



MASTEROPPGAVE

**PASIENTTILFREDSHET I
POSTOPERATIV SEKSJON**

FORFATTER: ØYVIND OLSEN

Dato: 3. juni 2013

*The secret of quality,
I wish to believe, is love:
love of one's profession,
love of one's fellow man,
and love of God*

(Donabedian, 2003, s. 138).

SAMMENDRAG

Tittel:	Pasienttilfredshet i postoperativ seksjon	Dato: 3. juni 2013
Deltaker	Øyvind Olsen	
Veileder:	Sigrid Wangensteen	
Evt. oppdragsgiver:		
Stikkord/nøkkelord	Pasienttilfredshet, postoperativ seksjon, spørreskjema, faktoranalyse, kjønn, ø-hjelp	
Antall ord: 16.016	Antall vedlegg: 2	Publiseringsavtale inngått: ja
<p>Kort beskrivelse av masteroppgaven:</p> <p>Introduksjon Studien undersøker pasienttilfredshet til pasienter med oppholdet i postoperativ seksjon ved et universitetssykehus i Østlandsområdet. Pasienttilfredshet er mer og mer integrert i arbeidet med å forbedre helsetjenestens arbeid, og pasientens rettigheter til å bli hørt er styrket i lovgivningen.</p> <p>Hensikt Todelt hensikt, del 1 undersøker instrumentets validitet og reliabilitet, del 2 beskriver pasientens vurdering av tilfredshet med oppholdet.</p> <p>Metode Deskriptiv tverrsnittsstudie med kvantitativ metode. Det ble ikke funnet kjente instrumenter som undersøker pasienttilfredshet eksklusivt for det postoperative oppholdet, og spørreskjema ble utviklet lokalt. Respondentene var pasienter over 18 år med samtykkekompetanse, utdeling foretatt av personalet på postoperativ seksjon, svarene anonymisert. Svarprosent 58 % (n = 332). SPSS benyttet til deskriptiv statistikk, Kolmogorov – Smirnov test, Kji – kvadrat og Mann – Whitney test, faktoranalyse, Cronbach – α, signifikansnivå ble satt til $p < 0,05$.</p> <p>Resultat Faktoranalysen resulterte i 3 faktorer som forklarte 50 % av variansen. Faktorene ble definert som 1) informasjonsbehov, 2) smerteopplevelse, 3) ivaretagelse. Cronbach – α for hele instrumentet ble 0,74, for faktorene 0,69 – 0,57 – 0,61. Deskriptiv statistikk viste høy grad av pasienttilfredshet, Mann – Whitney viste at elektive pasienter var mer fornøyd med informasjon enn ø-hjelps pasienter, menn var mer fornøyd med smerteopplevelse og kvinner oppga mer kvalme.</p> <p>Konklusjon Pasientene rapporterer stor grad av tilfredshet med oppholdet i postoperativ seksjon. Instrumentet har akseptabel validitet og reliabilitet, men forbedringspotensiale.</p>		

ABSTRACT

Title:	<u>Patient satisfaction in postoperative unit.</u>	Date: 3. June 2013
Participants	<u>Øyvind Olsen</u>	
Supervisor	<u>Sigrid Wangensteen</u>	
Employer:		
Keywords	Patient satisfaction Postoperative unit Questionnaire Factor analysis Gender Emergency admission	
Number of words: 16.016	Number of appendix: 2	Availability open
<p>Short description of the master thesis:</p> <p>Introduction: This thesis examines patient satisfaction with patients after their stay in postoperative unit in a University Hospital in Eastern Norway. Patient satisfaction is more and more integrated in the efforts to improve health services, and patients' rights to be heard are strengthened in health legislation.</p> <p>Aim Twofold, part 1 examine the validity and reliability of the instrument, part 2 describe the patients' assessment of satisfaction with their stay.</p> <p>Methods Descriptive cross – sectional study using quantitative methods. There was not found other instruments which examine patient satisfaction exclusively for the period in postoperative unit, and the questionnaire was developed locally. The respondents were patients aged more than 18 years, distribution was performed by the staff at postoperative unit, and the answers were anonymous. Respond rate 58 % (n = 332). SPSS were used for descriptive statistics, Kolmogorov – Smirnov test, Chi – square and Mann – Whitney tests, factor analysis, Cronbach – α, significance level were set to $p < 0,05$.</p> <p>Results The factor analysis led to 3 factors explaining 50 % of the variance. The factors were labelled 1) need of information, 2) pain perception, 3) be taken care of. Cronbach – α for the entire instrument was 0,74, for the factors 0,69 – 0,57 – 0,61. Descriptive statistics showed high level of patient satisfaction, Mann – Whitney showed that elective patients were more satisfied with information than emergency admission patients, men were more satisfied with the pain perception and women suffered from more nausea.</p> <p>Conclusion The patients reported a high level of satisfaction with their stay in the postoperative unit. The instrument has acceptable validity and reliability, but there are potentials for improvements.</p>		

FORORD

Arbeidet med denne masteroppgaven har vært en spennende og utfordrende prosess, men selv om det har tatt fryktelig mye tid av hverdagen har det å jobbe med et forskningsprosjekt likevel gitt mersmak.

Det er mange som fortjener stor takk for bidraget i prosessen.

Pasientene, som har tatt seg tid til å besvare spørreskjema midt i et sykehusopphold, uten deres innsats hadde ikke dette vært mulig.

Personalet på postoperativ seksjon som har tatt seg tid til å informere om og dele ut spørreskjema, i en periode som var veldig travel.

Min avdeling som har gitt meg permisjon for å gjennomføre studiet og skrive masteroppgaven, tror ikke jeg hadde fått det til uten permisjon og deres store forståelse og deltakelse.

En stor takk går også til min veileder som har vært utrolig inspirerende, støttende og tålmodig, og som har hjulpet meg videre mang en gang, og svart på mail til alle døgnets tider.

Takk også til familie og venner som har vist stor forståelse for at jeg er opptatt med noe helt annet enn dem.

INNHOLDSFORTEGNELSE

SAMMENDRAG	3
ABSTRACT	4
FORORD.....	5
INNHOLDSFORTEGNELSE	6
1.0 INTRODUKSJON	8
1.1 Begrunnelse for valg av tema.....	8
1.2 Forskningsområde	9
1.3 Postoperativ seksjon.....	9
1.3.1 Studiets tilknytning til sykehuset og postoperativ seksjon.....	9
1.3.2 Den postoperativ pasienten	10
1.3.3 Postoperativ sykepleie.....	11
1.3.4 Avansert klinisk sykepleie	11
1.3.5 Kunnskapsbasert praksis	14
1.3.6 Kvalitet i sykepleien.....	14
1.4 Pasienttilfredshet	15
2.0 HENSIKT OG FORSKNINGSSPØRSMÅL.....	21
3.0 METODE	22
3.1 Studiens design.....	22
3.2 Utvalg	22
3.3 Spørreskjema.....	23
3.4 Datainnsamling.....	25
3.5 Dataanalyser	25
3.6 Studiens validitet og reliabilitet.....	28
4.0 FORSKNINGSETISKE BETRAKTNINGER	30
5.0 RESULTATER	32
5.1 Beskrivelse av utvalget.....	32
5.2 Resultater av faktoranalysen	33
5.3 Frekvensfordeling for de enkelte items	36
5.3.1 Informasjonsbehov	36
5.3.2 Smerteopplevelse	38
5.3.3 Ivaretagelse.....	39

5.3.4 Spørsmål om ubehag med bråk / støy	40
5.3.5 Personvern	41
5.3.6 Pårørendekontakt.....	41
5.4 Sammenlikning av pasienttilfredshet for pasienter som var operert for øyeblikkelig hjelp – operasjoner og elektiv kirurgi.	42
5.5 Sammenlikning av pasienttilfredshet for mann / kvinne.....	43
5.6 Oppsummering av kommentarene i det åpne spørsmålet.....	44
6 DISKUSJON	46
6.1 Sammendrag.....	46
6.2 Diskusjon i relasjon til teori og tidligere forskning.....	47
6.3 Er det variasjoner mellom resultatene fra 2010 til 2012?	54
6.4 Studiens betydning for klinisk praksis.	55
6.5 Instrumentets validitet og reliabilitet.....	55
6.5.1 Instrumentets validitet	55
6.5.2 Instrumentets reliabilitet.....	55
6.5 Styrker og svakheter.....	56
7.0 KONKLUSJON	58
7.1 Konklusjon	58
7.2 Videre studier	58
REFERANSELISTE.....	59

Vedlegg 1 Informasjonsskriv

Vedlegg 2 Spørreskjema

Oppgaven inneholder 16016 ord.

1.0 INTRODUKSJON

Hvor tilfreds er pasienten med den pleie og behandling som gis i vår postoperative seksjon? Hva kan forbedres i praksis? Det var spørsmål som ble stilt for noen år siden, og som denne studien prøver å besvare.

I introduksjonen presenteres sentrale referanser fra relevant teori og tidligere forskning knyttet til pasienttilfredshet og studiens kontekst. Studiens hensikt og forskningsspørsmål presenteres i kapittel 2. I metodekapitlet presenteres studiens design, utvalg, instrument, datainnsamling og analysemetoder. Kapittel 4 diskuterer forskningsetiske sider ved studien, og i kapittel 5 presenteres resultatene i studien.

I kapittel 6 gis et kort sammendrag av studiens funn, og resultatene diskuteres i relasjon til teori og tidligere forskning, studiens betydning for klinisk praksis vurderes, og instrumentets validitet og reliabilitet diskuteres. I konklusjonen presenteres hovedfunn og anbefalinger for videre forskning drøftes.

I dette kapitlet presenteres begrunnelse for valg av tema, studiens tilhørighet til forskningsområdene ved Høgskolen i Gjøvik, det gis en presentasjon av postoperativ seksjon, postoperativ sykepleie, den postoperative pasienten, avansert klinisk sykepleie og kvalitet i sykepleien og en introduksjon av aktuell forskningslitteratur om pasienttilfredshetsmålinger.

1.1 Begrunnelse for valg av tema

Denne studien undersøker pasienttilfredshet hos pasienter med oppholdet i postoperativ seksjon. Interessen for å vite noe mer konkret om pasientens oppfatning av vårt arbeid utviklet seg da postoperativ seksjon startet et prosjekt for å undersøke pasienttilfredshet ved seksjonen i 2009. Hvordan vurderer pasienten kvaliteten i den pleie og behandling som utføres, og hva kan gjøres for at den skal bli bedre?

Det ble gjennomført en undersøkelse i 2010 (Valen, 2010), undersøkelsen i 2012 som denne studien omtaler, og det er planlagt en ny undersøkelse i 2014. Spørreskjema ble utviklet lokalt, og det ble etter hvert viktig å kunne si noe om hvor godt dette instrumentet er, hvordan er instrumentets validitet og reliabilitet?

Tema for denne studien er derfor todelt, en del vil undersøke instrumentets validitet og reliabilitet og en del vil undersøke hvordan pasienten vurderer sin tilfredshet med oppholdet på postoperativ seksjon.

1.2 Forskningsområde

Masterstudiet ved Høgskolen i Gjøvik vil gi kandidaten en kompetanse i avansert klinisk sykepleie. Videreutdanning i anesthesi-, intensiv-, operasjons-, barn-, psykiatri- og kreftsykepleie er grunnlag for opptak for mange av kandidatene ved studiet.

Forskningsområdet klinisk sykepleie ved Høgskolen i Gjøvik omfatter ”den direkte kontakten mellom sykepleier og mennesker som mottar eller har behov for sykepleietjenester” (HiG, 2011, 5. april).

Forskningsområdene er kvalitet i sykepleie, utdanningskvalitet og helse i dagliglivet.

Kvalitet i sykepleie omfatter to fokusområder, Pasienters behov og sikkerhet og Personalets funksjon og sikkerhet. Pasienters behov og sikkerhet handler om utvikling av kunnskap om fenomener knyttet til menneskers grunnleggende behov, samhandling med pasient, pårørende og andre grupper i helsetjenesten samt sikkerhet (HiG, 2011, 5. april).

Denne studien undersøker pasienttilfredshet med oppholdet i postoperativ seksjon, hvordan dekker sykepleien pasientens behov og hvordan samhandler sykepleieren med pasienten under oppholdet i seksjonen? Studien vil kunne vise aspekter ved kvaliteten i den sykepleie pasienten mottar og faller dermed inn under fokusområde Pasienters behov og sikkerhet.

Kandidaten er intensivsykepleier, og et av arbeidsområdene for intensivsykepleiere er postoperativ seksjon, oppgaven vil dermed være innenfor kandidatens fordypningsområde.

1.3 Postoperativ seksjon

1.3.1 Studiets tilknytning til sykehuset og postoperativ seksjon.

Sykehusets strategiske utviklingsplan for 2012 – 2016 beskriver som en av fem hovedretninger ”øyeblikkelig hjelp og god behandling til kritisk syke pasienter” (referanse ikke oppgitt av konfidensialitetshensyn). Sykehuset har også i sin helsefaglige strategi for 2013 – 2016 et eget satsningsområde for fag, forskning og utviklingsarbeid. I denne strategiplanen er det et mål å utvikle selvstendig forskning i helsefagene. Sykehusets visjon om å være ”menneskelig når og faglig sterk” forklares med at pasienten skal bli behandlet med vennlighet og respekt, bli møtt av personell som er opptatt av pasienten, oppleve trygghet

og at tjenesten skal være forankret i god faglig praksis og kunnskap (referanse ikke oppgitt av konfidensialitetshensyn). Denne studien dekker både god behandling til kritisk syke pasienter og respekt for pasienten ved å lytte til pasientens vurderinger gjennom en pasienttilfredshetsmåling.

Postoperativ seksjon har gjennomgått resultatene fra undersøkelsen i 2010 i personalmøter, og operasjonalisert resultatene fra undersøkelsen i 2010 ved å sette i gang tiltak for å vurdere smerteopplevelse ved mottak av operasjonspasient, utarbeide informasjonsbrosjyre om postoperativ seksjon, skrive rapport og artikkel om undersøkelsens del 1 (Valen, 2012) og planlegger å sette i gang tiltak etter at resultatene fra denne studien kan bekjentgjøres (referanse ikke oppgitt av konfidensialitetshensyn).

1.3.2 Den postoperativ pasienten

Studien er gjort i postoperativ seksjon ved et universitetssykehus i Østlandsområdet. Denne studien måler pasienttilfredshet hos kirurgiske pasienter under oppholdet på postoperativ seksjon.

Operasjonspasienter er definert som

”pasienter som på grunn av sin helsetilstand må gjennomgå undersøkelse eller behandling som medfører at de midlertidig mister / fratras kontroll over egen situasjon”.

(Moesmand & Kjøllesdal, 2004, s. 208)

Det at pasienten midlertidig mister / fratras kontroll over egen situasjon må for de fleste være skremmende, og gjøre personalets holdning og pleie svært viktig.

Operasjonspasientene kan deles i to grupper, elektive pasienter og øyeblikkelig hjelp pasienter. Elektive operasjoner er forberedte og planlagte operasjoner, mens øyeblikkelig hjelp operasjoner må utføres uten mye tid til forberedelser og informasjon. Kan det tenkes at disse gruppene rapporterer forskjellig grad av tilfredshet med oppholdet eller enkelte deler av behandling og pleie? Det er et av de spørsmål denne studien vil forsøke å finne svar på. Postoperativ seksjon er preget av høy aktivitet, teknologi og tett overvåkning av pasientene. Pasientene er påvirket av anestesimidler og varierende grad av smerte og kvalme, og på grunn av medikamenter vil informasjon som gis ikke alltid oppfattes (Moesmand & Kjøllesdal, 2004).

Pasientene ligger i postoperativ seksjon i 1 – 2 timer og opptil et døgn avhengig av operasjonens varighet og kompleksitet, og pasientens komorbiditet.

Postoperativ seksjon på sykehuset hvor studien er gjennomført består av et stort rom som er delt inn i 4 båser med 4 – 5 senger i hver bås, og 3 enkeltrom til dårlige pasienter og smittepasienter, totalt 21 senger. Mens studien ble gjennomført ble det også benyttet et annet rom med 6 senger i en annen etasje. Dermed ligger pasientene tett og det kan være fare for mye støy og forstyrrelser fra andre pasienter. Faren for å overhøre rapport om andre pasienter, eller at andre pasienter overhører personlige opplysninger om pasienten er i perioder stor. Påvirker dette pasientens tilfredshet med oppholdet på postoperativ seksjon?

1.3.3 Postoperativ sykepleie

De fleste sykepleierne ved en postoperativ seksjon er intensivsykepleiere, og kandidaten er intensivsykepleier. Norsk sykepleierforbunds faggruppe av intensivsykepleiere (NSFLIS) definerer intensivsykepleier som ”en spesialisert sykepleie av akutt og kritisk syke pasienter, som har manifest eller potensiell svikt i vitale funksjoner” (NSFLIS, 2006). Målet er

å etablere en terapeutisk relasjon med intensivpasienter og deres pårørende, og å styrke pasientens fysiske, psykiske, sosiale og åndelige kapasitet med forebyggende, behandlende, lindrende og rehabiliterende tiltak

(NSFLIS, 2006).

Nygaard og Gulbransen (2010) gir en god innføring i den postoperative pasientens mulige problemer i forbindelse med kirurgiske inngrep og den stressreaksjonen som følger etter et kirurgisk inngrep. Pasientens respirasjon, blodtrykk, hjerterytme, nyrefunksjon, tarmfunksjon, temperatur og velvære påvirkes. Pasientens velvære kan påvirkes av smerter og kvalme, usikkerhet i forhold til resultat av inngrepet, nedsatt bevissthet, ukjente omgivelser og derav følgende følelse av manglende kontroll over situasjonen (Nygaard & Gulbransen, 2010).

Intensivsykepleieren må ha kunnskap til alle disse aspektene for å kunne yte god sykepleie til pasienten, Benner (1995) påpeker at avansert klinisk sykepleie innebærer at sykepleieren må ha en lydhørhet overfor pasientens symptomer og en evne til å se både kliniske og menneskelige symptomer.

1.3.4 Avansert klinisk sykepleie

Høgskolen i Gjøvik ønsker, som nevnt i kapittel 1.2, å gi kandidaten en kompetanse i avansert klinisk sykepleie i deres masterutdanning i klinisk sykepleie.

Avansert klinisk sykepleie er et begrep som har oppstått i de senere årene. Retningslinjer for en sykepleier med kompetanse i avansert klinisk sykepleie varierer, men viktige trekk er god klinisk erfaring, dokumentert kompetanse fortrinnsvis på masternivå og en utvidet selvstendig funksjon (Fagerström, 2011).

Fagerström (2011) har tilpasset sin modell for nordiske forhold med utgangspunkt i teoriene til Hamric, Spross & Hanson, og påpeker at sykepleiere med avansert klinisk kompetanse er ”en grunnleggende forutsetning for å kunne garantere god kvalitet i pleien og behandlingen av disse krevende pasientene” (Fagerström, 2011, s. 23). Pasientgruppen i denne sammenhengen er de eldste pasientene, men kandidaten mener at de fleste pasientgrupper kan ha nytte av kompetente sykepleiere og spesialsykepleiere, og likestiller i denne sammenhengen avanserte kliniske sykepleiere og erfarne spesialsykepleiere.

Fagerström (2011) omtaler den tredimensjonale kunnskapsteorien som grunnsyn, den har sitt utgangspunkt i Aristoteles syn på kunnskap, men Fagerström (2011) poengterer at ingen kunnskapsform er overordnet, de må betraktes som tre likeverdige dimensjoner. Undersøkelse av pasienttilfredshet omfatter alle tre dimensjoner, den teoretisk vitenskapelige kunnskapen (episteme) om hvordan undersøkelsen gjennomføres, den praktiske kunnskapen (techne) om postoperativ sykepleie og den postoperative pasienten, og den etiske erfaring og visdom (fronesis) som en intensivsykepleier trenger for å kunne yte god sykepleie til den enkelte unike pasient.

Sentrale perspektiver i dagens sykepleieteori er helhetssyn, ethos, omsorg og helsefokus (Fagerström, 2011). Spesielt viktig i den postoperative fase er bevisstheten om å hindre brudd på pasientens verdighet i den akutte fasen, f.eks. ved å si ifra før sykepleieren løfter på dynen for å sjekke bandasjen og å respektere og lindre pasientens opplevelse av smerter.

Fagerström (2011) redegjør for den nordiske modellen for avansert klinisk sykepleie i sin bok. Modellen består av 8 sentrale kompetanseområder:

1. direkte klinisk praksis
2. etiske beslutninger
3. coaching og veiledning
4. konsultasjon
5. samarbeide
6. case management
7. forskning og utvikling
8. ledelse

(Fagerström, 2011, s. 131).

Pasienttilfredshet dekker de fleste av disse områdene, men er særlig aktuelt i den direkte praksis og kontakt med pasienten, etiske beslutninger og forskning og utvikling.

Benner (1995) beskriver i sin bok "Fra novise til ekspert" utviklingen fra ny sykepleier til erfaren klinisk sykepleieekspert som forstår hva som skjer med pasienten kanskje før symptomene blir tydelige for den mindre erfarne sykepleier.

Hun beskriver 7 domener for sykepleiepraksis gjennom eksempler fra praksis: Postoperativ sykepleie dekker alle disse domene, og kvalitet og pasienttilfredshet er avhengig at sykepleieren behersker disse.

1. Rollen som hjelper handler om det å skape en helsefremmende og trøstende relasjon til pasienten.
2. Den undervisende og veiledende funksjonen, som i postoperativ seksjon kan bety å nå gjennom med informasjon og veiledning i situasjoner som pasienter oppfatter som truende og ekstreme.
3. Den diagnostiske og overvåkende funksjonen er i en postoperativ seksjon naturlig nok svært viktig, ikke bare overvåkning men det å kunne forutse endringer på et tidlig tidspunkt.
4. Effektiv håndtering av hurtig skriftende situasjoner er en viktig og utfordrende funksjon selv for eksperten, både det å identifisere og håndtere kritiske pasientsituasjoner kan være avgjørende for pasientens liv og helse.
5. Å utføre og overvåke terapeutiske forløp og planer er en del av den daglige pleie, fra medisiner og sårskift til opptrening og snuing.
6. Å overvåke og sikre den kliniske sykepleiens kvalitet dekker sykepleierens ansvar for sine handlinger, noe som også kan innebære å utsette ordinasjoner som etter sykepleierens viten er feil, og poengterer hvor viktig samarbeidet med legen er.
7. Å planlegge og organisere personalets arbeid og pleien på avdelingen kan være vanskelig i en travelt postoperativ seksjon, både det å prioritere arbeidsoppgaver og det å skape et godt team som kan yte god sykepleie tross manglende ressurser.

(Benner, 1995)

Benner (1995) diskuterer i kapitel om forskning og den kliniske sykepleie forholdet mellom sykepleier og pasient. Hun bemerker at eksemplene i boken peker på omsorgen og den engasjerte sykepleiers sentrale rolle, ved å beskrive forskjellige kontekster kan vi få en "begynnende forståelse for omsorgens rolle for helbredelse og rekonvalesens" (Benner, 1995,

s. 155). Pasienttilfredshetsmålinger vil kunne beskrive samhandlingen ut fra pasientens ståsted og erfaring, og bidra til dette.

1.3.5 Kunnskapsbasert praksis

Kunnskapsbasert praksis er blitt en del av hverdagen for den reflekterte og erfarne sykepleier og spesialsykepleier. Begrepet oppsto da man innså at klinisk praksis i stor grad avviker fra det som er vitenskapelig dokumentert (Grol & Grimshaw, 2003). Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt og Reinar (2007) definerer kunnskapsbasert praksis slik:

”Å utøve kunnskapsbasert praksis er å ta sykepleiefaglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i den gitt situasjonen”.

I kunnskapsbasert praksis anvendes altså kunnskapskilder fra tre ulike fokus, forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og brukerkunnskap og brukervedvirkning (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt & Reinar, 2007). I denne studien er særlig brukerkunnskap og brukervedvirkning viktig. Pasienttilfredshetsmålinger henter frem pasientens kunnskap om den behandling og pleie han / hun opplever og rapporterer, og resultatene brukes til å forbedre praksis.

1.3.6 Kvalitet i sykepleien

Kvalitet defineres som ”i hvilken grad en samling av iboende egenskaper oppfyller krav” (NS-EN ISO 900:2005; i HOD, 2012). Disse kravene omfatter også forventninger til tjenesten. I stortingsmelding 10, 2012 / 2013 ”God kvalitet – trygge tjenester” presenteres regjeringens overordnede mål for kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet i 3 punkter:

- et mer brukerorientert helse- og omsorgstilbud
- økt satsning på systematisk kvalitetsforbedring
- bedre pasientsikkerhet og færre uønskede hendelser (HOD, 2012).

I kommentarene poengteres det at pasientenes erfaring skal brukes i forbedringsarbeidet, og denne studien undersøker pasientenes erfaringer under oppholdet på postoperativ seksjon. Det er et lovkrav at også spesialisthelsetjenesten skal ha et system for å innhente og bruke pasienters erfaringer og synspunkter (HOD, 2012), og dette kan gjøres i form av måling av pasienttilfredshet.

Kvalitet handler ikke bare om effekten av behandlingen, men om bl.a. verdighet og syn på livet (HOD,2012). Ved å lytte til pasientenes vurdering av oppholdet og prøve å forbedre tjenesten på grunnlag av disse vurderingene vil tjenesten kunne ivareta dette aspektet. Pasientene skal oppleve at de blir ivaretatt, sett og hørt, og et viktig virkemiddel er at det blir gjennomført brukererfaringsundersøkelser som legges til grunn for videreutvikling av tjenestene (HOD, 2012).

Grøndahl (2012) påpeker at tjenestens kvalitet og pasientens opplevelse av kvalitet er en viktig side når pasienttilfredshet blir vurdert. Donabedian (2003) beskriver at pasienttilfredshet ikke bare er et mål på kvalitet, men selve målet for helsehjelp, og var en av de første som knyttet sammen kvalitet og pasienttilfredshet. Han fant at kvalitet fra pasientens perspektiv er en kombinasjon av teknisk pleie, mellommenneskelig pleie og organisatorisk miljø (Donabedian, 1980). Kvalitet kan frembringes av to faktorer, helsetjenestens vitenskap og teknologi, og anvendelsen av denne (Donabedian, 2003). Donabedian (1980) påpeker at måling av pasienttilfredshet er fundamentalt viktig som et mål på kvalitet fordi det gir informasjon om helsevesenet imøtekommer pasientens verdier og forventninger, hvor pasientens er autoriteten.

1.4 Pasienttilfredshet

Pasientperspektivet er mer og mer integrert i arbeidet med å forbedre helsetjenestens arbeid (Rahmqvist & Bara, 2010), og pasienttilfredshetsmålinger er en viktig del av dette arbeidet. Pasienttilfredshetsbegrepet har røtter i forbrukerbevegelsen i 60 – årene, og blir brukt for å lede forskningen mot pasientens erfaringer med helsevesenet (Grøndahl, 2012). Pasient- og brukerrettighetsloven (HOD, 1999), Stortingsmelding nr. 16 (HOD, 2011), Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten (Sosial- og helsedirektoratet, 2005) og Stortingsmelding nr. 10 (HOD, 2012) understreker pasientens rett til å bli hørt og gir føringer i arbeidet med pasienttilfredshetsmålinger.

Det har vært reist kritikk mot pasienttilfredshetsmålinger dels fordi de ser pasienten som en kunde, dels fordi de fleste målinger viser høy grad av tilfredshet (Grøndahl, 2012; Riiskjær, Ammentorp & Kofoed, 2011; Sitzia & Wood, 1997) og dels fordi det mangler et teoretisk grunnlag for pasienttilfredshet (Grøndahl, 2012, Sitzia & Wood, 1997).

Pasienttilfredshet kan ifølge Aharony & Strasser (1993) defineres som

”et begrep som søker å avdekke pasientens kognitive evaluering og affektive reaksjoner på bestemte dimensjoner av erfaringer med helsebehandling”

(i Riiskjær, Ammentorp & Kofoed, 2011, s. 94).

Staniszewska og Ahmed (1999) peker på at pasienttilfredshetsmålinger ofte omhandler medmenneskelighet, informasjon, kvalitet og kompetanse, og mindre om resultat, kontinuitet og psykososiale problemer. De mener dette er forårsaket av manglende definisjon på hva pasienttilfredshet er, og dette gir målingene dårligere validitet. De mener at det kan være fare for at pasienttilfredshetsmålinger måler andre aspekter som en generell holdning til det å uttrykke kritikk til helsevesenet.

I sin artikkel påpeker de at forventninger har en nær tilknytning til pasienttilfredshet, og hvis forventningene blir møtt vil det påvirke pasienttilfredsheten i positiv retning.

I deres studie var det tydelig at pasientene skilte mellom ideelle og realistiske forventninger, noe også Riiskjær et al. (2011) påpeker, mens Donabedian (1980) påpeker at pasientens tilfredshet kan påvirkes av utenforstående aspekter som urealistiske forventninger.

Wilde Larsson, Larsson og Starrin (1999) påpeker derimot at å måle hvor viktig de enkelte tema er for pasienten sier mer om hvordan pasienten ønsker at det skal være. Hvis pasienten gir lav score til et tema er det et område som kanskje bør gis lav prioritet i forbedringsarbeide. Et av de store problemene med pasienttilfredshetsmålinger er at pasientene gir uttrykk for stor grad av tilfredshet (Riiskjær et al. 2011; Sitzia & Wood, 1997). Riiskjær et al. (2011) diskuterer i sin artikkel hvorfor pasienttilfredshetsmålinger gir så gode resultater. De påpeker at undersøkelser med lukkede spørsmål gir høye og unyanserte tilfredshetsprosent, og kvalitative studier har vist at pasienten likevel har negative opplevelser som ikke kommer frem i svarene i de lukkede spørsmålene. Pasientene vurderer tilsynelatende ikke kvaliteten isolert, men vurderer om en evt. dårlig opplevelse skyldes mangel på midler, personale o.l. (Coyle, i Riiskjær et al, 2011). De påpeker at åpne spørsmål kan gi en mer nyansert kritikk som ellers ikke ville komme frem.

Pasientens syn på hva de mener er viktig i behandling og pleie kan være et aspekt i kvaliteten på behandling og pleie de opplever, og dette er operasjonalisert i KUPP – instrumentet (Wilde Larsson & Larsson, 2002). Wilde Larsson og Larsson (2002) har utviklet et spørreskjema som undersøker både hvordan pasienten opplever kvaliteten i den pleie og behandling de har mottatt, og hvor viktig de synes de enkelte tema er. Det blir ofte antatt at de områdene som får lavest score i en undersøkelse må være prioritert i forbedringsarbeide, men det er ikke nødvendigvis tilfelle. Pasientens prioriteringer kan være andre, og det vises når undersøkelsen samtidig spør hvor viktig tema er for pasienten (Nathorst – Böös, Munck, Eckerlund & Ekfeldt – Sandberg, 2001).

Hva kan konsekvensen av lav tilfredshet være? Få studier diskuterer dette. Lave forventninger kan påvirke resultatet i dårlig retning, akkurat som placeboeffekten i medikamentbehandling er avhengig av positive forventninger (Flood et al., i Staniszewska & Ahmed, 1999). Sitzia og Wood (1997) påpeker det samme med positivt fortegn, pasienter som er tilfredse vil være mer villige til å følge behandlingen og derved få et bedre resultat. Donabedian påpeker at pasienttilfredshet kan sees et signal på andre tema eller resultater, en tilfreds pasient vil sannsynligvis samarbeide bedre med personalet om behandlingen, og akseptere anbefalinger om behandling og pleie (Donabedian, 1980).

De fleste studier beskriver hele det postoperative forløpet, det perioperative forløpet, utvalgte diagnoser eller smertebehandling i postoperativ behandling (Cheung, Bower & van Hasselt, 2009; Dihle, Helseth, Kongsgård, Paul & Miaskowski, 2010; Gunningsberg & Idvall, 2007). Det er funnet få studier som eksklusivt beskriver generell pasienttilfredshet i postoperative enheter, men noen studier som dekker det perioperative forløpet har med enkelte spørsmål om oppholdet på postoperativ seksjon (Auquier, Pernoud, Bruder, Someoni, Auffray, Colavolpe, François, Manelli, Martin, Sapin & Blache, 2005; Caljouw, van Beuzekom & Boer, 2008; Mui, Chang, Cheng, Lee, Ng, Tsao & Hwang, 2011).

Undersøkelsene beskriver forskjellige egenskaper ved pasienttilfredshet som informasjon, smerter og velvære eller som pasient – karakteristika som kjønn eller hastegrad.

Informasjon

4 % av pasientene er misfornøyd med informasjonen om pågående aktivitet i postoperativ seksjon i Leinonens studie (Leinonen, Leino – Kilpi, Ståhlberg & Lertola, 2001), 11 % av pasientene mente kirurgens informasjon var utilstrekkelig, mens 8 % var misfornøyd med informasjonen de fikk fra anestesilege, 4 % med informasjonen fra sykepleiere.

Caljouw et al. (2008) finner også at pasientene er minst fornøyd med informasjonen.

Sørli, Busund, Sexton og Sørli (2005) finner i sin undersøkelse blant norske kirurgiske pasienter at behandlingsinformasjon er en av de viktigste indikatorene for pasienttilfredshet, og sykepleierne i denne studien hadde størst betydning for behandlingsinformasjonen.

Smerter

Leinonen et al. (2001) finner at de fleste pasientene er fornøyd med behandling av smerter, bare 2 % ville hatt mer behandling for smerter, mens Caljouw et al. (2008) finner at bare

69,4 % av pasientene er fornøyd med smertebehandlingen, og refererer til en annen hollandsk studie som viser at 25,8 % av pasientene hadde sterke smerter 1 time etter operasjonen (Kalkman et al., 2003), i Caljouw et al., 2008). Chung og Lui (2003) finner i sin studie at pasientene rapporterer noe mindre smerter enn i andre studier de referer, og at pasientene i stor grad er tilfreds med behandling for smerten, ifølge deres studie ventet 9 av 10 pasienter mindre enn et kvarter på smertelindring. I en norsk undersøkelse viste studien at 43 % av pasientene rapporterte at smerte hadde vært det mest plagsomme symptomet det første postoperative døgnet (Fredheim, Kvarstein, Undall, Stubhaug, Rustøen & Borchgrevink, 2011), likevel er over 90 % av pasientene tilfreds med smertebehandlingen.

Velvære, ivaretagelse

Donabedian (1980) beskriver at personlig interesse fra helsepersonellens side – ivaretagelse – og kompetanse er to uadskillelige kvaliteter, og at personlig interesse for pasienten kan forsikre pasientene om at helsepersonellens kompetanse vil bli brukt til pasientens beste. Sørli et al. (2005) finner i sin studie av norske kirurgiske pasienter at kontakten med sykepleierne var viktigst for total tilfredshet, og forklarte det med at sykepleierne er de som var mest i kontakt med pasienten.

Berg, Spaeth, Sook, Bursdal og Lippoldt (2012) finner i en studie av traumepasienter en klar sammenheng mellom pasienttilfredshet og mellommenneskelige forhold mellom pasient og sykepleier.

I Leinonens studie (Leinonen et al., 2001) føler 94 % av pasientene seg meget godt ivaretatt. 91 % av pasientene beskrev atmosfæren i avdelingen som rolig. 12 pasienter var plaget av forstyrrelser, mens få pasienter klager i denne studien over forstyrrelser fra andre pasienter. Caljouw et al. (2008) finner at 93,4 % av pasientene er fornøyd med forholdet mellom pasient og pasient.

Respekt, integritet

Leinonen et al. (2001) finner at pasientene er svært fornøyd med måten de blir møtt på, og pasientene følte seg ikke forlegne under det perioperative forløpet. I samme studie oppgir 95 % av pasientene at de ikke har overhørt private ting om andre pasienter.

Personalets kompetanse

Topacoglu, Karcioğlu, Ozucelik, Ozsarac, Degerli, Sarikaya, Cimrin og Soysal (2004) finner i sin studie i et tyrkisk akuttmottak at leger og sykepleieres erfaring var den viktigste faktoren som påvirket pasienttilfredshet.

Caljouw et al. (2008) finner at 82,9 % av pasientene er fornøyd med personalets kompetanse.

Kjønn

Caljouw et al. (2008) finner at kvinner var noe mindre tilfreds enn menn.

Ifølge Hüppe, Beckhoff, Klotz, Heinzinger, Prüßmann, Gerlach, Ocker og Schmucker (2003) rapporterer kvinner mer kvalme og mer smerter enn menn i deres undersøkelse av pasienttilfredshet med det perioperative forløpet, men i deres undersøkelse er det ikke funnet forskjeller i pasienttilfredshet mellom kjønnene.

Hastegrad

Det er funnet få studier som sammenlikner pasienttilfredshet for elektive og øyeblikkelig – hjelp pasienter, og de fleste er gjennomført i akuttmottak.

En amerikansk studie har sett på pasienttilfredshet med legen og generell tilfredshet, og finner at elektive pasienter generelt viser større tilfredshet enn øyeblikkelig – hjelp pasienter (Rogers, Krasne, Bradburn, Rogers, Lee, Wu, Evans, Edavettal, Horst & Osler, 2012).

Berg et al. (2012) fant i sin studie av traumepasienter er klar sammenheng med sykepleiernes mellommenneskelige og tekniske ferdigheter og tilfredshet. Resultatene kunne tyde på at når sykepleieren opptrådte uvennlig betraktet pasienten vedkommende som inkompetent, og rapporterte mindre grad av tilfredshet.

I en review – artikkel om kvalitative studier finner forfatterne 5 kategorier som peker seg ut som vesentlige for pasienten i et akuttmottak (Gordon, Sheppard & Anaf, 2010). Kategoriene ble kalt 1) følelsesmessig virkning av akutt sykdom, 2) personell – pasient forholdet, 3) ventetid, 4) familie i akuttmottaket og 5) omgivelser i akuttmottaket. Forholdet mellom personell og pasient handlet både om hvor teknisk dyktige sykepleierne var, dyktige sykepleiere kunne berolige pasienten, det var viktig at sykepleierne fremtrådte hjelpsomme og det var en viss grad av toleranse over travelhet hvis ikke alt var bra fra første stund.

Alder

Alder ser ut til å påvirke pasientenes tilfredshet. Leinonen et al. (2001) finner at yngre pasienter i alderen 16 – 30 år er mer kritiske i sin evaluering enn eldre pasienter. Pasientene

over 60 år er de mest fornøyde i deres studie. Caljouw et al. (2008) refererer liknende funn, pasienter under 50 år er mindre fornøyd enn eldre pasienter.

2.0 HENSIKT OG FORSKNINGSSPØRSMÅL

Hensikten med studien er todelt. Den første delen vil vurdere instrumentets validitet og reliabilitet, og den andre delen vil beskrive pasientens vurdering av tilfredshet med oppholdet ved postoperativ seksjon, og peke ut forbedringsområder for praksis.

Forskningsspørsmål:

Hvordan er instrumentets reliabilitet og validitet?

Hvordan vurderer postoperative pasienter sin tilfredshet med oppholdet på postoperativ seksjon?

Er det forskjell i vurdering av pasienttilfredshet mellom planlagte og øyeblikkelig hjelp – operasjoner og mellom kvinner og menn?

Kan svar på åpne spørsmål vise andre aspekter ved pasientens tilfredshet eller utilfredshet ved oppholdet?

3.0 METODE

I dette kapitlet beskrives studiens design, utvalg, utvikling av spørreskjema, datainnsamling, analysemetoder og en innføring i validitet og reliabilitet. Studiens validitet og reliabilitet beskrives i resultatdelen, etter presentasjon av resultater fra faktoranalysen.

3.1 Studiens design

Denne studien er en deskriptiv studie som beskriver pasientenes tilfredshet med oppholdet på postoperativ seksjon. Det er valgt kvantitativ metode for å kunne undersøke svar fra mange pasienter i samme studie (Drageset & Ellingsen, 2009).

En kvantitativ studie undersøker fenomener og bruker presise målinger og kvantifiseringer, og samler empiriske data i kontrollerte metoder for å unngå bias (Polit & Beck, 2008).

Kvantitativ metode brukes for å få breddekunnskap og finne årsakssammenhenger (Drageset og Ellingen, 2009), og bruker statistiske tester for å avgjøre om resultatene skyldes tilfeldigheter eller ikke (Nortvedt et al., 2008).

I studiens første del ble instrumentets validitet og reliabilitet testet, primært ved hjelp av en faktoranalyse og beregning av Cronbach – α for de enkelte faktorer.

Andre del av studien var en tverrsnittsstudie, en design som er egnet for å undersøke et utvalg på ett bestemt tidspunkt (Polit & Beck, 2008). Tverrsnittsstudier benyttes for å beskrive forekomst og fordeling, men også for å søke å finne sammenheng mellom ett eller flere begreper (Nortvedt et al., 2008).

Hensikten med studiens andre del var å måle pasientens tilfredshet under oppholdet på postoperativ seksjon, og se mulige forskjeller mellom tilfredshet og variabler som hastegrad og kjønn.

3.2 Utvalg

Studien ble gjennomført blant pasienter i postoperativ seksjon ved et universitetssykehus i Østlandsområdet.

Inklusjonskriterier

- Voksne pasienter over 18 år med samtykkekompetanse.
- Kirurgiske pasienter som hadde fått anestesi og var operert.
- Pasienter som behersket norsk som skriftspråk.

Ekklusjonskriterier

- Pasienter som ikke hadde samtykkekompetanse og pasienter med kognitiv svekkelse som demens eller andre forvirringstilstander.
- Traumepasienter og medisinske pasienter som lå i seksjonen for overvåkning av ustabil tilstand.
- Pasienter som ikke behersket norsk som skriftspråk.
- Pasienter som ble overflyttet til intensivseksjonen eller fikk komplikasjoner som medførte intensivbehandling i postoperativ seksjon.

Før utskriving fra postoperativ seksjon ble pasienten spurt av pasientansvarlig sykepleier på postoperativ seksjon om han/hun var villig til delta i spørre- undersøkelsen, og fikk med seg spørreskjema til sengepost for å fylle det ut der.

Kandidaten deltok ikke i utdeling av spørreskjema eller utvelging av pasienter.

Det ble delt ut 574 spørreskjema, i denne perioden var ifølge seksjonssykepleier 2895 operasjonspasienter innlagt i postoperativ seksjon, 1318 elektive og 1577 øyeblikkelig hjelp – pasienter. Det har ikke vært mulig å skille ut hvor mange av disse som kunne inkluderes, verken med hensyn til alder eller kognitiv status, språkforståelse eller samtykkekompetanse. Det ble returnert 335 spørreskjema. Alle svar er viktige, men Polit & Beck (2008) anbefaler å slette svar med store mangler i besvarelsen for å unngå statistiske feil.

3.3 Spørreskjema

Spørreskjema (vedlegg 2) ble utviklet lokalt i 2009 da det ikke var mulig å finne et instrument som undersøkte pasienttilfredshet eksklusivt i postoperativ seksjon. Det ble gjort søk i flere databaser, og funnet mange instrument som undersøkte pasienttilfredshet til kirurgiske pasienter, men de fleste dekket mye mer enn oppholdet i postoperativ seksjon, eller var rettet mot postoperativ smertebehandling eller spesifikke diagnoser.

Spørreskjema (vedlegg 2) ble utviklet av en intensivsykepleier i postoperativ seksjon og kandidaten, i samarbeid med intensivsykepleier med PhD – kompetanse, kolleger i seksjonen, pasienter og samtaler med forsker fra Kunnskapssenteret og forsker fra sykehusets forskningssenter (Valen, 2012). Måling av pasienttilfredshet er et eget prosjekt i seksjonen og gjennomføres av en prosjektgruppe som består av intensivsykepleier med PhD – kompetanse,

intensivsykepleier i seksjonen og kandidaten. Det ble gjennomført pilotundersøkelse før undersøkelsen i 2010.

På bakgrunn av erfaringer fra undersøkelsen i 2010 og funn i nyere litteratur (Riiskjær et al, 2011) ble det gjort mindre justeringer i spørreskjema som ble brukt i 2012.

Denne studien undersøker resultatene fra undersøkelsen i 2012, og sammenlikner funnene med resultatene fra undersøkelsen i 2010 som er presentert i masteroppgaven til Valen (2012) i diskusjonskapitlet. Ekvivalens beskriver i hvilken grad det er samsvar mellom uavhengige datainnsamlinger når man bruker samme måleinstrument (Polit & Beck, 2008).

Sammenlikningen av undersøkelsen fra 2010 og undersøkelsen fra 2012 vil kunne si noe om instrumentets ekvivalens.

Spørreskjema inneholdt 5 bakgrunnsspørsmål om vakttype, romplassering, dag / helg, planlagt / øyeblikkelig hjelp – operasjon og operasjonstype som ble fylt ut av sykepleier før pasienten mottok spørreskjema.

Pasienten fylte ut 26 spørsmål med definerte svaralternativer, og hadde tilslutt et åpent felt for andre kommentarer. Det var 3 bakgrunnsspørsmål og kjønn, etnisk bakgrunn og alder, deretter 10 spørsmål om informasjon og smerter før operasjonen, og 13 spørsmål postoperativ smerte og ubehag, pårørendekontakt og opplevelse av ivaretagelse av personvern og personalets kompetanse.

Tilslutt var det et åpent felt hvor pasienten ble anmodet om å skrive ned sine erfaringer og kommentarer. På bakgrunn av erfaringer fra undersøkelsen i 2010 hvor det nesten utelukkende var positive kommentarer, og artikkelen til Riiskjær et al. (2011) ble formulering ”kom gjerne med både positive og negative kommentarer” lagt til.

Bakgrunnsspørsmålene hadde forhåndsdefinerte svaralternativer bortsett fra spørsmålet om etnisk bakgrunn hvor pasientene kunne svare fritt.

15 av de øvrige spørsmålene til pasientene hadde forhåndsdefinerte svar med en 5 – punkts Likert – skala med svarene ikke i det hele tatt, i liten grad, i noen grad, i stor grad, i svært stor grad.

De øvrige spørsmålene var ja / nei spørsmål bortsett fra spørsmålet om hva slags støy pasienten opplevde.

Det ble lagt vekt på å utvikle et oversiktlig spørreskjema som var enkelt å fylle ut for pasienten og lett å forstå.

3.4 Datainnsamling

Utdeling av spørreskjema ble gjennomført over en 11 – ukers periode fra påske 2012.

Utdelingen ble avsluttet før sommerferieperioden startet fordi det ble antatt at sommerferie og redusert bemanning ville bringe nye aspekter inn i behandling og pleie, og påvirke pasienttilfredsheten.

Det var opp til pasientansvarlig sykepleier på postoperativ å vurdere om pasienten kunne inkluderes i undersøkelsen eller ikke ut fra de gitte kriterier. Kandidaten deltok ikke i utvelgning av pasienter eller utdeling av spørreskjema.

Pasientene fikk et informasjonsskriv (vedlegg 1) som ble delt ut sammen med spørreskjema og returkonvolutt, og pasientene ble informert muntlig av sin pasientansvarlige sykepleier på postoperativ. Pasientene ble bedt om å fylle ut skjema etter at de var overflyttet til sengepost, for å unngå at de skulle føle seg tvunget til å svare mer positivt enn de egentlig ønsket mens de var på postoperativ seksjon. I tillegg ville da heller ikke pasienten være så påvirket av narkose og smertestillende, og kunne gi bedre svar. Spørreskjema ble returnert i internposten. Enkelte av pasientene valgte å ta med seg spørreskjema hjem og betalte selv porto for å sende sitt svar til sykehuset. Spørreskjema var anonymisert, det var ikke mulig å koble pasientdata og spørreskjema, og det var derfor ikke mulig å sende purring på de skjema som ikke ble returnert.

3.5 Dataanalyser

Til analysearbeidet ble SPSS versjon 15 benyttet.

Svarene ble kodet i SPSS. Likert – skala ble kodet fra 1 til 5.

- Ikke i det hele tatt = 1
- I liten grad = 2
- I noen grad = 3
- I stor grad = 4
- I svært stor grad = 5

Vet ikke og ikke svart ble definert som missing i SPSS og ble dermed ikke tatt med i beregning av mean – score og SD.

På 3 spørsmål der en lavere score ga uttrykk for bedre erfaring (spørsmål 14, 17 og 22) ble svarene invertert, og inverterte verdier ble benyttet i faktoranalysen, beregning av Cronbach – α og i Mann – Whitney testene.

Dersom pasienten krysset av for flere svaralternativer ble det registrert som "ikke svart" hvis det ikke fremkom tydelig hva som var det endelige svaret.

På spørsmål om hva slags støy de opplevde, ble svaret registrert som personalet dersom pasienten hadde krysset av på flere alternativer inkl. personalet.

Deskriptiv statistikk

Svar på alle spørsmål er presentert med frekvens, prosent, mean – score (gjennomsnitt) og SD (standard avvik). SD uttrykker svarenes spredning fra gjennomsnittet (Bjørndal & Hofoss, 2010).

Signifikanstester

For å teste om svarene var normalfordelt ble det gjort en Kolmogorov – Smirnov test (Field, 2009). Alle tester viste høy verdi for Kolmogorov – Smirnov – test og signifikans $<0,01$ bortsett fra spørsmål 13 som hadde en signifikans på 0,03 ($n = 73$), og ingen svar var normalfordelt (Field, 2009). Når svarene ikke er normalfordelt brukes ikke – parametriske tester (Bjørndal & Hofoss, 2010; Laake, Olsen & Benestad, 2008; Polit & Beck, 2008).

Signifikanstester benyttes for å motbevise at ulikheten kan være et resultat av tilfeldigheter (Bjørndal & Hofoss, 2004). Ved bruk av krysstabeller for å sammenlikne svar for dikotome variabler ble det beregnet χ^2 – kvadrat og p – verdi for å måle signifikans i forskjellen for variabler på nominalt nivå.

Mann – Whitney U test ble brukt for variabler på ordinalt nivå for å se om det var forskjell på pasienter som var operert planlagt eller øyeblikkelig hjelp og for å se på forskjeller mellom kjønn (Bjørndal & Hofoss, 2008). Mann – Whitney er basert på rankede verdier, og derfor ble inverterte verdier benyttet i denne testen (Polit & Beck, 2008).

Signifikansverdi ble satt til $p < 0,05$.

Faktoranalyse

Polit & Beck (2008) beskriver faktoranalyse som en begrepsvalidering.

Field (2009) karakteriserer faktoranalyse som en metode for å redusere antall variabler til et forståelig budskap, og faktoranalyse kan

påvise mønstre i korrelasjonen mellom et sett variabler med sikte på å undersøke om indikatorene måler en eller flere dimensjoner av et fenomen eller begrep
(Johannessen, 2007, s. 157).

Johannessen (2007) beskriver 4 forutsetninger for å kunne gjøre en faktoranalyse:

- Det må være et visst antall enheter i utvalget, flere forfattere anbefaler minst 300 enheter. Denne studien har 332 enheter og dette kravet skulle være innfridd.
- Det må være minst 3 variabler / items, i denne studien er det brukt 13 items i faktoranalysen. Variablene må være kontinuerlige med minimum 4 verdier på ordinal-intervall- eller forholdstallsnivå. Variablene i denne studien har 5 verdier på ordinalnivå, ifølge Bjørndal & Hofoss (2004) er variabler med Likert – skala på ordinalnivå.
- Variablene bør være normalfordelte, men resultatene kan likevel være nyttige selv om de ikke er normalfordelt. I denne studien er variablene ikke normalfordelt.
- Det forutsettes en lineær sammenheng mellom variablene, hvis ikke må de omkodes, og spørsmål 14, 17 og 22 ble derfor invertert i SPSS.

Spørsmål 13 og 26 var avhengig av et foregående ja / nei spørsmål, og ga lav svarprosent.

Selv om det var spørsmål med Likert – skala ble de ikke benyttet i faktoranalysen.

De items som ble inkludert i faktoranalysen er understreket i vedlegg 2.

Polit & Beck (2008) beskriver 2 hovedtrinn i faktoranalysen, ekstraksjon og rotasjon.

I faktorekstraksjon defineres faktorene og gis en egenverdi, ut fra den faktorladning de enkelte variabler gir. Normalt velges de faktorene som har en egenverdi på over 1.

Ifølge Tabachnick og Fidell (i Johannessen, 2007) viser størrelsen på faktorladningene hvor sterk sammenhengen mellom de enkelte variablene er. En faktorladning på $> 0,71$ er utmerket, $0,63 - 0,70$ veldig bra, $0,55 - 0,62$ god, $0,45 - 0,54$ hederlig, $0,32 - 0,44$ svak og $< 0,31$ dårlig.

Faktorrotasjon

bidrar til å maksimere høy korrelasjon mellom variablene og minimalisere lav korrelasjon for å få frem et tydeligere mønster ved at variabler får høye ladninger på en faktor og lavere ladning på de øvrige faktorer (Johannessen, 2007, s. 167).

Ifølge Johannessen (2007) brukes oblimin rotasjon når man kan anta at det er en korrelasjon mellom variablene, og det antar kandidaten er tilfelle med dette spørreskjema.

Ved oblimin rotasjon presenteres resultatene i 2 matriser, mønstermatrise og strukturmatrise. Mønstermatrisen viser ladningene mellom faktor og variabel, mens strukturmatrisen viser korrelasjonen mellom faktor og variabel (Ulleberg & Nordvik, 2001). I resultatdelen brukes resultatene fra mønstermatrisen.

Ulleberg & Nordvik (2001) setter opp 3 forutsetninger for å velge ut hvilke faktorer som kan betraktes som en faktor:

- Hver faktor bør ha en klar og utvetydig tolkning.
- Hver faktor bør ha flere variabler som den har sterke ladning til, vanligvis en faktorladning med absolutt verdi $> 0,3$.
- Hver variabel bør ha en sterk ladning fra kun en faktor (d.v.s. kun "tilhøre" en faktor).
(Ulleberg & Nordvik, 2001, s. 18).

Polit & Beck (2008) anbefaler en ladning på 0,4, men det ble kjørt analyser med en ladning på 0,3 for å se om items ladet i flere faktorer, som Ulleberg & Nordvik (2001) anbefaler.

De enkelte faktorene identifiserer underliggende innhold og dimensjoner i emnet (Polit & Beck, 2008), og tolkes og gis betegnelse av kandidaten.

Instrumentets interne konsistens måles ved å teste instrumentet og den enkelte faktor for Cronbach – α . Cronbach – α viser den interne konsistensen til en empirisk måling av et latent begrep, et begrep som ikke kan observeres og måles direkte. Den måler "hvor tett forbundet variablene er som gruppe" (Eikemo & Clausen, 2012, s. 269).

Svar på åpne spørsmål

Svarene blir presentert i grupper etter innhold og det oppgis antall respondenter som har svart i samme gruppe. Svarmengden var ikke stor nok til å gjennomføre en kvalitativ analyse som f. eks. innholdsanalyse.

3.6 Studiens validitet og reliabilitet

Laake et al. (2008) beskriver tre typer validitet, begrepsvaliditet, intern validitet og ekstern validitet. De beskriver validitet som "spørsmålet om forskeren ved hjelp av de instrumenter som er valgt, virkelig måler det han vil måle" (Laake et al, 2008, s. 326).

Begrepsvaliditet vurderer gyldigheten av begrepet vi undersøker, og instrumentet vil bli testet med en faktoranalyse.

Intern validitet vurderer utvalgsskjevhet, informasjonsskjevhet og statistisk validitet. Utvalget i denne studien er tatt direkte fra målgruppen, men resultatene kan påvirkes av forholdsvis stort frafall. Informasjonsskjevhet kan oppstå hvis pasientene oppgir feil svar. Statistisk validitet er avhengig av at det brukes riktige statistiske tester i studien (Laake et al., 2008).

Ekstern validitet "har med generaliserbarhet å gjøre" (Laake et al., 2008, s. 138). Kan studiens resultater generaliseres? Er utvalget stort nok?

Konsensusvaliditet oppstår når eksperter en enige om utformingen av instrumentet (Polit & Beck, 2009).

Reliabilitet sier noe om hvor godt instrumentet måler det som blir målt (Olsson & Sörensen, 2009). Det sier noe om studiens nøyaktighet og pålitelighet, om den kan reproduseres og gi samme svar i en ny undersøkelse (Drageset & Ellingsen, 2009). Ifølge Polit og Beck (2008) måles reliabilitet ved å se på stabilitet, intern konsistens og ekvivalens. Den vanligste metoden for å måle intern konsistens er Cronbach – α .

Denne studiens validitet og reliabilitet diskuteres i kapitel 6.

4.0 FORSKNINGSETISKE BETRAKTNINGER

Prosjektet ble utformet i tråd med nasjonale og internasjonale forskningsetiske retningslinjer og regelverk.

Et av de viktigste etiske prinsipper ved medisinsk forskning er den såkalte fireprinsippetikken (Ruyter, Førde & Solbakk, 2007). Prinsippene er velgjørenhetsprinsippet, ikke – skade prinsippet, autonomiprinsippet og rettferdighetsprinsippet.

Velgjørenhetsprinsippet vurderer nytte mot risiko og kostnader, og denne studien utsetter ikke pasientene for et forsøk eller på annen måte risiko annet enn noen minutters arbeid med å besvare et spørreskjema uten svært personlige spørsmål. Studien vil ikke bedre deltakernes behandling og pleie under dette oppholdet, men resultatene vil bli brukt i forbedringsarbeid og forsøkt publisert, og derved kunne komme fremtidige pasienter til gode.

Ikke – skade prinsippet skal beskytte pasienten mot skade under forsøk – og selvsagt behandling og pleie. I denne studien utsettes ikke pasienten for en eksperimentell behandling, studien er en ikke – eksperimentell tverrsnittsstudie.

Autonomiprinsippet skal sikre at suverene personers beslutninger respekteres. Deltakelse i denne studien var frivillig, og deltakerne ble forsikret at det ikke ville påvirke behandling og pleie dersom de ikke valgte å delta.

Rettferdighetsprinsippet skal sikre at nytte, risiko og kostnader fordeles på en rettferdig måte. Denne studien er en del av kandidatens masterstudie, og et definert satsningsområde for postoperativ seksjon, og kan derfor ikke sies å belaste sykehusets personell og økonomi unødig.

I forhold til denne studien ansees disse prinsipper oppfylt.

Pasienter som deltar i en undersøkelse skal ha samtykkekompetanse og gi samtykke (Laake et al., 2008). Deltakerne mottok et informasjonsskriv om undersøkelsen og dens hensikt og at det var frivillig å delta (vedlegg 1). Deltakerne ble også informert om at det ikke hadde noen uheldige konsekvenser for dem om de ikke deltok og at dette på ingen måte vil påvirke den behandling og pleie de ville motta. Deltakerne bekreftet på spørreskjema om han eller hun ville delta og denne bekreftelsen ble ansett som pasientens skriftlige, informerte og frivillige samtykke. Deltakerne fikk utlevert informasjonsskriv og spørreskjema mens de var på postoperativ seksjon, og ble bedt om å fylle ut spørreskjema når de kom tilbake til sin sengepost. Det ble ansett som viktig at pasienten besvarte spørreskjema etter at de hadde

forlatt postoperativ seksjon for at de ikke skulle oppleve noen form for press eller forpliktelse overfor personalet ved postoperativ seksjon.

Anonymitet var sikret ved at spørreskjema ikke innholdt data som kan tilbakevises til den enkelte pasient, og det fantes ingen mulighet til å identifisere pasienten ut fra returnerte spørreskjema. Spørreskjema ble nummerert men dette nummer kunne ikke kobles opp mot noen form for pasientliste.

Prosjektet ble søkt tilrådet i REK (Sør Øst), som vurderte prosjektet som ikke meldepliktig. Det ble gitt godkjenning fra personvernombudet ved sykehuset og tillatelse fra ledelsen for kirurgisk divisjon for hele prosjektet som er planlagt frem til 2015.

Personvernombudet ved sykehuset har godkjent at data oppbevares til 15. april 2015. Etter denne tid vil spørreskjema makuleres og datamatriser slettes.

Det anses ikke som en stor risiko for pasientene å fylle ut spørreskjema, det blir ikke spurt om personlige eller vanskelige forhold.

Nytteverdien for fremtidige pasienter og personalet på postoperativ betraktes som stor.

Undersøkelsen kan gi innspill for å forbedre pleien pasientene får under oppholdet på postoperativ seksjon. Det er gjort få studier om pasienttilfredshet med oppholdet i postoperativ seksjon, de fleste studier undersøker hele det postoperative forløpet til etter utskriving, eller spesifikke områder som smertebehandling eller informasjon.

5.0 RESULTATER

I dette kapitlet presenteres resultater fra bakgrunnsspørsmål, faktoranalysen og Chronbach's α for faktorene som fremkommer av faktoranalysen, deskriptiv statistikk for de enkelte spørsmål og krysstabeller og signifikans – tester for å avdekke forskjeller mellom svar fra elektiv / øyeblikkelig hjelp – operasjoner og mann / kvinne. Svar på åpne spørsmål presenteres som en oppsummering av svarene i tematiske grupper.

5.1 Beskrivelse av utvalget

Totalt deltok 335 pasienter i studien, 3 respondenter hadde svart på mindre enn 50 % av spørsmålene som brukes i faktoranalysen (13 spørsmål med Likert – skala), disse ble trukket fra analysen, og 332 spørreskjema anvendt i analysen, dette gir en svarprosent på 58 %. På alle returnerte skjema var det ubesvarte spørsmål.

Det var 46 % menn (n = 150) og 54 % (n = 178) kvinner som deltok i spørreundersøkelsen, 4 pasienter svarte ikke på spørsmålet.

77 % (n = 254) av pasientene svarte norsk på spørsmål om etnisk bakgrunn, 5 % (n = 17) andre nasjonaliteter og 18 % (n = 61) av pasientene svarte ikke på spørsmålet. Det er for liten gruppe fra andre nasjonaliteter til å gi signifikante svar på forskjeller mellom norske pasienter og pasienter fra andre nasjonaliteter, og videre analyser med utgangspunkt i etnisitet er derfor ikke tatt med i studien.

Det var 23 % i aldersgruppen 18 – 39 år (n = 74), 35 % i aldersgruppen 40 – 59 år (n = 113), 38 % i aldersgruppen 60 – 79 (n = 123) år og 4 % over 80 år (n = 15).

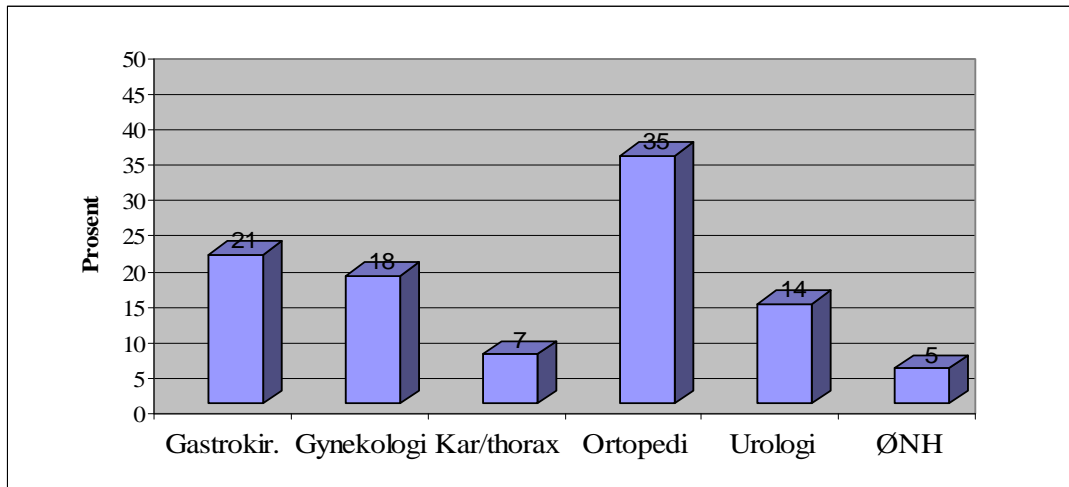
53 % av pasientene lå på oppvåkningen på dagtid, 39 % på aften, 5 % på natt og 3 % var overliggere, d.v.s. at de lå over til neste dag (n = 326).

87 % av pasientene var på oppvåkningen på hverdag, resten på helg (n = 319).

Det var 68 % planlagte og 32 % øyeblikkelig hjelp – operasjoner (n = 314).

Fordeling på de enkelte spesialiteter som pasientene tilhørte blir presentert i figur 1.

Figur 1: Prosentvis fordeling av pasienter på hovedgrupper av operasjoner (n = 326).



Ortopediske pasienter utgjør litt mer enn 1/3.

5.2 Resultater av faktoranalysen

Kaiser – Meyer – Olkin testen viste en verdi på 0,776, og Bartlett's test of Sphericity en signifikansverdi $p < 0,001$. Dette viser at spørreskjemaet egner seg for faktoranalyse (Johannessen, 2007).

Ekstraksjon ble gjort med basis i egenverdi $> 1,0$, og dette resulterte i 4 faktorer som forklarte 58 % av variansen. Grensen for ladning ble satt til 0,3 etter rotasjonen. Faktor 4 inneholdt bare 2 items. Denne faktoren ble utelatt fra videre analyser, disse items ble analysert i øvrige tester.

De 3 faktorene som kunne brukes forklarte 50 % av variansen.

Faktor 1 forklarte 28 % av variansen, faktor 2 forklarte 13 % av variansen og faktor 3 forklarte 9 % av variansen.

Cronbach – α for alle 13 items som ble brukt i faktoranalysen var 0,74, ifølge Eikemo & Clausen (2012) kan det tyde på at instrumentet har en tilstrekkelig god intern konsistens. Faktor 1 fikk Cronbach – α på 0,69, faktor 2 fikk en Cronbach – α på 0,57 og faktor 3 fikk en Cronbach – α på 0,61.

Tabellene som viser resultatene i faktoranalysen bygger på mønstermatrisen.

Faktor 1: Informasjonsbehov

Denne faktoren inneholder spørsmål som hovedsakelig uttrykker behov for informasjon.

Tabell 1: Faktor 1 Informasjonsbehov

Item	Innhold	Ladning	Cronbach – α for hele faktoren	Cronbach – α hvis item blir fjernet
10	Fikk du informasjon om oppvåkingsavdelingen før operasjonen?	0,75	0,69	0,62
8	Fikk du informasjon om operasjonen / prosedyren som skulle gjennomføres?	0,74		0,63
4	Fikk du informasjon om narkose og bedøvelsestype før operasjonen / undersøkelsen?	0,69		0,65
20	Fikk du informasjon om prosedyrene som ble utført mens du lå på oppvåkningen?	0,60		0,65
18	Fikk du hjelp med tørsten mens du var på oppvåkningen?	0,43		0,67

I høyre kolonne er det beregnet Cronbach – α dersom ett og ett item blir fjernet.

I denne faktoren er det ikke stor endring dersom noen av items blir fjernet, og alle items kan sies å ha like stor betydning (Ulleberg & Nordvik, 2001).

Faktorladningen på 0,43 – 0,75 tyder på en hederlig til utmerket styrke på sammenhengen i denne faktoren (Johannessen, 2007).

Item 4 ladet også i faktor 4 med en ladning på 0,31, ladningen var høyest i faktor 1 og ble derfor valgt som en del av denne faktoren.

Item 18 ladet også i faktor 3 med en ladning på 0,33, ladningen var høyest i faktor 1 og ble derfor valgt som en del av denne faktoren.

Faktor 2: Smerteopplevelse.

Denne faktoren dekker flere sider ved pasientens opplevelse av smertebehandling og kvalme.

Tabell 2: Faktor 2 Smerteopplevelse

Item	Innhold	Ladning	Cronbach – α for hele faktoren	Cronbach – α hvis item blir fjernet
14	Hadde du smerter da du våknet etter operasjonen?	0,83	0,57	0,36
16	Var du smertefri da du ble flyttet tilbake til din avdeling?	0,65		0,47
17	Var du kvalm på oppvåkningen?	0,62		0,54

I høyre kolonne er det vist Cronbach – α dersom ett og ett item blir fjernet. I denne faktoren medfører det en større endring, dersom item 14 og 16 fjernes synker Cronbach – α tydelig, og det viser at disse spørsmålene er viktige i denne sammenhengen (Ulleberg & Nordvik, 2001). Faktorladningen på 0,62 – 0,83 tyder på en god til utmerket styrke på sammenhengen i denne faktoren (Johannessen, 2007).

Item 16 ladet også i faktor 3 med en ladning på 0,43, ladningen var høyest i faktor 2 og ble derfor valgt som en del av denne faktoren.

Faktor 3: Ivaretakelse

Denne faktoren dekker flere sider ved pasientopplevelsen som smertebehandling, ivaretakelse og personalets kompetanse. En felles nevner kan være ivaretakelse av pasientens behov.

Tabell 3: Faktor 3 Ivaretakelse

Item	Innhold	Ladning	Cronbach – α for hele faktoren	Cronbach – α hvis item blir fjernet
15	Fikk du tilfredsstillende smertebehandling i tiden du var på oppvåkningen?	- 0,82	0,61	0,67
19	Følte du deg ivaretatt mens du var på oppvåkningen?	- 0,69		0,43
21	Følte du deg trygg på personalets kompetanse mens du var på oppvåkningen?	- 0,59		0,49

I høyre kolonne er det vist Cronbach – α dersom ett og ett item blir fjernet. I denne faktoren medfører det en større endring, dersom item 19 og 21 fjernes synker Cronbach – α tydelig, og

det viser at disse spørsmålene er viktige i denne sammenhengen (Ulleberg & Nordvik, 2001). Faktorladningen på 0,59 – 0,82 tyder på en god til utmerket styrke på sammenhengen i denne faktoren (Johannessen, 2007).

Item 21 ladet også i faktor 1 med en ladning på 0,32, ladningen var høyest i faktor 3 og ble derfor valgt som en del av denne faktoren.

Faktor 4 består bare av 2 item, og kan ikke regnes som en fullverdig faktor (Johannessen, 2007). Kombinasjonen av de 2 spørsmålene er likevel interessant, de omfatter spørsmål om personvern og spørsmål om ubehag og støy. Flere av pasientene har bemerket at de overhørte opplysninger om andre pasienter selv om de ikke ønsket det, i sine kommentarer i det åpne spørsmål til slutt.

5.3 Frekvensfordeling for de enkelte items

I kommentarene er antall og prosent for ”ikke i det hele tatt / i liten grad” og ”i stor grad / i svært stor grad” slått sammen for å tydeliggjøre tendensen i svarene. ”I noen grad” oppfattes som er relativt nøytralt svar.

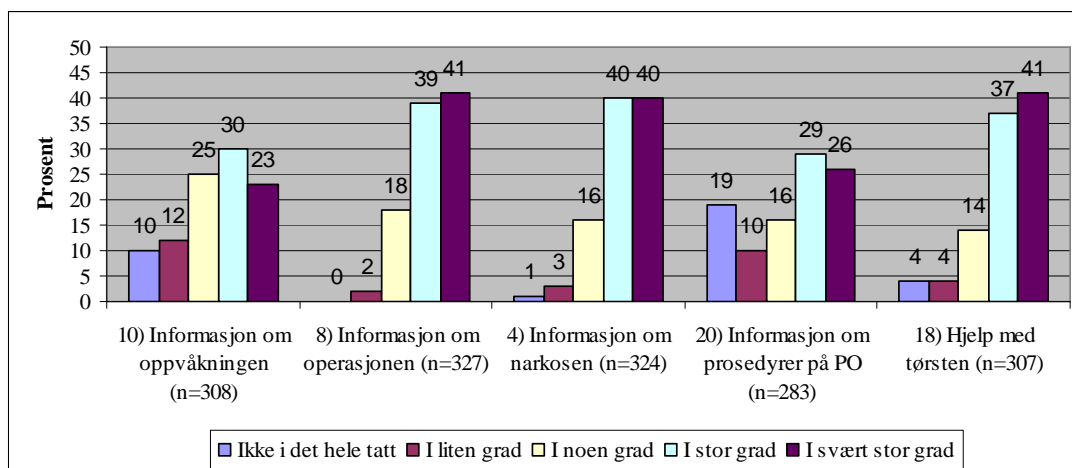
Pasientene viser stor grad av tilfredshet i alle svar.

Ved beregning av mean for faktorene er det benyttet inverterte verdier.

5.3.1 Informasjonsbehov

Denne faktoren inneholder spørsmål som hovedsakelig uttrykker behov for informasjon.

Figur 2: Prosentfordeling for svar på spørsmål i faktor 1.



Faktoren fikk en gjennomsnittsscore på 3,87, SD 0,73 på en skala fra 1 – 5 hvor 5 var best.

Når det gjelder informasjon om oppvåkningen før operasjonen (spørsmål 10) viste studien at 53 % av pasientene i stor grad / i svært stor grad fikk informasjon før operasjonen, mens 22 % av pasientene ikke i det hele tatt / i liten grad fikk informasjon om oppvåkningsavdelingen. Mean 3,45, SD 1,24.

Spørsmålet om pasienten fikk tilfredsstillende informasjon om operasjonen / prosedyren som skulle gjennomføres (spørsmål 8) viste svarene at 80 % i stor grad / i svært stor grad fikk informasjon om operasjonen / prosedyren som skulle gjennomføres, 2 % av pasientene i liten grad fikk informasjon, ingen pasienter svarte ikke i det hele tatt. Mean 4,19, SD 0,79.

Spørsmålet om pasienten fikk nok informasjon om narkose og bedøvelse før operasjonen / undersøkelsen (spørsmål 4) viste at 80 % av pasientene i stor grad / i svært stor grad fikk informasjon om narkose og bedøvelsestype før undersøkelsen / operasjonen, mens 4 % av pasientene ikke i det hele tatt / i liten grad fikk informasjon. Mean 4,14, SD 0,87.

Når det gjelder spørsmål om pasienten fikk nok informasjon om prosedyrene (skifte bandasje, henge opp intravenøs o.l.) som ble utført mens de lå på oppvåkningen (spørsmål 20) viste studien at 55 % av pasientene i stor grad / i svært stor grad fikk informasjon om prosedyrene som ble utført mens de lå på oppvåkningen, mens 29 % av pasientene ikke i det hele tatt / i liten grad fikk informasjon. Mean 3,34, SD 1,43.

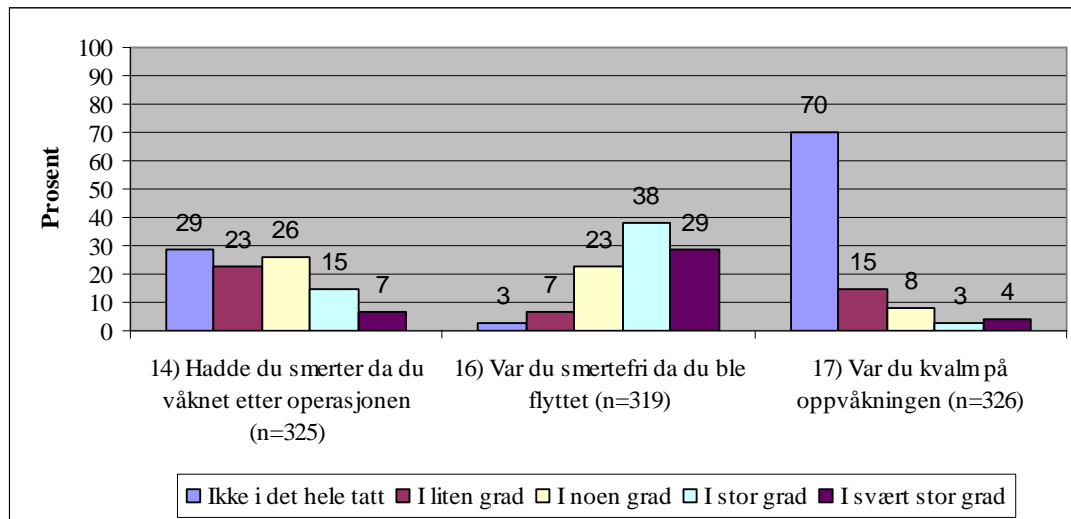
Spørsmålet om pasienten fikk noe hjelp med tørsten mens de var på oppvåkningen (spørsmål 18) viste at 78 % av pasientene i stor grad / i svært stor grad fikk hjelp med tørsten mens de var på oppvåkningen, mens 8 % av pasientene ikke i det hele tatt / i liten grad fikk hjelp med tørsten. Mean 4,09, SD 1,02.

På det åpne spørsmålet tilslutt i spørreskjemaet kommenterte 5 pasienter at de fikk for lite informasjon.

5.3.2 Smerteopplevelse

Denne faktoren dekker flere sider ved pasientens opplevelse av smertebehandling og kvalme.

Figur 3: Prosentfordeling for svarene i faktor 2



Faktoren fikk en gjennomsnittsscore på 3,91, SD 0,81 på en skala fra 1- 5 hvor 5 var best. I denne faktoren ble gjennomsnittsscore målt med inverterte verdier.

Spørsmål om pasienten hadde smerter etter operasjonen (spørsmål 14) viste at 52 % ikke i det hele tatt / i liten grad hadde smerter da de våknet, mens 22 % hadde smerter i stor grad / i svært stor grad hadde smerter når de våknet etter operasjonen. Mean 2,49, SD 1,26.

Når det gjelder spørsmål om pasientene var smertefri da de ble flyttet tilbake til sin avdeling (spørsmål 16) viste studien at 67 % i stor grad / i svært stor grad var smertefri ved overflytting til sin avdeling, mens 10 % av pasientene ikke i det hele tatt / i liten grad var smertefri ved overflytting til sin avdeling. Mean 3,82, SD 1,03.

Spørsmål om pasienten var kvalm på oppvåkningen (spørsmål 17) viste at 85 % av pasientene ikke i det hele tatt / i liten grad var kvalm på oppvåkningen, mens 7 % i stor grad / i svært stor grad var kvalm på oppvåkningen. Mean 1,56, SD 1,03.

Andre spørsmål som kan knyttes opp mot pasientens behov for smertelindring, men som ikke ble inkludert i faktoranalysen.

Smertes og smertebehandling før operasjonen

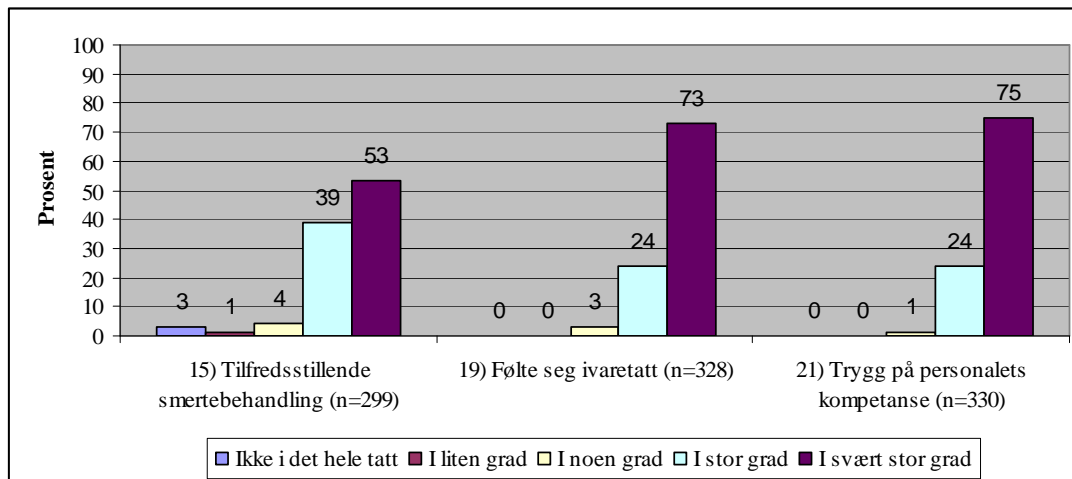
På spørsmål om pasienten regelmessig to smertestillende hjemme før operasjonen (spørsmål 11) svarte 78 % av pasientene nei (n = 329).

På spørsmål om de har tatt disse i mer enn 2 uker svarte 51 pasienter ja, men 75 av pasientene har likevel svart på spørsmål 13, ”hvis ja på spørsmål 12, var du godt smertelindret før operasjonen?” Det tyder på at dette spørsmålet ble misforstått, trolig tenkte pasientene på smertelindring før operasjon uten å koble det opp mot spørsmål 12. Dette spørsmålet hadde dessuten bare svar fra 24 % av pasientene (n= 75), og er derfor ikke tatt med i videre analyser.

5.3.3 Ivaretakelse

Denne faktoren dekker flere aspekter ved pasientens opplevelse som kan defineres som ivaretakelse under oppholdet på postoperativ seksjon.

Figur 4: Prosentfordeling for svar på spørsmål i faktor 3.



Faktoren fikk en gjennomsnittsscore på 4,62, SD 0,46 på en skala fra 1 – 5 hvor 5 var best.

Spørsmålet om pasienten fikk tilfredsstillende smertebehandling i tiden de var på oppvåkningen (spørsmål 15) viste at 92 % i stor grad / i svært stor grad fikk tilfredsstillende smertebehandling, mens 3 % av pasientene mente at de ikke i det hele tatt / i liten grad fikk tilfredsstillende smertebehandling. Mean 4,39, SD 0,83.

Når det gjelder spørsmålet om pasienten følte seg ivaretatt mens de var på oppvåkningen (spørsmål 19) viste studien at 97 % i stor grad / i svært stor grad følte seg ivaretatt mens de var på oppvåkningen, 0 % av pasientene i liten grad følte seg ivaretatt mens de var på oppvåkning, ingen har svart ikke i det hele tatt. Mean 4,70, SD 0,53. Dette spørsmålet har det nest høyeste score på mean i undersøkelsen.

Spørsmålet om pasienten følte seg trygg på personalets kompetanse mens de lå på oppvåkningen (spørsmål 21) viste at 99 % av pasientene følte seg i stor grad / i svært stor grad trygg på personalets kompetanse mens de lå på oppvåkningen.

Mean 4,74, SD 0,49. Dette spørsmålet har høyest score på mean i hele undersøkelsen.

Andre spørsmål som kan knyttes opp mot pasientens behov for ivaretagelse, integritet og forberedthet, men som ikke ble inkludert i faktoranalysen.

Tabell 4: Prosentfordeling for svar på andre spørsmål knyttet til faktor 3.

Spørsmål	n	Ja	Nei
Spørsmål 5: Fikk du snakket med anestesipersonalet før operasjonen?	327	313 (96 %)	14 (4 %)
Spørsmål 6: Ønsket du en annen type bedøvelse enn den anestesilegen anbefalte?	327	19 (6 %)	308 (94 %)
Spørsmål 7: Hvis ja, fikk du ønsket oppfylt?	39	36 (92 %)	3 (8 %)
Spørsmål 9: Visste du at du skulle våkne opp i en annen avdeling enn der du lå før operasjonen?	318	278 (87 %)	40 (13 %)

Tabellen viser at 19 av 327 pasienter svarte at de ønsket en annen type bedøvelse enn anbefalt (spørsmål 6), likevel svarte 36 ja på at de fikk ønsket oppfylt (spørsmål 7). Det kan tyde på at spørsmålet ble misforstått, noen pasienter fikk formodentlig anbefalt den narkoseform de ønsket.

Det var også en forholdsvis stor andel av pasientene (13 %) som ikke visste at de skulle våkne opp i en annen avdelingen etter narkosen.

5.3.4 Spørsmål om ubehag med bråk / støy

Når det gjelder spørsmål om pasienten opplevde ubehag med bråk / støy i tiden på oppvåkningen (spørsmål 22) viste studien at 84 % ikke i det hele tatt / i liten grad opplevde ubehag med støy, mens 4 % av pasientene i stor grad / i svært stor grad opplevde ubehag med støy på oppvåkningen (n = 329). Mean 1,58, SD 0,90.

Hva slags støy opplevde pasientene (spørsmål 23)?

Her svarte totalt 159 pasienter på forhåndsdefinerte svar alternativer

42 pasienter (26 %) fra andre pasienter, 26 pasienter (17 %) fra personalet,

16 pasienter (10 %) annet og 75 pasienter (47 %) ikke aktuelt.

Dersom pasientene krysset av for flere alternativer inkl. fra personalet, ble dette registrert som fra personalet.

Pasientene ble bedt om å spesifisere annet, her kom det kommentarer fra 38 pasienter.

13 pasienter hadde kommentarer om støy fra utstyr / maskiner o.l.. Kommentarene dreide seg om diverse utstyr som piper, inn- og uttransportering av pasienter, hamring og rørposten.

9 pasienter hadde kommentarer om personalet, og kommenterte at det var en del prat og bruk av mobiltelefon. En pasient skrev at det var svært høyt volum på enkelte pleiere, slik at denne pasienten fikk unødig informasjon om andres sykdom.

8 pasienter hadde kommentarer om støy fra andre pasienter, det være seg fra demente pasienter, barnegråt eller snorking.

4 pasienter kommenterte at støyen var lite plagsom og 4 pasienter benyttet feltet til andre kommentarer som at de ikke fikk tak i ringsnor eller at det var for mye lys.

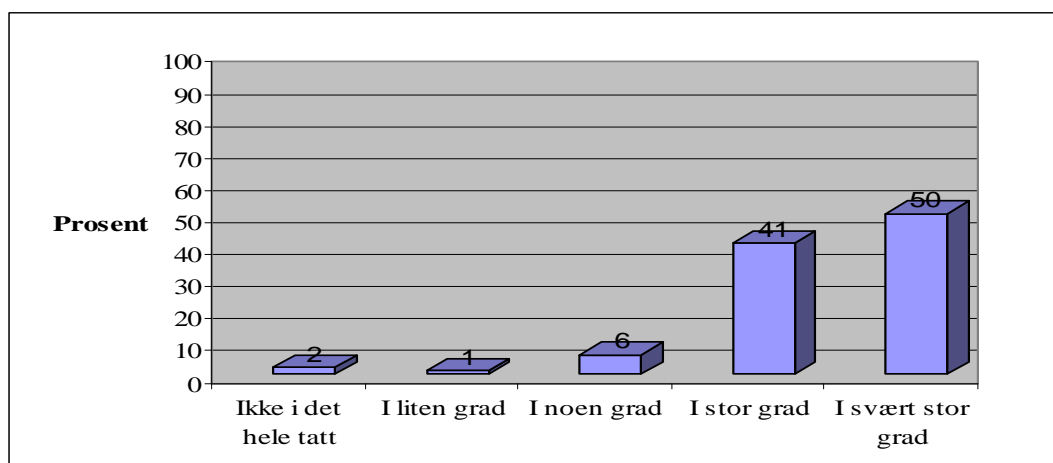
5.3.5 Personvern

Når det gjelder spørsmålet om pasienten opplevde at personvernet ble ivaretatt mens de lå på oppvåkningen (spørsmål 24) viste studien at 91 % av pasientene i stor grad / i svært stor grad opplevde at personvernet ble ivaretatt mens de var på oppvåkningen, mens 2 % av pasientene ikke i det hele tatt / i liten grad opplevde at personvernet ble ivaretatt. Mean 4,35, SD 0,74.

5.3.6 Pårørendekontakt

På spørsmål om pasientens pårørende hadde vært i kontakt med personalet på oppvåkningen (spørsmål 25) svarte 111 pasienter ja. Likevel svarte 167 pasienter på spørsmål 26 om hvor fornøyd de trodde pårørende var med kontakten.

Figur 5: Prosentfordeling for svar på spørsmål 26 om tilfredshet med pårørende (n = 167).



91 % av pasientene mente pårørende i stor grad / i svært stor grad var fornøyd med måten de ble møtt på, mens 3 % av pasientene mente pårørende ikke i det hele tatt / i liten grad var fornøyd med måten de ble møtt på. Mean 4,37, SD 0,80.

5.4 Sammenlikning av pasienttilfredshet for pasienter som var operert for øyeblikkelig hjelp – operasjoner og elektiv kirurgi.

Mann – Whitney U test på faktornivå viste signifikant forskjell for faktor 1 informasjon, pasienter som var operert for elektive operasjoner var mer tilfreds med informasjonen de hadde fått.

Tabell 5: Mann Whitney U test for hastegrad på faktornivå (inverterte verdier).

Faktor	Tema	Hastegrad	M	SD	Mann – Whitney U	P – verdi *
1	Informasjon	Ø – hjelp	3,68	0,71	4581,500	0,004
		Elektiv	3,95	0,72		
2	Smerteopplevelse	Ø – hjelp	3,89	0,82	9096,500	0,647
		Elektiv	3,92	0,81		
3	Ivaretagelse	Ø – hjelp	4,65	0,44	8290.000	0,554
		Elektiv	4,63	0,44		

* Exact sig. 2 – tailed

Funn på item – nivå bekreftet det som ble vist på faktornivå.

Mann – Whitney U test for alle enkeltspørsmål fra faktoranalysen viste signifikante forskjeller for øyeblikkelig hjelp – operasjoner kontra elektiv kirurgi på spørsmål om pasienten fikk nok informasjon om operasjonen / prosedyren som skulle gjennomføres (spørsmål 8) og spørsmål om de fikk informasjon om oppvåkningsavdelingen før operasjonen (spørsmål 10). I begge spørsmål var pasienter som var operert for øyeblikkelig hjelp – operasjoner mindre tilfreds med informasjonen.

Tabell 6: Mann – Whitney U test for svar for hastegrad på item – nivå.

Item	Spørsmål	Hastegrad	M	SD	Mann – Whitney U	P – verdi *
8	Fikk du nok informasjon om operasjonen?	Ø – hjelp	4,05	0,87	8984,000	0,046
		Elektiv	4,27	0,75		
10	Fikk du informasjon om oppvåkingsavd. før operasjonen?	Ø – hjelp	3,20	1,34	7785,500	0,042
		Elektiv	3,55	1,18		

* Exact sig. 2 – tailed

Kji – kvadrat test for svar fra pasienter som var operert som øyeblikkelig hjelp kontra elektiv kirurgi viste ingen signifikante forskjeller på spørsmål om kjønn, om de fikk snakket med anestesi / narkosepersonalet eller om de pårørende hadde vært i kontakt med personalet på oppvåkningen.

5.5 Sammenlikning av pasienttilfredshet for mann / kvinne.

Mann – Whitney U test for faktorene viste signifikant forskjell for faktor 2 smertebehandling, menn var mer fornøyd med opplevelse av smerter enn kvinner.

Tabell 7: Mann Whitney U test for kjønn på faktornivå (inverterte verdier).

Faktor	Tema	Kjønn	M	SD	Mann – Whitney U	P – verdi *
1	Informasjon	Mann	3,86	0,74	7521,500	0,902
		Kvinne	3,86	0,72		
2	Smerteopplevelse	Mann	4,06	0,73	9400,500	0,003
		Kvinne	3,77	0,86		
3	Ivaretagelse	Mann	4,58	0,49	9698,000	0,166
		Kvinne	4,66	0,44		

* Exact sig. 2 – tailed

Funn på item – nivå bekrefter det som ble vist på faktornivå.

Svarene fra enkeltspørsmålene viste med en signifikans på $p > 0,05$ at det kunne se ut som om menn oppga mer smerter når de våknet etter operasjonen, og kvinner oppga mer kvalme mens de var på oppvåkningen.

Tabell 8: Mann – Whitney U test for svar for mann / kvinne på item – nivå (inverterte verdier).

Item	Spørsmål	Kjønn	M	SD	Mann – Whitney U	P – verdi *
14	Hadde du smerter da du våknet etter operasjonen? (Inverterte verdier)	Mann	3,73	1,13	10627,500	0,005
		Kvinne	3,31	1,33		
17	Var du kvalm på oppvåkningen? (Inverterte verdier)	Mann	4,65	0,73	10918,500	0,004
		Kvinne	4,25	1,21		

* Exact sig. 2 – tailed

Kji – kvadrat test for svar fra menn / kvinner viste ingen signifikante forskjeller på spørsmål om de fikk snakket med anestesi / narkosepersonalet for operasjonen, om de ønsket en annen type bedøvelse enn den anestesilegen anbefalte, om de fikk ønsket oppfylt eller om de pårørende hadde vært i kontakt med personalet på oppvåkningen.

5.6 Oppsummering av kommentarene i det åpne spørsmålet

144 pasienter (44 % av respondentene) skrev kommentarer, fra korte kommentarer på 2 – 3 ord til 5 – 6 linjer.

105 pasienter hadde utelukkende positive kommentarer om oppholdet på postoperativ seksjon:

”Helt fantastisk”.

”Takk for god behandling”.

”Jeg følte meg trygg og ivaretatt”.

”Ble møtt med respekt. Følte meg verdig som person og pasient. God informasjon underveis. God kompetanse fra personalet gjorde med trygg som pasient”.

”Jeg er imponert over personalets evne og vilje til å vise medmenneskelig omsorg og forståelse midt i sin profesjonalitet”.

”Jeg vil si at dere var strålende. Blide jenter alle sammen. Dere tok dere tid til å prate med meg for jeg hadde angst og var veldig nervøs. Så jeg vil takke dere alle av hele mitt hjerte. Tusen takk for all hjelp og støtte”.

10 pasienter hadde positive kommentarer med et mer kritisk tillegg, flere av disse gikk på lang ventetid og pasientflyt:

”Det hele har vært en reise i service fra folk som tydelig kan sitt fag. Litt lang ventetid (og faste) fra ankomst 04.30 til 19.00. Ble nok informert litt for lite i den perioden”.

”Helt greitt. Mer fortgang når pasienten skal legges inn (fra A til Å).Og ut (hjem).

9 pasienter hadde kommentarer angående informasjon til pasienter og pårørende:

”Kunne vært litt mer info om inngrepet evt. komplikasjoner”.

”Vennen min ringte til sengeposten 2 ganger fordi jeg var så lenge på oppvåkningen og han fikk da beskjed om at alt hadde gått bra. Stor takk til hele teamet – jeg kommer gjerne igjen ved behov”.

”Jeg hadde opplevd større grad av ivaretagelse om jeg hadde blitt gitt en oversikt / rapport om hva som kom til å skje rett før operasjonen og ved oppvåkning”.

3 pasienter hadde kommentarer om personvernet:

”Jeg likte ikke at de andre pasientene kunne høre om hvor mye jeg veide i forkant av operasjonen. Jeg ble skiftet på nedentil uten at forhenget ble dratt for”.

”Kort avstand og lite skjerming mellom sengene gjør at man kanskje hører samtaler som bryter personvernet”.

3 pasienter hadde kommentarer om smerter:

”Jeg hadde veldig smerter og det hadde jeg veldig lenge”.

”Epiduralen virket ikke som den skulle”.

2 pasienter hadde kommentarer om støy:

”Mye støy av gardinskjermingen som blir dratt frem og tilbake. Mye gåing rundt, særlig til naboene”.

6 kommentarer om forhold rundt narkose og peroperative hendelser, og 6 kommentarer om andre forhold som hendelser på sengepost tyder på at noen av svarene kan gjelde forhold som ikke kan relateres til postoperativ seksjon eller at spørsmålet er misforstått.

6 DISKUSJON

Hensikten med studien var todelt, den første delen ville vurdere instrumentets validitet og reliabilitet, den andre delen ville beskrive pasientens vurdering av tilfredshet med oppholdt på postoperativ seksjon, for derved å kunne peke ut forbedringsområder for praksis.

I dette kapitlet presenteres et sammendrag av funnene i studien, resultatene diskuteres i relasjon til teori og tidligere forskning, studiens betydning for klinisk praksis diskuteres, og styrker og svakheter i studien drøftes.

6.1 Sammendrag.

Hovedinntrykket fra denne studien er at pasientene skårer høyt når de vurderer sin tilfredshet med oppholdet på postoperativ seksjon.

Det er dog funnet noen områder hvor det er behov for forbedring, og noen forskjeller i tilfredshet mellom mann / kvinne og elektiv / øyeblikkelig – hjelp pasienter.

Faktoranalysen viste 3 områder for pasienttilfredshet i postoperativ seksjon –

1) informasjonsbehov, 2) smerteopplevelse og 3) ivaretagelse.

De 3 faktorene som kunne anvendes forklarte 50 % av variansen, og fikk en Cronbach – α på 0,74.

Faktor 1 informasjonsbehov fikk en Cronbach – α på 0,69, med en gjennomsnittsscore på 3,87 på en skala fra 1 – 5 hvor 5 er best. De enkelte items viste stor grad av tilfredshet, men spørsmål om pasienten fikk informasjon om prosedyrer på postoperativ seksjon fikk den laveste score på 3,34, og spørsmål om pasienten fikk informasjon om postoperativ seksjon før operasjonen fikk nest laveste score på 3,45.

Faktor 2 smerteopplevelse fikk en Cronbach – α på 0,57, med en gjennomsnittsscore på 3,91.

Pasientene rapporterte stor grad av tilfredshet med smertenivå når de forlot postoperativ seksjon og lite kvalme under oppholdet, men større grad av smerter når de våknet fra operasjonen.

Faktor 3 ivaretagelse fikk en Cronbach – α på 0,61, med en gjennomsnittsscore på 4,62.

De enkelte items viste stor grad av tilfredshet, spørsmål om de var trygge på personalets kompetanse fikk det høyeste score i studien, og spørsmål om de følte seg ivaretatt fikk det nest høyeste score i studien.

Et flertall av pasientene fikk snakket med anestesipersonalet før operasjonen, og ønsket heller ikke en annen type bedøvelse enn den som ble anbefalt. Det var derimot en forholdsvis stor andel av pasientene (13 %) som ikke viste at de skulle våkne opp i en annen avdeling etter operasjon.

8 av 10 pasienter opplevde ikke ubehag med bråk / støy i tiden på postoperativ seksjon.

9 av 10 pasienter opplevde at personvernet ble ivaretatt mens de var på postoperativ seksjon.

Ca. 1/3 rapporterte at pårørende hadde vært i kontakt med personalet på postoperativ seksjon, og 9 av 10 mente at de i stor grad / svært stor grad var fornøyd med kontakten. Men her svarte flere pasienter på spørsmål om tilfredshet enn de som rapporterte at pårørende hadde vært i kontakt med postoperativ seksjon.

Sammenlikning av pasienter som ble operert for øyeblikkelig – hjelp operasjoner kontra elektiv kirurgi viste signifikant forskjell for faktor 1) informasjonsbehov. Her var pasienter til elektiv operasjon mer fornøyd med informasjonen. Resultatene for enkelte items viste sammenfallende svar, pasienter som ble operert elektivt var mer fornøyd med informasjon om operasjonen og informasjon om postoperativ seksjon.

Sammenlikning mellom mann / kvinne viste signifikante forskjeller i faktor 2) smerteopplevelse. Menn var mer fornøyd med smerteopplevelsen enn kvinner.

Resultatene for enkelte items viste at menn oppga mer smerte når de våknet fra operasjonen, mens kvinner rapporterte mer kvalme enn menn.

44 % av pasientene svarte på åpne det spørsmålet til slutt i spørreskjema. 2/3 ga bare positive kommentarer, andre kommenterte lang ventetid og pasientflyt, informasjon til pasienter og pårørende, personvern, smerter og støy. Noen pasienter kommenterte forhold som ikke kan relateres til oppholdet på postoperativ seksjon, som gjaldt operasjon, narkose, og forhold på sengepost.

6.2 Diskusjon i relasjon til teori og tidligere forskning.

Denne studien er den første studien som ser på pasienttilfredshet eksklusivt i postoperativ seksjon og ikke kombinerer med pasienttilfredshet for hele det perioperative forløpet eller en lengre postoperativ periode inkludert resultatet av operasjonen. Resultatene må derfor sammenliknes med enkelte resultater fra andre studier hvor problemstillingen er

sammenfallende eller kan sammenliknes, enten på grunnlag av enkelte items eller faktorer med liknende innhold.

Studien viser at pasientene rapporterer høy grad av tilfredshet, dette har mange andre studier rapportert (Riiskjær et al., 2011; Maurice – Szamburski, Bruder, Loundou, Capdevila & Auquier, 2013, Sitzia & Wood, 1997). Det er en kjent svakhet ved kvantitative studier at svarene blir kunstig positive, og denne studien søkte å kompensere dette ved å inkludere et åpent spørsmål tilslutt, noe som også Riiskjær et al. (2011) anbefaler.

Faktorer i pasienttilfredshet

Faktoranalysen resulterte i 3 faktorer: 1) informasjonsbehov, 2) smerteopplevelse og 3) ivaretagelse.

Faktor 1) informasjonsbehov inneholder spørsmål om pasienten fikk informasjon om operasjonen, informasjon om narkosen, informasjon om postoperativ seksjon, informasjon om prosedyrer under oppholdet på postoperativ seksjon og om pasienten fikk hjelp med tørsten. Faktoren fikk derfor betegnelsen informasjonsbehov.

Det er interessant at spørsmålet om pasienten fikk hjelp med tørsten korrelerer med andre spørsmål om informasjon, kanskje er forklaringen så enkel som at det ble gitt informasjon om at det var mulig å drikke så tidlig etter operasjonen, noe som ikke var vanlig praksis for inntil få år siden.

Flere studier finner at pasientene er mindre tilfreds med informasjon (Fröjd, Swenne, Rubertson, Gunningsberg & Wadensten 2010; Caljouw et al., 2008; Leinonen et al., 2001). Caljouw et al. (2008) finner at informasjon og forholdet mellom pasient og personalet er de viktigste forutsetningene for god pasienttilfredshet.

I denne studien fikk faktor 1) informasjonsbehov lavest score av faktorene, og det er særlig behov å bedre informasjonen om prosedyrer som blir utført mens pasienten oppholder seg på postoperativ seksjon, preoperativ informasjon om seksjonen og informasjon til øyeblikkelig – hjelp pasientene.

Informasjon som en viktig sykepleiefunksjon beskrives både i Fagerströms kompetanseområder (Fagerström, 2011) som coaching og veiledning, og i Benners domener som den undervisende og veiledende funksjonen (Benner, 1995).

Faktor 2) smerteopplevelse inneholder spørsmål om pasienten hadde smerter når han / hun våknet etter operasjonen, om pasienten var smertefri ved overflytting til sengepost og om pasienten var kvalm under oppholdet på postoperativ seksjon. Kvalme er ofte forbundet med smerte, og de andre spørsmålene omhandler opplevelse av smerte ved et spesifikt øyeblikk, og faktoren fikk derfor betegnelsen smerteopplevelse.

Det er funnet mange studier som undersøker pasienttilfredshet med postoperativ smerteopplevelse og smertebehandling, og sammenlikner pasientens og sykepleiernes vurdering av pasientens smerter (Idvall, Hamrin, Sjöström & Unosson, 2011; Fredheim et al., 2011; Polomano, Dunwoody, Krenzischek & Rathmell, 2008; Dihle, Helseth, Kongsgaard, Paul & Miaskowski 2006; Gunningsberg & Idwall, 2007; Idwall, Berg, Unosson & Brudin, 2005). Med vekslende signifikans viser studiene at selv om pasientene rapporterer mye smerter er de likevel fornøyd med smertebehandlingen. En av grunnene kan være at pasientene forventer smerter etter en operasjon, og er tilfreds når de får behandling for smertene. Gunningsberg og Idvall (2007) finner derimot at pasienter med sterke smerter er mindre tilfreds med kvaliteten på pleien. Studiene viser også i varierende grad at pasienter og sykepleiere vurderer smertenivået forskjellig, sykepleierne mener pasienten har mindre smerter enn pasienten rapporterer. Både Gunningsberg og Idvall (2007) og Fredheim et al. (2011) etterlyser bedre dokumentasjon av graden av postoperativ smerte.

Smertebehandling er en viktig sykepleiefunksjon som beskrives i Fagerströms kompetanseområde direkte klinisk praksis og samarbeide (Fagerström, 2001) og i Benner's domene i rollen som hjelper og å utføre og overvåke terapeutiske forløp og planer (Benner, 1995). Smertebehandling er ofte noe sykepleieren utfører på delegert ansvar fra legen, og godt samarbeid med legen blir meget viktig for å kunne utføre god behandling og pleie.

Faktor 3) ivaretagelse inneholder spørsmål om pasienten fikk tilfredsstillende smertebehandling under oppholdet på postoperativ, om pasienten følte seg ivaretatt under oppholdet og om pasienten var trygg på personalets kompetanse. Spørsmålet om smertebehandling kan dreie seg om personalet ivaretar pasientens behov når han / hun sier ifra om smerter, og ikke om selve smerteopplevelsen som kommer frem i faktor 2. Faktoren fikk derfor betegnelsen ivaretagelse.

I denne studien fikk faktor 3) ivaretagelse høyest score av faktorene.

Ivaretagelse er et mangfoldig begrep, i denne studien viser det til ivaretagelse, trygghet og kompetanse. I andre studier kan det sammenliknes med faktorer eller items som dekker personrelaterte forhold som vennlighet, interesse for pasientens ve og vel, kommunikasjon.

Schoenfelder, Klewer og Kugler (2011) finner i sin studie at etter resultatet av behandlingen var den mest fremtredende markøren for total pasienttilfredshet sykepleiernes og legenes vennlighet, og at dette tydeliggjorde hvor viktig kommunikasjon mellom pasient og personal var.

Caljouw et al. (2008) viser til et tilsvarende funn, de konkluderer med at kvaliteten ikke bare er avhengig av god informasjon og kommunikasjon, men også av hvordan helsepersonellet handler eller oppfører seg overfor pasienten.

Ivaretagelse dekkes av flere av de kompetanseområder som Fagerstöm (2011) har definert. Direkte klinisk praksis er viktig, men de etiske beslutninger som tas i møte med den enkelte pasient er kanskje vel så viktig i denne sammenhengen.

Benners domener i rollen som hjelper og i den undervisende og veiledende funksjonen vil også være viktige aspekter i ivaretagelse av pasienten (Benner, 1995).

Nedenfor diskuteres andre studier opp mot funn i denne studien. De inneholder faktoranalyser som undersøker pasienttilfredshet for hele det perioperative forløpet som dekker pre- per- og postoperativt opphold (Caljouw et al., 2008; Auquier et al., 2005; Wui et al., 2011). Disse studiene undersøker pasienttilfredshet for et lengre forløp enn denne studien undersøker, men alle inneholder enkelte spørsmål om oppholdet på postoperativ seksjon, og en sammenlikning burde dermed være holdbar. Deretter presenteres en studie fra et akuttmottak i Sveits, også denne med et instrument hvor det er gjennomført faktoranalyse, og den diskuteres opp mot funn i denne studien. Deres funn vil også være aktuell i diskusjonen om øyeblikkelig – hjelp pasienter kontra elektive pasienter (Müller – Staub, Meer, Briner, Probst & Needham, 2008a). Caljouw et al. (2008) finner i sin studie av pasienttilfredshet for det perioperative forløpet 3 faktorer som de betegner ”informasjon”, ”frykt / bekymring” og ”forholdet mellom personalet og pasienten”. Ved å se på spørsmålene de bruker er det god sammenheng for faktoren ”informasjon” og faktor 1) informasjon i denne studien. Spørsmålene i faktor ”frykt / bekymring” inneholder blant annet spørsmål om pasienten var redd for å våkne under operasjon, noe denne studien ikke behandler siden den konsentrerer seg om oppholdet på postoperativ seksjon. Spørsmålene i faktor ”forholdet mellom personalet og pasienten” omhandler spørsmål om pasienten ble behandlet med respekt, forståelse for sin situasjon, om personalet hadde god kompetanse. Denne faktoren kan sies å ha likhetspunkter med faktor 3) ivaretagelse i denne studien. Det kan tyde på at denne studien finner viktige faktorer i pasienttilfredshet som også gjelder i postoperativ seksjon. I begge studier rapporterer pasientene stor grad av tilfredshet for alle faktorer. Caljouw et al. (2008) diskuterer også faren

for at pasientene ikke klarer å skille ut deres erfaringer fra den perioperative perioden fra erfaringer på sengeposten, noe denne studien også ser som en mulig bias. De finner også at pasienter som rapporterer at de er godt informert også rapporterer større grad av tilfredshet med forholdet mellom pasient og personal, og mener at de to faktorene informasjon og forholdt mellom pasient og personal kan være et hovedtema for pasienttilfredshet. Denne studien har ikke sett på denne sammenhengen.

Auquier et al. (2005) har også gjort en undersøkelse av pasienttilfredshet for det perioperative forløpet, og har i sin faktoranalyse funnet 6 faktorer som de benevner 1) oppmerksomhet, 2) informasjon, 3) privatliv, 4) smerte, 5) ubehag og 6) ventetid. Deres instrument består av 26 items, og det kan forklare hvorfor de har funnet flere faktorer enn det er funnet i denne studien, men de tre faktorene i denne studien kan gjenkjennes også i ovennevnte studie til Auquier et al. (2005).

Wui et al. (2011) har undersøkt pasienttilfredshet etter det perioperative forløpet hos pasienter på Taiwan. Deres instrument kalt PSPACq har 30 items og resulterte i 7 faktorer, som de benevner 1) behandler / pasient forhold, 2) informasjon, 3) anestesirelaterte sekveler, 4) frykt, 5) bekymring, 6) ubehag og behov, 7) ventetid. Den faktoren som benevnes frykt i studien til Wui et al. (2011) inneholder spørsmål om smerte. Dermed sammenfaller 3 av faktorene i studien til Wui et al. (2011) med de faktorene som ble funnet i denne studien. Det bør dog påpekes at undersøkelsen til Wui et al. (2011) er gjennomført i en kultur som er svært forskjellig fra vår kultur, og overføringsverdien kan være tvilsom.

Müller – Staub et al. (2008a) har gjennomført en pasienttilfredshetsundersøkelse i et akuttmottak i Sveits. Deres instrument er et validert spørreskjema med 36 items, og tidligere faktoranalyse har funnet 3 faktorer, 1) interaksjon, 2) inkludering og 3) pleiepersonalets kunnskap. I denne undersøkelsen var målet å oppnå 85 % av totalverdien for faktorene, men det ble ikke oppnådd i noen av faktorene. Faktorene har fått et noe annet innhold enn faktorene i denne studien, men er likevel interessant i diskusjon om hva som er vesentlig for å oppnå bedre pasienttilfredshet.

Mange studier har rapportert forholdet mellom personell og pasient som en egen kategori eller item, både i kvalitative og kvantitative studier (Gordon et al., 2010; Berg et al., 2012, Wui et al., 2011; Caljouw et al., 2008; Topacoglu et al., 2004). Dette kan se ut til å være en viktig faktor for pasienttilfredshet, i denne studien fikk spørsmålet om ivaretagelse nest høyeste score, og flertallet av kommentarene i det åpne spørsmålet fremhevet ”positive og hjelpsomme sykepleiere”.

Forskjeller i pasienttilfredshet mellom øyeblikkelig hjelp operasjoner kontra elektive operasjoner

Denne studien viser at pasienter som er operert for elektiv kirurgi er mer fornøyd med informasjon enn pasienter som er operert for øyeblikkelig – hjelp operasjoner. Det gjelder både informasjon om operasjonen og informasjon om postoperativ seksjon.

Grøndahl (2012) og Danielsen, Garratt, Bjertnæs og Pettersen (2007) finner i sine studier at pasienter som er lagt inn som øyeblikkelig – hjelp pasienter skårer lavere på pasienttilfredshet. Dette er ikke funnet i denne studien, her er det bare signifikante funn for lavere skår for informasjon til øyeblikkelig – hjelp pasienter. En forklaring kan være at pasientene føler seg godt ivaretatt i den akutte situasjonen, men savner eller oppfatter ikke informasjon i situasjonen.

Det er ikke funnet andre studier som beskriver pasienttilfredshet med det postoperative forløpet for øyeblikkelig – hjelp pasienter, men flere studier som undersøker pasienttilfredshet for pasienter i akuttmottak. Det kan være usikkert å sammenlikne disse populasjonene direkte, men visse likhetstrekk vil det kunne være, og det bør være en viss overføringsverdi fordi pasientgruppen er likeartet selv om avdelingene kan være forskjellig.

Müller – Staub, Meer, Briner, Probst & Needham (2008b) finner i sin studie fra et traumesenter i Sveits klar sammenheng mellom pasienttilfredshet og smerte og kvalme. Pasienter som rapporterer smerte og kvalme er mindre tilfreds enn pasienter uten disse symptomene. Dette er ikke undersøkt i denne studien. De har ikke funnet forskjeller i pasienttilfredshet mellom kvinner og menn. Informasjon og inkludering viste de beste resultatene i studien til Müller – Staub et al. (2008b).

Topacoglu et al. (2004) har undersøkt pasienttilfredshet i et akuttmottak i Tyrkia.

Overføringsverdien kan være usikker, både på grunn av kulturforskjeller og fordi sykepleierne er lite involvert i pleie og behandling i denne studien, men det er likevel sammenfallende svar med denne studien som kan vise viktige aspekter ved pasienttilfredshet. Topacoglu et al.

(2004) finner med signifikant sikkerhet at oppførselen til leger og sykepleiere var knyttet til total pasienttilfredshet. Informasjon under oppholdet korrelerte også med total pasienttilfredshet. De konkluderer blant annet med at det er kvalitet på pleie og den oppriktighet pasienten føler fra personalet som gir god pasienttilfredshet. I denne studien var spørsmål om pasienten følte seg ivaretatt det spørsmål som fikk høyest score, og kommentarene i det åpne spørsmålet til slutt støtter også at oppførselen og interessen for pasienten er en svært viktig del for å oppnå høy pasienttilfredshet.

Forskjeller i pasienttilfredshet mellom kvinner og menn

I denne studien er det funnet signifikante forskjeller i pasienttilfredshet i faktor 2) smerteopplevelse, menn er mer fornøyd med smerteopplevelsen enn kvinner. Menn oppgir mer smerter enn kvinner når de våkner etter operasjonen, og kvinner oppgir mer kvalme mens de er på oppvåkningen. Det kan synes motsigende, at menn er mer fornøyd med smerteopplevelsen, men samtidig oppgir mer smerte når de våkner fra operasjonen. Er menn raskere til å si ifra at de har smerter, slik at de fortere får behandling for smerter, og derved føler seg godt ivaretatt?

Caljouw et al. (2008) finner at menn rapporterer større grad av tilfredshet enn kvinner. Müller – Staub et al. (2008b) finner derimot ingen kjønnsforskjeller i sin studie i et sveitsisk traumesenter. Wilde Larsson et al. (1999) finner heller ingen forskjell i pasienttilfredshet hos kvinner og menn. De finner derimot at det er forskjeller i hvor viktig kvinner og menn finner de forskjellige tema, kvinner rangerer de fleste spørsmål høyere enn menn. Det er ikke konkretisert hvilke spørsmål kvinner gir høyere verdi enn menn i artikkelen deres, bare at det forekom på 3 av 4 dimensjoner og i 13 av 17 faktorer. Dette er ikke undersøkt i denne studien. Det er funnet noen studier som undersøker forskjeller i smertebehandling mellom kvinner og menn.

Weisse, Sorum og Dominguez (2003) henviser i sin studie til flere studier som viser at kvinner får mindre aggressiv smertebehandling. Når de korrigerer for vekt og alder i sin studie finner de ingen forskjell i sin spørreundersøkelse til 820 leger i USA. Når de derimot ser på ordinerende leges kjønn er det signifikante forskjeller, kvinnelige leger gir større doser til kvinnelige pasienter, og mannlige leger gir større doser til mannlige pasienter. Det er neppe noen god forklaring på resultatene i denne studien, sykepleierne har ordinasjon for hvor mye de kan gi den enkelte pasient og de fleste sykepleierne på postoperativ seksjon er kvinnelige sykepleiere. Dermed skulle menn være mindre fornøyd med smerteopplevelsen, men det er de ikke.

Safdar, Heins, Homel, Miner, Neighbor, DeSandre og Todd (2009) har gjennomført en tilsvarende studie i 19 akuttmottak i USA og Canada. De fant at det generelt ikke var noen forskjell i administrering av analgetica til menn eller kvinner, men kvinner som rapporterte sterke smerter fikk mer smertebehandling. Kvinnelige leger ga mer smertebehandling generelt, og mer til kvinnelige pasienter, men det siste funnet var ikke signifikant sikkert. Når det gjaldt opioider fant Safdar et al. (2009) samme tendens som Weisse et al. (2003), kvinnelige leger ga større doser til kvinnelige pasienter enn mannlige leger og motsatt for mannlige leger og mannlige pasienter. Den smertebehandling sykepleierne i denne studien

administrerer er stort sett opioider, og funnene til Safdar et al. (2009) kan heller ikke forklare funnene i denne studien.

Svar på åpne spørsmål

Nesten halvparten av pasientene svarte på det åpne spørsmålet til slutt i spørreskjemaet. De fleste pasientene ga likevel bare positive kommentarer. Noen av pasientene hadde mer kritiske tilleggskommentarer angående ventetid, informasjon, personvern, smerter og støy. Det kan derfor ikke sies at svar på åpne spørsmål ga mye ny informasjon, de få kommentarene som uttrykte noe annet enn positive tilbakemeldinger er så få at det er umulig å si noe sikkert om dette gjelder alle pasienter.

Müller – Staub et al. (2008b) presenterer en oversikt over svar på 2 åpne spørsmål, og rapporterer at også i deres studie var de fleste kommentarene positive. Ca. 70 % av pasientene i studien til Müller – Staub et al. (2008b) benektet at de manglet noe under oppholdet, eller at de opplevde noe som forstyrret dem under oppholdet.

Det kanskje mest interessante med disse svarene f. eks. ”Ble møtt med respekt, følte meg verdig som person” er at de bekrefter det som flere studier påpeker, at et viktig tema innen pasienttilfredshet er hvordan pasienten blir møtt og føler respekt.

6.3 Er det variasjoner mellom resultatene fra 2010 til 2012?

Hovedtendensen som viser at pasientene skårer høyt når de vurderer sin tilfredshet med oppholdet på postoperativ seksjon sammenfaller med funnene fra 2010 (Valen, 2012).

I Valens studie er det ikke gjort en faktoranalyse, sammenlikningen er derfor gjort på item.

Det er sammenfallende funn som viser at pasientene skårer mindre bra på spørsmål om informasjon om postoperativ seksjon før operasjon, informasjon om prosedyrer mens de lå på postoperativ seksjon og smerter når de våknet etter operasjonen.

Valen (2012) fant signifikante forskjeller der kvinner var mer fornøyd med informasjon enn menn, det er ikke kommet frem i denne studien. Derimot er det sammenfallende funn hvor kvinner oppga mer kvalme enn menn i begge studier.

For øyeblikkelig – hjelp kontra elektive operasjoner er det ikke sammenfallende funn, Valen (2012) fant at øyeblikkelig – hjelp pasienter opplevde mer smerte og kvalme enn elektive pasienter, og pårørende til øyeblikkelig – hjelp pasienter hadde mer kontakt med personalet på postoperativ seksjon, dette er ikke kommet frem i denne studien.

6.4 Studiens betydning for klinisk praksis.

Studien vil ha stor betydning for praksis siden det ikke er funnet tilsvarende studier tross grundige søk i forskningslitteraturen.

Resultatene vil bli benyttet til forbedringstiltak i den postoperative seksjonen hvor studien er gjennomført, og resultatene vil bli forsøkt publisert.

6.5 Instrumentets validitet og reliabilitet

6.5.1 Instrumentets validitet

Intern validitet

Utvalget i studien var voksne pasienter med samtykkekompetanse, valgt ut i samsvar med inklusjonskriteriene over en viss periode, og kandidaten var ikke delaktig i utvelgingen av respondentene.

Det er vanskelig å vurdere om pasientene oppgir feil svar, men likhet og lav SD i svarene tyder på at mange pasienter gir samme svar og styrker tanken om at pasientene har svart ærlig.

I valg av statistiske tester er det tatt hensyn til at svarene ikke er normalfordelt, og aktuelle variabler er invertert for å gi samme retning så aktuelle tester kan brukes.

Ekstern validitet

Utvalgsstørrelsen ble basert på styrkemåling foretatt til undersøkelsen i 2010 og krav om antall respondenter for å kunne gjøre en faktoranalyse. Det har ikke vært mulig å gjennomføre en frafallstest.

Konsensusvaliditet

Spørreskjema er utviklet i samarbeid mellom prosjektgruppen, spesialsykepleiere i seksjonen, ressurspersoner innen sykepleieforskning og statistikk og pasienter. Det kan tyde på god konsensusvaliditet.

6.5.2 Instrumentets reliabilitet

Faktoranalysen resulterte i 3 faktorer som forklarer sannsynlige og forskningsmessig kjente områder av pasienttilfredshet i postoperativ seksjon. Det tyder på at instrumentet måler det som det er ment å måle.

Cronbach – α for alle items som ble anvendt i faktoranalysen var 0,74, og for de enkelte faktorer 0,69 – 0,57 – 0,61. Ifølge Eikemo og Clausen (2012) er 0,7 en nedre grense for å si at instrumentet har en tilfredsstillende intern konsistens, men grenseverdiene er glidende. De enkelte faktorene har en lavere verdi, og bør forbedres. Totalt har instrumentet en akseptabel intern konsistens.

I diskusjonen (kapittel 6.3) påvises stort samsvar mellom undersøkelsene i 2010 og 2012, dette tyder på god reliabilitet og reproduserbarhet selv om målingene er utført på forskjellige tidspunkt, men dog på samme pasientgrupper.

Det styrker også studiens reliabilitet / nøyaktighet at dataoverføringen fra spørreskjema til SPSS er kontrollert av to personer.

En helhetlig vurdering av instrumentets validitet og reliabilitet tyder på at instrumentet har en akseptabel verdi med forbedringspotensiale.

6.5 Styrker og svakheter.

Tross grundige litteratursøk ble det ikke funnet tilsvarende undersøkelser, og spørreskjema ble derfor utformet lokalt, med god hjelp av ressurspersoner innen fagfeltet og forskning. Det er likevel vanskelig å lage gode spørreskjema, og denne studien viser at det er forbedringspotensiale i spørreskjemaet.

Det styrker studien at spørreskjema er brukt i 2 studier til nå, med sammenfallende resultater. Spørreskjema ble delt ut mens pasientene oppholdt seg på postoperativ seksjon, men pasientene ble bedt om å besvare spørreskjemaet når de kom på sengeposten. Det er ukjent om pasientene besvarte spørsmålet med en gang eller senere i forløpet, og dermed risiko for at de ikke husket alt som hadde skjedd på postoperativ seksjon, eller blandet hendelsene med episoder på sengeposten.

Spørreskjema var anonymisert, og det var derfor ikke mulig å gjennomføre en test – retest undersøkelse for å sjekke om svarene ble sammenfallende. Sammenfallende svar med studien i 2010 og andre undersøkelser kan tyde på at svarene er til å stole på.

Utvalgets størrelse er stort nok til at den kunne gjennomføres en faktoranalyse (Johannessen, 2007), dette styrker studien.

Kandidaten var ikke med på å velge ut pasientene, det ble gjennomført av sykepleiere i postoperativ seksjon. I denne perioden ble det operert mange flere pasienter enn de som fikk spørreskjema utdelt, og det er uvisst hvorfor sykepleierne valgte ut akkurat disse pasientene.

Det var en svært liten del av utenlandske pasienter med i studien, det kan tyde på at sykepleierne har vært for strenge med tanke på språkforståelse, og dette kan være en svakhet ved studien.

Det styrker resultatene at det ble gjennomført en faktoranalyse. Når score på items regnes sammen basert på faktorene reduseres feilmarginer i resultatene med tanke på mangelfulle og feil svar fra pasientene når flere items vurderes under ett.

Faktoranalysen ble kjørt med Oblimin og Varimax rotasjon for å se om resultatene ble tydeligere. Det ble også forsøkt å erstatte missing verdier med mean uten at dette ga forskjellige resultater. Spørsmål 14, 17 og 22 ble kjørt med og uten inverterte verdier, dette ga heller ikke vesentlig forskjellige resultater, og dette styrker resultatene.

7.0 KONKLUSJON

7.1 Konklusjon

Studien viser at pasientene rapporterer stor grad av tilfredshet etter oppholdet på postoperativ seksjon. Det er funnet forbedringsområder innen informasjon, kvalme for kvinner og smerteopplevelse når de våkner etter operasjonen, spesielt for menn.

Instrumentet som er utviklet har forbedringspotensial.

Studien bekrefter også egen erfaring og funn fra tidligere forskning, ett av de viktigste områdene for at pasienten skal kjenne stor grad av tilfredshet er personalets respekt og omsorg for pasienten. Mange studier poengterer at når pasienten rapporterer stor grad av respekt og omsorg vil pasienten også rapportere stor grad av tilfredshet.

7.2 Videre studier

Instrumentet som er utviklet kan forbedres.

Det er ikke undersøkt hvilke forventninger pasienten har til oppholdet på postoperativ seksjon, hva som er viktig for pasienten. Det bør vurderes om det skal legges til spørsmål om hvor viktig pasienten finner de enkelte tema. Dermed vil det også være enklere å prioritere forbedringstiltak.

Det bør også vurderes om instrumentet bør ha et overordnet spørsmål om pasienttilfredshet for hele oppholdet på postoperativ seksjon, for å kunne teste korrelasjonen for de enkelte items og faktorer for total pasienttilfredshet.

REFERANSELISTE

Auquier, P., Pernoud, N., Bruder, N., Someoni, M. – C., Auffray, J. – P., Colavolpe, C., François, G., François, G., Manelli, J. – C., Martin, C., Sapin, C. & Blache, J. – L. (2005). Development and validation of a perioperative satisfaction questionnaire. *Anesthesiology*, vol. 102, no. 6, p. 1116 – 1123.

Benner, P. (1995). *Fra novise til ekspert* (G. Have, overs.). København: TANO / Munksgaard. (Opprinnelig publisert 1984.)

Berg, G. M., Spaeth, D., Sook, C., Bursdal, C. & Lippoldt, D. (2012). Trauma patient perceptions of nursing care. *Journal of trauma nursing*, vol. 19, no. 2, p. 104 – 110.

Bjørndal, A. & Hofoss, D. (2010) 2. utgave. *Statstikk for helse- og sosialfagene*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

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*. vol. 100, no. 5, p. 637 – 644.

Cheung, C. S. K., Bower, W. F. & van Hasselt, C. A. (2009) Contributors to surgical in – patient satisfaction – development and reliability of a targeted instrument. *Asian Journal of Surgery*, vol. 32, no. 3, p. 143 – 150.

Chung, J., W., Y., & Lui, J., C., Z., (2003). Postoperative pain management: Study of patients' level of pain and satisfaction with health care providers' responsiveness to their reports of pain. *Nursing and Health Sciences*, vol. 5, p. 13 – 21.

Danielsen, K., Garratt, A. M., Bjertnæs, Ø. A. & 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*, no. 35, p. 70 – 77. DOI: 10.1080/14034940600858615

Dihle, A., Helseth, S., Kongsgaard, U., Paul, S. & Miaskowski, C. (2006). Using the American Pain Society's outcome questionnaire to evaluate the quality of postoperative pain management in a sample of Norwegian patients. *The Journal of Pain*, vol. 4, April, p. 272 – 280. DOI: 10.1016/j.pain.2005.11.005

Dihle, A., Helseth, S., Kongsgård, U., Paul, S., & Miaskowski, C. (2010). Using the American pain society's patient outcome questionnaire to evaluate the quality of postoperative pain management in sample of Norwegian patients. *Health Affairs, November*, 2061 – 2067.

Donabedian, A. (1980). *The definition of quality and approaches to its assessment*. Michigan: Ann Arbor: Health Administration Press.

Donabedian, A. 2003. *An introduction to quality assurance in health care*. New York: Oxford University Press.

Drageset, S. & Ellingsen, S. (2009). Forståelse av kvantitativ helseforskning – en introduksjon og oversikt. *Norsk tidsskrift for Helseforskning*, 2, p. 100 – 113.

Fröjd, C., Swenne, C. L., Rubertson, C., Gunningsberg, L. & Wadensten, B. (2011). Patient information and participation still in need of improvement: evaluation of patients' perception of quality of care. *Journal of Nursing Management*, no. 19, p. 226 – 236.

Eikemo, T. A. & Clausen, T. H. (2012) 2. utgave. *Kvantitativ analyse med SPSS*. Trondheim: Tapir Akademisk Forlag.

Fagerström, L. (2011). *Avancerad klinisk sjuksköterska*. Lund: Studentlitteratur AB.

Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS*. London: Sage Publications.

Fredheim, O. M., Kvarstein, G., Undall, E., Stubhaug, A., Rustøen, T., & Borchgrevink, P. (2011). Postoperativ smerte hos pasienter innlagt i norske sykehus. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, nr. 18, vol. 131, s. 1763 – 1767.

Fröjd, C., Swenne, C. L., Rubertsson, C., Gunningsberg, L. & Wadensten, B. (2011). Patient information and participation still in need of improvement: evaluation of patients' perception of quality of care. *Journal of Nursing Management*, no. 19, p. 226 – 236. DOI: 10.1111/j.1365-2834.2010.01197.x

Gordon, J., Sheppard, L. A., Anaf, S. (2010). The patient experience in the emergency department: A systematic synthesis of qualitative research. *International Emergency Nursing*, no. 18, p. 80 – 88. DOI: 10.1016/j.enj.2009.05.004

Grol, R. & Grimshaw, J. (2003). From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients care. *The Lancet*, vol. 362, p. 1225 – 1230.

Grøndahl, V. A. (2012). *Patients' perception of actual care conditions and patient satisfaction with care quality in hospital* (doktoravhandling). Karlstad, Karlstad Universitet.

Nygaard, A. M. & Gulbrandsen, T. (2010). Den postoperative pasienten. I T. Gulbrandsen & D. Stubberud (red.), *Intensivsykepleie* (s. 621 – 665) (2. utg.), Oslo: Akribe AS.

Gunningsberg, L., & Idvall, E. (2007). The quality of postoperative pain management from the perspective of patients, nurses and patient record. *Journal of Nursing Management*, 15 (7), p. 765 – 766. DOI: 10.1111/j.1365-2934.00753.x

HiG (2011, 5. april) Forskningsområde klinisk sykepleie. Nedlastet 9. oktober 2011, <http://www.hig.no/helse/sykepleie/forskning>

HOD (Helse- og omsorgsdepartementet) (2012). Stortingsmelding nr. 10: God kvalitet – trygge tjenester. Nedlastet 15. januar 2013, <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2012-2013/meld-st-10-20122013.html?id=709025>

HOD (Helse- og omsorgsdepartementet) (2011) Stortingsmelding nr 16: Nasjonal helse- og omsorgsplan. Nedlastet 24. februar 2012, <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2010-2011/meld-st-16-20102011.html?id=639794>

HOD (Helse- og omsorgsdepartementet) (1999). Lov 1997-07-02 nr. 63: Lov om pasient- og brukerrettigheter. Nedlastet 20. februar 2012, <http://www.lovdatab.no/all/nl-19990702-063.html>

Hüppe, M., Beckhoff, M., Klotz, K. – F., Heinzinger, M., Prüßmann, M., Gerlach, K., Ocker, H. & Schmucker, P. (2003). Reliabilität und Validität des Anästhesiologischen Nachbefragungsbogens bei elektiv operierten Patienten. *Der Anaesthetist*, Nr. 4, S. 311 – 320.

Idvall, E., Hamrin, E., Sjöström, B. & Unosson, M. (2011). Patient and nurse assessment of quality of care in postoperative pain management. *Quality and Safety in Health Care*, no. 11, p. 327 – 334. DOI: 10.1136/qhc.11.4.327

Idvall, E., Berg, K., Unosson, M. & Brudin, L. (2005). Differences between nurse and patient assessments on postoperative pain management in two hospitals. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, vol. 11, no. 4, p. 444 – 451.
DOI: 10.1111/j.1365-2753.2005.00555.x

Johannessen, A. (2007). *Introduksjon til SPSS*. (3. utg.) Oslo: Abstrakt Forlag.

Laake, P., Olsen, B. R. & Benestad, H. B., (2008). *Forskning i medisin og biofag*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Leinonen, T., Leino – Kilpi, H., Ståhlberg, M. – R. & Lertola, K. (2001). The quality of perioperative care: development of a tool for the perceptions of patients. *Journal of Advanced Nursing*, vol. 35, no. 2, p. 294 – 306.

Maurice – Szamburski, A., Bruder, N., Loundou, A., Capdevila, X & Auquier, P. (2013). Development and validation of a perioperative satisfaction questionnaire in regional anesthesia. *Anesthesiology*, vol. 118, p. 78 – 87.

Moesmand, A. & Kjøllesdal, A. (2004). *Å være akutt kritisk syk* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Mui, W.-C., Chang, C.-M., Cheng, K.-F., Lee, T.-Y., Ng, K.-O., Tsao, K.-R. & Hwang, F.-M. (2011). Development and validation of the questionnaire of satisfaction with perioperative anesthetic care for general and regional anesthesia in Taiwanese Patients. *Anesthesiology*, vol. 4, no. 5, p. 1064 – 1075.

Müller – Staub, M., Meer, R., Briner, G., Probst, M. – T. & Needham, I. (2008a). Erhebung der Patientenzufriedenheit im Notfallzentrum eines Schweizer Universitätsspitals: Konzept und Ergebnisse (Teil 1). *Pflege*, Nr. 21, S. 172 – 179. DOI 10. 1024/1012-5302.21.3.172

Müller – Staub, M., Meer, R., Briner, G., Probst, M. – T. & Needham, I. (2008b). Erhebung der Patientenzufriedenheit im Notfallzentrum eines Schweizer Universitätsspitals: Vorkommen von Angst, Unsicherheit, Belastung, Schmerz, Atemnot, Übelkeit, Durst und Hunger sowie Zusammenhänge zur Patientenzufriedenheit (Teil 2). *Pflege*, Nr. 21, S. 180 – 188.

DOI 10. 1024/1012-5302.21.3.180

Naathorst – Böös, J., Munck, I. M. E., Eckerlund, I. & Ekfeldt – Sandberg, C. (2001). An evaluation of the QSP and the QPP: two methods for measuring patient satisfaction. *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 13, no. 3, p. 257 – 264.

Nortvedt, M., Jamtvedt, G., Graverholt, B., & Reinar, L. (2007). *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert*. Oslo: NSF.

NSFLIS (2006): Definisjoner. Nedlastet 7. januar 2013,
<https://www.sykepleierforbundet.no/vis-artikkel/125357/Definisjoner>

Olsson, H. & Sörensen, S. (2003). *Forskningsprosessen – kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Polit, D. F., & Beck, C. T., (2008). *Nursing research. Generating and assessing evidence for nursing practice* (8. ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer / Lippincott Williams & Wilkins.

Polomano, R. C., Dunwoody, C. J., Krenzischek, D. A. & Rathmell, J. P. (2008). Perspective on pain management in the 21st century. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, vol. 23, no. 1A, p. S4 – S14. DOI: 10.1016/j.jopan.2007.11.004

Rahmqvist, M. & Bara, A-C (2010). Patient characteristics and quality dimensions related to patient satisfaction. *International Journal for Quality in Health*, vol. 22, no. 2, p. 85 – 92.

Riiskjær, E., Ammentorp, A. & Kofoed, P – E. (2011). Er otte ud af ti patienter tilfredse? *Nordisk Sygeplejeforskning*, Nr. 2, vol. 1, s. 93 – 110.

Rogers, F. B., Krasne, M., Bradburn, E., Rogers, A., Lee, J., Wu, D., Evans, T., Edavettal, M., Horst, M. A. & Osler, T. (2012). Acute care and trauma surgeons: We can't get no satisfaction – what do satisfaction surveys measure? *The American Surgeon*, July, vol. 78, p. 731 – 734.

Ruyter, K. W., Førde, R. & Solbakk, J. H. (2007). *Medisinsk og helsefaglig etikk* (2. utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk.

Safdar, B., Heins, A., Homel, P., Miner, J., Neighbor, M., DeSandre, P. & Todd, K. H. (2009). Impact of physician and patient gender on pain management in the emergency department – a multicenter study. *American Academy of Pain Medicine*, vol. 10, no. 2, p. 364 – 372.

Sitzia, J & Wood, N. (1997). Patient satisfaction: A review of issues and concepts. *Soc. Sci. Med.*, vol. 35, no. 12, p. 1829 – 1843.

Schoenfelder, T., Klewer, J. & Kugler, J. (2011). Determinants of patient satisfaction: a study among 39 hospitals in an in – patient setting in Germany. *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 23, No. 5, p. 503 – 509. DOI: 10.1093/intqhc/mzr038

Sosial- og helsedirektoratet (2005). *Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten – Og bedre skal det bli*. Oslo, Sosial- og helsedirektoratet.

Staniszewska, S. & Ahmed, L. (1999). The concepts of expectation and satisfaction: do they capture the way patients evaluate their care? *Journal of Advanced Nursing*, vol. 29, no. 2, p. 364 – 372.

Sørli, T., Busund, R., Sexton, H. C. & Sørli, D. (2005). Pasienttilfredshet etter opphold i kirurgisk avdeling. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, no. 125, s. 756 – 759.

Topacoglu, H., Karcioglu, O., Ozicelik, N., Ozsarac, M., Degerli, V., Sarikaya, S., Cimrin, A. H. & Soysal, S. (2004). Analysis of factors affecting satisfaction in the emergency departments: A survey of 1019 patients. *Advances in therapy*, vol, 21, no. 6, p. 380 – 388.

Ulleberg, P. & Nordvik, H. (2001). *Faktoranalyse*. Trondheim: Tapir Akademisk Forlag.

Valen, K. (2012). Postoperativ sykepleie fra pasientperspektiv – en kvalitetsundersøkelse. *Upublisert masteroppgave fra Høgskolen i Gjøvik*.

Weisse, C. S., Sorum, P. C. & Dominquez, R. E. (2003). The influence of gender and race on physicians pain management decisions. *The Journal of Pain*, vol. 4, no. 9, p. 505 – 510.

Wilde Larsson, B., Larsson, G & Starrin, B. (1999) Patients' views on quality of care: a comparison of men and women. *Journal of Nursing Management*, no. 7, p. 133 – 139.

Wilde Larsson, B & Larsson, G. (2002). Development of a short form of the Quality from the patients' perspective (QPP) questionnaire. *Journal of Clinical Nursing*. no. 11, p. 681 – 687.

VEDLEGG 1

Informasjon om brukerundersøkelse vedrørende dine erfaringer på postoperativ seksjon ved anestesivdelingen ved NN 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.

Vi ber deg derfor om å 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. 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. 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. Resultatene vil bli presentert for avdelingen, og bli brukt i en Masteroppgave. Undersøkelsen er godkjent av Personvernombudet ved sykehuset.

Har du spørsmål ang. spørreskjemaet kan du kontakte kvalitetsrådgiver NN på telefon XXXX eller intensivsykepleier NN på telefon XXXX.

Skjemaet legges i vedlagte svarkonvolutt og leveres til personalet på avdelingen der du ligger.

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.

Vaktkode: Dag. Aften Natt Overligger. Rom plassering. _____

Hverdag. Helg.

Planlagt. Øyeblikkelig hjelp

Operasjonstype:	Gastrokirurgi	<input type="checkbox"/>	Kar / thorax	<input type="checkbox"/>
	Urologi	<input type="checkbox"/>	Ortopedi	<input type="checkbox"/>
	ØNH	<input type="checkbox"/>	Gynekologi	<input type="checkbox"/>

Skjemautfyllingen

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

2) **Etnisk bakgrunn:** _____

3) **Alder:** 18-39 år 40-59 år 60-79 år over 80 år

Informasjon før operasjon

4) 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"/>

5) Fikk du snakket med anestesi /narkosepersonalet før operasjonen?

Ja Nei

6) Ønsket du en annen type bedøvelse enn den anestesi /narkoselegen anbefalte?

Ja Nei

7) Hvis ja, fikk du ønsket oppfylt?

Ja Nei

8) Fikk du tilfredsstillende informasjon om operasjonen/prosedyren som skulle gjennomføres?

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"/>

9) Visste du at du skulle våkne opp i en annen avdeling enn der du lå før operasjonen?

Ja Nei

10) 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"/>

11) Tok du smertestillende regelmessig hjemme før operasjonen?

Ja Nei

Hvis nei, gå videre til spørsmål 14.

12) Hvis ja, har du tatt disse i mer enn 2 uker?

Ja Nei

Hvis nei, gå videre til spørsmål 14.

13) Hvis ja på spørsmål 12, var du godt smertelindret 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"/>

De neste spørsmålene omhandler tiden på oppvåkningen

14) 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"/>

15) 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"/>

16) 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"/>

17) 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"/>

18) Fikk du noe hjelp med tørsten 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"/>

19) 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"/>

20) 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"/>

21) 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"/>

22) 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"/>

23) Hva slags støy opplevde du?

Fra andre pasienter
Fra personalet Annet
Ikke aktuelt Spesifiser _____

24) Opplevde du at personvernet ble ivaretatt mens du var på oppvåkningen?

F.eks. ang. taushetsplikt og skjerming fra andre pasienter og pårørende

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"/>

25) Har dine pårørende vært i kontakt med personale på oppvåkningen?

Ja Nei Vet ikke

26) 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 fra oppvåkningsavdelingen som du ønsker å dele med oss. Kom gjerne med både positive og negative kommentarer.

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