 294-306. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01846.x>
- Leinonen, Tuija, Leino-Kilpi, Helena & Jouko, Katajisto. (1996). The quality of intraoperative nursing care: The patient's perspective. *Journal of advanced nursing*, 24(4), 843-852.
- Naidu, Aditi. (2009). Factors affecting patient satisfaction and healthcare quality. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 22(4), 366-381. <https://doi.org/https://doi.org/10.1108/09526860910964834>
- NSFLOS. (2015). *Operasjonssykepleierens ansvars- og funksjonsbeskrivelse*. N. s. l. a. sykepleiere. <https://nsflos.no/fag-og-fagutvikling/operasjonssykepleierens-ansvars-og-funksjonsbeskrivelse/>
- Oakley, Melanie & Pudner, Rosie. (2010). Perioperative stress and anxiety in the surgical patient. I R. Pudner (Red.), *Nursing the Surgical Patient* (3. utg., s. 45-50). Baillière Tindall.
- Pallant, Julie. (2020). *SPSS Survival manual*. (7th. utg.). Open university press.
- Portney, Leslie G. (2020). *Foundations of Clinical Research* (4th. utg.). F. A. Davies Company.

- Rahmqvist, Mikael & Bara, Ana-Claudia. (2010). Patient characteristics and quality dimensions related to patient satisfaction. *International Journal for Quality in Health Care*, 22(2), 86-92. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzq009>
- Rudolfsson, Gudrun, Hallberg, Lillemor RM, Ringsberg, PhD Karin C, von Post, RPTT PhD Iréne & RNTPhD, RN. (2003). The nurse has time for me: the perioperative dialogue from the perspective of patients. *Journal of Advanced Perioperative Care Vol, 1(3)*.
- Selnes, Marianne Løfving. (2009). *Trygghet og sykepleie - utforsking av trygghetsbegrepet i forskning og sykepleieteori* [Masteroppgave, Universitetet i Oslo].
- Sosial- og helsedirektoratet. (2005). *Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten* (IS-1162). Helsedirektoratet. [https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov/metoder-og-verktoy-for-systematisk-kvalitetsforbedring-for-helhetlige-og-koordinerte-tjenester/de-seks-dimensjonene-for-kvalitet-i-tjenestene-er-sentrale-sjekkpunkter-i-forbedringsarbeidet/Og-bedre-skal-det-bli-nasjonal-strategi-for-kvalitetsforbedring-i-sosial-og-helsetjenesten-2005-2015-IS-1162-bokmal.pdf/\\_/attachment/inline/985d47ad-c5cc-47e4-8e4d-2d3ae1a05bbe:cdbc34628eed68ec59098b3a2f41e0f8a28a44ee/Og-bedre-skal-det-bli-nasjonal-strategi-for-kvalitetsforbedring-i-sosial-og-helsetjenesten-2005-2015-IS-1162-bokmal.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov/metoder-og-verktoy-for-systematisk-kvalitetsforbedring-for-helhetlige-og-koordinerte-tjenester/de-seks-dimensjonene-for-kvalitet-i-tjenestene-er-sentrale-sjekkpunkter-i-forbedringsarbeidet/Og-bedre-skal-det-bli-nasjonal-strategi-for-kvalitetsforbedring-i-sosial-og-helsetjenesten-2005-2015-IS-1162-bokmal.pdf/_/attachment/inline/985d47ad-c5cc-47e4-8e4d-2d3ae1a05bbe:cdbc34628eed68ec59098b3a2f41e0f8a28a44ee/Og-bedre-skal-det-bli-nasjonal-strategi-for-kvalitetsforbedring-i-sosial-og-helsetjenesten-2005-2015-IS-1162-bokmal.pdf)
- Stubberud, Dag-Gunnar. (2019). Å ivareta den voksne pasientens psykososiale behov. I D.-G. Stubberud (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (2. utg., s. 78-126). Gyldendal.
- Tinnfält, Ingrid & Nilsson, Ulrica. (2011). Patients' Experiences of Intraoperative Care During Abdominal Aortic Aneurysm Repair Under Local Anesthesia. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 26(2), 81-88. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jopan.2011.01.009>
- Villa, Gianluca, Lanini, Iacopo, Amass, Timothy, Bocchiero, Vittorio, Scirè Calabrisotto, Caterina, Chelazzi, Cosimo, Romagnoli, Stefano, De Gaudio, A. Raffaele & Lauro Grotto, Rosapia. (2020). Effects of psychological interventions on anxiety and pain in patients undergoing major elective abdominal surgery: a systematic review. *Perioperative Medicine*, 9(1). <https://doi.org/10.1186/s13741-020-00169-x>
- Von Elm, Erik, Altman, Douglas G, Egger, Matthias, Pocock, Stuart J, Gøtzsche, Peter C & Vandembroucke, Jan P. (2007). The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *The Lancet*, 370(9596), 1453-1457.
- Walsh, Mike & Walsh, Anna. (1999). Measuring patient satisfaction with nursing care: experience of using the Newcastle Satisfaction with Nursing Scale. *Journal of Advanced Nursing*, 29(2), 307-315. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1999.00890.x>
- Wilde Larsson, Bodil. (1999). Patients' views on quality of care: age effects and identification of patient profiles. *Journal of Clinical Nursing*, 8(6), 693-700. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.1999.00311.x>
- Wu, Hong, Yan, Jin, Wang, Jianwen & Ouyang, Wen. (2014). Compilation and evaluation of perioperative nursing quality assessment scale. *Zhong nan da xue xue bao. Yi xue ban = Journal of Central South University. Medical Sciences*, 39(7), 733-738.

Vedlegg 1:

## **Vil du delta i forskningsprosjektet** **” Oversettelse og validering/kontroll av et spørreskjema for** **å måle god sykepleie på operasjons- og** **overvåkningsavdelingen»**

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å kontrollere at spørreskjemaet som er oversatt fra engelsk til norsk måler det det faktisk skal måle (validering) og om oversettelsen er tilpasset norske forhold. Spørreskjemaet omhandler dine erfaringer med tiden på operasjons- og overvåkningsavdelingen. Vi vil også bruke data fra spørreskjemaet til å sammenligne pasienterfaringer fra operasjoner som er planlagt, akutte eller gjennomført dagkirurgisk samt undersøke om det er forskjell i erfaringene mellom yngre og eldre personer. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse i prosjektet vil innebære for deg.

### **Formål**

Formålet med dette forskningsprosjektet er å undersøke om spørreskjemaet er korrekt oversatt for norske forhold. I tillegg vil vi undersøke om alder og om planlagt/akutt operasjon innvirker på erfaringene. Spørreskjemaet vi gi verdifull informasjon om hvilke erfaringer du som pasient har med sykepleien som er utført mens du er på operasjons - og overvåkningsavdelingen. Informasjonen fra spørreskjemaet kan bidra til at kvaliteten på sykepleien opprettholdes og forbedres.

### **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

Ansvarlig for prosjektet er St. Olavs hospital, Klinikk for Ortopedi, revmatologi og hudsykdommer.

### **Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

Du får spørsmål om å delta fordi du har gjennomgått en operasjon eller behandling ved Klinikk for Ortopedi, revmatologi og hudsykdommer ved St. Olavs hospital. Vi har beregnet at vi trenger 250 pasienter som har gjennomgått operasjon eller behandling for å gjennomføre prosjektet.

### **Hva innebærer det for deg å delta?**

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du fyller ut et spørreskjema. Det vil ta deg ca.20 minutter. Spørreskjemaet omhandler dine erfaringer med oppholdet ditt på operasjons- og overvåkningsavdelingen og inneholder spørsmål om din bakgrunn (bl.a. alder, sivilstatus og utdanning) og spørsmål om fysisk omsorg, om du har fått nok informasjon, hvordan du opplevde personalet, om du ble behandlet med respekt og fikk støtte og hvordan du opplevde omgivelsene på operasjons -og overvåkningsavdelingen. Du vil bli bedt om å registrere dine svar elektronisk via et nettbrett.

### **Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn, med mindre svarene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner. Hvis du vil trekke deg fra prosjektet, henvender du deg til prosjektleder Vigdis Schnell Husby.

Det vil ikke påvirke din behandling ved sykehuset hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

### **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Det er kun prosjektleder og prosjektmedarbeidere som vil ha tilgang til opplysningene.

Opplysningene lagres sikkert i databasen eFORSK. eFORSK eies og driftes av HEMIT (Helse Midt-Norge IT).

Fire masterstudenter i operasjonssykepleie vil bruke resultatene fra studien i sine masteroppgaver, som senere er tenkt å publiseres i vitenskapelige tidsskrift. Dataene vil være anonyme og informasjonen om deg vil ikke kunne gjenkjennes.

### **Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?**

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes, noe som etter planen er ca. august 2024.

### **Dine rettigheter**

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg, og
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

### **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra St. Olavs hospital har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

### **Hvor kan jeg finne ut mer?**

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Vigdis Schnell Husby ved St. Olavs hospital (prosjektleder)  
Epost: [vigdis.schnell.husby@stolav.no](mailto:vigdis.schnell.husby@stolav.no), mobil 95168372

- Vårt personvernombud: Even Gunnarson Anderssen, epost: personvernombud@stolav.no

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personvertjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Vigdis Schnell Husby  
(Forsker/prosjektleder)

---

-----

## Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «*Øversettelse og validering/kontroll av et spørreskjema for å måle god sykepleie på operasjons- og overvåkningsavdelingen*» og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i spørreundersøkelsen

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 2:

**Good Perioperative Nursing Care Scale** (Leinonen & Leino-Kilpi)

**Spørreskjema for å måle god perioperativ sykepleie** (sykepleie på operasjons- og overvåkningsavdelingen)

Vennligst sett ring rundt det alternativet som best beskriver din situasjon eller mening og erfaringer, eller skriv svaret der det er laget plass for det.

1. Jeg kom til operasjonsavdelingen

1. Tidlig morgen
2. Formiddag
3. Ettermiddag
4. Kveld
5. Natt

2. Min operasjon/behandling var

1. Elektiv (planlagt på forhånd)
2. Øyeblikkelig hjelp (akutt, ikke planlagt på forhånd)
3. Dagkirurgisk (kom hjem samme dag)

3. Min operasjon/behandling ble gjennomført under

1. Narkose (jeg sov)
2. Lokal eller regional bedøvelse (jeg var våken)
3. Annet, spesifiser \_\_\_\_\_

4. Min alder er \_\_\_\_\_ år

5. Min høyeste utdanning er

1. Grunnskole
2. Videregående skole
3. Yrkesfagutdanning
4. Høyere utdanning (høgskole/universitet)

6. Jeg er nå

1. Arbeidstaker
2. Arbeidsledig
3. Student
4. Hjemmeværende
5. Pensjonert
6. Annet, spesifiser \_\_\_\_\_

7. Min sivilstatus er

1. Enslig
2. Gift/samboer
3. Skilt
4. Enke/enkemann



8. Hvor godt husker du oppholdet ditt i operasjonsavdelingen?

	Godt	Mindre godt	Jeg husker ingenting
Ankomst operasjonsavdelingen	1	2	3
Tiden på operasjonsstua	1	2	3
Tiden på overvåkningsavdelingen	1	2	3
At du forlot operasjonsavdelingen	1	2	3

9. Fikk du møte følgende personer på sengeposten før operasjonen?

	Ja	Nei	Vet ikke
kirurg	1	2	3
anestesilege	1	2	3
sykepleier fra operasjonsavdelingen	1	2	3

10. Før du ankom operasjonsavdelingen, i hvilken grad opplevde eller hadde du følgende (på sengeposten eller i akuttmottaket):

	I stor grad	I noen grad	Ikke mye	Ikke i det hele tatt	Vet ikke
smerte	4	3	2	1	0
kvalme/oppkast	4	3	2	1	0
kulde/frysninger	4	3	2	1	0
engstelse angående anestesi (bedøvelse)	4	3	2	1	0
engstelse angående operasjon/behandling	4	3	2	1	0
kunnskap om operasjonen	4	3	2	1	0
kunnskap om anestesi (bedøvelse)	4	3	2	1	0

11. Under oppholdet ditt i operasjonsavdelingen, i hvilken grad opplevde eller hadde du følgende:

	I stor grad	I noen grad	Ikke mye	Ikke i det hele tatt	Vet ikke
smerte	4	3	2	1	0
kvalme/oppkast	4	3	2	1	0
kulde/frysninger	4	3	2	1	0
engstelse angående anestesi (bedøvelse)	4	3	2	1	0
engstelse angående operasjon/behandling	4	3	2	1	0

kunnskap om operasjonen	4	3	2	1	0
kunnskap om anestesi (bedøvelse)	4	3	2	1	0

Under finner du en rekke utsagn vedrørende behandlingen din i operasjonsavdelingen.

Vi ønsker at du svarer i hvilken grad du er enig eller uenig i hvert av disse utsagnene ved å sette ring rundt det svaralternativet som passer best for deg. Hvis punktet er ikke er aktuelt for behandlingen din eller hvis du ikke husker, vennligst velg den siste valgmuligheten «*kan ikke vurdere*».

	svært enig	enig	verken enig eller uenig	uenig	svært uenig	kan ikke vurdere
<b>1</b> I løpet av behandlingen min på operasjonsstua fikk jeg tilstrekkelig med smertestillende og hadde derfor ikke smerter	5	4	3	2	1	0
<b>2</b> I løpet av oppholdet mitt på overvåkningsavdelingen etter operasjonen fikk jeg tilstrekkelig med smertestillende og hadde derfor ikke smerter	5	4	3	2	1	0
<b>3</b> Jeg ble behandlet varsomt og på en måte som ikke medførte smerte for meg	5	4	3	2	1	0
<b>4</b> Jeg ble lagt i en komfortabel stilling på operasjonsbordet (Støtter og annet utstyr trykket ikke mot noen deler av kroppen, og liggestillingen førte ikke til smerte eller nummenhet)	5	4	3	2	1	0
<b>5</b> Under operasjonen ble kroppstemperaturen opprettholdt på en tilfredsstillende måte (om nødvendig ved hjelp av f.eks. oppvarmede tepper eller tilførsel av varm luft)	5	4	3	2	1	0
<b>6</b> På overvåkningsavdelingen etter operasjonen ble kroppstemperaturen min opprettholdt på en tilfredsstillende måte	5	4	3	2	1	0
<b>7</b> Jeg synes at bedøvelsen (narkose eller bedøvelse av et område av kroppen/regional bedøvelse) ble utført på en god måte Hvis du er uenig i denne uttalelsen, vennligst forklar nedenfor hvilke problemer du erfarte med din bedøvelse	5	4	3	2	1	0
_____						
_____						
<b>8</b> Jeg synes operasjonen/behandlingen ble utført på en god måte Hvis du er uenig i denne uttalelsen, vennligst forklar nedenfor hvilke problemer du erfarte med din operasjon/behandling	5	4	3	2	1	0
_____						
_____						
_____						

<b>9</b> Personalet i operasjonsavdelingen var profesjonelle	5	4	3	2	1	0
<b>10</b> Personalet var veldig påpasselige og nøyaktige når de utførte oppgavene sine knyttet til min behandling	5	4	3	2	1	0
<b>11</b> Inne på operasjonsstua fikk jeg hele tiden informasjon om hva som skulle skje med meg (f.eks. ble jeg fortalt hva som ble gjort, og hvorfor)	5	4	3	2	1	0
<b>12</b> På overvåkningsavdelingen fikk jeg hele tiden informasjon om hva som skulle skje med meg	5	4	3	2	1	0
<b>13</b> I operasjonsavdelingen fikk jeg klar og utdypende informasjon om behandlingen min (uten bruk av medisinsk sjargong)	5	4	3	2	1	0
<b>14</b> Sykepleierne i operasjonsavdelingen ga meg nok informasjon om sykepleien som ble utført	5	4	3	2	1	0
<b>15</b> Kirurgen ga meg nok informasjon om operasjonen min	5	4	3	2	1	0
<b>16</b> Anestesipersonalet ga meg nok informasjon om narkose eller bedøvelse av et område av kroppen (regional bedøvelse)	5	4	3	2	1	0
<b>17</b> I operasjonsavdelingen var det mulig for meg å ha innflytelse på behandlingen min ved å si hva jeg tenkte og ønsket	5	4	3	2	1	0
<b>18</b> Jeg fikk mulighet til å høre på musikk hvis jeg ønsket det	5	4	3	2	1	0
<b>19</b> I operasjonsavdelingen ble jeg oppmuntret og fikk psykisk støtte	5	4	3	2	1	0
<b>20</b> Hvis jeg ble engstelig under oppholdet i operasjonsavdelingen ble dette ivaretatt f.eks. ved hjelp av beroligende medisiner eller samtale	5	4	3	2	1	0
<b>21</b> Jeg ble behandlet med respekt og omtanke	5	4	3	2	1	0
<b>22</b> I operasjonsavdelingen ble jeg ikke satt i situasjoner hvor jeg ville blitt irritert eller flau	5	4	3	2	1	0
<b>23</b> Jeg opplevde ikke at behandling og omsorg var upersonlig eller gjennomført som på et samlebånd	5	4	3	2	1	0
<b>24</b> Personalet ved operasjonsavdelingen var vennlige	5	4	3	2	1	0
<b>25</b> Personalet ved operasjonsavdelingen jobbet godt sammen	5	4	3	2	1	0
<b>26</b> Personalet ved operasjonsavdelingen hadde god humoristisk sans	5	4	3	2	1	0
<b>27</b> Personalets atferd har vært høflig og behagelig	5	4	3	2	1	0
<b>28</b> Personalet ved operasjonsavdelingen har hatt nok tid til meg	5	4	3	2	1	0
<b>29</b> Atmosfæren ved operasjonsavdelingen var fredelig og ikke travel	5	4	3	2	1	0
<b>30</b> Atmosfæren ved operasjonsavdelingen var rolig og avslappet	5	4	3	2	1	0
<b>31</b> Overvåkningsavdelingen var et fredelig sted for å komme seg igjen etter operasjonen	5	4	3	2	1	0

<b>32</b> Jeg har følt meg trygg på operasjonsstua	5	4	3	2	1	0
<b>33</b> Jeg opplevde ikke at jeg måtte vente altfor lenge (på sengepost eller i akuttmottaket) før jeg ble overført til operasjonsavdelingen	5	4	3	2	1	0
<b>34</b> Jeg opplevde ikke at jeg ble overflyttet for tidlig fra overvåkningsavdelingen til sengeposten	5	4	3	2	1	0

## TIL SLUTT

Vennligst beskriv kort hva som var **det beste** med oppholdet ditt i operasjonsavdelingen

---



---

Vennligst beskriv hva som var **det verste** med oppholdet ditt i operasjonsavdelingen

---



---

Hvis du har andre synspunkt eller forbedringsforslag som gjelder perioperativ sykepleie/sykepleie på operasjons- og overvåkningsavdelingen kan du skrive kommentarer under. Hvis nødvendig kan du fortsette på neste side.

Personalet på operasjons- og overvåkningsavdelingen er takknemlig for alle observasjoner og forslag. Vi håper å kunne bruke disse for å opprettholde og forbedre kvaliteten på sykepleien og gi deg best mulig behandling også i fortsettelsen.

**Takk for at du tok deg tid til å svare på spørsmålene våre.**

# **Alder og tilfredshet med perioperativ sykepleie; en tverrsnittsundersøkelse**

## **Sammendrag**

**Bakgrunn:** Det er behov for standardiserte verktøy for måling av kvalitet i helsetjenestene. I Norge finnes det i dag ingen som tar for seg pasientperspektivet i det perioperative forløpet til pasienter som er operert både som øyeblikkelig hjelp og elektivt.

**Hensikt:** Spørreskjemaet Good Perioperative Nursing Care Scale (GPNCS) er oversatt til norsk. Denne studien er en delstudie som skal se på hvorvidt det er aldersforskjeller i hvordan pasienter vurderer kvaliteten på sykepleien i det perioperative forløpet.

**Metode:** Studien er utført som en tverrsnittstudie med spørreskjema som instrument. Datainnsamlingen er gjort ved St. Olavs Hospital.

**Resultater:** 250 spørreskjemaer er inkludert i analysene. Man finner ikke en statistisk signifikant forskjell mellom aldersgrupper, i hvordan de vurderer ulike dimensjoner ved kvaliteten på den perioperative sykepleien de er gitt.

**Nøkkelord:** Perioperativ sykepleie; kvalitetsundersøkelse; pasienttilfredshet.

## **Introduksjon og bakgrunn**

Å vurdere kvalitet i helsetjenester er komplekst fordi kvalitetsbegrepet kan innebære en rekke aspekter ved tjenester som er mer eller mindre håndfaste. I Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten er dette et sentralt tema (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). I strategien diskuteres kvalitet i helsetjenestene som noe som skal ta hensyn til tilgjengelige ressurser, pasientenes synspunkt og muligheter til påvirkning, pasientsikkerhet og kvalitetsvurdering og forbedring. Helseøkonomen Sverre Grepperud har uttalt at kvalitet på helsetjenester er forhold ved tjenestene som verdsettes av brukerne selv (Grepperud, 2009)

Organisasjonen for økonomisk samarbeid og utvikling (OECD) har gått så langt som å si at pasientrapporteringen kan være det viktigste enkelttiltaket vi har i å forbedre helsevesenet (Gurría & Porter, 2017). I tråd med dette har utviklingen av standardiserte verktøy for måling av pasienterfaringer fått mer fokus, og sies å være en viktig del av

strategien for å heve kvaliteten på helsetjenestene (Kvalitetsregistre, 2023). I Norge i dag finnes det få systematiske verktøy for å måle kvaliteten på sykepleien i det perioperative forløpet. Ett norsk spørreskjema eksisterer, og det er foreløpig kun brukt i en valideringsstudie (Kymre et al., 2022).

Internasjonalt eksisterer det et validert spørreskjema med hensikt å måle kvalitet på det perioperative forløpet (Caljouw et al., 2008), og et spørreskjema som er modifisert til å passe i perioperativ setting uten å være validert (Tinnfält & Nilsson, 2011). I Finland er det utviklet et spørreskjema basert på pasientrapportering for å få kunnskap om hvordan pasienten opplever kvaliteten på ulike dimensjoner i det perioperative forløpet kalt Good Perioperative Nursing Care Scale (GPNCS) (Leinonen et al., 2001). Dette spørreskjemaet er oversatt til kinesisk (Wu et al., 2014), tyrkisk (Donmez & Ozbayir, 2011) og dansk (Hertel-Joergensen et al., 2018). GPNCS har blitt oversatt til norsk og skal nå utprøves i en norsk kontekst som et ledd i en valideringsprosess i en pågående studie ved St Olavs Hospital. Hensikten med arbeidet er å implementere GPNCS i kvalitetsregisteret ved St Olavs, og skjemaet vil videre gjøres tilgjengelig for forskning i Norge.

I denne delstudien benyttes GPNCS til å utforske hvorvidt alder spiller inn på pasientens opplevelse av kvalitet i forløpet. Tidligere studier på pasienttilfredshet generelt har vist at med stigende alder stiger også tilfredshet, og at det sågar kan være den mest avgjørende faktoren i sosiodemografiske karakteristikk sett i sammenheng med tilfredshet (Akin & Erdogan, 2007; Batbaatar et al., 2017; Rahmqvist & Bara, 2010). Det samme gjaldt når GPNCS ble brukt i den opprinnelige finske studien, hvor høy alder var assosiert med høy tilfredshet (Leinonen et al., 2001). Andre studier har ikke funnet at økende alder har denne effekten, men at man må se det i sammenheng med flere variabler (Jaipaul & Rosenthal, 2003; Wilde Larsson, 1999). Videre mener noen at det ikke vil være gjeldende for nyere generasjoner fordi det handler om hvordan helsevesenet har utviklet seg (Walsh & Walsh, 1999), eller hvilke forventninger folk har til behandling (Al-Windi, 2005).

Hensikten med denne delstudien er å oppnå mer kunnskap om hvordan kvalitet i det perioperative forløpet blir opplevd gjennom bruk av GPNCS i norsk kontekst. Studien tester hypotesen: det er en forskjell i hvordan de ulike aldersgruppene vurderer kvalitet på sykepleie i det perioperative forløpet.

## **Metode**

### *Design*

Studien er en tverrsnittstudie, og har et kvantitativt design. Den benytter seg av spørreskjema som instrument. Datainnsamlingen foregikk fra 8. februar til 2. mai 2023.

### *Utvalg*

Rekrutteringen av deltagere til studien er gjort ved en avdeling ved St. Olavs Hospital. Pasienter som hadde gjennomgått operasjoner elektivt, dagkirurgisk og som øyeblikkelig hjelp ble inkludert. De dagkirurgiske operasjonene kunne være elektive og øyeblikkelig hjelp, men felles var at de var ikke inneliggende, altså reiste pasientene hjem samme dag som operasjonen ble gjort. Deltagerne ble rekruttert fortløpende. Basert på prinsippet om at man ganger antall spørsmål i et spørreskjema med 5 for å finne et estimat på antall nødvendige deltagere ble det satt et mål på 250 deltakere (Frost et al., 2007). Dette er det samme antallet som ble brukt da GPNCS ble oversatt til dansk (Hertel-Joergensen et al., 2018).

Inklusjonskriteriene ble bestemt å være alder > 18 år, at pasienten var samtykkekompetent, og behersket norsk skriftlig. Eksklusjonskriterier var tidligere utfylt skjema, samt kognitiv funksjonsnedsettelse og -svikt.

### *Rekruttering*

Fire masterstudenter var ansvarlige for utførelsen av datainnsamlingen. Hovedstudien hadde forankret samarbeid med de aktuelle avdelingene, og masterstudentene tok kontakt med ansatte ved sengepostene og Dagkirurgisk avdeling for å få hjelp til å identifisere pasienter som var aktuelle ifølge inklusjons- og eksklusjonskriteriene. Masterstudentene tok kontakt med pasientene dagen etter operasjon for alle de inneliggende pasientene, og samme dag for de dagkirurgiske pasientene.

### *Datainnsamling*

Datainnsamlingen ble utført med hjelp av databasen eFORSK som er utviklet og driftet av HEMIT (Helse Midt-Norge IT). Ved å bruke eFORSK kunne spørreskjemaet gjøres tilgjengelig elektronisk, og pasientene logget seg inn med BankID på en iPad, og fylte ut. GPNCS inneholder 34 spørsmål fordelt på følgende 7 kategorier: 1) Fysisk ivaretagelse, 2) informasjon, 3) støtte, 4) respekt, 5) personalets fremtreden, 6) omgivelser og 7)

sykepleieprosessen. Spørsmålene besvares med Likert-skala fra svært enig (=5) til svært uenig (=1), og 0 for «kan ikke vurdere». En pilottest ble utført med 7 deltakere for å teste spørreskjemaet. Ingen endringer ble foretatt. Det ble tilstrebet at spørreskjemaet i størst mulig grad besvart på 1. postoperative dag, for å la pasientene komme seg fra operasjonen og samtidig unngå gjenkallelsesbias (Denise F. Polit, 2021). Når pasientene svarte på spørreskjema var en masterstudent tilgjengelig for å svare på tekniske spørsmål underveis, men var ikke nødvendigvis til stede i rommet hele tiden. Dersom deltagere hadde spørsmål kunne ord og uttrykk bli forklart, men pasienten ble bedt om å krysse av på det de mente var mest riktig selv.

### *Dataanalyse*

For analyse-arbeidet ble IBM SPSS Statistics (Statistical Package for the Social Sciences), versjon 29.0. brukt. Aidentifiserte rådata ble bearbeidet og gjort klar til analyse. To skjemaer ble slettet. Det ene grunnet alder under 18 år. Det andre var fra en deltaker som besvarte skjemaet to ganger etter to ulike operasjoner. Skjemaet som ble fylt ut etter den første operasjonen ble beholdt.

Variablene med numerisk skala ble identifisert. Deretter ble hvert av de 34 spørsmålene rekodet. Spørsmål besvart med “ikke aktuelt” fikk koden “missing”, slik at de i analysene ble ekskludert ved «listwise deletion». Ingen spørsmål stod ubesvart. Spørsmålene fra de 7 hoveddimensjonene ble rekodet til en summert utfallsvariabel. Disse var normalfordelte. Deskriptive analyser ble gjort på alle bakgrunnsopplysninger samt hvert enkelt spørsmål, for å undersøke verdier for gjennomsnitt og standardavvik. For bivariat analyse ble alder brukt som uavhengig variabel. En noe tilpasset versjon av inndelingen som er brukt i Helsedepartementets årsrapport Omsorg 2020 er benyttet i analysen (Helsedirektoratet, 2020). Inndelingen ble valgt fordi den samsvarer med at man innen helse snakker om gammel fra 75-80-årsalderen, og den eldre eldre fra 80 år (Kirkevold et al., 2020).

En korrelasjonsanalyse ble gjort for å vurdere sammenhengen mellom alder og svar. For å se nærmere på aldersvariabelen ble denne delt i aldersgrupper. Det ble gjort analyser av alder delt i to grupper; over og under 50 år, alder delt i 3; 18-40 år, 41-65 år, 66-88 år, og alder delt i 5; 18-35 år, 36-50 år, 51-66 år, 67-79 år, 80-88 år. Analyser av



variansen mellom grupper, samt innad i grupper, ble gjort med One-way ANOVA (Analysis of Variance) på summen av dimensjonsvariablene og aldergruppene.

### *Etiske overveielser*

Hovedstudien ble lagt frem for Regional etisk komité før oppstart. Tilbakemeldingen var at den ikke trengte å bli behandlet der. Personverntjenesten i Sikt (Kunnskapstjenestens tjenesteleverandør) ble tilsendt søknad, og den ble godkjent med referansenummer 110941. Helse Midt fører egne retningslinjer for sikker lagring og oppbevaring av data, og aidentifiserte data til denne del-studien er hentet derfra. Aidentifiserte data blir oppbevart og behandlet på passordbeskyttet server ved Helse Midt.

Ingen pasienter ble informert om studien før operasjonen. Pasientene ble informert muntlig og skriftlig om studien ved rekruttering, og det ble presisert at det var frivillig å delta. Skriftlig samtykke ble innhentet før pasientene fikk svare på spørreskjemaet.

Ved bruk av den elektroniske versjonen av spørreskjemaet, måtte man logge inn ved hjelp av BankID. Spørreskjemaet var tilgjengelig i papirversjon for pasienter som ikke var fortrolige med å bruke BankID og/eller ikke hadde digital kompetanse til å bruke nettbrett selvstendig.

## **Resultat**

Etter bearbeiding av datamaterialet var det totale utvalget som ble analysert N = 250 (av 252 besvarte spørreskjemaer). Deltakernes alder hadde en spredning fra 18 til 88 år. Gjennomsnittsalder var 57,67 år, og median var 60,0. Standardavvik var 17,54.

Variabelen var unimodal og tilnærmet normalfordelt. De fleste informantene hadde yrkesutdanning eller høyere (69%), og fordeling mellom yrkesaktive og ikke-yrkesaktive var tilnærmet lik. En overvekt av informantene var rapporterte å være gift eller samboere (59%). Det var nokså lik fordeling mellom de som gjennomførte operasjon i narkose (46%) og med lokal eller regional bedøvelse (51%) (Tabell 1).

Tabell 1 *Bakgrunnsopplysninger*

	<i>N (=250)</i>	<i>%</i>
<b><i>Utdanningsnivå</i></b>		
<i>Grunnskole</i>	25	10,0
<i>Videregående skole</i>	52	20,8

<i>Yrkesfaglig utdanning</i>	80	32,0
<i>Høyere utdanning</i>	93	37,2
<b>Syssetting</b>		
<i>Arbeidstaker</i>	106	42,4
<i>Arbeidsledig</i>	1	0,4
<i>Student</i>	13	5,2
<i>Hjemmeværende</i>	6	2,4
<i>Pensjonert</i>	97	38,8
<i>Annet</i>	27	10,8
<b>Sivilstatus</b>		
<i>Enslig</i>	66	26,4
<i>Gift/samboer</i>	148	59,2
<i>Skilt</i>	15	6,0
<i>Enke/enkemann</i>	21	8,4
<b>Anestesi</b>		
<i>Narkose</i>	116	46,4
<i>Lokal eller regional bedøvelse</i>	127	50,8
<i>Annet</i>	7	2,8
<b>Aldersgrupper</b>		
<i>18-35</i>	36	14,4
<i>36-50</i>	35	14,0
<i>51-66</i>	89	35,6
<i>67-79</i>	74	29,6
<i>80-88</i>	16	6,4

### *Kvalitet på de syv dimensjonene ved perioperativ sykepleie*

One-way ANOVA-analyse mellom gruppene ble gjort for å utforske om det var ulikheter i hvordan de vurderte kvaliteten på den perioperative sykepleien. Det ble ikke funnet en statistisk signifikant forskjell mellom noen grupper i noen av dimensjonene.

I de følgende avsnittene presenteres resultatene for de syv dimensjonene som spørreskjemaet er delt inn i.

#### *Fysisk ivaretagelse*

Dimensjonen tar for seg spørsmål knyttet til ivaretagelsen av smertestilling og kroppstemperatur, posisjon på operasjonsbordet, og hvorvidt personalet var påpasselig og nøyaktig i utførelsen av oppgavene. Den samlede gjennomsnittscoren for dimensjonen fysisk ivaretagelse var 4,75, med et standardavvik på 0,323. Det var ikke en statistisk signifikant forskjell for  $p < 0,05$  for kvalitet i dimensjonen «fysisk ivaretagelse» mellom aldersgruppene:  $F(4, 151) = 0,65$ ,  $p = 0,625$ . Effektstørrelsen, ved bruk av eta squared, var 0,02 (CI 0,0 – 0,05). Den største forskjellen lå mellom aldersgruppe 18-35 år ( $M = 4,83$ ) og 36-50 år ( $M = 4,70$ ).

### *Informasjon*

Dimensjonen har seks spørsmål som innbefatter hvorvidt pasienter opplever å få informasjon om hva som skal gjøres både på operasjonsstuen og overvåkningsavdelingen, og om informasjonen er forståelig. For denne dimensjonen var gjennomsnittet 4,56, med et standardavvik på 0,554. One-way ANOVA viste:  $F(4, 177) = 1,15$ ,  $p = 0,34$ . Effektstørrelsen var 0,03 (CI 0,0 – 0,065). Den største forskjellen ligger mellom aldersgruppene 67-79 år ( $M = 4,63$ ) og 80-88 år ( $M = 4,26$ ).

### *Støtte*

Dimensjonen inneholder fire spørsmål, og de handler om innflytelse på behandling, muligheten til å høre på musikk, og om pasientene fikk oppmuntring og støtte ved hjelp av samtale eller medisiner dersom man ble engstelig. Denne dimensjonen fikk lavest score med en total gjennomsnittlig score på 4,26, med et standardavvik på 0,76. One-way ANOVA viste:  $F(4, 84) = 2,35$ ,  $p = 0,06$ . Effektstørrelsen var 0,1 (CI 0,0 – 0,2). Den største forskjellen lå mellom aldersgruppe 80-88 år ( $M = 3,0$ ) og aldersgruppene 51-66 år og 67-79 år som begge hadde et gjennomsnitt på 4,35.

### *Respekt*

De tre spørsmålene som ligger under «respekt» tar for seg opplevelsen av å bli behandlet med respekt og omtanke, ikke bli satt i situasjoner hvor man ville blitt flau og om behandlingen kjentes upersonlig. Dimensjonen hadde et gjennomsnitt på 4,7, med et standardavvik på 0,473. One-way ANOVA viste:  $F(4, 228) = 0,40$ ,  $p = 0,80$ .

Effektstørrelsen var 0,01 (CI 0,0 – 0,02). Den største forskjellen ligger mellom aldersgruppe 18-35 år (M = 4,72) og 80-88 år (M = 4,86).

#### *Personalets atferd*

Dimensjonen inneholder fem spørsmål. De tar for seg om personalet var vennlige, samarbeidet godt, hadde humoristisk sans, var høflige og behagelige, og om de hadde nok tid til pasientene. For denne dimensjonen var gjennomsnittet 4,80, med et standardavvik på 0,34. One-way ANOVA viste:  $F(4, 189) = 1,37, p = 0,25$ .

Effektstørrelsen var 0,03 (CI 0,0 – 0,07). Den største forskjellen lå mellom aldersgruppe 18-35 år (M = 4,90) og 36-50 år (M = 4,73).

#### *Omgivelser*

Spørsmålene under denne dimensjonen ser på om atmosfæren opplevdes som fredelig og ikke travel, om den var rolig og avslappet, om overvåkningsavdelingen var fredelig og om det opplevdes trygt på operasjonsstua. Gjennomsnittet for dimensjonen var på 4,72, med et standardavvik på 0,432. One-way ANOVA viste  $F(4, 214) = 1,26, p = 0,28$ .

Effektstørrelsen var 0,02 (CI 0,0 – 0,06). Fordelingen mellom aldersgruppene var nokså jevne, med den største forskjellen mellom aldersgruppen 36-50 år (gjennomsnitt på 4,58) og 80-88 år (gjennomsnitt på 4,78).

#### *Sykepleieprosessen*

Denne handler om ventetid, og om overflytting skjedde for tidlig. Gjennomsnittet for dimensjonen var 4,48, med et standardavvik på 0,66. One-way ANOVA viste:  $F(4, 217) = 1,45, p = 0,22$ . Effektstørrelsen var 0,03 (0,0 – 0,06). Den største forskjellen lå mellom aldersgruppe 67-79 år (gjennomsnitt på 4,54) og 80-88 år (gjennomsnitt på 4,11).

Tabell 2 Samlet gjennomsnittsscore for dimensjonene ved perioperativ sykepleie

	Fysisk ivaretagelse	Informasjon	Støtte	Respekt	Personale ts fremtreden	Omgivelser	Sykepleie - prosessen
Valid	156	182	89	233	194	219	222

Missing	94	68	161	17	56	31	28
Gjennomsnittsscore	4,75	4,56	4,25	4,77	4,80	4,72	4,48

Tabell 3 Samlet gjennomsnittsscore for aldersgrupper

	Fysisk ivaretagelse	Informasjon	Støtte	Respekt	Personale ts fremtreden	Omgivelses	Sykepleie - prosessen
18-35	4,83	4,60	4,20	4,72	4,90	4,69	4,47
36-50	4,70	4,54	3,86	4,72	4,73	4,58	4,41
51-66	4,74	4,55	4,35	4,77	4,84	4,77	4,53
67-79	4,72	4,63	4,35	4,81	4,75	4,71	4,54
80-88	4,80	4,26	3,00	4,86	4,78	4,78	4,11
Totalt	4,75	4,56	4,25	4,77	4,80	4,72	4,48

## Diskusjon

Hensikten med denne studien var å undersøke om det er aldersforskjeller i hvordan pasienter vurderer kvaliteten på sykepleien i det perioperative forløpet. Resultatene viser at det ikke er statistisk signifikante forskjeller i vurdering av kvalitet på det perioperative behandlingsforløpet basert på alder. Hypotesen om en aldersforskjell ble dermed ikke støttet.

Dette resultatet er i noe kontrast til tidligere internasjonal forskning. For eksempel fant tverrsnittstudien til Jaipaul et al. (Jaipaul & Rosenthal, 2003) at pasienttilfredshet hos inneliggende pasienter steg frem til aldersgruppen 65 til 80 år, før den avtok. Resultatet fra den studien forslo at pasienttilfredshet må sees i lys av alder og helsestatus. Analyser av aldersgrupper alene ga langt mindre utslag enn når det ble analysert sammen med helsestatus. God helse ga bedre pasienttilfredshet, og motsatt ga dårlig pasienttilfredshet. Videre satte de tilfredshet i sammenheng med forventinger, og at pasienter med mer livserfaring hadde en større tendens til å vise forståelse når helsevesenet kommer til kort. Dette er i tråd med studien til Larsson (Larsson &

Larsson, 2002) som fant at sosiodemografisk bakgrunn og pasienttilfredshet er komplekst, og ingen enkeltstående bakgrunnsvariabel er nok for å forklare tilfredshet.

Hall og Dornan foreslo i sin studie i 1990 at grunnene til at det eksisterer en sammenheng mellom sosiodemografisk bakgrunn og tilfredshet kan være en av to; enten at man med for eksempel alder eller utdanning får endret sine forventninger til behandlingen man får, eller at man blir behandlet ulikt basert på bakgrunnen man har (Hall & Dornan, 1990). For eksempel at eldre blir behandlet med mer respekt eller omsorg, mens yngre er forventet å klare mer selv.

Ut fra funnene i disse studiene kan man stille spørsmål til om denne studien burde vurdert alder sammen med andre bakgrunnsfaktorer. Den norske versjonen av GPNCS har ikke bakgrunnsinformasjon som går på helsestatus (noe den opprinnelige versjonen hadde). Dette er muligens noe man burde vurdere å legge til i spørreskjemaet.

#### *Styrker og svakheter ved studien*

Det er første gang det er gjennomført en så stor studie på pasienttilfredshet ved en norsk operasjonsavdeling. En styrke i denne studien er det store antallet deltagere som er i tråd med anbefalingene (Frost et al., 2007). Videre var det en styrke at masterstudentene som samlet data var til stede og kunne hjelpe til med innlogging, og eventuelt utdelingen av papirskjema, som kan ha bidratt til at så mange klarte å svare. En gjennomgang hver andre uke av fordelingen mellom operasjoner ved øyeblikkelig hjelp-innleggelser og planlagte innleggelser bidro til at man har en god prosentvis fordeling av pasientene. Masterstudentene fikk også se og erfare noe av det som kunne være problematisk, og kan dermed melde tilbake til det pågående prosjektet som jobber med validering av spørreskjemaet.

Av spørreskjemaet fremkommer det ikke om pasienten har vært i et såkalt «fast-track»-forløp. Det er et standardisert forløp hvor alle sammen får den samme informasjonen i forkant av operasjonen av en tverrfaglig gruppe. Vi vet heller ikke noe om per-operativt leie, hvilken operasjon som er gjort, kjønn eller om de har vært operert før eller tilleggsdiagnoser. Dette er faktorer som kunne vært interessant å vite mer om i vurderingen av hvilke faktorer som spiller inn på den perioperative opplevelsen i lys av alder.

Om en høy score på pasienttilfredshet er lik god kvalitet på perioperativ sykepleie vites ikke, og derfor bør man undersøke kvalitet på den perioperative sykepleien med ulike metoder. Dette spørreskjemaet egner seg til bruk ved operasjonsavdelinger som ønsker å få et innblikk i hvordan pasienter oppfatter kvaliteten på den perioperativ sykepleien som gis. Dersom man vil ha utdypet innsikt, vil det være nyttig å bruke kvalitativ metode i tillegg.

### **Konklusjon**

Først og fremst kan vi si at pasientene som deltok i studien ved St. Olavs Hospital våren 2023 vurderer kvaliteten på pleie og omsorg i det perioperative forløpet til å være god. Man finner ikke at alder virker inn på hvordan man vurderer kvaliteten på den perioperative sykepleien.

## Referanser

1. Sosial- og helsedirektoratet. Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten. Helsedirektoratet; 2005. Report No.: IS-1162.
2. Grepperud S. Kvalitet i helsetjenesten–hva menes egentlig? Tidsskrift for Den norske legeförening. 2009.
3. Gurría A, Porter M. Putting people at the centre of health care. *Huffington Post*. 2017 18.01.2017.
4. Kvalitetsregistre NSfM. Pasientrapporte data 2023 [Available from: <https://www.kvalitetsregistre.no/pasientrapporterte-data>.
5. Kymre IG, PhD LU, Pedersen MK, Ingstad K, Pedersen PU. Development and validation of the perioperative care and user participation (POUP) questionnaire. *Scandinavian journal of caring sciences*. 2022.
6. Caljouw MAA, Van Beuzekom M, Boer F. Patient's satisfaction with perioperative care: development, validation, and application of a questionnaire. *British Journal of Anaesthesia*. 2008;100(5):637-44.
7. Tinnfält I, Nilsson U. Patients' Experiences of Intraoperative Care During Abdominal Aortic Aneurysm Repair Under Local Anesthesia. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*. 2011;26(2):81-8.
8. Leinonen T, Leino-Kilpi H, Stahlberg M-R, Lertola K. The quality of perioperative care: development of a tool for the perceptions of patients. *Journal of Advanced Nursing*. 2001;35(2):294-306.
9. Wu H, Yan J, Wang J, Ouyang W. Compilation and evaluation of perioperative nursing quality assessment scale. *Zhong nan da xue xue bao Yi xue ban= Journal of Central South University Medical Sciences*. 2014;39(7):733-8.
10. Donmez YC, Ozbayır T. Validity and reliability of the 'good perioperative nursing care scale' for Turkish patients and nurses. *Journal of Clinical Nursing*. 2011;20(1-2):166-74.
11. Hertel-Joergensen M, Abrahamsen C, Jensen C. Translation, adaptation and psychometric validation of the Good Perioperative Nursing Care Scale (GPNCs) with surgical patients in perioperative care. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*. 2018;29:41-8.
12. Rahmqvist M, Bara A-C. Patient characteristics and quality dimensions related to patient satisfaction. *International Journal for Quality in Health Care*. 2010;22(2):86-92.
13. Batbaatar E, Dorjdagva J, Luvsannyam A, Savino MM, Amenta P. Determinants of patient satisfaction: a systematic review. *Perspectives in Public Health*. 2017;137(2):89-101.
14. Akin S, Erdogan S. The Turkish version of the Newcastle Satisfaction with Nursing Care Scale used on medical and surgical patients. *Journal of Clinical Nursing*. 2007;16(4):646-53.
15. Wilde Larsson B. Patients' views on quality of care: age effects and identification of patient profiles. *Journal of Clinical Nursing*. 1999;8(6):693-700.
16. Jaipaul CK, Rosenthal GE. Are older patients more satisfied with hospital care than younger patients? *Journal of General Internal Medicine*. 2003;18(1):23-30.
17. Walsh M, Walsh A. Measuring patient satisfaction with nursing care: experience of using the Newcastle Satisfaction with Nursing Scale. *Journal of Advanced Nursing*. 1999;29(2):307-15.
18. Al-Windi A. Predictors of satisfaction with health care: a primary healthcare-based study. *Quality in Primary Care*. 2005;13(2):67-74.
19. Frost MH, Reeve BB, Liepa AM, Stauffer JW, Hays RD, Group MFPROCM. What is sufficient evidence for the reliability and validity of patient-reported outcome measures? *Value in Health*. 2007;10:S94-S105.
20. Denise F. Polit CTB. *Nursing Research. Generating and assessing evidence for nursing practice*. 11th ed: Wolters Kluwer; 2021.
21. Larsson BW, Larsson G. Development of a short form of the Quality from the Patient's Perspective (QPP) questionnaire. *Journal of clinical nursing*. 2002;11(5):681-7.
22. Hall JA, Dornan MC. Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: a meta-analysis. *Social science & medicine*. 1990;30(7):811-8.



