



NTNU

Kunnskap for en bedre verden

Bacheloroppgave

SY301813 Sykepleie VI - Del 2

Protese pasienters erfaringer med preoperativ informasjon - en systematisk litteraturstudie

Kandidatnumre: 10007 og 10018

Hovedveileder: Rigmor Hammer

Totalt antall sider inkludert forsiden: 53

Totalt antall ord i besvarelsen: 7851

Innlevert Ålesund, 16.05.17

Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. **Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.**

<i>Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:</i>		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høyskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter NTNUs studieforskrift.	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Rigmor Hammer og Gunn J. Bringsli

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten ([Åndsverkloven §2](#)).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage med forfatter(ne)s godkjennelse.

Opgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved NTNU i Ålesund en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. [Jfr. Offl. §13/Evl. §13](#))

Dato: 10.05.17

Informer meg, og jeg glemmer
Vis meg, og jeg husker
Involver meg, og jeg skjønner

(Kinesisk ordtak)

Sammendrag

Hensikt: Hensikten med denne litteraturstudien er å belyse hofte- og kneprotesepasienters erfaring med preoperativ informasjon.

Metode: Oppgaven er en systematisk litteraturstudie. Databasene Cinahl Complete og Medline ble brukt til litteratursøk. 8 kvalitative forskningsartikler er inkludert. Evans' innholdsanalyse, ble brukt for å analysere innholdet i artiklene. Funn ble sortert inn i 2 kategorier.

Resultat: Pasientene ønsket seg detaljert informasjon angående hele forløpet. Muntlig informasjon kunne bli opplevd som overveldende, supplerende skriftlig informasjon ble derfor satt pris på. Mangelfull informasjon førte til engstelse for pasientene grunnet manglende innsikt. Informasjon tilpasset pasientenes behov og tilgjengelig helsepersonell ble satt pris på. God informasjon gjorde at pasientene kunne forberede seg mentalt til operasjonen og det gav dem trygghet. Ærlig og direkte informasjon gjorde det lettere å forberede seg til mulige postoperative utfordringer. Pasientene ønsket å dele erfaringer med andre som skulle eller hadde gjennomgått samme operasjon. Det var viktig for pasientene i den preoperative fasen å bli kjent med helsepersonellet. Pasientene opplevde en trygghet i helsepersonellet når de fremstod som forståelsesfulle og proffe. Dersom helsepersonell ikke var tilgjengelige for spørsmål fra pasientene grunnet tidsmangel kunne dette føre til at pasientene ble urolige, og derfor ikke våget å spørre om ting de lurte på.

Konklusjon: Pasientene ønsket seg tilpasset informasjon slik at de kunne medvirke i forløpet. Dersom de ikke fikk tilpasset informasjon kunne dette føre til utrygghet og mistillit til helsevesenet. Sykepleier må danne relasjon med pasientene for å kunne finne ut av hvilken informasjon de trenger og hvilken informasjon de ønsker. En god relasjon har betydning for oppfattelsen av informasjon som ble formidlet av sykepleier. Når det ikke var rom for å kunne stille spørsmål fordi sykepleier hadde dårlig tid, oppsto det ikke en god relasjon.

Abstract

Aim: The aim of this literature review is to shed light on the hip and knee replacement patients' experiences with preoperative information.

Methods: This is a systematic literature review. The databases Cinahl Complete and Medline were used in the search for literature. 8 qualitative articles were included. Evans' content analysis was conducted to analyse the articles. The findings were sorted into two categories.

Results: The patients wanted detailed information about the entirety of the operation. Verbal information could be considered overwhelming and supplementing written information was appreciated. Lacking information led to anxiety for the patients because it led to a feeling of lacking insight. Personalized information and accessible staff were appreciated. Good information made the patients able to prepare mentally for the operation and it gave them a sense of safety. Honest and direct information made it easier to prepare for possible postoperative complications of challenges. Some of the patients wanted to share thoughts and experiences with other people going through the same operation.

Conclusion: The patients wanted personalized information to be able to participate in the situation. When they do not get that, it could lead to a feeling of lacking safety and mistrust in the health care system. The nurse must form a relation with the patient to find out what information they need and what information they want. The patients experiences that a good relation with the nurse influences the perception of the information that is given. The patients felt that they the relation was bad, when they felt the nurse was unavailable for questions from them.

Innhold

1 Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Aktuell problemstilling	1
1.3 Avgrensing og fokus av oppgaven	1
1.4 Definisjon av begreper	2
1.5 Oppgavens oppbygging	2
2 Teoribakgrunn	3
2.1 Informasjon	3
2.2 Den didaktiske relasjonsmodellen	4
2.2.1 Mål	4
2.2.2 Innhold	5
2.2.3 Vurdering	5
2.2.4 Pasienten og pårørende sine forutsetninger	5
2.2.5 Rammer	6
2.2.6 Læringsmåter	6
3 Metodebeskrivelse	7
3.1 Datainnsamling	7
3.1.1 Søkestrategi	7
3.1.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	8
3.1.3 Søkehistorie	8
3.1.4 Kvalitetsvurdering	11
3.1.5 Etske vurderinger	11
3.2 Analyse	11
4 Resultat	12
4.1 Informasjon	12
4.2 Relasjon.....	13
5 Diskusjon	15
5.1 Metodediskusjon.....	15
5.2 Resultatdiskusjon.....	16
5.2.1 Informasjon	16
5.2.2 Relasjon.....	21
6 Konklusjon	25
Litteraturliste	26

Figurliste

Figur 1 – Den didaktiske relasjonsmodell tilpasset til helsearbeid.....	4
---	---

Tabelliste

Tabell 1 – PICO-skjema.....	7
Tabell 2 – Inklusjons- og eksklusjonskriterier	8
Tabell 3 – Inkluderte artikler.....	10

Vedleggsliste

Vedlegg 1 – Søketablell	
Vedlegg 2 – Litteraturmatrise 1	
Vedlegg 3 – Litteraturmatrise 2	
Vedlegg 4 – Litteraturmatrise 3	
Vedlegg 5 – Litteraturmatrise 4	
Vedlegg 6 – Litteraturmatrise 5	
Vedlegg 7 – Litteraturmatrise 6	
Vedlegg 8 – Litteraturmatrise 7	
Vedlegg 9 – Litteraturmatrise 8	

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Alle pasienter som skal til operasjon trenger informasjon, enten operasjonen er planlagt eller akutt. Enkelte tilpasser seg situasjonen lett, mens andre opplever den som en stor belastning (Berntzen mfl., 2010). Ifølge pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 3-2) skal pasienten få den informasjonen som er nødvendig for å oppnå innsikt i sin egen helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. I tillegg er helsepersonell lovpålagt å gi informasjon til den som har krav på det ifølge helsepersonelloven (1999, § 10). Ifølge spesialisthelsetjenesteloven (1999, § 3-8) er opplæring av pasienter og pårørende er en av spesialisthelsetjenestens fire viktige hovedoppgaver. Alle sykepleiere som møter pasienter i løpet av det perioperative forløpet har ansvar for å informere, forberede og støtte pasienten i det vedkommende skal igjennom.

Vi har valgt å skrive vår bacheloroppgave om protesepasienters erfaringer med preoperativ informasjon fordi vi jobber på en ortopedisk avdeling, og vi skal fortsette med dette når vi er ferdig utdannet. Hofte- og kneproteseoperasjoner utføres mange ganger i uken på mange ortopediske avdelinger rundt om i landet, og vi tror at når operasjonene foregår så hyppig kan det skje at pasientene opplever å ikke få individuell omsorg. Ved å skrive oppgaven med pasientperspektiv ønsker vi å fokusere på pasientenes erfaring med den preoperative informasjonen de får, og hva de egentlig ønsker å vite. Vi ønsker med denne oppgaven å avdekke kunnskap som kan være nyttig både for sykepleiere med mange års erfaring og for sykepleiere som kommer rett fra skolebenken.

1.2 Aktuell problemstilling

Hvilke erfaringer har hofte- og kneprotesepasienter med preoperativ informasjon?

1.3 Avgrensning og fokus av oppgaven

Oppgaven omhandler elektive pasienter som venter på operasjon eller som nylig har gjennomgått protesekirurgi. Ved elektive operasjoner får pasientene planlagt undervisning. Vi velger å ikke inkludere pasienter som har gjennomgått et traume fordi disse pasientene er øyeblikkelig-hjelp-pasienter. De får dermed ikke den planlagte informasjonen slik elektive pasienter får.

1.4 Definisjon av begreper

Hofte- og kneprotesepasienter: Pasienter som setter inn hofteprotese eller kneprotese ved elektiv kirurgi (Grønsløth mfl., 2010).

Preoperativ informasjon: Informasjon som gis til pasienten før operasjonen angående preoperativt forløp, behandlingen og det postoperative forløpet. Gis skriftlig og muntlig, før pasienten kommer til sykehuset, på informasjonsmøter og under innleggelsen (Berntzen mfl., 2010).

Erfaring: En felles betegnelse for den informasjon et individ erverver gjennom sansning og handling (Teigen, 2011).

1.5 Oppgavens oppbygging

Oppgaven begynner med en teoribakgrunn hvor vi presenterer relevant kunnskap om vårt tema. Deretter følger metodebeskrivelse hvor vi gjør rede for datainnsamling med søkestrategi, etiske vurderinger, kvalitetsvurdering, søkehistorikk og analyse. Etter det kommer resultatdelen som tar utgangspunkt i analysen av artiklene. Til slutt følger diskusjon, hvor vi ser på gjennomført metode med kritisk blikk, deretter resultatdiskusjon hvor vi knytter resultat av analysen opp mot teoribakgrunn og konsekvenser for sykepleie. Oppgaven avsluttes med en kort konklusjon og anbefaling for videre forskning.

2 Teoribakgrunn

2.1 Informasjon

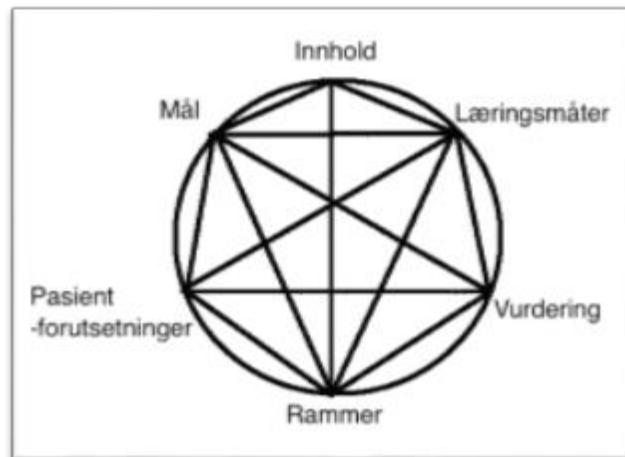
Informasjon defineres som opplysning eller underretting. Det kan forstås som en enveis formidling av fakta eller opplysninger. Informasjon kan blant annet formidles gjennom informasjonsbrosjyrer, informasjonsmateriell eller informasjonsteknologi. Sykepleier informerer i situasjoner hvor hensikten er å formidle fakta eller opplysninger til pasienten. Behovet for dialog i forhold til formidling av informasjon mellom sykepleier og pasient er også tilstede i sykepleiepraksis, spesielt dersom pasienten skal medvirke i situasjonen (Tveiten, 2008). Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 3-2) sier at pasienten skal få den informasjonen som er nødvendig for å oppnå innsikt i sin egen helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Ifølge Eide og Eide (2007) har pasienten stort behov for informasjon og kunnskap når vedkommende blir syk eller hjelpetrengende.

Kommunikasjon i sin enkleste form kan defineres som utveksling av meningsfulle tegn mellom to eller flere parter. Det viktigste kjennetegnet ved all kommunikasjon i helseprofesjonene, profesjonell hjelpende kommunikasjon, er at den skal være til hjelp for pasienten. Hjelpende kommunikasjon skaper trygghet og tillit. Måten informasjon blir formidlet på bidrar til å løse problemer og stimulerer til at pasienten mestrer situasjonen så bra som mulig (Eide og Eide, 2007). Ulike aspekter kan være av betydning for hvorvidt pasienten opplever kommunikasjonen som hjelpende og fungerende:

- Å lytte til den andre
 - Å observere og fortolke den andres verbale og nonverbale signaler
 - Å skape gode og likeverdige relasjoner
 - Å formidle informasjon på en klar og forståelig måte
 - Å møte den andres behov og ønsker på en god måte
 - Å stimulere den andres ressurser og muligheter
 - Å strukturere en samtale eller samhandlingssituasjon
 - Å skape alternative perspektiver og åpne for nye handlingsvalg
 - Å forholde seg åpent til vanskelige følelser og eksistensielle spørsmål
 - Å samarbeide om å finne frem til gode beslutninger og løsninger
- (Eide og Eide 2007, s. 21).

2.2 Den didaktiske relasjonsmodellen

Didaktikk er ifølge Bjørndal og Lieberg (1978) undervisningslære. Didaktikk bør ha som formål å øke teoretisk refleksjon rundt planlegging, gjennomføring og vurdering av undervisning. Didaktisk relasjonstenking legger vekt på klargjøring av samspillet mellom faktorer som forutsetninger, faginnhold, mål, læringsaktiviteter, læremidler og evalueringsformer. De kaller den didaktiske relasjonsmodell et verktøy som viser relasjoner mellom ulike faktorer som bør analyseres ved undervisningsplanlegging. Målet er å utvikle en skapende pedagogisk prosess i undervisning (Bjørndal og Lieberg, 1978). Kvangarsnes (2007) har tilpasset Bjørndal og Liebergs modell til helsefaglig arbeid (figur 1). Pasientens økte rett til informasjon har skapt økt behov for pedagogisk kompetanse hos helsepersonell, noe som gjør modellen nyttig. Modellen består av seks kategorier som er tilpasset en helsefaglig kontekst; pasient og pårørende sine forutsetninger, mål, læringsmåter, rammer, innhold og vurdering (Kvangarsnes, 2007). Bjørndal og Lieberg (1978) sier at læreren ved undervisning har et ansvar for å skape samspill mellom punktene i modellen. Modellen peker på at planlegging av undervisning alltid må sees på som en helhet.



Figur 1 – Den didaktiske relasjonsmodell tilpasset til helsearbeid.

2.2.1 Mål

Et vilkår for god samhandling mellom helsepersonell og pasient er at pasienten selv er delaktig i å utforme mål. Ved å inkludere pasienten i målformulering og behandling økes pasientens brukermedvirkning. Helsepersonell må lytte til pasienten, det må utvikles en felles forståelse av situasjonen og det må utarbeides en løsning på hvordan pasienten kan ta del i situasjonen for å oppnå bedre helse. Det er lite nytte i å informere og moralisere pasienten om mål for behandlingen dersom pasienten selv ikke er motivert (Kvangarsnes, 2007). Ifølge pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 3-1) skal informasjonen tilpasses til hver enkelt slik at vedkommende har mulighet til å medvirke i sin egen helsesituasjon.

2.2.2 Innhold

Helsepersonell må tenke over hvilken informasjon som er relevant for den pasienten de skal hjelpe. Ulike sykdommer og diagnoser krever forskjellig informasjon. I tillegg vil pasientene være ulike. Det må informeres om sykdom, behandling og mulige bivirkninger og komplikasjoner. Et annet viktig aspekt er hvordan pasienten kan ta del i behandlingen og hva de kan gjøre for å forebygge komplikasjoner. Mange pasienter opplever det som vanskelig å få kontakt med helsepersonell når de trenger det. Det er derfor viktig å gi pasientene innsikt i når det er grunnlag for å ta kontakt, hvem de skal kontakte og hva de kan få hjelp til. Det vil være naturlig at helsepersonellet tilbyr samtale om psykososiale utfordringer ved sykdommen og hvilke retter pasienten har (Kvangarsnes, 2007).

2.2.3 Vurdering

Effekt av pasientopplæring kan være vanskelig å måle. Ulike undersøkelser kan gi helsepersonell innsikt i sitt arbeid i forhold til å gjøre pasienten til en deltagende part i egen opplæring. Dersom helsepersonell fremstår som eksperter kan det lett gjøre at pasienten faller inn i en passiv mottakerrolle. Helsepersonellet må derfor hele tiden vurdere hvordan de kan bidra til å fremme pasientens medvirkning. Vurderingen bør skje underveis og til slutt i helsepedagogisk arbeid (Kvangarsnes, 2007).

2.2.4 Pasienten og pårørende sine forutsetninger

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 3-5) sier at helsepersonell skal ta hensyn til pasientens forutsetninger, som alder, modning, erfaring, livsfase, sosiokulturell og språklig bakgrunn, sykdomsfase, interesser og behov. Det er derfor viktig at helsepersonell tilpasser informasjonen til hver enkelt pasient ut i fra deres forutsetninger (Kvangarsnes, 2007). Det er viktig at pasienten opplever å forstå og huske informasjonen som blir formidlet av sykepleier. Det å tilpasse og formidle informasjon etter pasientens behov krever omtanke (Eide og Eide, 2007). God formidling av informasjon forutsetter at det skjer på pasientens prinsipper. Sykepleier må sørge for at pasienten oppfatter informasjonen og opplever den som relevant ut i fra deres situasjon (Hopen, 2010).

2.2.5 Rammer

De formelle rammene for informasjon og opplæring er presisert i lovverket. Ifølge helsepersonelloven (1999, § 10) skal den som yter helsehjelp gi informasjon til den som har krav på det etter reglene i pasientrettighetsloven § 3-2 til § 3-4. Kvangarsnes (2007) forteller at det også er andre rammefaktorer som påvirker læring, som personlig kompetanse, tid, organisatoriske rammer, læremiddel og fysisk miljø.

2.2.6 Læringsmåter

Det finnes ulike måter helsepersonell kan formidle kunnskap på. Det kan gjøres med individuelle samtaler, gruppeopplæring, individuell behandlingsplan, informasjonsbrosjyrer, informasjonsmateriell eller informasjonsteknologi. (Kvangarsnes, 2007; Tveiten, 2008). Når læringen foregår er det viktig at helsepersonell er bevisst på at viktige temaer blir tatt opp først og at pasienten kan stille spørsmål. Mange pasienter og pårørende har i dag stor kunnskap om sykdommen sin, som de har skaffet seg gjennom internett, bøker, tidsskrift eller pasientorganisasjoner. Det er viktig at helsepersonell betrakter dette engasjementet som en ressurs og bruker det til å åpne en dialog om hva pasienten er opptatt av (Kvangarsnes, 2007).

3 Metodebeskrivelse

Vi har utført et systematisk litteratursøk. Ifølge Forsberg og Wengström (2015) innebærer dette å kritisk granske og deretter samle litteratur til en helhet fra flere gjennomførte studier innenfor et valgt problemområde. Litteraturen skal ta utgangspunkt i aktuell forskning som har grunnlag på klinisk praksis.

3.1 Datainnsamling

3.1.1 Søkestrategi

Til å begynne med utførte vi fritekstsøk i Cinahl Complete med søkeord som passet til valgt problemstilling. Fra relevante artikler i disse søkene brukte vi tilhørende nøkkelord og laget et picoskjema (tabell 1). PICO er en strukturert metode for å sette sammen søkestrategier ut i fra problemstillingen som er valgt (Forsberg og Wengström, 2015). Her settes det opp en oversikt over population (hvem studien omhandler), intervention (hva som gjøres i studien), control (kontrollgruppe, om det er hensiktsmessig) og outcome (utfall eller resultat). C ble ekskludert, fordi vi ikke søkte etter studier med en kontrollgruppe.

Tabell 1 – PICO-skjema

P (population)	I (intervention)	C (control)	O (Outcome)
Surgical patients Orthopaedic surgery Arthroplasty	Preoperative care	-	Patient satisfaction Patient attitudes

Forsberg og Wengström (2015) trekker frem Medline og Cinahl Complete som databaser hvor en kan finne sykepleieforskning. For å kunne søke effektivt i disse databasene hadde vi en opplæringsstime med bibliotekar, hvor vi lærte om de ulike databasenes struktur.

3.1.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Tabell 2 – Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Kriterier	
Inklusjon	<ul style="list-style-type: none">• IMRaD (Introduction, method, result and discussion)• Voksne over 18 år• Elektive pasienter som har gjennomgått eller skal gjennomgå kne- eller hofteproteseoperasjon• Fagfellevurderte tidsskrifter• 2012-2017• Vestlige land• Engelsk eller skandinavisk språk
Eksklusjon	<ul style="list-style-type: none">• Review artikler

3.1.3 Søkehistorie

Ved valg av tema for bacheloroppgaven bestemte vi oss for å skrive om ortopediske pasienter. Ved prøvesøk så vi at den ortopediske pasientgruppen vi fant mest forskning om var pasienter som gjennomgikk protesekirurgi. Vi gjorde prøvesøk med fokus på problemstillingen "hvilke faktorer i den preoperative fasen er med på å fremme mestring hos protesepasienter i den postoperative fasen?". Vi fant flere aktuelle søkeord. Disse satt vi opp i PICO-skjema (tabell 1).

Først søkte vi etter artikler fra år 2012-2017, for å finne den nyeste forskningen, men vi fant få relevante artikler. Søket ble utvidet fra 2007-2017 for å finne mer aktuell forskning. Forskjellige kombinasjoner av søkeordene gav 6 forskjellige søk som ble utført i Cinahl Complete (vedlegg 1). Søk 1 i Cinahl Complete med søkeordene "orthopaedic surgery" AND "preoperative care" AND "patient attitudes" i major headings fra år 2007-2017 gav 11 treff. Vi leste alle overskriftene, 8 abstrakter, 5 artikler og stod igjen med 4 aktuelle artikler. I søk 2-6 fant vi igjen alle de 4 valgte artiklene, men ingen nye. Vi prøvde å finne tilsvarende søkeord i Medline, men fant bare tilsvarende ord for fem av søkeordene. "Orthopaedics", "preoperative care", "attitude to health", "patient satisfaction" og

"arthroplasty". Dette gav 4 søk, hvor vi fant igjen 2 av de inkluderte artiklene, men ingen nye artikler.

Forskningen vi fant i søkene omhandlet informasjon. Vi valgte derfor å endre problemstilling til "hvilke erfaringer har protesepasienter med preoperativ informasjon?". Vi gikk gjennom søkene vi hadde gjort i Cinahl Complete og Medline på nytt for å forsikre oss om at vi hadde fått med alle de aktuelle artiklene for den nye problemstillingen. Vi fant ingen nye aktuelle artikler, men kunne bruke de vi allerede hadde funnet.

For å finne flere artikler ble søkeordet "information*" lagt til. Ved å erstatte slutten av ord som søkes i fritekst med * utvides begrepet til å inneholde alle eventuelle endelser av søkeordet (Forsberg og Wengström, 2015). Vi prøvde alle søkeordene i forskjellige kombinasjoner i Cinahl Complete og Medline. Begrensningen på utgivelsesår ble satt fra 2007-2017. Søk 7 (vedlegg 1) i Cinahl Complete med søkeordene "arthroplasty" AND "preoperative care" i major headings AND "information*" gav 2 treff, vi leste begge overskriftene, begge abstraktene og inkluderte 1 artikkel. I Medline ble samme søk utført, vi fant igjen artikkel 2 og 3, men ingen nye funn.

På grunn av for få funn bestemte vi oss for å utvide alle søkene vi allerede hadde gjort med to år (2005-2017), for å undersøke om det fantes mer aktuell forskning. Søk 7 gav nå 2 nye treff, alle overskrifter ble lest, alle abstrakter ble lest og 1 ny artikkel inkludert. Ettersom vi utvidet årstallene i disse søkene valgte vi å gjennomføre søk 1-6 med de samme årstallene. Vi fant ingen nye relevante artikler med de utvidete søkene (vedlegg 1).

Etter samtale med veileder kom vi frem til at vi ikke skulle inkludere kvantitativ forskning, fordi kvalitativ forskning er å foretrekke for å beskrive opplevelser (Kunnskapsbasert Praksis, 2012). En artikkel fra søk 1 ble da ekskludert, fordi den hadde kvantitativt design.

Ifølge Forsberg og Wengström (2015) kan man ved manuell søking finne artikler fra litteraturlisten til interessante artikler. Vi gikk derfor gjennom litteraturliste listen til de 5 artiklene vi hadde. Her fant vi én relevant kvalitativ artikkel som ble inkludert, fra litteraturlisten til artikkel 4.

For å finne de to siste artiklene hadde vi ny samtale med bibliotekar. Hun viste oss søketeknikker i Cinahl Complete og Medline på nytt, men i disse databasene fant vi bare artiklene vi allerede hadde inkludert eller forkastet. Hun anbefalte deretter Svemed+, men her fant vi ingen aktuelle artikler. Bibliotekaren informerte oss også om at noen ganger legges det inn helt nye artikler i Cinahl Complete, som enda ikke har fått lagt til emneord. Hun viste oss hvordan vi kunne søke i tittel og abstract istedenfor emneord for å ha mulighet til å finne disse artiklene.

For å finne de siste artiklene utførte vi nye prøvesøk i Cinahl Complete, Medline og Swemed+, men fant bare artikler som allerede var vurdert fra før. Vi søkte derfor i fritekst med alle begrepene som kunne favne under major headingen "Arthroplasty": "total knee replacement OR total hip replacement OR total knee arthroplasty OR total hip arthroplasty OR arthroplasty OR joint surgery". I søk 8 valgte vi at artikkelen måtte ha et av disse begrepene i tittelen og i tillegg ha det nye søkeordet "experience*" og "information*" i abstract. Dette gav 56 treff og for å få færre treff bestemte vi at "Qualitative" måtte finnes i teksten, siden vi var på jakt etter kvalitativ forskning. Det ble søkt etter artikler fra år 2005-2017. Dette gav 11 treff. Vi leste alle overskriftene, 5 abstrakter og 5 artikler og inkluderte 2 artikler. Utførte samme søk i Medline, fant igjen artikkel 2 og 8, men ingen nye. Se tabell 3 for oversikt over inkluderte artikler.

Tabell 3 – Inkluderte artikler

Søk	Inkluderte artikler
# 1	1 2 3
# 7	4 5
Håndplukket fra kildeliste	6
# 8	7 8

3.1.4 Kvalitetsvurdering

Vi kvalitetssikret forskningsartiklene ved å bruke "sjekklister for kvalitativ forskning" i Forsberg og Wengström (2015). Sjekklisten inneholder spørsmål og ja/nei spørsmål fordelt fra A-E. Spørsmålene omhandler hensikt med studien, litteratursøket, resultatet, dataanalysen og evaluering. Vi brukte Norsk senter for forskningsdata (2017) sitt register over vitenskapelige publiseringskanaler for å kontrollere at tidsskriftene var fagfellevurderte tidsskrifter, godkjent til nivå 1 eller 2. Seks er godkjent på nivå 1, to på nivå 2.

3.1.5 Etiske vurderinger

I systematiske litteraturstudier er det viktig å velge studier som har fått godkjenning fra en etisk komité eller der grundige etiske vurderinger er gjort (Forsberg og Wengström, 2015). I alle artiklene som er brukt i litteraturstudien er det godkjenning av etisk komité, pasientene har gitt samtykke til å delta, de har blitt anonymisert og forsikret om at deltagelse er frivillig.

3.2 Analyse

Ifølge Forsberg og Wengström (2015) vil å analysere si å dele opp det undersøkte fenomenet i mindre deler, for deretter å gjøre en vurdering og sette det sammen til en helhet. Dette gjøres for å få kunnskap, ny innsikt og å representere fakta (Evans, 2002). For å analysere funnene fra artiklene har vi brukt Evans' (2002) fire trinn for innholdsanalyse. Innholdsanalyse beskrives som en måte for å subjektivt og objektivt beskrive og kvantifisere et fenomen. Trinn 1 består av å samle studier som beskrevet i vår datainnsamling. Trinn 2 består av å identifisere hovedfunnene i studiene. Dette ble gjort ved å lese artiklene flere ganger, for å utvikle helhetlig forståelse for studiene. Deretter ble funnene fra alle artiklene skrevet på post-it-lapper. Vi hengte opp alle lappene på ei tavle og satt deretter i gang med å sortere funnene. I trinn 3 ble funnene sortert inn i 9 ulike kategorier. Vi gikk deretter nøye gjennom hver kategori for å se om noe var kommet feil eller om noen kategorier kunne slås sammen. Til slutt i prosessen sto vi igjen med 2 kategorier som ble kalt for informasjon og relasjon. I trinn 4 ble alle funn skrevet opp i et dokument, under sin kategori. Deretter utførte vi en syntese, hvor funnene ble slått sammen og støttet opp med eksempler fra studiene. Dette presenteres i kommende kapittel, resultat.

4 Resultat

4.1 Informasjon

Flere studier (Sjöling mfl., 2006; Jacobson mfl., 2008; Soever mfl., 2010; Andersson mfl., 2015; Conradsen mfl., 2016; Goldsmith mfl., 2017) viser at pasientene ønsket seg detaljert informasjon. Dette gjaldt både angående forventet forløp, når operasjonen kunne forventes å skje og om selve operasjonen.

I flere studier (Jacobson mfl., 2008; Andersson mfl., 2015; Specht mfl., 2015; Conradsen mfl., 2016; Goldsmith mfl., 2017) kommer det frem at pasientene opplevde muntlig informasjon som overveldende, og de opplevde frustrasjon grunnet vanskeligheter med å huske og forstå informasjonen som ble formidlet. "There's a great deal of information, which is far too much" (Andersson mfl., 2015, s. 637). To studier (Andersson mfl., 2015; Specht mfl., 2015) viste at pasienter som fikk både muntlig og skriftlig informasjon opplevde å være godt forberedt til operasjonen. Pasientene satte pris på å få skriftlig informasjonen i tillegg til muntlig, fordi de da kunne gå tilbake å lese i informasjonsheftet dersom de hadde behov for det (Jacobson mfl., 2008; Andersson mfl., 2015; Specht mfl., 2015; Conradsen mfl., 2016).

Flere studier (Edwards, 2003; Jacobson mfl., 2008; Conradsen mfl., 2016) forteller at mangelfull informasjon om operasjonen, det postoperative forløpet og rehabiliteringsfasen førte til engstelse fordi de ikke opplevde å ha full innsikt i hele forløpet. Pasientene kunne også begynne å dikte opp svar på egne spørsmål og tenke det verste. Mangelfull eller feil informasjon kunne tilslutt føre til at pasientene opplevde lite tillit til sykepleier (Edwards, 2003; Jacobsen mfl., 2008; Specht mfl., 2015; Conradsen mfl., 2016). "I'm one of those people, if I haven't got an answer, I'll just make it up, and I'll probably make myself feel even worse" (Edwards, 2003, s. 21). I noen studier (Sjöling mfl., 2006; Goldsmith mfl., 2017) viser det seg at pasientene som opplevde å få mangelfull informasjon fra sykepleier i den preoperative fasen skaffet seg informasjon fra internett og uformelle personlige kilder.

Pasientene i to studier (Edwards, 2003; Soever mfl., 2010) uttrykker at informasjon tilpasset deres behov og bekymringer ville vært positivt. Det ble satt pris på at informasjonen ble gjengitt flere ganger og at de kunne spørre sykepleier spørsmål for å bekrefte at de hadde oppfattet informasjonen riktig. Pasientene som opplevde at de mottok

nok informasjon sa at den preoperative undervisningen reduserte angst, fjernet tvil og at de ble roligere. Informasjonen gav pasientene mulighet til å forberede seg mentalt til operasjonen og det gav dem trygghet (Edwards, 2003; Specht mfl., 2015; Conradsen mfl., 2016). "This is what creates safety! No information, no safety - that's how it is" (Conradsen mfl., 2016, s. 2802).

I flere studier (Jacobson mfl., 2008; Soever mfl., 2010; Conradsen mfl., 2016) la pasientene vekt på at de ønsket ærlig og direkte informasjon. Pasientene ønsket å vite om komplikasjoner og negative aspekter slik at de kunne forberede seg på postoperative utfordringer. "It was no walk in the park; they put it right out there, as it were, and didn't sugarcoat it any. Then you don't have to face the disappointment afterwards" (Conradsen mfl., 2016, s. 2801). Grafisk informasjon, som å se og holde en protese ble opplevd som positivt fordi det gav pasientene innsikt i hva som skjer under operasjonen (Jacobson mfl., 2008; Soever mfl., 2010; Conradsen mfl., 2016).

Pasientene som hadde gått gjennom operasjonen før opplevde at deres egen erfaring var til god hjelp (Sjöling mfl., 2006; Jacobson mfl., 2008). De som ikke hadde egen erfaring ønsket gjerne å snakke med andre pasienter som hadde gjennomgått inngrepet tidligere, eller de som skulle utføre inngrepet samtidig som dem. På denne måten kunne de dele erfaringer og støtte hverandre (Sjöling mfl., 2006; Jacobson mfl., 2008; Specht mfl., 2015; Goldsmith mfl., 2017). "Don't let me just read it in a book or a in a pamphlet or whatever. That's all well and good, but I want to talk to somebody" (Jacobson mfl., 2008, s. 58). En pasienten som hadde hørt om andre med negative erfaringer fra operasjonen opplevde dette som skremmende, og skulle ønske de ikke hadde fått denne informasjonen (Jacobson mfl., 2008).

4.2 Relasjon

I to studier (Jacobson mfl., 2008; Goldsmith mfl., 2017) forteller pasientene at de ønsket seg flere informasjonssamtaler med helsepersonell. Flere studier (Edwards, 2003; Sjöling mfl., 2006) viser at dersom helsepersonell ikke var tilgjengelige for spørsmål fra pasientene på grunn av tidsmangel, kunne dette føre til at pasientene ble urolige og ikke våget å spørre om ting de lurte på. At sykepleierne hadde mulighet og tid til å svare på spørsmål ble satt stor pris på (Sjöling mfl., 2006; Specht mfl., 2015). I flere studier (Soever mfl., 2010; Specht mfl., 2015; Conradsen mfl., 2016) kommer det frem at det var viktig for

pasientene i den preoperative fasen å bli kjent med helsepersonellet. At pasientene fikk møte helsepersonell preoperativt, og at de opplevde dem som forståelsesfulle og proffe gjorde at pasientene opplevde trygghet i helsepersonellet.

The information day was very helpful; you kind of gained information and [a sense of] safety there, So I think this day was kind of a necessity. You are on the same level in a way. You feel so safe. And a smile from the nurses and the doctors has a great impact! You feel safe and respected (Conradsen mfl., 2016, s. 2802).

Pasientene i flere studier (Sjöling mfl., 2006; Conradsen mfl., 2016) sa at de følte seg sett og hørt når helsepersonellet kom forberedt til det preoperative møtet. De opplevde å få god informasjon som dermed beroliget dem. Pasientene opplevde å få respekt fra helsepersonellet som igjen skapte en tillitsrelasjon til dem. Pasientene kunne føle seg dumme når de stilte spørsmål som de fikk inntrykk av at helsepersonell opplevde som selvsagte (Edwards, 2003; Soever mfl., 2010).

5 Diskusjon

5.1 Metodediskusjon

Gjennom hele prosessen med litteraturstudien har vi jobbet sammen og diskutert oss gjennom alle utfordringer. Dette gjør at begge kan forsvare oppgaven. Vi søkte i de databasene som vi allerede hadde kunnskap om og søkte ny kunnskap hos bibliotekar. Det finnes utallige databaser å søke i, men vi har søkt i de som Forsberg og Wengström (2015) trekker frem som gode for sykepleieforskning. Søkeprosessen var lang og omfattende, som gav god bredde i søket. Vi utførte søk med mange ulike kombinasjoner av søkeord, som gav mange ulike søk i flere ulike databaser. Mange av de inkluderte artiklene gikk igjen flere ganger, noe som viser at søket er grundig.

Søk ble utført med major headings: orthopaedic surgery og arthroplasty. Orthopaedic surgery favner rundt mer enn bare hofte- og kneproteser, men vi så likevel at enkelte relevante artikler hadde orthopaedic surgery som major heading, og ikke arthroplasty. Vi valgte derfor å utføre den ekstra jobben som det er å søke orthopaedic surgery, og deretter utelukke artikler som ikke handlet om protesekirurgi. Dette for å ikke gå glipp av relevante artikler ved å bare søke på arthroplasty.

Vi endret problemstilling underveis i søkeprosessen, fordi vi så at informasjon var det som gikk igjen i artiklene. I ettertid ser vi at en mindre spesifisert problemstilling kunne ha gitt et mindre omfattende litteratursøk og artikler som handler mer helhetlig om valgt tema.

Ikke alle artiklene handler utelukkende om pasienters erfaringer med preoperativ informasjon. Alle artiklene har likevel tydelige funn angående temaet og vi har derfor valgt å trekke ut de funnene fra artiklene som handler om informasjon. Artikkel 2 handler om informasjon i forhold til postoperativ smertelindring, men den sier likevel mye om hvordan informasjon bør formidles og hva som påvirker hvordan informasjon oppfattes. I artikkel 6 velger vi å gå bort fra inklusjonskriteriet med hofte- og kneprotesepasienter. Studien er gjennomført på en ortopedisk avdeling, men hofteprotesepasienter er utelukket, fordi disse pasientene deltok i en annen studie. Pasientene i studien er altså andre kirurgiske pasienter fra en ortopedisk avdeling, hvor kneprotesepasienter kan være med.

5.2 Resultatdiskusjon

I denne delen av oppgaven diskuteres resultatet opp mot teoribakgrunnen og ny teori. Kvangarsnes (2007) tilpassede modell av den didaktiske relasjonsmodellen brukes i diskusjonen og refereres til ved de ulike overskriftene som er brukt i teoridelen. Punktet om vurdering er ikke brukt, ettersom våre funn ikke sa noe om vurdering av opplæringen. De ulike delene av modellen går igjen flere steder, fordi den som gir opplæring har ansvar for å skape samspill mellom alle delene av modellen (Bjørndal og Lieberg, 1978).

5.2.1 Informasjon

I flere av studiene (Sjöling mfl., 2006; Jacobson mfl., 2008; Soever mfl., 2010; Andersson mfl., 2015; Conradsen mfl., 2016; Goldsmith mfl., 2017) viser det seg at pasientene ønsker seg detaljert preoperativ informasjon angående forventet forløp, når operasjonen kan forventes å bli gjennomført og om selve operasjonen. Sykepleier må tenke over hvilken informasjon som er relevant for pasienten, fordi ulike sykdommer og diagnoser krever forskjellig informasjon, skriver Kvangarsnes (2007) i punktet innhold i den didaktiske relasjonsmodellen. Ifølge pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 3-2) har pasienten krav på å få den informasjonen som er nødvendig for å oppnå innsikt i egen helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Ved at pasientene får den informasjonen de har behov for, som de også har krav på, er dette en fordel for både pasienten og sykepleieren i det postoperative forløpet. Pasienten er innforstått med hva som må til for å komme seg på beina igjen, mulige komplikasjoner og negative aspekter. For sykepleier er det en fordel fordi det gjør samarbeidet med pasienten mye enklere enn om pasienten ikke hadde hatt noe kunnskap om forløpet.

Kvangarsnes (2007) forteller i punktet læringsmåter at formidling av kunnskap skjer på mange ulike måter. Det kan gjøres med individuelle samtaler, gruppeopplæring, individuell behandlingsplan, informasjonsbrosjyrer, informasjonsmateriell eller informasjonsteknologi. I punktet rammer i den didaktiske relasjonsmodellen (Kvangarsnes, 2007) beskrives rammer for informasjon og opplæring gjennom helsepersonelloven (1999, § 10) om at den som yter helsehjelp skal gi informasjon til den som har krav på det etter reglene i pasient- og brukerrettighetsloven (1999).

I flere studier (Jacobson mfl., 2008; Andersson mfl., 2015; Specht mfl., 2015; Conradsen mfl., 2016; Goldsmith mfl., 2017) kommer det frem at pasientene opplevde detaljert muntlig informasjon som overveldende, og de opplevde frustrasjon grunnet vanskeligheter med å huske informasjonen som ble formidlet. Supplerende skriftlig informasjon ble satt pris på, fordi det var mulighet for å gå tilbake å lese den i ettertid (Jacobson mfl., 2008; Andersson mfl., 2015; Specht mfl., 2015; Conradsen mfl., 2016). Ifølge Jensen (2007) har skriftlig og muntlig informasjon begge fordeler og ulemper. Ved muntlig informasjonsutveksling foregår det toveiskommunikasjon og pasienten har dermed bedre mulighet til å få svar på sine spørsmål. Hva pasienten får med seg påvirkes av flere faktorer som pasientens følelsesmessige tilstand, samt tilgjengeligheten og evnen til sykepleieren. Skriftlig informasjon er enveiskommunikasjon hvor pasienten ikke får tilpasset informasjon, men den påvirkes ikke av pasientens følelsesmessige tilstand. Pasienten kan gå tilbake til informasjon når han vil, samt bruke lenger tid på å fordøye det. Det optimale er at de to formene kombineres, slik at de supplerer hverandre. Sykepleier må vite hva som står i den skriftlige informasjonen som deles ut og sørge for at muntlig og skriftlig informasjon samsvarer. Når pasientene får muntlig detaljert informasjonen om forventet forløp og operasjonen, slik det kom frem i studiene at de ønsket seg, vil dette være mye informasjon for pasientene å huske. Når de ved en senere anledning får muligheten til å gå tilbake å lese i heftene om det samme som ble formidlet muntlig, får de en mulighet til å sortere informasjonen, henge det på knagger og dermed huske informasjonen bedre.

Pasientene i flere studier (Edwards, 2003; Jacobson mfl., 2008; Conradsen mfl., 2016) opplevde å motta mangelfull informasjon om forløpet, noe som førte til engstelse. I studiene kommer det frem at mangelfull eller feil informasjon til slutt kunne føre til at pasientene opplevde lite tillit til helsepersonell (Edwards, 2003; Jacobson mfl., 2008; Specht mfl., 2015; Conradsen mfl., 2016).

Noen av pasientene som opplevde at de fikk mangelfull informasjon fra helsepersonell i den preoperative fasen skaffet seg dette selv. Dette gjorde de via internett eller uformelle personlige kilder (Sjöling mfl., 2006; Goldsmith mfl., 2017). Kvangarsnes (2007) skriver i læringsmåter at det i dag er mange pasienter som skaffer seg informasjon gjennom internett, bøker, tidsskrift og pasientorganisasjoner. Dette kan ende opp med å bli både en ressurs og en belastning for sykepleier. Dersom pasienten har opparbeidet seg mye

kunnskap angående sin diagnose, mulige behandlinger og komplikasjoner setter det krav til at sykepleier har tilsvarende høy kompetanse. Pasient og sykepleier kan da bli samarbeidspartnere, som jobber mot et felles mål, som er pasientens gode helse. Dersom utviklingen ender med at pasienten har mer kunnskap enn sykepleier kan det brikke over til at sykepleier føler seg overkjørt av pasienten, og det kan ende med en maktkamp mellom pasient og sykepleier om hvem som tar avgjørelser (Stokken, 2008). Sykepleier har ifølge yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (NSF, 2016) og helsepersonelloven (1999, § 4) et ansvar om å yte faglig forsvarlig helsehjelp, ved å opprettholde og oppdatere sin kompetanse. Dette gjør at sykepleieren alltid må holde seg oppdatert på den nyeste kunnskapen og skaper et behov for at arbeidsplassen tilrettelegger for læring i arbeidshverdagen med fagdager og kurs.

Det kan skape utfordringer for helsepersonell at ikke all informasjonen som ligger på internett har samme vitenskapelige grunnlag som helsevesenet krever. På internett finnes utallige blogger og nettsider der folk deler sine egne erfaringer og det er ofte skrekkehistoriene som kommer frem (Hopen, 2010). Dette kan for eksempel være noen som har skrevet et blogginnlegg om en hofteoperasjon som endte med infeksjon, luksasjon av leddet eller at smertene ikke ble bedre. En pasient (Jacobson mfl., 2008) sa at han skulle ønske at han ikke hadde hørt de negative resultatene til en som tidligere var operert. Dersom pasientene føler behov for å søke til internett kan det føre til at de får informasjon som de egentlig ikke ønsket seg og som har negativ innvirkning på pasienten. Dette kan føre til unødig engstelse og uro, og viser igjen viktigheten av at sykepleier finner ut hva pasientene trenger å vite og tilrettelegger deretter. Tidsalderen vi er i nå fører likevel til at folk søker opp mye på internett, så det kan være aktuelt for sykepleier å ta opp dette temaet med pasientene ved første anledning. Sykepleier bør råde pasientene til å utvise kildekritikk og heller vise til kvalitetssikrede kilder på internett, som brukerorganisasjoner eller sikre medisinske kilder.

I to studier (Edwards, 2003; Soever mfl., 2010) kommer det frem at pasientene ønsket informasjon tilpasset til deres behov og bekymringer. Pasientene i flere studier (Edwards, 2003; Specht mfl., 2015; Conradsen mfl., 2016) forteller at de opplevde å motta tilfredsstillende preoperativ informasjon til deres behov som gjorde at de opplevde trygghet, og at det reduserte angsten for operasjonen. I punktet forutsetninger i den didaktiske relasjonsmodellen skriver Kvangarsnes (2007) at helsepersonell må tilpasse

informasjonen ut i fra pasients behov. Videre skriver Eide og Eide (2007) at den gode formidlingen av informasjonen forutsetter at det skjer på pasientens premisser. Ifølge pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 3-5) skal helsepersonell ta hensyn til pasientens forutsetninger med tanke på alder, modning, erfaring, livsfase, sosiokulturelle og språklig bakgrunn, sykdomsfase, interesser og behov. Under punktet mål i den didaktiske relasjonsmodellen skriver Kvangarsnes (2007) at helsepersonell må lytte til pasienten, det må utvikles en felles forståelse av situasjonen og det må utarbeides en løsning på hvordan pasienten kan ta del i situasjonen for å oppnå bedre helse. Pasienten sin brukermedvirkning vil øke dersom sykepleier inkluderer vedkommende i behandlingen. Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 3-1) sier at informasjonen skal tilpasses hver enkelt slik at vedkommende har mulighet til å medvirke i sin egen helsesituasjon.

Jobben til sykepleier er å hjelpe pasienten til å oppnå bedre helse, og for å oppnå dette kreves det at pasienten medvirker i den postoperative fasen. For at protesepasienten skal komme seg opp av sengen kreves det at pasienten er motivert til å medvirke i situasjonen. Sykepleier kan ikke tvinge pasienten til å mobiliseres opp av senga dersom vedkommende nekter. De pasientene som opplevde trygghet på grunn av preoperativ informasjon må ha opplevd å forstå informasjonen som ble formidlet, ettersom angsten for operasjonen var blitt redusert. Disse pasientene må ha opplevd å få tilpasset informasjon, slik som de har krav på. Det resulterer i at de kan medvirke i den postoperative fasen, fordi de har fått innsikt hendelsesforløpet. Når pasienten opplever å få tilfredsstillende informasjon tror vi at samarbeidet mellom pasient og sykepleier vil bli godt, og pasienten vil forstå at sykepleier vil pasientens beste ved å få vedkommende til å mobilisere. Pasienten vet at det kommer til å gjøre vondt å gå med protesen i starten, men at det er nødvendig for rehabiliteringen. Dersom pasienten ikke er godt nok smertelindret vil pasienten som har fått tilfredsstillende informasjon formidle dette til sykepleier. Og sykepleier kan sette i gang tiltak for å redusere smertene. Tilpasset informasjon gjør altså pasienten tryggere i den postoperative fasen, fordi vedkommende har kunnskap om forventet forløp og mulige komplikasjoner.

Noen av pasientene (Jacobson mfl., 2008; Andersson mfl., 2015; Specht mfl. 2015; Goldsmith mfl., 2017) opplevde problemer med å huske informasjonen fordi den var vanskelig å forstå. Dette kan skje dersom sykepleierens språk er annerledes enn pasientens språk. Helsepersonell kan bli blinde for sitt eget fagspråk og dermed glemme hva som er

forståelig for pasienten (Jensen, 2007). I den preoperative informasjonssamtalen med sykepleier vil pasientene få informasjon om den protesen de skal få. For pasienten er det ikke selvsagt å vite hva hemiprotese eller totalprotese er, slik det er for sykepleieren. Dette må sykepleier ta høyde for ved å tilpasse fagspråket slik at det enkelt forklarer egenskapene og detaljene ved protesen pasienten skal få. Når sykepleier bruker ord og uttrykk som er forståelig for pasienten er det en form for tilpasset informasjon. Pasienten vil dermed ha bedre mulighet til å huske informasjonen som er gitt.

I flere studier (Jacobsen mfl., 2008; Soever mfl., 2010; Conradsen mfl., 2016) kommer det frem at pasientene ønsket ærlig og direkte informasjon slik at de kunne være forberedt på eventuelle utfordringer i det postoperative forløpet. Berntzen mfl., (2010) skriver at ved kirurgi reagerer kroppen med en til dels uhensiktsmessig stressrespons. Denne kirurgiske stressresponsen gir endokrine, metabolske og inflammatoriske forandringer og det har mange fysiologiske konsekvenser. Konsekvensene kirurgisk stress gir er verken gunstig for pasienten eller sykepleier ettersom de vil bidra til postoperative belastninger og komplikasjoner. For pasienten kan situasjonen oppleves som utfordrende dersom de ikke har noe kunnskap om hvordan de skal håndtere situasjonen, hva som er normalt eller hvordan de skal samarbeide med sykepleier om komplikasjonene. Det kirurgiske stresset kan reduseres på flere måter. Et av tiltakene er preoperativ informasjon om selve operasjonen, komplikasjonene som kan oppstå ved anestesi eller den kirurgiske behandlingen og det postoperative forløpet (Berntzen mfl., 2010). Pasientene i studiene (Jacobson mfl., 2008; Soever mfl., 2010; Conradsen mfl., 2016) forteller at de opplevde grafisk informasjon som å se og holde protesen de skulle få som positivt, fordi det gav dem innsikt i noe av det som skulle skje under operasjonen. Det å se og holde en protese man selv skal få er en type informasjonsmateriell som fungerer som et godt læremiddel i den preoperative fasen.

Pasientene ønsket å snakke med andre som skulle opereres samtidig eller pasienter som allerede hadde vært gjennom inngrepet (Sjøling mfl. 2006; Jacobson mfl. 2008; Specht mfl., 2015; Goldsmith mfl., 2017). Dette ønsket de for å snakke med andre som hadde vært eller var i samme situasjon, dele erfaringer og å kunne få og gi støtte til hverandre. Ved gruppeopplæring får pasientene mulighet til å snakke sammen. Hopen (2010) bekrefter gruppeopplæring som en metode som bidrar til fellesskapsfølelse og samhørighet. Hun trekker frem at å høre om andre med samme behov som en selv, og å høre andre stille

spørsmål som pasientene kanskje ikke kommer på eller våger å stille selv kan bidra til at pasientene opplever trygghet. Å undervise i gruppe er også effektivt for sykepleiere, som istedenfor å sette av 10 minutt til hver pasient, kan man bruke en hel time til 6 pasienter sammen. Sykepleiere på sengeposten kan også være bevisst på hvem de plasserer på rom sammen, da Album (2008) trekker frem at det er disse pasientene som har mest kontakt med hverandre. Dersom det er hoft- og/eller knepasienter som opereres samtidig kan de plasseres på samme rom, for å gi hverandre kunnskap og sosialt samvær. Pasientene søker kunnskap fra hverandre som er annerledes enn den de søker fra sykepleier. De søker kunnskap om hvordan ting kjennes og oppleves siden de andre har vært igjennom det selv eller skal igjennom det (Album, 2008).

5.2.2 Relasjon

I to studier (Sjöling mfl., 2006; Specht mfl., 2015) kommer det frem at pasientene satte stor pris på at sykepleierne hadde mulighet og tid til å svare på spørsmål. Ved at pasientene legger vekt på at dette er noe de setter pris på viser de at dette ikke er noe de tar for gitt, men at de ser på sykepleieren som et individ. Når man tenker på et annet individ som et subjekt sikter man til den andres indre verden skriver Røkenes og Hanssen (2012).

Subjektet er det som opplever, føler, tenker og handler. Det kan sees på som en anerkjennelse av at sykepleierne også har andre oppgaver de skal gjøre og andre pasienter å ta seg av. På denne måten viser de at de anser sykepleieren som et individ med følelser, behov og ansvar, ikke bare en person som er der til tjeneste for dem.

Flere studier (Sjöling mfl., 2006; Conradsen mfl., 2016) forteller at pasientene følte seg sett og hørt når helsepersonellet kom forberedt til det preoperative møtet. De opplevde å få god informasjon som dermed beroliget dem. Pasientene opplevde å få respekt fra helsepersonellet som igjen skapte en tillitsrelasjon til dem. Ved at sykepleieren tar seg tid til å virkelig høre hva pasientene er interessert i å vite, anerkjenner de at ikke alle pasienter er like og oppfatter dem som individuelle. Joyce Travelbee (1999) definerer et menneske-til-menneske-forhold som erfaringer som finner sted mellom sykepleier og pasienten. Hovedkjennetegnet er at den syke får sine behov ivaretatt, men erfaringen er betydningsfull for begge parter. Både sykepleieren og pasienten har behov som oppfylles gjennom denne erfaringen. For at dette skal skje må begge parter oppfattes som individer av den andre. Pasienten må oppfattes som et unikt menneskelig individ, ikke en sykdom, et

romnummer eller en operasjon. Sykepleieren blir tilsvarende oppfattet som et unikt menneskelig individ, ikke som "alle sykepleiere" som pasienten har møtt før (Travelbee, 1999). Når sykepleier har klart å opprette et menneske-til-menneske-forhold med pasienten, altså en god og meningsfylt relasjon, er det mulig for sykepleier å oppfylle sitt behov for å hjelpe pasienten til å håndtere det pre- og postoperative forløpet så godt som mulig.

For å kunne legge til rette for en forandring hos mennesker, som endring av opplevelse, tenking, følelser, holdning eller atferd er kvaliteten på relasjonen mellom partene avgjørende (Røkenes og Hanssen, 2012). Sykepleier som forsøker å fremme læring, utvikling, bevisstgjøring, mestring eller bedret funksjon hos pasienten, trenger en relasjon til pasienten med god kvalitet. Det må oppstå en bærende relasjon hvor relasjonen både bærer den hjelpen som skal gis samtidig som relasjonen i seg selv mellom dem er til hjelp. Når pasientene opplever en slik bærende relasjon med sykepleier vil dette ha en betydning for pasientene ved at de opplever at sykepleieren forstår situasjonen deres, at sykepleier tror på dem, tar dem alvorlig og møter dem som et medmenneske.

Der det kom frem i studiene at pasientene opplevde å få respekt av helsepersonell, som skapte en tillitsrelasjon, har det oppstått en bærende relasjon. Her har relasjonen i seg selv vært en hjelp for pasienten. For eksempel kan elektive pasienter som skal få en kneprotese kan ha veldig sterke smerter. Dersom pasienten opplever at sykepleier i det preoperative møtet viser forståelse for dette, og tar smertene til pasienten alvorlig vil dette ha en positiv betydning for relasjonen mellom dem. Pasienten opparbeider tillitt til sykepleier. På denne måten vil pasienten føle seg som et medmenneske likestilt med sykepleieren. Pasienten vil oppleve at sykepleier virkelig vil hjelpe vedkommende i sin situasjon. Denne gode relasjonen vil ha betydning for hvorvidt pasienten oppfatter informasjonen sykepleier formidler. Ifølge Røkenes og Hanssen (2012) vil det en fagperson sier og gjør bli fortolket ut i fra hvilken relasjon den andre har til fagpersonen. Opplever pasienten en trygg relasjon vil vedkommende oppfatte eventuelle kritiske kommentarer som omtanke og hjelp. Om relasjonen ikke er så god kan dette misforstås hos pasienten og oppfattes som sarkasme og avvising.

Pasientene ønsket flere informasjonssamtaler med helsepersonell (Jacobsen mfl., 2008; Goldsmith mfl., 2017) og noen pasienter (Edwards, 2003; Sjøling mfl., 2006) sa at dersom

de opplevde at sykepleierne hadde dårlig tid kunne det føre til at de ble urolige og ikke våget å spørre om ting de lurte på. I dette tilfellet er ikke relasjonen god og hensiktsmessig. Prosessen til opprettelsen av menneske-til-menneske-forholdet kan stagnere i en av fire faser. De fire fasene er: (1) det innledende møtet, (2) framvekst av identiteter, (3) empati og (4) sympati og medfølelse. Det er ikke gjensidighet i forholdet og kommunikasjonen fungerer ikke fordi relasjonen ikke er god og likeverdig (Travelbee, 1999). Dette trekkes også frem av Eide og Eide (2007) som et aspekt for at kommunikasjon skal oppleves som hjelpende og fungerende. Når dette skjer er det sykepleierens ansvar å finne ut hvor utviklingen stoppet og gjøre det nødvendige for å få prosessen i gang igjen (Travelbee, 1999). For å få prosessen i gang igjen trekker Travelbee (1999) frem observasjon av pasientens behov som den viktigste oppgave. Observasjon og fortolkning av den andres verbale og nonverbale signaler fremheves også av Eide og Eide (2007) som viktig for at kommunikasjon skal fungere.

Utvikling av relasjonen kan skje fort eller ta lengre tid (Travelbee, 1999). Noen sykehus har etablert preoperativ poliklinikk og "hofteskole" for pasientene nær operasjonsdato. Målet er å gjøre pasientene klare for operasjon, sikre at nødvendige prøver er tatt og undersøkelser utført, og å informere og undervise pasientene om hvordan de skal forberede seg til operasjonen og tiden etter at de er skrevet ut fra sykehuset. Dette har redusert liggetiden både før og etter operasjon (Riksrevisjonen, 2014). Noen ganger kommer pasienten til avdeling klokken 0700 og skal til operasjon klokken 0740. De får 40 minutter med en ny sykepleier før de skal til operasjon. Det er viktig at sykepleier utnytter disse 40 minuttene godt for å danne en hensiktsmessig relasjon med pasienten før inngrepet skal foretas. Sykepleier må forberede seg til møtet med pasienten, planlegge hvilken informasjon pasienten skal få og hvordan det skal formidles slik at budskapet når frem.

Den første og andre fasen i prosessen til opprettelse av menneske-til-menneske-forholdet, altså det innledende møtet og framvekst av identiteter er nødvendig for at pasienten skal føle seg trygg i situasjonen og trygg på sykepleieren. En fin start er at begge introduserer seg for hverandre. Videre i den tredje fasen i prosessen er det viktig at pasienten opplever at sykepleier behandler vedkommende som et individ med egne behov, og viser pasienten empati. Pasientens kan for eksempel ha lite erfaring med å være på sykehus. Dette er det viktig at sykepleier tar hensyn til og trykker pasienten med relevant informasjon som pasienten vil ha behov for om inngrepet og det generelle forløpet. Det er viktig at

sykepleier ikke gir for mye informasjon, men tilpasser det slik at pasienten opplever kontroll og trygghet. Dette krever at sykepleier er godt forberedt og har lest seg opp om pasienten og hvilken operasjon vedkommende skal ha. Når sykepleier viser at han har god oversikt over inngrepet til pasienten og formidler på en rolig måte hva som skal skje og at alt av prøver, data og pasientopplysninger er på plass vil pasienten oppleve at sykepleieren har kontroll. Dette vil igjen være med på å trygge pasienten, og vedkommende vil føle at han er i trygge hender. Det er også viktig at sykepleier ikke viser at han har dårlig tid og har det travelt, men at pasienten derimot opplever at det er rom for å kunne stille spørsmål dersom vedkommende har behov for det. Pasienten er i en sårbar fase hvor vedkommende har behov for sympati og medfølelse, som er den siste fasen i prosessen til opprettelsen av menneske-til-menneske-forholdet. Sykepleier kan vise pasienten forståelse for dette ved å sette seg ned hos pasienten og være tilgjengelig, slik at vedkommende opplever å kunne åpne seg for sykepleier.

6 Konklusjon

Hofte- og kneprotesepasienters erfaring med preoperativ informasjon har i studiene vist seg å omhandle viktigheten av relevant og tilpasset informasjon, samt viktigheten av en god relasjon mellom pasient og sykepleier.

Pasientene ønsker seg detaljert og tilpasset informasjon slik at de kan medvirke i sin situasjon. Når de ikke får det kan dette føre til utrygghet og mistillit til helsevesenet. Sykepleier må danne relasjon med pasientene for å kunne finne ut av hvilken informasjon de trenger og hvilken informasjon de ønsker. Pasienter erfarer at en god relasjon har betydning for oppfattelsen av informasjon som blir formidlet av sykepleier. Når pasientene opplever å bli sett på som et individ av sykepleier med egne behov vil de oppleve informasjonen som hjelpende. Pasienter erfarte at det oppstod en dårlig relasjon med sykepleier når det ikke var rom for å kunne stille spørsmål dersom sykepleier hadde dårlig tid. Forløpet skal gå fort og sykepleier må opparbeide en god relasjon med pasienten til tross for den korte tiden.

Videre anbefaler vi at det forskes på sykepleiers erfaringer med relasjonsbygging med hofte og kneprotesepasienter. Denne studien viser at relasjon er relevant for hvordan informasjon oppfattes, og at det er en stor utfordring for sykepleiere å danne relasjon med pasientene med tanke på effektiviseringen av helsevesenet.

Litteraturliste

- Album, D. (2008) Helt alminnelige pasienter. I: Tjora, A. red. *Den moderne pasienten*
Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 157-172.
- Andersson, V., Otterstrom-Rydberg, E. og Karlsson, A.K. (2015) The importance of
written and verbal information for patients undergoing surgical interventions. *Pain
management Nursing*, 16(5), s. 634-641.
- Berntzen, H., Almås, H., Gran Bruun, AM., Dørve, S., Giskemo, A., Dåvøy, G. og
Grønseth, R. (2010) Perioperativ og postoperativ sykepleie. I: Almås, H.,
Stubberud, DG. Og Grønseth, R. red. *Klinisk sykepleie 1*. Oslo: Gyldendal
Akademisk, s. 273-338.
- Bjørndal, B. og Lieberg, S. (1978) *Nye veier i didaktikken?*. Oslo: H. Aschehoug & Co
(W. Nygaard)
- Conradsen, S., Gjerseth, M.M. og Kvangarsnes, M. (2016) Patients' experience from
an education programme ahead of orthopaedic surgery – a qualitative study.
Journal of clinical nursing, 25, s. 2798-2806.
- Edwards, C. (2003) Exploration of the patient's "need to know". *Journal of orthopaedic
Nursing*, 7, s. 18-25.
- Eide, H. og Eide, T. (2007) *Kommunikasjon i relasjoner*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Evans, D. (2002) Systematic reviews of interpretive research: interpretive data synthesis of
processed data. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 20(2), s. 22-26.
- Forsberg, C. og Wengström, Y. (2015) *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm:
Natur & Kultur.

- Goldsmith, L.J., Suryaprakash, N., Randall, E., Shum, J., MacDonald, V., Sawatzky, R., Hejazi, S., Davis, J.C., McAllister, P. og Stirling, B. (2017) The importance of informational, clinical and personal support in patient experience with total knee replacement: a qualitative investigation. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 18(127), s. 1-13.
- Grønseth, K.L., Roa, E., Kjønneøy, I. og Almås, H. (2010) Sykepleie ved sykdommer og skader i bevegelsesapparatet. I: Almås, H., Stubberud, D.G. og Grønseth, R. red. *Klinisk sykepleie 2*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s.133-167.
- Helsepersonelloven. Lov av 2.juli 1999 nr. 64 om helsepersonell.
- Hopen, H. (2010) Læring og mestring ved langvarig sykdom. I: Knutstad, U. red. *Sentrale begreper i klinisk sykepleie – sykepleieboken 2*. Oslo: Akribe, s. 284-208.
- Jacobson, A.F., Myerscough, R.P., DeLambo, K., Fleming, E., Huddleston, A.M., Bright, N. og Varley, J.D. (2008) Patients perspectives on total knee replacement – a qualitative study sheds light on pre- and postoperative experiences. *The American Journal of Nursing*, 108(5), s. 54-63.
- Jensen, L.B. (2007). *På patientens præmisser*. Fredriksberg: Forlaget Samfunnslitteratur.
- Kunnskapsbasert praksis (2012) *Kritisk vurdering*. [Internett]. Tilgjengelig fra: <<http://kunnskapsbasertpraksis.no/kritisk-vurdering/>> [Lest 15.april, 2017].
- Kvangarsnes, M. (2007) Helsearbeideren som pedagog. I :Ekeland, T.J. og Heggen, K. red. *Meistring og myndiggjøring, reform eller retorikk?* Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 184-201.
- Norsk senter for forskningsdata (NSD) (2017) Register over vitenskapelige publiseringskanaler. [Internett]. Bergen: Norsk senter for forskningsdata. Tilgjengelig fra: <<https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>> [Lest 15.mai 2017].

- Norsk sykepleierforbund (NSF). (2016). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere [Internett]. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer_> [15.mai, 2017].
- Pasient- og brukerrettighetsloven. Lov av 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter.
- Riksrevisjonen (2014) Riksrevisjonens undersøkelse av effektivitet i sykehus. [Internett]. Tilgjengelig fra: <https://www.riksrevisjonen.no/rapporter/Documents/2013-2014/Dokumentbase_3_4.pdf> [Lest 01.mai 2017].
- Røkenes, O.H. og Hanssen, P.H. (2012) *Bære eller bryte*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Sjöling, M., Norbergh, K.G., Malaker, H. og Asplund, K. (2006) What information do patients waiting for surgery and undergoing arthroplasty surgery want? Their side of the story. *Journal of orthopedic nursing*, 10, s. 5-14.
- Soever, L.J., MacKay, C., Saryeddine, T., Davis, A.M., Flannery, J.F., Jaglal, S., Levy, C. og Mahomed, N. (2010) Educational Needs of patients undergoing total knee joint arthroplasty. *Physiotherapy Canada*, 62, s. 206-214.
- Specht, K., Kjaersgaard-Andersen, P. og Pedersen B.D. (2015) Patient experience in fast-track hip and knee arthroplasty – a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 25(5/6), s. 836-845.
- Spesialisthelsetjenesteloven. Lov av 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten.
- Stokken, R. (2008) Den kunnskapsrike pasienten. I: Tjora, A. red. *Den moderne pasienten* Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 57-75.
- Teigen, K.H. (2009 / 2011) Erfaringer, i: *Store Norske Leksikon* [Internett]. Tilgjengelig fra: <<https://snl.no/erfaring>> [25.april, 2017].

Travelbee (1999) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie – til norsk ved Kari Marie Thorbjørnsen*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Tveiten, S. (2008) *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. Bergen: Fagbokforlaget

Vedlegg 1 - Søketablell

Søk 1

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstrakter	Leste artikler	Inkluderte artikler
Orthopedic surgery	10.01.17	Cinahl Complete	75804			
Preoperative care	"	"	17046			
Patient attitudes	"	"	30497			
Orthopedic surgery AND Preoperative care AND Patient attitudes	"	"	21			
2007-2017	"	"	11	8	5	4, men fjernet 1 senere i prosessen. Stod igjen med artikkel 1,2 og 3
Utvidet til 2005-2017 ved senere anledning	"	"	3 nye	1	0	Ingen nye funn

Vedlegg 1 - Søketablell

Søk 2

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstrakter	Leste artikler	Inkluderte artikler
Orthopedic surgery	10.01.17	Cinahl Complete	75804			
Preoperative care	"	"	17046			
Patient satisfaction	"	"	40121			
Orthopedic surgery AND Preoperative care AND Patient satisfaction	"	"	74			
2007-2017	"	"	54	5	0	
Utvidet til 2005-2017 ved senere anledning	"	"	2 nye	0	0	Ingen nye funn

Vedlegg 1 - Søketablell

Søk 3

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstrakter	Leste artikler	Inkluderte artikler
Arthroplasty	10.01.17	Cinahl Complete	28369			
Preoperative care	"	"	17046			
Patient attitudes	"	"	30497			
Orthopedic surgery AND Preoperative care AND Patient attitudes	"	"	14			
2007-2017	"	"	8	7	5	
Utvidet til 2005-2017 ved senere anledning	"	"	2 nye	1	0	Ingen nye funn

Vedlegg 1 - Søketablell

Søk 4

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstrakter	Leste artikler	Inkluderte artikler
Arthroplasty	10.01.17	Cinahl Complete	28369			
Preoperative care	"	"	17046			
Patient satisfaction	"	"	40121			
Arthroplasty AND Preoperative care AND Patient satisfaction	"	"	50			
2007-2017	"	"	36	4	1	
Utvidet til 2005-2017 ved senere anledning	"	"	2 nye	1	0	Ingen nye funn

Vedlegg 1 - Søketablell

Søk 5

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstrakter	Leste artikler	Inkluderte artikler
Surgical patients	10.01.17	Cinahl Complete	6380			
Preoperative care	"	"	17046			
Patient attitudes	"	"	30497			
Surgical patients AND Preoperative care AND Patient attitudes	"	"	60			
2007-2017	"	"	34	6	2	
Utvidet til 2005-2017 ved senere anledning	"	"	7 nye	0	0	Ingen nye funn

Vedlegg 1 - Søketablell

Søk 6

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstrakter	Leste artikler	Inkluderte artikler
Surgical patients	10.01.17	Cinahl Complete	6380			
Preoperative care	"	"	17046			
Patient satisfaction	"	"	40121			
Surgical patients AND Preoperative care AND Patient satisfaction	"	"	75			
2007-2017	"	"	39	3	0	
Utvidet til 2005-2017 ved senere anledning	"	"	11 nye	1	0	Ingen nye funn

Vedlegg 1 - Søketablell

Søk 7

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstrakter	Leste artikler	Inkluderte artikler
Arthroplasty	22.03.17	Cinahl Complete	28839			
Preoperative care	"	"	17175			
Information*	"	"	353478			
Arthroplasty AND Preoperative care AND Information*	"	"	53			
2007-2017	"	"	24	8	4	1 (Artikkel nr. 4)
Utvidet til 2005-2017	"	"	2 nye	2	2	1 nytt funn (Artikkel nr. 5)

Vedlegg 1 - Søketablell

Søk 8

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstrakter	Leste artikler	Inkluderte artikler
Total knee replacement OR Total hip replacement OR total knee arthroplasty OR Total hip arthroplasty OR Arthroplasty OR Joint surgery	06.04.17	Cinahl Complete	38090			
Experience*	"	"	277296			
Information*	"	"	353478			
Qualitative	"	"	110942			
"Total knee replacement OR Total hip replacement OR total knee arthroplasty OR Total hip arthroplasty OR Arthroplasty OR Joint surgery" AND Experience* AND Information* AND Qualitative	"	"	16			
2005-2017	"		11	5	5	2 (Artikkel nr. 7 og 8)

Vedlegg 2 - LITTERATURMATRISE 1

Referanse	Hensikt, problemstilling og/eller forsknings-spørsmål (Aim)	Key-words	Metode	Sentrale funn/konklusjon	Relevans for oppgave
<p>Jacobson, A.F., Myerscough, R.P., DeLambo, K., Fleming, E., Huddleston, A.M., Bright, N. og Varley, J.D.</p> <p>Patients perspectives on total knee replacement – a qualitative study sheds light on pre- and postoperative experiences</p> <p><i>The American Journal of Nursing</i></p> <p>2008; 108(5)</p> <p>s. 54-63</p>	<p>Å beskrive pasienters pre- og postoperative erfaring med kneprotesekirurgi, fra deres perspektiv. Dette trengs fordi tidligere studier viser at pasient og kirurg noen ganger kan være uenige om operasjonen var vellykket og at mange voksne med indikasjon for operasjonen velger å takke nei.</p>	<p>”total knee replacement”</p> <p>”total knee arthroplasty”</p> <p>“patient response to surgery”</p> <p>“pain”</p> <p>“functional ability”</p> <p>“patient education”</p>	<p>Metode Kvalitativ deskriptiv metode.</p> <p>Utvalg 27 kneprotesepasienter har deltatt, 17 i preoperativ fase og 10 i postoperativ.</p> <p>Inklusjonskriter:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Skulle opereres innen 1 måned eller hadde gjennomgått operasjonen de siste to måneder. - Kan engelsk - 21 år eller eldre - Ingen tidligere proteseoperasjoner <p>Eksklusjonskriterier:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kognitiv svekkelse - Revmatoid artritt i leddet som skulle opereres - Store postoperative komplikasjoner <p>Datainnsamling Fokusgruppeintervju og individuelle intervjuer. Alle intervju ble tatt opp på tape.</p> <p>Analyse Nedtegnelsene fra fokusgruppe og intervju ble lest gjennom. Det ble deretter brukt kvantitativ innholdsanalyse, som brukes for å summere informasjonen, med minst mulig innblanding og tolkning. Forskerne fant relevant informasjon i nedtegnelsene, sorterte dem inn i temaer og trakk konklusjoner fra dette. To personer analyserte hver for seg og møttes periodisk for å diskutere funnene.</p>	<p>Fire overordnede temaer:</p> <p>”Tåle og utsette” Perioden hvor pasientene tålte smerten og levde med smerten, heller enn å opereres.</p> <p>”Venting og bekymring” Dette ble aktuelt når pasientene hadde bestemt seg for å gjennomføre operasjonen. De ble ivrige etter å få operasjonen overstått. Periode fylt av engstelse. Bekymring om anestesi, operasjonen og komplikasjoner. Frykt for at noe skulle gå galt. Risiko for komplikasjoner. En faktor som påvirket engstelse var for lite informasjon angående operasjonen. De fleste ønsker seg mer informasjon. De som mottok detaljert og grafisk informasjon satte pris på det.</p> <p>”Gi slipp og akseptere” Akseptere tapet av kontroll og gi slipp på selvstendighet for en liten stund. Å akseptere oppmuntring, å stole på helsepersonell, akseptere det nye kneet.</p> <p>”Smerte og håp” I de postoperative fasen hadde pasientene vondt og håpet at operasjonen var verdt. Smerte: Å få vite at den kommer til å være der uansett, men at den kan lettes med medisiner. Smerte: Rehabiliteringen er verdt det, fordi det vil bli bedre Håp: visualisering av tidslinjen med forbedring hjalp til å motivere pasientene Håp: å kunne gjøre vanlige ting som ”friske” kan gjøre, uten å måtte tenke seg om eller føle smerte.</p>	<p>Funnene ”venting og bekymring” og ”gi slipp og akseptere” er relevante for vår oppgave. De forteller om pasientenes ønske om og behov for informasjon. De forteller spesifikke spørsmål som pasientene hadde. Siden studien er kvalitativ gir den mange gode eksempler på konkrete problemer som pasientene opplevde rundt sin proteseoperasjon, og ting som gjorde dem usikre i forhold til gjennomføring av den. Den forteller også om positive aspekter ved å akseptere omsorg fra helsepersonell og andre.</p>

Vedlegg 3 - LITTERATURMATRISE 2

Referanse	Hensikt, problemstilling og/eller forsknings-spørsmål (Aim)	Key-words	Metode	Sentrale funn/konklusjon	Relevans for oppgave
<p>Andersson, V., Otterstrom-Rydberg, E. og Karlsson, A.K.</p> <p>The importance of written and verbal information for patients undergoing surgical interventions</p> <p><i>Pain management Nursing</i></p> <p>2015; 16(5)</p> <p>s. 634-641</p>	<p>Å undersøke pasientens opplevelse av preoperativ informasjon om smertelindring og viktigheten det har for smertelindring i postoperativ fase.</p>	<p>Ingen</p>	<p>Metode Deskriptiv kvalitativ metode.</p> <p>Utvalg 9 menn og 9 kvinner som hadde gjennomgått hofte- eller kneproteseoperasjoner.</p> <p>Inklusjon- og eksklusjonskriterier Ikke spesifisert</p> <p>Datainnsamling Individuelle intervjuer med pasienter, hvor annenhver pasient mottok informasjon på standardmåte, mens den andre halvparten også mottok skriftlig informasjon om smertelindring. Intervjuene ble gjennomført andre eller tredje postoperative dag. Intervjuet besto av åpne spørsmål som: ”hvordan føler du deg?” og spørsmål rettet mot smertelindring. De som mottok skriftlig informasjon i tillegg ble spurt om hvordan de oppfattet denne. Begge grupper ble spurt om erfaring med postoperativ smertelindring.</p> <p>Analyse Intervjuene ble tatt opp på lydbånd og transkribert ordrett. Det ble brukt innholdsanalyse for å finne temaer som gikk igjen i svarene til pasientene. Disse ble sortert inn i kategorier og underkategorier. Sitater ble tatt ut fra teksten for å brukes til illustrere resultatene. I andre fase ble de to gruppene studert opp mot hverandre, for å finne forskjeller på skriftlig og muntlig informasjon.</p>	<p>Det overordene temaet som ble funnet var at informasjon kunne øke pasientens evne til å delta (participate) og påvirke behandlingen (smertelindringen). Dette opplevdes både som positivt og negativt.</p> <p>I tillegg kom fire temaer frem med to eller tre undertemaer hver.</p> <p>Informasjonsformen De som fikk både skriftlig og muntlig opplevde det som nyttig. De som bare fikk muntlig informasjon opplevde det som for mye, fordi det var vanskelig å fordøye.</p> <p>Innholdet i informasjonen Deltagernes forståelse av innholdet i informasjonen. De satte pris på å få informasjonen, men slet med å huske alt. De som fikk skriftlig informasjon syntes det var lettere å påvirke smertelindringen etter operasjonen, i form av at de ba om det tidligere.</p> <p>Opplevelse av postoperativ smertelindring Mange av pasienten, både de som ikke fikk og de som fikk skriftlig informasjon opplevde at smertelindringen var god. Noen opplevde smertelindringen som for dårlig, det var de som ikke hadde mottatt skriftlig informasjon.</p> <p>Faktorer som påvirket smertelindringen Bruk av smerteskala ble opplevd som nyttig av de som gjorde det.</p> <p>Tilgjengelighet til personell kunne påvirke pasientenes smertelindring i negativ forstand, fordi noen var redde for å mase. Det ble også sagt at personellet var svært bevisste på pasientens behov for smertelindring.</p> <p>At sykepleierne var snille og vennlige ble opplevd som positivt av pasientenes opplevelse av smerte.</p>	<p>Denne studien viser at informasjonsform og innhold i informasjon påvirker hvordan den blir benyttet av pasientene. Selv om denne studien spesifikt omhandlet smerteinformasjon tenker vi at funnene kan overføres til å gjelde for annen informasjon gitt til pasientene av sykepleier. Informasjon gitt slik at pasientene klarte å huske informasjonen opplevdes også som at det gav økt evne til å delta og å påvirke prosessen. Studien viser også viktigheten av at personellet er tilgjengelig for pasientene.</p>

Vedlegg 4 - LITTERATURMATRISE 3

Referanse	Hensikt, problemstilling og/eller forsknings-spørsmål (Aim)	Key-words	Metode	Sentrale funn/konklusjon	Relevans for oppgave
<p>Conradsen, S., Gjerseth, M.M. og Kvangarsnes, M.</p> <p>Patients' experience from an education programme ahead of orthopaedic surgery – a qualitative study</p> <p><i>Journal of clinical nursing</i></p> <p>2016; 25</p> <p>s. 2798-2806</p>	<p>Å undersøke hvordan pasientundervisning/opplæring i en kirurgisk avdeling ble opplevd av pasienter som hadde gjennomgått hofte- eller kneprotesekirurgi.</p>	<p>”information”</p> <p>”patient education”</p> <p>”patient involvement”</p> <p>“surgery”</p> <p>“total hip arthroplasty”</p> <p>“total knee arthroplasty”</p> <p>“trust”</p>	<p>Metode Kvalitativ</p> <p>Utvalg 3 kneprotesepasienter 8 hofteprotesepasienter</p> <p>Inklusjonskriterier Hadde gjennomgått preoperativt opplæringsprogram ved sykehuset</p> <p>Eksklusjonskriterier Begrenset norskkunnskap</p> <p>Datainnsamling Individuelle semistrukturerte intervjuer med intervjuguide basert på tidligere forskning og klinisk erfaring</p> <p>Analyse Intervjuene ble tatt opp med lydopptak og så transkribert. Georgis firestegsmetode med fenomenologisk tilnærming ble brukt for å analysere stoffet. Alt ble lest gjennom, for å finne 10 midlertidige temaer. Deretter ble hvert intervju lest nøye for å finne enheter i intervjuene som kunne sorteres innenfor de 10 midlertidige temaene. Til slutt ble tre temaer identifisert som relevante for studien. Applikasjonen NVIVO 9.0 ble brukt i analysen.</p>	<p>Hovedfunn: Opplæringsprogrammet ved sykehuset gav et grunnlag for at pasientene kunne bli mentalt forberedt til operasjonen, også til den postoperative situasjonen. Delt i tre kategorier: Realistisk informasjon i forberedelse for kirurgi Noen følte behov for konkret informasjon. I dette spesifikke programmet fikk pasientene se og holde en protese, noe flere av pasientene likte. De ville ha presis informasjon. Også de negative sidene inkludert postoperativ smerte og mulige komplikasjoner. Pasientene savnet å få denne informasjonen skriftlig, de følte at muntlig informasjon lett kunne glemmes Involvering og følelse av kontroll Følte at ventetiden ble lettere, fordi de ”gjorde noe” når de lærte og at det gjorde dem kvalifiserte til å ta valg (f.eks om de ville ha operasjonen). Ved å få informasjonen ble valget deres og dette var det ikke alle som likte, fordi de var nervøse for operasjonen og smertene. Når de var innlagt på sykehuset opplevde de liten mulighet til å ta valg, men at de generelt sett var fornøyde med sykehusets rutiner. Noen sa at informasjonen de fikk gav dem trygghet. Tillit til personell Mangelfull eller manglende informasjon kan svekke tillitsforholdet til helsepersonell. Opplærings situasjonen kan gi pasientene en følelse av å bli respektert og denne følelsen kan bidra til å skape et tillitsfullt forhold mellom pasienten og helsepersonellet.</p>	<p>Alle funnene i denne oppgaven er relevant for vår studie. Den forteller om hva pasientene ønsker å vite, hvordan de vil ha informasjonen, hvorfor de vil ha informasjonen og hva informasjonen betyr for dem. Den gir et godt bilde av pasientenes erfaring med preoperativ undervisning og forteller om pasientenes forhold til og ønsker fra personalet.</p>

Vedlegg 5 - LITTERATURMATRISE 4

Referanse	Hensikt, problemstilling og/eller forsknings-spørsmål (Aim)	Key-words	Metode	Sentrale funn/konklusjon	Relevans for oppgave
<p>Sjöling, M., Norbergh, K.G., Malker, H. og Asplund, K.</p> <p>What information do patients waiting for surgery and undergoing arthroplasty surgery want? Their side of the story</p> <p><i>Journal of orthopedic nursing</i></p> <p>2006; 10</p> <p>s. 5-14</p>	<p>Å undersøke hvordan pasienter som venter på eller nylig har gjennomgått protesekirurgi skaffer seg informasjon angående deres tilstand og behandling og hvordan det svarer til deres behov.</p>	<p>”patient information”</p> <p>”advice”</p> <p>”expectations”</p> <p>”waiting for surgery”</p> <p>”arthroplasty surgery”</p>	<p>Metode Kvalitativ.</p> <p>Utvalg 10 kvinner og 6 menn.</p> <p>Inklusjonskriterier Ventet på operasjon i minst 6 måneder eller maks 2 måneder siden operasjon</p> <p>Eksklusjonskriterier</p> <p>Datainnsamling 4 Semistrukturerte intervju i fokusgruppe på 4 pasienter, med en moderator og comoderatorer som peilet samtalen inn mot riktig tema.</p> <p>Analyse Innholdsanalyse, som beskrevet av Patton. Intervjuene ble tatt opp i lydopptak. Forfatter lyttet til opptakene etter hvert som de ble gjort og skrev ned aktuelle notater i tillegg, som kunne brukes i neste intervju. Dette ble gjort for å sørge for variasjon i de ulike intervjuene. Intervjuene ble skrevet ned ordrett og deretter lest gjennom flere ganger. Teksten ble kodet til enheter med mening og deretter sortert inn i underkategorier.</p>	<p>To kategorier kom frem av analysen.</p> <p>Måter å skaffe seg informasjon og råd Mens de ventet: De ble søkt i forskjellige kilder som</p> <ul style="list-style-type: none"> - Internett - Familimedlemmer - Fysioterapeuter - Følge tidligere råd <p>Fra primærhelsetjeneste: - Råd om smertelindring</p> <p>På sykehuset: Du får den informasjonen som trengs ved innleggelse, også når det gjelder prosedyre. En brosjyre er nyttig.</p> <p>Hva som behøves – hva pasientene ønsker Mens de ventet: Informasjon trengs, bedre informasjon om når operasjonen vil bli, konkrete treningstips, informasjonsbrosjyrer, regelmessig kontakt</p> <p>På sykehuset: Hva har jeg lov til å gjøre, hva kan jeg forvente fremover, får jeg oppfølging?</p>	<p>Studien har relevans for vår oppgave ettersom den tar for seg måter pasientene skaffet seg informasjon og råd på. Disse erfaringene har relevans for vår oppgave fordi den forteller at pasientene har behov for informasjon før de skal gjennomgå et slikt inngrep.</p> <p>I tillegg tar for seg hvilken informasjon pasientene ønsker preoperativt. Dette er relevant for vår oppgave med tanke på at det belyser hvilken informasjon som er viktig at pasientene får, og hva som blir konsekvensene dersom pasientene ikke får den informasjonen de har behov for.</p>

Vedlegg 6 - LITTERATURMATRISE 5

Referanse	Hensikt, problemstilling og/eller forsknings-spørsmål (Aim)	Key-words	Metode	Sentrale funn/konklusjon	Relevans for oppgave
<p>Soever, L.J., MacKay,C., Saryeddine, T., Davis, A.M., Flannery, J.F., Jaglal, S., Levy, C. og Mahomed, N.</p> <p>Educational Needs of patients undergoing total knee joint arthroplasty</p> <p><i>Physiotherapy Canada</i></p> <p>2010; 62</p> <p>s. 206-214</p>	<p>Å identifisere utdanningsbehovet for voksne som gjennomgår hofte- eller kneprotesekirurgi.</p>	<p>”edu- cational needs”</p> <p>”patient educaton”</p> <p>”quali- tative research”</p> <p>”total hip arthro- plasty”</p> <p>”total knee arthro- plasty”</p>	<p>Metode Kvalitativ</p> <p>Utvalg 15 deltagere, 5 i preoperativ fase og 10 i postoperativ</p> <p>Inklusjonskriterier Skal gå gjennom eller har siste 3-6 mnd gjennomgått hofte- eller kneprotesekirurgi</p> <p>Kan delta i et intervju på en måte</p> <p>Eksklusjonskriterier Kan ikke snakke og forstå engelsk</p> <p>Datainnsamling Semistrukturerte intervjuer med intervjuguide. Guiden inneholdt både generelle og mer spesifikke spørsmål</p> <p>Analyse Intervjuene ble tatt opp med lydopptak og skrevet ned ordrett i etterkant. En sammenlignende kontrakt metode ble brukt for analysering. Det analyseres etter hvert intervju, slik at neste intervju kan peiles mer mot lignende tema. På denne måter får en mer tyngde i de temaene som kommer frem etter hvert. To av forskerne analyserte funnene hver for seg og møttes for å sammenligne kategorier og underkategorier.</p>	<p>Opplæringsbehov</p> <p>*Tilgang til informasjon: spesielt angående ventetid for operasjon</p> <p>*Å kjenne teamet: Å vite hvem som har hvilke roller under sykehusoppholdet, slik at de vet hvem de kan spørre om ulike ting</p> <p>*Artritt: Informasjon om sykdommen og mestring av den</p> <p>*Preoperativ fase: Detaljert informasjon om hva som skjer i fasen, hvor lang tid det tar osv</p> <p>*Operasjonen og rehabiliteringen</p> <p>*Rehabilitering og funksjon</p> <p>*Oppfølging</p> <p>Faktorer som påvirker opplæringsbehov</p> <p>*Kunnskap om operasjonen</p> <p>*Frykt</p> <p>*Kunnskapsbehovet til familie</p> <p>*Forventninger og ansvar</p>	<p>Denne studien har relevans for vår oppgave med tanke på at den tar for seg hvilket informasjonsbehov hofte og kneprotesepasienter har før operasjonen. Det kommer frem mange viktige faktorer som er med på å belyse hva som det er viktig å få informasjon om. Dette er erfaringer som er med på å svare på vår problemstilling. I tillegg tar den for seg faktorer som er med på å påvirke opplæringsbehovet som også er sentralt for vår oppgave. Den trekker frem erfaringer som belyser viktigheten av at informasjonen må tilpasses etter pasienten sine behov.</p>

Vedlegg 7 - LITTERATURMATRISE 6

Referanse	Hensikt, problemstilling og/eller forsknings-spørsmål (Aim)	Key-words	Metode	Sentrale funn/konklusjon	Relevans for oppgave
<p>Edwards, C.</p> <p>Exploration of the patient's "need to know"</p> <p><i>Journal of orthopaedic Nursing</i></p> <p>2003; 7</p> <p>s. 18-25</p>	<p>Å undersøke hva pasienter som gjennomgår ortopediske inngrep egentlig ønsker å vite.</p>	<p>"ortho-paedic"</p> <p>"qualitative research"</p> <p>"phenomenological sociology"</p> <p>"communication"</p>	<p>Metode Kvalitativ</p> <p>Utvalg 19 ortopediske pasienter</p> <p>Inklusjonskriterier Bor innen en time fra sykehuset Har gjennomgått ortopedisk kirurgi</p> <p>Eksklusjonskriterier Snakker ikke engelsk Hofteprotesepasienter</p> <p>Datainnsamling Tre ustrukturerte intervjuer med hver pasient. Et før innleggelse, like etter hjemreise og tre måneder postoperativt</p> <p>Analyse Alle intervju ble tatt opp på lydopptak og skrevet ned ordrett etterpå. Schultz innholdsanalyse ble brukt. Funn ble sortert inn i kategorier og deretter sortert inn i 8 hovedtemaer.</p>	<p>8 hovedtemaer av hva informasjon gjør:</p> <p>Å underbygge dagligliv Å ikke vite når ting vil skje, informasjon om når</p> <p>Å underbygge deltagelse Å underbygge pasientenes psykologiske forberedelser Å underbygge effektiv overføring av tekniske oppgaver Ønske om nok kunnskap til å ta vare på seg selv når de kommer hjem.</p> <p>Å underbygge pasientenes egen forståelse For at pasientene skal forstå riktig av hva som skjer</p> <p>Ulike typer av viten Teknisk angående operasjonen, men også prognoser og annen relevant info</p> <p>Å gi og å motta informasjon Selv om informasjon er formidlet er det ikke sikkert at pasienten har skjønt innholdet</p> <p>Pasientene vet ikke alltid hva de ønsker å vite Personalet må være tilgjengelig for spørsmål Det er ok å ikke vite Noen føler seg dumme når de stiller spørsmål eller kommer på det for sent</p>	<p>Denne studien er relevant for vår oppgave ettersom den tar for seg hvilken informasjon pasientene selv opplever å ha behov for, og hvorfor de har behov for det. Dette gir et grunnlag for oppgaven vår ved å belyse grunnlaget for informasjonsbehovet som igjen er viktig for den individuelle tilpasningen.</p> <p>Hofteprotesepasienter utelukkes fra denne studien, fordi denne avdelingen allerede deltok på en annen studie angående hofteprotesepasienter.</p>

Vedlegg 8 - LITTERATURMATRISE 7

Referanse	Hensikt, problemstilling og/eller forsknings-spørsmål (Aim)	Key-words	Metode	Sentrale funn/konklusjon	Relevans for oppgave
<p>Goldsmith, L.J., Suryaprakash, N., Randall, E., Shum, J., MacDonald, V., Sawatzky, R., Hejazi, S., Davis, J.C., McAllister, P. og Stirling, B.</p> <p>The importance of informational, clinical and personal support in patient experience with total knee replacement: a qualitative investigation</p> <p><i>BMC Musculoskeletal Disorders</i></p> <p>2017; 18(127)</p> <p>s. 1-13</p>	<p>Forskerne ønsket å få innsikt i pasienters opplevelse av kneproteseoperasjoner og sammenhengen med hvor fornøyde de ble med utfallet av operasjonen.</p>	<p>”Total knee arthroplasty”</p> <p>” qualitative research”</p> <p>“Patient experience”</p> <p>“ patient-centered care”</p> <p>“support”</p>	<p>Metode Den kvalitative delen av en mixed-method kohort studie.</p> <p>Utvalg 45 kneprotesepasienter</p> <p>Inklusjonskriterier Har gjennomgått kneproteseoperasjoner for 8 måneder siden.</p> <p>Eksklusjonskriterier Snakker ikke engelsk</p> <p>Datainnsamling 45 semistrukturerte dybdeintervjuer 8 måneder etter operasjon, gjennomført med intervjuguide</p> <p>Analyse Intervjuene ble skrevet ned ordrett. Innholdsanalyse med software kalt NVivo (for kvalitativ dataanalyse) som tematisk kode transkriptene fra intervjuene. Testene ble kodet og oppdelt flere ganger, til de fant de underliggende tema for analysen.</p>	<p>Tre hovedfunn: -Støtte gjennom informasjon -Klinisk støtte -Personlig støtte</p> <p>Pasientene som var fornøyd med operasjonen følte at de hadde mottatt den støtten de trengte, både gjennom informasjon, klinisk støtte og personlig støtte. De som ikke var fornøyd med operasjonen hadde opplevd manglende støtte enten i informasjon, klinisk eller personlig.</p>	<p>Studien har relevans for oppgaven vår med tanke på at den belyser kneprotesepasienters erfaringer i forhold til viktigheten av informasjonen, støtten fra sykehuset og personlig støtte. Dette er erfaringer som er med på å svare på vår problemstilling, og den trekker frem mange viktige aspekter som er viktig i forhold til det å skulle gjennomgå en hoft eller kneprotese operasjon.</p>

Vedlegg 9 - LITTERATURMATRISE 8

Referanse	Hensikt, problemstilling og/eller forsknings-spørsmål (Aim)	Key-words	Metode	Sentrale funn/konklusjon	Relevans for oppgave
<p>Specht, K., Kjaersgaard-Andersen, P. og Pedersen B.D</p> <p>Patient experience in fast-track hip and knee arthroplasty – a qualitative study</p> <p><i>Journal of Clinical Nursing</i></p> <p>2015; 25(5/6)</p> <p>s. 836-845</p>	<p>Å undersøke hofte og knepasienters erfaring med fast track fra det første møtet med poliklinikken til de ble skrevet ut fra sykehuset.</p>	<p>“Hip/knee replacement “</p> <p>“Nurse's responsibilities “</p> <p>“Patient's experiences”</p> <p>”Phenomenological hermeneutics”</p> <p>”Qualitative study”</p>	<p>Metode Kvalitativ metode.</p> <p>Utvalg 8 pasienter som enten fikk en hofte eller kneprotese. 4 av dem var kvinner og 4 av dem var menn.</p> <p>Inklusjonskriterier Måtte skulle utføre enten hofte eller kneprotese operasjon.</p> <p>Eksklusjonskriterier Pasienter under 18 år, pasienter med demens, om de ikke klarte å skrive eller snakke dansk, bilateral kirurgi, tidligere protese i motsatt hofte eller kne, psykologiske diagnoser og dersom pasienten hadde en sykdom med en markert innflytelse på vedkommende sin erfaring ved den kliniske behandlingen.</p> <p>Datainnsamling Datainnsamlingen ble utført 4 uker før operasjon, 1 uke før operasjon, på operasjonsdagen, 1-3 dager etter operasjon og etter 4 og 6 uker etter operasjonen for kneprotesepasientene, og 6 uker etter operasjonen for hofteprotesepasientene. Datainnsamling ble igjen utført etter et år for alle deltakerne. Intervjuene bestod av en delvis strukturert guide bestående emnene fra fast-track programmet som; erfaringer fra poliklinikken, preoperative informasjonsmøter, informasjon, smertelindring og rehabilitering.</p> <p>Analyse Intervjuene ble tatt opp på lydbånd og transkribert ordrett. Det ble brukt en strukturell analyse som beskrev hva som ble sagt og hva teksten fortalte. Ut i fra dette ble temaene formulert.</p>	<p>Håndtere smerte: Pasientene var veldig forsiktige med å ta smertestillende, de synes også det var vanskelig å vite når de skulle spørre etter ekstra smertestillende.</p> <p>Betydningen av informasjon: Pasientene satte stor pris på å både få skriftlig og muntlig informasjon om fast-track programmet. De satte også stor pris på å møte helsepersonellet de kom til å møte på avdelingen. Pasientene så stor fordel i det å snakke med andre pasienter som skulle utføre sammen operasjon som dem, eller andre som tidligere hadde gjennomført den samme operasjonen. Det å få ha med familie på informasjonsmøtene var også positivt slik at de kunne informasjonen med dem i en senere anledning. Noen pasienter synes det var vanskelig å innta informasjon rett etter de hadde tatt valget om å utføre operasjonen, de opplevde at informasjonen gikk rett inn og ut igjen.</p> <p>Grad av klarhet for utskrivelse: I forhold til det å oppnå en tidlig utskrivelse av sykehuset forteller pasientene: det var viktig at de hadde oppnådd tilstrekkelig smertelindring under innleggelsen, følte seg utvilt til mobilisering og rehabilitering og at tiden ble brukt godt i det postoperative forløpet.</p>	<p>Studien har relevans for vår bachelor med tanke på at den tar for seg hvilken betydning den preoperative informasjonen har for kne- og hofteprotese pasienter.</p> <p>Funnene i forhold til "betydningen av informasjon" har hatt stor relevans for vår oppgave, ettersom det trekkes frem hvilke faktorer i forhold til informasjon som er viktig for denne pasientgruppen. Vi har valgt å ikke bruke funnene under kategoriene "håndtere smerte" og "grad av klarhet for utskrivelse" ettersom disse ikke svarer på vår problemstilling.</p>