



Høgskulen på Vestlandet

Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKHB3001

Predefinert informasjon

Startdato:	25-02-2019 09:00	Termin:	2019 VÅR
Slutt dato:	25-04-2019 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F + Bestått)
Eksamensform:	Sykepleie, forskning og fagutvikling, Bacheloroppgave		
SIS-kode:	203 SYKHB30011 PRO1 2018 HØST Haugesund		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 18

Informasjon fra deltaker

Tittel *: Relasjonens betydning i forsert kirurgi

Antall ord *: 7803

Engelsk tittel *: The importance of nurse-patient relation in fast-track surgery

Egenerklæring *: Ja **Inneholder besvarelsen Nei**
konfidensiell materiale?:

Jeg bekrefter at jeg har Ja
registrert oppgavetittelen
på norsk og engelsk i
StudentWeb og vet at
denne vil stå på
vitnemålet mitt *:

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Relasjonens betydning i forsert kirurgi

The importance of nurse-patient

relation in fast-track surgery

Kandidatnummer 18.

Bachelor i sykepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

Campus Haugesund

Innlevering 25.04.19 kl 14.00

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle

kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

ABSTRAKT

Mål. Å utforske funn fra ulike studier for å øke kunnskap og innsikt rundt pasienters opplevelse av relasjon med sykepleier i et forsert kirurgisk forløp.

Bakgrunn. I løpet av utdanningen møtte jeg i kirurgisk praksis et gap mellom mine forventninger og avdelingens rutiner, da sykepleien på den kirurgiske avdelingen ikke hadde like mye fokus på relasjonsbygging som jeg har erfart i praksis andre steder i helsetjenesten. Dette førte til at jeg ønsket å undersøke nærmere hvilken betydning det får for pasientenes opplevelse av omsorg i et forsert kirurgisk forløp.

Design. Studien er et litteratursøk.

Metode. Et litteratursøk ble utført i databaser (Swemed, CINAHL and Pubmed) etter studier publisert i årene 2009-2019. De utvalgte studiene ble kritisk vurdert ved bruk av kunnskaper fra Dalland & Tygstad (2012).

Resultater. Seks studier ble inkludert. I arbeidet med analysen ble artiklene systematisk delt inn i temaer. Tre temaer ble utviklet i arbeidet: Individuelt tilpasset informasjon, relasjonens betydning og hvordan møte pasientens behov?

Konklusjon. Pasienter i forsert kirurgisk forløp rapporterte behov for mer individualisert informasjon og mer en-til-en kontakt med sykepleiere. Funnene tyder på at det burde utføres systematisk kartlegging av pasientenes health literacy nivå for å være i posisjon til å møte behovet for individuell omsorg. Temaet trenger mer forskning, men funnene viser at pasienter ikke får nok individuelt tilpasset omsorg i forsert kirurgi. Den perioperative dialogen kan være et verktøy å bruke for å fremme relasjonsbygging mellom sykepleiere og pasienter.

Nøkkelord. Forsert kirurgi, hoft- og kneleddsprotese kirurgi, health literacy, perioperativ dialog, pasienterfaring

ABSTRACT

Aim and objectives. To explore findings from various studies to gain further knowledge regarding patients' experiences on nurse-patient relation in fast-track perioperative care.

Background. In the course of nursing studies, I came across a gap between my expectations for focus on relationship building between nurses and patients in the surgical practice. In my experience, the patients did not get as much of an opportunity to establish this relationship in the surgical ward, as they do in other parts of the healthcare system. I found that I wanted to do a research in how this affected the patients' experience of the partition in fast-track surgery.

Design. The study is a literature review.

Method. A literature search of databases (Swemed, CINAHL and Pubmed) were made, for studies published between 2009-2019. The chosen studies were critically evaluated using knowledge gained from Dalland & Tygstad (2012).

Results. Six studies were included. Upon analysis, the articles were systematically themed. The three themes that emerged were: *individually adapted information, the meaning of relationship and how to meet the patients' needs?*

Conclusion. Patients in fast-track surgery reports the need for more individualized information and more one-to-one contact with nurses. The findings suggest that the patient's health literacy needs to be screened more systematically to be able to meet the needs for individualized care. The subject needs more research, but the findings show that patients are in a lack of individualised care in the fast-track programme. The perioperative dialogue may serve as a way of meeting the need for closer nurse-patient relationship.

Keywords. Fast-track surgery, hip and knee arthroplasty, health literacy, perioperative dialogue, patients' experience

INNHALDSFORTEGNELSE

1	Introduksjon.....	5
1.1	Bakgrunn for valg av tema	5
1.2	Presentasjon av problemstilling.....	5
1.3	Avgrensning og presisering av problemstillingen	6
2	Teori.....	7
2.1	Forsert kirurgi	7
2.2	Health literacy.....	8
2.3	Kirurgi som en menneskelig erfaring	10
2.3.1	<i>Etableringen av et menneske-til-menneske-forhold</i>	10
2.3.2	<i>Den terapeutiske relasjonen</i>	10
2.3.3	<i>Den kirurgiske pasienten</i>	12
3	Metode	14
3.1	Litteraturstudie.....	14
3.2	Vurdering og utvelgelse.....	15
3.3	Litteratursøk.....	16
3.4	Kildekritikk.....	18
4	Presentasjon av artiklene	20
4.1	Funn	20
4.1.1	<i>Høvik, Aglen & Husby (2017)</i>	20
4.1.2	<i>Pulkkinen, Junttila & Lindwall (2015)</i>	20
4.1.3	<i>Sibbern, Sellevold, Steindal, Dale, Watson & Dihle (2016)</i>	21
4.1.4	<i>Sjøveian & Leegaard (2017)</i>	22
4.1.5	<i>Specht, Andersen & Pedersen (2016)</i>	23
4.1.6	<i>Specht, Agerskov, Andersen, Jester & Pedersen (2018)</i>	23
5	Drøfting	25

5.1	Individuelt tilpasset informasjon	25
5.2	Relasjonens betydning	26
5.3	Hvordan møte pasientens behov?	28
6	Konklusjon.....	31
7	Referanser.....	32

Figur 1. Fast-track prinsippet (Etter Rud & Kehlet 2004, referert til i Holm & Kummeneje, 2011).....	8
Tabell 1. PICO-skjema for problemstillingen. (Etter Thidemann, 2017)	6
Tabell 2. Vurderingskriterier for relevans i artiklene.....	16
Tabell 3. Vurderingsoversikt for artikkelen til Høvik et al. 2017	20
Tabell 4. Vurderingsoversikt for artikkelen til Pulkkinen et al. 2015.....	21
Tabell 5. Vurderingsoversikt for artikkelen til Sibbern et al. 2016.....	22
Tabell 6. Vurderingsoversikt for artikkelen til Sjøveian & Leegaard, 2017	22
Tabell 7. Vurderingsoversikt for artikkelen til Specht et al. 2016	23
Tabell 8. Vurderingsoversikt for artikkelen til Specht et al. 2018	24

1 INTRODUKSJON

1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA

Denne bacheloroppgaven er en mulighet til å fordype seg i et selvvalgt interesseområde. I praksis ved kirurgisk sengepost opplevde jeg en knapphet på tid til å skape kontakt og relasjon med pasientene. Den kirurgiske avdelingen følger en modell for forsert kirurgi, og antall liggedøgn er normert til gjennomsnittlig fire. Samtidig opplevde jeg at fire døgn opphold på huset og store mengder av informasjon som skal videreformidles utgjør en utfordring for sykepleieren å klare og skape relasjon og dialog tilpasset pasientenes behov.

Denne praksisplassen vurderes som en høyt aktuell arbeidsplass i fremtiden da perioperativ sykepleie er av stor interesse. Jeg har også merket et behov for mer kunnskap om faget. Formålet med denne studien er derfor å undersøke i om denne pasientgruppen kan ha positive effekter av økt fokus på relasjonsbygging og dialog med sykepleiere i et forsert kirurgisk forløp. Det tas sikte på å belyse temaet gjennom begrepet health literacy og omsorgsteori.

I høyst aktuell faglitteratur innen perioperativ sykepleie presiserer forfatterne allerede i sine forord at nettopp den korte liggetiden fører med seg utfordringer for pasientene. Forskning tyder på at pasienter opplever at personalet i et forsert kirurgisk forløp blir så opptatt av nettopp forløpet, at de ikke ser på pasientene som enkeltindivid. Pasientene ender dermed opp «overkjørt» (Norlyk referert til i Holm & Kummeneje, 2011, s. 5). Nettopp dette er det jeg ønsker å undersøke i denne oppgaven. Hvordan oppleves dette for pasientene? Hvordan kan man som sykepleier legge bedre opp til å møte pasientenes behov for å bli sett på som enkeltindivider?

1.2 PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLING

Hvordan påvirker relasjonen til sykepleiere pasientenes opplevelse av et forsert kirurgisk forløp? Betydningen av sykepleier-pasient relasjon i det forserte kirurgiske forløpet – en litteraturstudie basert på pasienterfaringer rundt hofte- og kneleddsprotese kirurgi.

Holm og Kummeneje (2011, s. 36) presiserer at det bør utføres en psykososial vurdering av pasientene preoperativt, for å få kunnskap om pasientens angstnivå, mestringsevne og nettverk. Kan det tenkes at relasjon til sykepleier i seg selv kan påvirke disse faktorene?

Tabell 1. PICO-skjema for problemstillingen. (Etter Thidemann, 2017)

Pasient/problem	Intervensjon	Alternativer/sammenligning	Resultater
Pasienter som får utført kne- og/eller hoftededdsprotese kirurgi gjennom et forsert kirurgisk forløp	Kartlegging av health literacy, fokus på relasjonsbygging, bruk av perioperativ dialog	Ingen strukturert eller iverksatt modell for relasjonsbygging og dialog, ingen direkte hensyn til health literacy. Tradisjonell sykepleie, basert på grunnkunnskaper fra sykepleierutdanningen	Muligheten for økt opplevelse av individuelt rettet omsorg, positiv effekt av perioperativ dialog, positiv effekt av god relasjon

1.3 AVGRENSNING OG PRESISERING AV PROBLEMSTILLINGEN

Problemstillingen representerer en utfordring i et pasientperspektiv. Det skal i oppgaven skilles sterkt mellom helsepersonellens perspektiv og pasientperspektivet. Hensikten med denne studien er å undersøke pasienters opplevde effekt av perioperativ relasjonsbygging og dialog, eller mangler på dette. Resultatet av undersøkelsen kan bli bidragsgivende i praksis, da den fronter et økt fokus på relasjonsbygging mellom sykepleier og pasient.

I oppgaven vil det bli brukt begrepet forsert kirurgi, til tross for at litteraturen har variert bruk av begreper. Oppgaven er skrevet i en IMRAD-struktur, der Introduksjon, Metode, Resultater og Diskusjon/drøfting er hovedoppdelingen.

2 TEORI

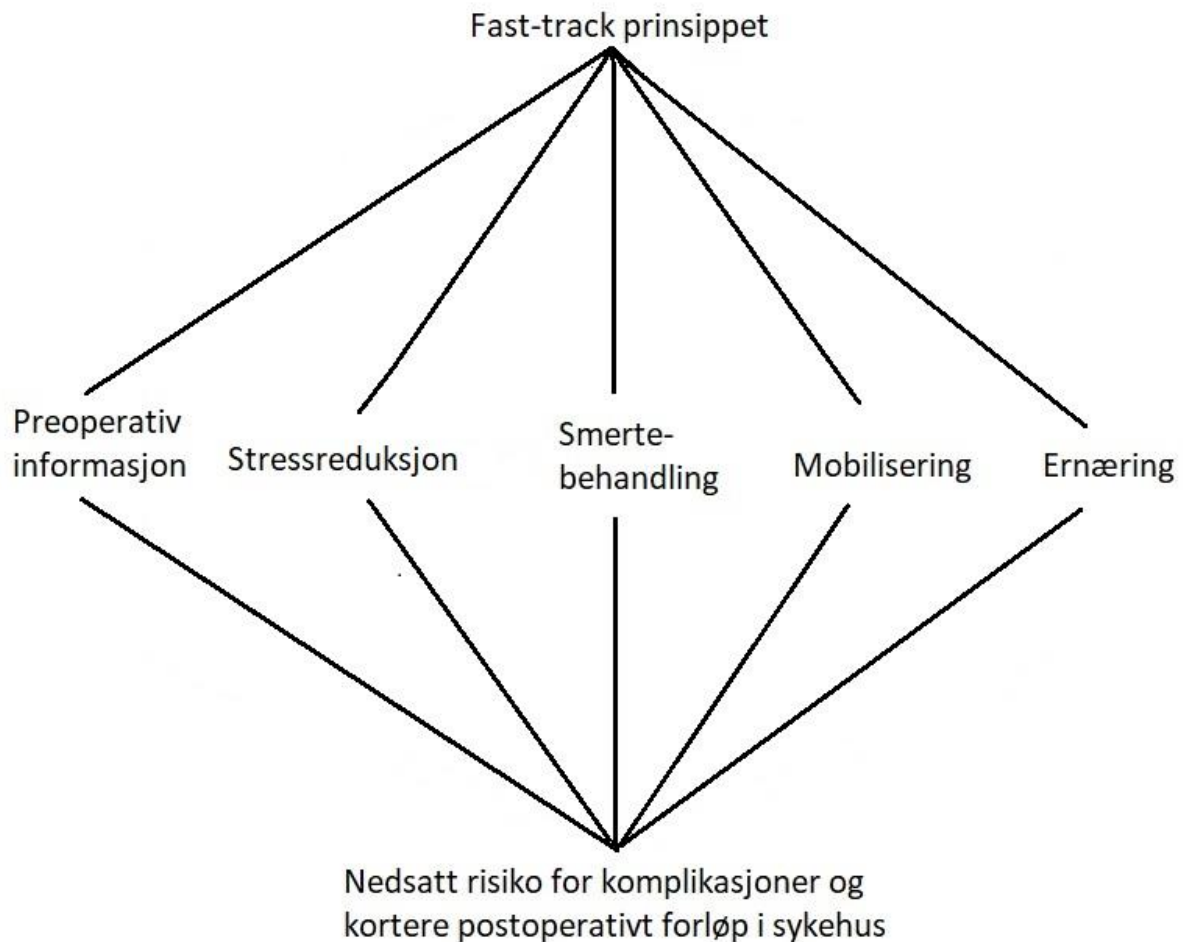
I denne studien er det brukt ulike kunnskapskilder for å bygge et teoretisk grunnlag for drøfting av problemstillingen. Teorien brukt i oppgaven vil ha som formål å føre oppgaven frem til mulige svar på problemstillingen, og videre utforske alternative anvendelser av en modell for å møte behovet for relasjonsbygging og dialog.

Det er brukt erfaringsbasert kunnskap som mye av hovedvekten bak valg av tema. Videre er det brukt retningslinjer, lovverk, relevant faglitteratur og forskning for å danne fundament for drøftingen. I hovedvekt er det brukt Joyce Travelbees bok om mellommenneskelige forhold i sykepleie, Eide & Eides bok om kommunikasjon i relasjoner og Holm og Kummenejes bok om pre- og postoperativ sykepleie. Tidligere relevant pensumlitteratur er også tatt med i arbeidet med studien. Health literacy skal brukes som et perspektiv i oppgaven. Det skal også vurderes om kartlegging av health literacy kan være en potensiell måte å møte pasientenes behov for individuell omsorg.

Dagens teknologi gjør det mulig å utføre inngrep med mer komplekse prosedyrer. Det tas i bruk stadig nytt utstyr og nye teknikker, og det opplyses om bedre resultater av nye perioperative legemidler (Holm & Kummeneje, 2011, s. 14). Det tas mer og mer sikte på å bruke kostnadseffektive modeller, og innen kirurgi - spesielt ortopedi, er forsert kirurgi som behandlingsmodell i økende bruk.

2.1 FORSERT KIRURGI

Det er utarbeidet flere lignende behandlingsmodeller for forsert kirurgi, som betegnes noe ulikt, fast-track kirurgi, rapid recovery, eller ERAS. Fast-track kirurgi er et standardisert program for kirurgi utviklet av en dansk kirurg, Henrik Kehlet, som innebærer at man innfører kunnskapsbaserte rutiner gjennom hele pasientforløpet. Fast-track ble innført allerede i 2002, og har etter dette blitt en standard for kirurgiske forløp rundt hofte- og kneleddsproteser i Danmark (Specht, Andersen, Kehlet, & Pedersen, 2015, s. 125). Denne metoden blir stadig mer brukt i resten av de nordiske landene også. Modellen tar sikte på å optimalisere behandlingen, korte ned på rekonvalesenstid og gi raskere gjenvinning av normal funksjon etter operasjon. De viktigste prinsippene i pasientbehandlingen er informasjon, redusert kirurgisk stress, smertebehandling, mobilisering og ernæring (Holm & Kummeneje, 2011, s. 14).



Figur 1. Fast-track prinsippet (Etter Rud & Kehlet 2004, referert til i Holm & Kummeneje, 2011)

Holm & Kummeneje (2011, s. 14) påpeker at pasientenes opplevelse av maktesløshet, angst og utrygghet kan reduseres ved implementering av kunnskapsbaserte rutiner i behandlingsforløpet. Sykepleierens rolle er gjennomgående i modellen, og modellen legger opp til at sykepleierens rutiner standardiseres og optimaliseres, så vel som selve det kirurgiske inngrepet. Behandlingsopplegget brukes for å oppnå optimal behandling av pasientene, og fører til at pasientene gjenvinner normale funksjoner raskere.

2.2 HEALTH LITERACY

Slettebø (2014, s. 92) forklarer at å vurdere pasienters evne og mulighet til å foreta autonome valg, som er en lovfestet rettighet og prinsipp, også innebærer å vurdere pasientens valgkompetanse. For å kunne ta et autonomt valg vedrørende egen helse, er det nødvendig å inneha evnen til å uttrykke ønsker som er stabile, evne til å forstå hva valgene innebærer og det å ha evne til å bearbeide informasjon. Disse faktorene inngår i begrepet *health literacy*. En

studie fra Australia beskriver health literacy som evnen til å få tilgang til og forstå helseinformasjon, samt evne, ferdigheter og kapasitet til å forholde seg til helseinformasjon for videre å kunne gjøre helsefremmende valg (Nutbeam, 2000). Health literacy ses også på som et sett personlige ferdigheter som er avgjørende for et menneskes evne til å forholde seg til helseinformasjon og videre bruke denne informasjonen til å ta helserelaterte beslutninger (Finbråten, 2018, s. 86). McDonald & Shenkman (2018, s. 1) presiserer viktigheten av å ta hensyn til en pasients health literacy, gjennom å forklare følgene av å ha lavt nivå av health literacy. Studien setter lys på at en pasient med lavt health literacy nivå vil kunne ha vansker med å lese resepter, medikamentetiketter, undervisningsmateriale for pasienter, medisinske skjema, henvisninger og utskrivningsdokumenter. Videre påpeker studien at health literacy nivået til hvert individ er avgjørende for å kunne ta kontroll over og håndtere egen helse. Det fremheves også at det å ha lavt nivå av health literacy ses i sammenheng med reinleggelse og dårlige utfall av behandlingen til pasientene.

For å svare på problemstillingen, har jeg i tillegg hentet ut noen punkter fra spesielt pasientrettighetsloven §3 (1999). Denne delen av loven gir klare føringer på at pasienter har rett på informasjon tilpasset egne individuelle forutsetninger. Loven presiserer i §3, at pasienter blant annet har rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige tjenesteformer, undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal i tillegg tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon (Pasientrettighetsloven, 1999). Dette fører spørsmålet videre til om det finnes rutiner for kartlegging eller vurdering av pasienters health literacy-nivå, og om hensyn blir tatt i den grad det burde. Loven presiserer også at pasientene har rett på å bli informert på hensynsfulle måter (Pasientrettighetsloven, 1999). Det trekker linjer til behovet for relasjonsbygging og optimale forhold for dialog med pasientene.

Sykepleierforbundets yrkesetiske retningslinjer, punkt 2.3, presiserer viktigheten av å yte helhetlig omsorg til pasientene. Retningslinjenes punkt 2.4 gir i tillegg et klart bilde av at informasjon bør tilpasses pasientene. Det forklares at sykepleieren bør fremme pasientenes muligheter til å ta selvstendige avgjørelser, ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått (Norsk sykepleierforbund, 2016).

2.3 KIRURGI SOM EN MENNESKELIG ERFARING

2.3.1 Etableringen av et menneske-til-menneske-forhold

For å oppnå reell kontakt mellom sykepleier og pasient, påpeker Travelbee (2017, s. 171) blant annet at individene i relasjonen må oppleve den andre som et menneske først og fremst. I relasjonen forholder sykepleier og pasient seg til hverandre som unike menneskelige individer, og fasadene i pleier- eller sykerollen må overskrides. Videre viser Travelbee (2017, ss. 186-187) til at en pasients opplevelse av et godt førsteinntrykk av sykepleier, gjerne beror seg på en oppfyllelse av behovet for anerkjennelse som et unikt menneskelig individ.

Travelbee (2017, s. 172) belyser videre at det er fire faser en slik relasjon etableres gjennom: Det innledende møtet, fremvekst av identiteter, empati og sympati og medfølelse. Disse fire fasene resulterer i gjensidig forståelse og kontakt. Det er også poengtert flere ganger i Travelbees bok at ansvaret for dannelse og opprettholdelse av denne relasjonen og kontakten hviler hos sykepleier, ikke pasient (Travelbee, 2017).

I egen praksis ved kirurgisk sengepost opplevde jeg at hver pasient hadde egne måter å håndtere preoperativt stress på. Noen gjorde seg travle med å få gjort unna kontorarbeid gjennom pc og telefon, andre virket til å bruke tiden på å gruble og fundere. Etter min opplevelse, var det like mange ulike reaksjoner som det var pasienter. Det fremsto for meg som et tegn på at det var behov for individuelt rettet relasjonsbygging og dialog. Dette finner jeg også støtte i fra Travelbee (2017, s. 190), hvis ytringer kan forstås slik at ulikheten i opplevelser og identiteter er vesentlige faktorer man må ta hensyn til i prosessen mot forståelse av pasienter.

Travelbee (2017, ss. 182-183) setter videre lys på at individualisert sykepleie aldri kan skje uten at sykepleier på forhånd har kjennskap og kunnskap rundt pasientene som individer. På en kirurgisk sengepost kan det oppstå behov for uplanlagt veiledning og samtale med engstelige pasienter. Slike behov oppdages kun ved at sykepleier bruker faglig skjønn, kunnskap og kjennskap til pasienten sammen med forståelsen av de atferdsmessige følgene av angst. Sykepleieren må kjenne pasienten for å kunne identifisere pasientens uttrykk for angst.

2.3.2 Den terapeutiske relasjonen

For å på best mulig måte kunne klare å svare på relasjonens betydning i pasientens operasjonsforløp, må man også svare på hvordan relasjon oppstår og virker i forholdet

mellom sykepleier og pasient. Hvilken rolle det relasjonelle spiller, er avhengig av hvordan og i hvilken grad sykepleieren bruker relasjonen som et verktøy. For å finne ut om relasjon er en avgjørende faktor for behovsmøting i et pasientforløp, bør man først utforske hvordan man utøver god relasjonsbygging.

Relasjon kan forklares som en sammenheng mellom to mennesker, som den forbindelsen som skjer når to mennesker møtes, som det forholdet som eksisterer mellom to mennesker, som en samhörighet (Aubert, 2019).

Ifølge Kari Martinsens omsorgsteori kan det forstås slik at all omsorg som sykepleiere skal yte ovenfor sine pasienter, handler om relasjonen mellom de to (Nortvedt, 2014, s. 54).

Heyn (2018, s. 19) forklarer etableringen av relasjon som avgjørende for å kunne ha en effektiv kommunikasjon mellom sykepleier og pasient. Det påpekes at det er sykepleierens ansvar å etablere denne relasjonen fordi det er sykepleieren som er den profesjonelle parten. Sykepleieren må videre anerkjenne at det er grunnleggende asymmetri i forholdet mellom pleier og pasient, og at pleier har innflytelse og innsikt ovenfor pasientens liv fra første møte.

Ved etablering av relasjon med pasienter, er man som sykepleier avhengig av en grunnleggende tillit, der pasienten klarer å overlate noe av sin egen makt til helsepersonell som videre skal ta riktige avgjørelser. For å legge forholdene til rette for relasjonsbygging og god helseveiledning, er det avgjørende at sykepleieren forsøker å utjevne asymmetrien og maktposisjonen i forholdet til pasienten. Det er da essensielt å anerkjenne at man som sykepleier ikke vet noe om hvordan hver enkelt pasient opplever sin situasjon. Man kjenner ikke pasientens egne verdier eller mestringsevner, og heller ikke hvordan kunnskaper blir brukt i individets livssituasjon (Heyn, 2018, s. 19).

Nortvedt (2014, s. 54) forklarer Martinsens teorier som relasjon og moral satt i praksis. Martinsen fremmer et perspektiv som vektlegger at relasjonen mellom sykepleier og pasient utgjør grunnlaget for all moralsk handling og ansvar i sykepleie. Videre forklares det at sykepleieren har et spesielt ansvar for å orientere seg rundt pasientenes subjektive opplevelse av sykdom og helseplager. Det legges også vekt på sykepleierens ansvar for å danne seg en forståelse for denne opplevelsen. Videre presiseres det at det bør skilles mellom pasientenes faktiske helseproblemer eller sykdomstilstand, og pasientenes *opplevelse* av situasjonen.

Denne subjektive opplevelsen av sykdom og plager kan videre linkes sammen med pasientenes health literacy. Opplevelsen av smerte kan være avhengig av hvor mye pasienten har forstått av årsakene til smerten, og hvordan smerten kan lindres.

Travelbee (2017, s. 184) påpeker at for at korrekt sykepleie skal utøves i relasjon mellom sykepleier-pasient, må det nyttes både en disiplinert intellektuell tilnæringsmåte og evnen til å bruke seg selv terapeutisk.

Håkonsen (2006, s. 95) forklarer de ulike grunnleggende trekkene ved kommunikasjon i den terapeutiske relasjonen. Oppmerksomhet og det å orientere seg rundt den andre personen i relasjonen, fremstår som første prioritet. Det påpekes videre at sykepleierens bruk av lytting gjør det mulig at pasientens budskap i kommunikasjonen blir fanget opp og forstått. Empati utgjør en avgjørende faktor for å la pasienten få en opplevelse av å føle seg forstått. For at pasientens indre og ytre emosjonelle virksomhet skal bli avdekket er sykepleiers evne til å finne frem til og utforske pasientens opplevde situasjon nødvendig.

2.3.3 Den kirurgiske pasienten

Joyce Travelbee (2017, s. 262) presenterer to grunnleggende behov hos pasienter som skal undergå kirurgiske inngrep. Behovet for informasjon og behovet for sikkerhet eller trygghet. Mangel på adekvat informasjon i forkant av et inngrep, vil ofte føre til at pasientens fantasi fyller dette gapet. Feilaktige forestillinger om inngrepet vil videre kunne ha konsekvenser som spilles ut i frykt og angst når pasientens inngrep realiseres. Travelbee påpeker også at til tross for tilstrekkelig informasjon, vil angst likevel kunne melde seg. Informasjonen er avgjørende for at pasienten skal kunne oppleve en aksept av sin situasjon. Forståelse av årsakene til inngrepet, sannsynlig resultat og overlevelsesmuligheter ved operasjonen, kan motvirke utvikling av preoperativ angst.

Behovet for sikkerhet og trygghet er nært knyttet til behovet for informasjon. Pasienten har behov for å vite at han skal overleve inngrepet, at han får god og kyndig pleie og ikke blir overlatt til seg selv i kritiske situasjoner. Dette behovet dekkes gjennom følelsesmessig støtte og beroligelse. Samtidig argumenterer Travelbee (2017, s. 272) for at informasjonen som blir gitt til pasientene preoperativt, ofte har som hensikt å fremme samarbeid, ikke nødvendigvis å dempe angst.

Travelbee forklarer videre at en ren informasjonsformidling ikke er tilstrekkelig, men at pasienten trenger å oppleve at sykepleieren er interessert i hans velvære og i pasienten som

individ. Dessuten forklarer Travelbee (2017, s. 273) at en av de viktigste målene for sykepleien, bør være å finne frem til behov for informasjon eller problemer eller hull i pasientens kunnskaper. Det å fastslå hva pasienten selv vil vite før en operasjon, hva han vet, vurdering av angstnivå og hva pasienten føler i forbindelse med inngrepet, kan sies å være de viktigste målene for preoperativ sykepleie.

3 METODE

Metode beskrives som den handlingen det er å følge en bestemt vei mot et mål. I sykepleieforskning anvendes metoder som et middel for å finne frem relevant og pålitelig informasjon. Metoden brukes for å finne frem til informasjon om den virkeligheten som skal undersøkes. Den gir retning for hvordan informasjonen skal analyseres, og driver frem resultatene og konsekvensene av forskningen (Christoffersen, Johannessen, Tufte, & Utne, 2015, s. 18).

Man kan også forklare metode som en systematisk fremgangsmåte for å samle inn informasjon og kunnskap for å belyse en problemstilling (Thidemann, 2017, s. 76). En mye brukt definisjon på metode er utarbeidet av sosiologen Vilhelm Aubert, gjengitt av Dalland (2012, s. 111): Metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder.

Av dette fremkommer at metoden er selve redskapet i møtet med temaet man ønsker å undersøke. Metode kan sies å være en planlagt og systematisk måte å gjennomføre innhenting av data på. Ulike metoder gir ulike tilnærminger som kan gi gode, relevante data og belyse problemstillingen på en faglig interessant måte (Dalland, 2012, s. 112).

3.1 LITTERATURSTUDIE

Oppgaven er skrevet med metoden litteraturstudie, og det er utført et grundig litteratursøk i ulike databaser på nett. Det er brukt relevante søkeord, som er valgt ut fra det aktuelle temaet for oppgaven.

I oppgaven vil det bli brukt data fra både kvalitative og kvantitative studier, da de ulike forskningsmetodene gir ulike dybder på svarene som ønskes. Det er ifølge Thidemann (2017, s. 97) problematisk å foreta en sammenstilling av både kvalitative og kvantitative studier da de presenterer resultater på ulike måter. Thidemann presiserer derimot også at å utelate studier fordi de ikke er av samme metode, vil kunne svekke studien og de ulike studiene kan brukes i ulike deler av oppgaven slik at man unngår å sammenligne dem (2017, s. 98).

En litteraturstudie systematiserer og sammenfatter kunnskap fra skriftlige kilder (Thidemann, 2017, ss. 79-80). Denne metoden bidrar til innsikt i allerede eksisterende viten innen et bestemt fagområde. Hensikten med en litteraturstudie forklares å være å gi leseren en

SYKHB3001, Kandidatnr.18, 25.04.19

oppdatert forståelse av det kunnskapsområdet som problemstillingen spør etter og hvordan man har kommet frem til kunnskapen. Litteraturen som benyttes skal ikke være tilfeldig valgt ut, men et resultat av planlagte og hensiktsmessige søk. Det skal stå tydelig frem hvorfor valgt litteratur er plukket ut, og hvordan utvalget er gjort (Dalland & Tygstad, 2012, s. 67).

De ulike trinnene i en litteraturstudie er utformet etter inspirasjon fra Thidemann (2017, s. 80) og gjengitt i det følgende. Først og fremst utarbeides en problemstilling som arbeidsutgangspunkt. Deretter forberedes et systematisk søk, ved å operasjonalisere problemstillingen, utarbeide kriterier og velge databaser. Videre utføres selve søket, kvaliteten på artiklene vurderes og relevante artikler velges ut. Dernest foretas selve analysen, tolkningen og sammenfatningen av resultatene. Avslutningsvis skapes det en konklusjon som en oppsummering av sammenfatningen.

3.2 VURDERING OG UTVELGELSE

I denne litteraturstudien har jeg lagt vekt på å finne artikler som til sammen dekker hele det perioperative forløpet. Forskningen som presenteres skal ikke skille mellom menn og kvinner og videre rette seg mot en pasientgruppe med voksne over 18 år. Forskningen skal være rettet mot kirurgi, spesifikt kne- eller hoftededdsprotese kirurgi, og en del av et forsert kirurgisk forløp. Forskningen skal videre utforske pasienterfaringer, ikke sykepleiers rolle, opplevelse eller ansvar. Disse faktorene vil være essensielle deler av de studiene som skal inkluderes i oppgaven. Forskningens fokus bør videre rettes mot elektiv kirurgi, derfor vil akuttkirurgi eller kirurgi på grunnlag av brudd og traume utelukkes. I arbeidet med litteraturstudien, har jeg anvendt deler av sjekklisten som er beskrevet i Christoffersen et al. (2015, s. 63) for kvalitetsvurdering av artiklene jeg har funnet. Denne sjekklisten fremhever noen kritiske spørsmål som man kan spørre seg i vurderingen av en artikkel. De spørsmålene jeg har anvendt er:

- Er formålet med studien tydelig?
- Er det tilfredsstillende beskrevet hvordan og hvorfor utvalget ble valgt?
- Ble det redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket tolkningen av data?
- Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført?
- Er tolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?
- Er det blitt gjort forsøk på å underbygge data?
- Er etiske forhold vurdert?

- Kommer det frem hva som er hovedfunnene i undersøkelsen?
- Hvor nyttige er funnene for denne undersøkelsen?

De valgte artiklene vurderes som svært relevante for valgte tema. De møter oppgavens krav om kontekst og treffer godt kriteriene for inkludering.

Tabell 2. Vurderingskriterier for relevans i artiklene.

	Nordisk eller Engelsk språklig	Elektiv kirurgi, Hofte/kneledd protese	Voksne >18 år Både menn og kvinner	Forsert kirurgisk forløp	Pasientperspektiv	Fagfelle-vurdert	<10 år gammel
Høvik et al. 2018	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Pulkkinen et al. 2015	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Sibbern et al. 2016	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Sjøveian & Leegaard. 2017	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Specht et al. 2016	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Specht et al. 2018	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja

3.3 LITTERATURSØK

I begynnelsen var søkene lite spesifikke, og man var mest på jakt etter gode søkeord. Det ble også supplert og samført med Google scholar og høyskolens Oria, for å utvide søket etter søkeord, en slags brainstorming på nett. Søket utviklet seg videre til å etterlyse artikler med søkeordene som følger. *Health communication, surgery, perioperative dialogue, patient satisfaction, patient education, person-centred care, therapeutic relationship, fast-track*

surgery, ERAS, forsert kirurgi, accelererede operationsforløb, perioperative nursing, orthopaedic patients, hip and knee arthroplasty/replacement. Valget av databaser det ble søkt i, grunner i hovedsak fra anbefalinger av forelesere ved høyskolen. De brukte databasene blir også anbefalt i høyskolepensum (Christoffersen, Johannessen, Tufte, & Utne, 2015, s. 64). Databasene gir tilstrekkelig informasjon om artiklene, som hvorvidt artiklene er fagfellevurdert, underkategorier, et beskrivende abstrakt med mer. Databasene er også lett tilgjengelig via Hvl.no sine fagressurssider for studenter. De tre databasene det ble søkt mest i var CINAHL, Swemed og Pubmed. Søkene ble begrenset med at treffene ikke skulle være eldre enn 10 år, men det de nyeste artiklene ble prioritert, og det optimale var artikler yngre enn 5 år. Videre var det avgjørende om artiklene var fagfellevurderte. De artiklene som ble valgt ut, var enten Norske, eller fra land med et helsevesen og en sykehusorganisering som kan sammenlignes med Norske. Det ble videre lagt vekt på at den kvalitative forskningen, som kunne utfordre pasientenes rett på taushetsplikt og anonymitet i slik forskning, var godkjent i etiske komiteer.

Artikkelen til Høvik et al. 2017 ble funnet gjennom søk i CINAHL med søkeordene *fast-track, arthroplasty og patient experience*. Artikkelen kom opp som treff nummer to av totalt 14 treff. Artikkelen traff godt med underkategorier og mesh-terms, var yngre enn 5 år og fagfellevurdert.

Det ble videre søkt i CINAHL med søkeordene *perioperative dialogue*. Som treff nummer to dukket artikkelen til Pulkkinen et al. 2015 opp. Søknet gav totalt 47 treff, og ble sortert etter dato. Det ble så kontrollert at artikkelen var fagfellevurdert og relevansen i de ulike underkategoriene til artikkelen ble kontrollert opp mot relevans til temaet i oppgaven. Ulike underkategorier som var listet opp var blant annet communication, nurse-patient relations, perioperative care og nursing care.

Artikkelen til Sjøveian & Leegaard (2017) ble funnet i CINAHL, men ble også referert til i mange av artiklene som ble vurdert i gjennomgangsarbeidet for oppgaven, så interessen var allerede skapt. Søkeordene var som følger: *hip and knee replacement OR arthroplasty, patient experience, fast-track*. Søknet gav 14 treff, og artikkelen som ble valgt kom som treff nummer 6. Blant de øvrige artiklene ble noen ekskludert på grunn av manglende relevans, mens andre ble inkludert i øvrige deler av oppgaven. Søknet ble også justert til å kun finne artikler publisert i årene 2009-2019. Artikkelen ble omtalt som fagfellevurdert.

For artikkelen til Specht et al. 2016 ble det søkt i CINAHL med søkeordene *fast-track, hip and knee arthroplasty, patient experience*. Søket gav 14 treff, og flere av artiklene brukt i oppgaven. Artikkelen ble treff nummer 1. Artikkelen var fagfellevurdert og ikke eldre enn 5 år, traff godt med inkluderingskriteriene og gjennom abstraktet fant jeg at artikkelen kunne gi gode synspunkter til min problemstilling.

Den siste artikkelen til Specht et al. 2018 ble funnet ved søk i CINAHL med søkeorda *fast-track, arthroplasty og patient experience*. Artikkelen kom opp som treff nummer 3, og er en oppfølgingsstudie av den samme pasientgruppen som Specht et al. forsket på i 2016. I den nyeste artikkelen kommer forfatterne med nytt fokus og henter ut ny informasjon som supplerer den første studien godt.

3.4 KILDEKRITIKK

Metoden litteratursøk i seg selv, har egne svakheter. Å bruke et begrenset litteratursøk i motsetning til et systematisk litteratursøk, gjør at man ikke får samlet alt relevant stoff om det aktuelle temaet. Oppgavens begrensninger på antall ord og antall artikler som skal undersøkes, gjør at man kan gå glipp av det store bildet. Mengder med informasjon og kunnskap på området kan overses, kunnskaper som kunne balansert funnene. De utvalgte artiklene har ulike svakheter. Både i egen utførelse og i forbindelse til denne studien

Artikkelen til Høvik et al. (2018) brukte et lite utvalg, men vurderte det til å være tilstrekkelig. Utvalget av pasienter ble funnet på et sykehus, men på to geografisk adskilte avdelinger. Utvalget ble dessuten intervjuet gruppevis, og det kan fremme positivt fokus og ønsker om å ikke klage. Det kommer også frem i artikkelen at intervjuerne fortalte fokusgruppene på forhånd om deres egne forhåndsinnstillinger til temaet, noe som kan påvirke pasientenes innstilling.

Pulkkinen et al. (2015) sin artikkel har et tydelig formål, som er å beskrive hvordan pasienter som undergår hofte- eller kneprotesekirurgi opplevde det å få ta del av den perioperative dialogen.. Noe man bør ta med i betraktning vedrørende denne artikkelen, er at resultatene beror seg på et lite utvalg pasienter, og man kan derfor ikke trekke generelle konklusjoner.

Artikkelen til Sibbern et al. (2016) har et tydelig, men noe overordnet formål, å undersøke, tolke og sammenligne funn fra andre studier for å øke kunnskap. Studien svarer ikke på ett konkret spørsmål, men leter etter data i andre studier. Videre tar studien sikte på å finne faktorer som kan brukes for å bedre pasientomsorgen ved forsert kirurgi. Studien treffer godt i

min studie, da den utfører en lignende undersøkelse og gjennom den undersøkes mange artikler som ikke dekkes i min studie. Studiens svakheter er at den har en minimal beskrivelse av utvalg, metode og utførelsen av de ulike stegene i studien.

Sjøveian & Leegaard (2017) sin artikkel gir et godt innblikk i pasienters opplevelse av mestring i postoperativ fase. Den retter spesielt fokus mot hvilke virkemidler som ruster eller svekker pasientenes mestringsevne postoperativt, og legger vekt på individualisert og tilpasset informasjon perioperativt. Artikkelenes svakheter er at den undersøker kun ved ett sykehus, og intervjuene utført retrospektivt. Forfatterne påpeker selv at det må tas hensyn til at pasienter har en tendens til å vegre seg for å klage over smerte, spesielt i intervju med helsepersonell.

I artikkelen til Specht et al. (2016), kommer det frem at en av begrensningene i artikkelen er at undersøkelsene tok sted ved kun ett sykehus, og at rutinene på dette sykehuset har nok påvirket resultatene. Videre var det kun én av pasientene i undersøkelsen som levde alene, og det å ha ektefelle vil nok ha påvirket evnen til å klare seg etter utskrivelse. Pasientene ble heller ikke fulgt opp hele tiden de var innlagt, noe som også gir begrensninger i undersøkelsen.

Artikkelen til Specht et al. (2018) har ikke en egen vurdering av mangler og styrker i sin egen artikkel, noe som gjør det vanskelig å vurdere dette i videre bruk. Artikkelen har et tydelig formål, dog noe åpent. Utvalget er lite, med kun 8 deltakere. Det kommer frem i artikkelen at dette er en oppfølgingsstudie, med de samme pasientene som den tidligere studien fra 2016. Det studien sikter på er å undersøke hvordan pasientene opplevde de 12 første ukene etter forsert kirurgi. Relevansen til denne studien er å få et bilde av hvordan forsert kirurgisk forløp påvirker rekonvalesenstiden til pasientene, ikke bare hvordan det oppleves perioperativt.

Videre vil jeg presisere at før jeg gikk i gang med denne oppgaven, så hadde jeg ingen tidligere erfaring med å selv utføre litteratursøk. Dette kan utgjøre en egen svakheter i oppgaven, og kan ha ført til at jeg har oversett eller nedvurdert relevante artikler i utvelgelsesprosessen på grunn av manglende erfaring. Engelsk er heller ikke mitt morsmål, og noen feil kan ha forekommet i arbeidet med å oversette og forstå artiklene.

4 PRESENTASJON AV ARTIKLENE

4.1 FUNN

4.1.1 Høvik, Aglen & Husby (2017)

Den norske studien tar sikte på å undersøke hvordan pasienter som fikk total kneprotese kirurgi opplevde de 2 første ukene etter operasjonen. Funnene dreide seg rundt pasientenes pågangsmot og evne til å håndtere livet hjemme etter operasjon. Det forserte kirurgiske forløpet virket til å gjøre pasientene i stand til å ta en aktiv rolle i egenomsorg. Rollen ble forsterket av undervisning, kunnskap og forutsigbarhet på sykehuset perioperativt. Fire hovedområder ble avdekket: de fleste pasientene uttrykket glede over å kunne komme hjem og ta ansvar for sin egen rehabilitering, faktorer som var avgjørende for å oppleve trygghet etter hjemkomst, å dele opplevelsene med andre virket styrkende og pasientene opplevde å være forberedt på postoperativ smerte. Denne studien gir innsikt i hvilke konsekvenser den perioperative omsorgen har for rehabiliteringstiden etter utskrivelse.

Tabell 3. Vurderingsoversikt for artikkelen til Høvik et al. 2017

Tittel, forfatter, publiseringsår, tidsskrift, land.	Hensikt	Design og metode	Utvalg	Etisk overveielse
<i>Patient experience with early discharge after total knee arthroplasty: a focus group study.</i> Høvik, Aglen & Husby. 2017. Scandinavian Journal of Caring Studies.	Målet med studien var å utforske hvordan pasientene opplevde fast-track forløpet de 2 første ukene etter inngrepet.	Studien er av kvalitativt design.	13 pasienter delt i 3 fokusgrupper.	Studien ble godkjent av De nasjonale forskningsetiske komiteene i midt-Norge. Skriftlig samtykke ble innhentet fra pasientene.

4.1.2 Pulkkinen, Junttila & Lindwall (2015)

Studien, fra Finland, tok sikte på å beskrive hvordan pasienter som får utført hofte- eller kneleddsprotese kirurgi opplevde å ta del i pleiemodellen for perioperativ dialog. Studien brukte en kvalitativ tilnærming og fikk tilbakemeldinger fra totalt 19 pasienter. Studien brukte modellens tre faser, pre- per- og postoperativ dialog med pasienten, av en anestesisykepleier.

Data ble samlet gjennom konversasjonelle intervjuer av fire frivillige anestesisykepleiere som alle hadde dokumentert dialogen fra hver av de operative fasene. En samlet analyse av dataene identifiserte tre tema i modellen: Lidelsen i ventetiden for operasjon, kontinuitet skaper samhold og unikhet – pasienten har blitt sett. Studien mener å finne bevis for at perioperativ dialog er en ideell modell for omsorg og dekker pasientenes behov for individuell og verdig pleie i det perioperative forløpet.

Tabell 4. Vurderingsoversikt for artikkelen til Pulkkinen et al. 2015

Tittel, forfatter, publiseringsår, tidsskrift, land.	Hensikt	Design og metode	Utvalg	Etisk overveielse
<i>The perioperative dialogue – a model of caring for the patient undergoing a hip or a knee replacement surgery under spinal anaesthesia.</i> Pulkkinen, Junttila & Lindwall. 2015. Scandinavian journal of caring sciences.	Målet med studien var å beskrive hvordan pasienter som fikk utført hoft- eller kneprotese-kirurgi opplevde å være en del av den ideelle pleiemodellen <i>perioperativ dialog</i> .	Studien har kvalitativt design.	19 pasienter. Inkluderings-gruppen besto av personer i alderen 48-70 år.	Studien ble utført i henhold til retningslinjer satt av det finske rådet for forskning og integritet og ble godkjent av den etiske komitéen i departementet for kirurgi. Studien ble samført med de etiske prinsippene ved forskning i samsvar med deklarasjonen til Helsinki.

4.1.3 Sibbern, Sellevold, Steindal, Dale, Watson & Dihle (2016)

Denne studien fra Norge, analyserer pasienters personlige erfaringer med forsert kirurgi gjennom et systematisk litteratursøk og meta-analyse. Studien satte lys på fire hovedtema: Informasjonsoverføring, individuell behandling vs. standardisert pleie, balansering av plagsomme symptomer og forventninger for hurtig tilheling, og opplevelse av trygghet ved utskriving. Pasientene gav tilbakemeldinger om at de var motiverte til deltagelse i tilhelingsprosessen. Det dukket imidlertid opp utfordringer når pasientene opplevde symptomer som smerte, kvalme og svakhet. Profesjonell støtte gav en opplevelse av trygghet, som var viktig i å fremme pasientenes evne til utholdenhet i behandlingsregimet og i rehabiliteringen, og det å oppnå utskriving så tidlig som planlagt. Pasientene i det forserte kirurgiske forløpet viste seg å ha behov for mer sammenheng mellom pre- og postoperativ informasjon.

Tabell 5. Vurderingsoversikt for artikkelen til Sibbern et al. 2016

Tittel, forfatter, publiseringsår, tidsskrift, land.	Hensikt	Design og metode	Utvalg	Etisk overveielse
<i>Patients` experiences of enhanced recovery after surgery: a systematic review of qualitative studies.</i> Sibbern, Sellevold, Steindal, Dale, Watson & Dihle. 2016. Journal of Clinical Nursing.	Målet med studien var å undersøke, tolke og sammenligne funn fra kvalitative studier for å øke kunnskap vedrørende pasienters opplevelse av forsert kirurgi.	Studien er et systematisk litteratursøk og en meta-analyse.	11 studier fra England, Danmark, New Zealand, Australia, Sverige og Canada.	Ingen

4.1.4 Sjøveian & Leegaard (2017)

Studien, fra Norge, henviser til det perioperative forløpet som årsaker til noen av de inntrufne utfordringene i rehabiliteringsfasen. Studien har som mål å beskrive pasientperspektivet på smertehåndtering og rehabiliteringsprosessen de første 6 ukene etter proteseoperasjon av kne- og hofteldd. Studien viser at pasientene opplevde varierende grad av smerte de første 3-5 ukene etter utskrivelse. Gå-trening og søvn ble påvirket av smerte eller stivhet i ledd og muskler, og flere trengte hjelp fra familiemedlemmer for å klare dagliglivets aktiviteter. Flere av deltagerne påpeker et behov for mer individualisert informasjon i deres opphold på sykehuset i forbindelse med operasjonen for å kunne bedre den postoperative rehabiliteringen.

Tabell 6. Vurderingsoversikt for artikkelen til Sjøveian & Leegaard, 2017

Tittel, forfatter, publiseringsår, tidsskrift, land.	Hensikt	Design og metode	Utvalg	Etisk overveielse
<i>Hip and knee arthroplasty – patient`s experiences of pain and rehabilitation after discharge from hospital.</i> Sjøveian & Leegaard. 2017. International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing.	Målet med studien var å beskrive hvordan pasienter opplever smerte og håndterer rehabiliteringsprosessen de første 6 ukene etter utskrivelse.	Studien er av kvalitativt og beskrivende design.	12 deltagere, 3 måneder etter utskrivelse fra sykehus med utført hofte- eller kneledds-protese-kirurgi.	Studien ble godkjent av det Norske senter for forskningsdata og møter kriteriene for frivillig informert samtykke og taushetsplikt. Den Regionale Etikk komiteen evaluerte studien som et kvalitetsforbedrende prosjekt.

4.1.5 Specht, Andersen & Pedersen (2016)

Denne studien fra Danmark utforsker den levde erfaringen til pasienter i et forsert kirurgisk forløp. Spesifikt pasienter som har fått utført hofte- eller kneleddsprotese kirurgi.

Undersøkelsen dekker hele pasientforløpet, fra første møte på poliklinikken til pasienten ble skrevet ut av sykehuset postoperativt. Studien har et kvalitativt design. Tre tema ble avdekket, smertehåndtering, betydningen av informasjon og hvor klar pasientene var for utskriving.

Studien setter lys på viktigheten av hvordan smertehåndtering og det å få korrekt informasjon og støtte for å kunne ha tro på fast-track programmet, virker på hvor utskrivningsklare pasientene er.

Tabell 7. Vurderingsoversikt for artikkelen til Specht et al. 2016

Tittel, forfatter, publiseringsår, tidsskrift, land.	Hensikt	Design og metode	Utvalg	Etisk overveielse
<i>Patient experience in fast-track hip and knee arthroplasty – a qualitative study.</i> Specht, Andersen & Pedersen. 2016. Journal of Clinical Nursing.	Målet med studien var å utforske erfaringene til pasienter som har undergått hofte- eller kneleddsprotese-operasjon i et fast-track forløp.	Studien går ut fra en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming, og er av kvalitativt design.	8 pasienter, i alderen 42-82, som hadde fått hofte- eller kneleddsprotese-kirurgi i årene 2013-2014.	Studien ble godkjent av det Danske databeskyttelsesbyrå. Ifølge Dansk lov var det ikke nødvendig med formell godkjenning ved den Regionale Ethiske komité.

4.1.6 Specht, Agerskov, Andersen, Jester & Pedersen (2018)

Denne studien er en oppfølger til Specht et al. sin studie fra 2016. Den intervjuer de samme pasientene for å utforske videre hvordan forløpet gikk de 12 første ukene etter operasjonen. Tre tema dukket opp: Det å forholde seg til overgangen mellom sykehuset og hjemmet, smerte og selvmedisinering og utfordringer i rehabiliteringen. Pasientene rapporterte tilfredshet med å bli utskrevet etter 1 til 2 dager på sykehuset. De fortalte også om manglende inkludering i utskrivelsesplanleggingen. Det kom frem opplevelser av usikkerhet og å bli forlatt til seg selv etter utskriving, noe som kunne påvirke smertebehandlingen hjemme. Studien påpeker behovet for å utvikle et samarbeid med hver individuell pasient når det

gjelder postoperativ utskrivelsesplan og rehabilitering, dette for å møte deres individuelle behov, preferanser og motivasjonsfaktorer.

Tabell 8. Vurderingsoversikt for artikkelen til Specht et al. 2018

Tittel, forfatter, publiseringsår, tidsskrift, land.	Hensikt	Design og metode	Utvalg	Etisk overveielse
<i>Patients` experience during the first 12 weeks after discharge in fast-track hip and knee arthroplasty – a qualitative study.</i> Specht, Agerskov, Andersen, Jester & Pedersen. 2018. International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing.	Målet med studien var å utforske pasientenes opplevelse av de første 12 ukene etter kne- og hofteprotesekirurgi i et fast-track forløp.	Studien er av fenomenologisk -hermenuetisk tilnærming, og er av kvalitativt design.	Oppfølgelsesintervju av 8 pasienter som hadde fått hofte- eller kneleddsprotese-kirurgi i årene 2013-2014.	Studien ble godkjent av det Danske data-beskyttelsesbyrå.

5 DRØFTING

5.1 INDIVIDUELT TILPASSET INFORMASJON

Forsert kirurgi gir kortere innleggelsestid enn tradisjonelt kirurgisk forløp. Pasientene i et forsert kirurgisk forløp har normalt 4 liggedøgn, mot 10-11 døgn tidligere (Specht, Andersen, Kehlet, & Pedersen, 2015, s. 122). Den reduserte liggetiden kan man med sikkerhet si at forkorter tiden til rådighet for etablering av relasjon og dialog mellom sykepleier og pasient. På bakgrunn av dette blir det sentralt å konsentrere kommunikasjonen med pasienten rundt det essensielle for hvert pasienttilfelle. Specht et al. (2016, s. 837) forklarer at det i dag er et krav at helsevesenet skal arbeide pasientsentrert, og pasientens egen stemme er i økende grad viktigere enn før. Til tross for dette er det vanligvis standardisert informasjon som gis pasientene (Sjøveian & Leegaard, 2017, s. 28).

Det kommer frem i Høvik et al. (2018, s. 838) sin studie at kunnskap øker pasientenes opplevelse av kontroll, og at pasientundervisning har en relasjonell dimensjon som skaper en tillitsfull relasjon med helsepersonell. I studien fra Danmark, som beskriver hele forløpet ved forsert kirurgi, påpekes det at tilstrekkelige forberedelser av pasienten før innleggelse er svært viktig. Den samme studien forklarer at pasientenes primære kontakt er med sykepleiere, som ble omtalt som kjernepersonalet under innleggelsen (Specht, Andersen, Kehlet, & Pedersen, 2015, s. 124).

Sjøveian & Leegaard (2017, s. 33) beretter om pasienter som rapporterte at de opplevde mangler i individualisert informasjon ved utskriving, og konkluderer studien sin med at pasienter bør motta mer tilpasset informasjon. Dette bekrefter Specht et al. (2018, s. 17) ved at de presiserer at informasjon som gis må tilpasses individet. Travelbees teorier sier det samme, at ren informasjonsformidling ikke er tilstrekkelig, men at pasienten trenger å oppleve at sykepleieren er interessert i hans velvære og pasienten som individ (Travelbee, 2017, s. 272).

Ifølge studien til Specht et al. (2015, s. 126) er sykepleiernes roller i et forsert kirurgisk forløp og i et tradisjonelt kirurgisk forløp ulike. Rollen fokuseres mer på de kommunikative oppgavene i forsert kirurgi, oppgaver som innebærer undervisning, informasjon og motivering til egenomsorg. Studien viser også til at med mindre tid per pasient, må sykepleien til tross for dette, fremdeles fokuseres på hver pasient individuelt (Specht, Andersen, Kehlet, & Pedersen, 2015, s. 128). I studien til Morales et al. (2014, s. 353) påpekes det at en tillitsfull relasjon bør

skapes og pasientens historie må bli kjent, for at sykepleien fullt ut skal kunne virke forebyggende for komplikasjoner.

Horgan & Phillips (2014, s. 84) forklarer i sin studie at forsert kirurgi baseres på en organisering som er pasientsentrert og fokusert på å styrke pasientens evne til egenomsorg. Studien beskriver videre at denne organiseringen krever svært høy oppnåelse av god kommunikasjon i alle steg i pleien av pasientene. Forfatterne forklarer at for at optimale forhold skal oppnås, må pasientene oppleve at de har en aktiv rolle i avgjørelser. Med andre ord innebærer forsert kirurgisk forløp at pasientene skal gis en opplevelse av å være medbestemmende parter. Denne opplevelsen av medbestemmelse er i tillegg ankret som en pasientrettighet i loven (Pasientrettighetsloven, 1999).

5.2 RELASJONENS BETYDNING

For å kunne yte individuelt tilpasset omsorg og bygge relasjoner til pasienter med helsefremmende effekt, kan det påstås at å vurdere og ta hensyn til pasientenes health literacy-nivå er grunnleggende. I vårt naboland Finland blir de fleste pasienter som behandles med kne- eller hoftelddsprotese kirurgi behandlet gjennom et forsert kirurgisk forløp (Pulkkinen, Junttila, & Lindwall, 2015). Den samme økende tendensen ses også i Norge. Ved økt fokus på effektivisering og korte liggetider for pasientene i operasjonsforløpene, vil det kunne føre med seg svært kort tid til relasjonsbygging og pasientorientert dialog mellom sykepleier og pasient. Specht et al. (2018, s. 17) beskriver at med de store mengdene informasjon som gis kan oppleves vanskelig å håndtere for pasientene. Kan det tenkes at de store mengdene informasjon gis gjennom en forhastet kommunikasjon, der relasjonsbygging med pasienten nedprioriteres? I Specht et al. (2016, s. 840) sin studie kommer det frem flere pasientutsagn som tyder på et behov for å skape relasjon til helsepersonellet. Forfatterne forklarer at det å kunne sette et navn på ansiktene de så fremmet selvtillit og trygghet hos pasientene. I samme studie finner forfatterne ut at pasienter foretrekker en-til-en og privat kommunikasjon i motsetning til å få informasjon gruppevis (Specht, Andersen, & Pedersen, 2016, s. 841).

Joyce Travelbee (2017, s. 147) forklarer at det fint går an for både pasienten og sykepleieren å kommunisere effektivt uten å i det hele tatt etablere en meningsfull relasjon. Kan pasientene oppleve optimal sykepleie uten at det blir skapt relasjon og dialog? Det er store mengder informasjon som skal gis en pasient i et perioperativt forløp. Specht et al. (2016, s. 842) fant ut i sin studie at pasientene i utvalget ikke håndterte selvmedisinering med smertestillende på

en optimal måte, til tross for stadig gjentatt informering fra helsepersonell. Pasientene i utvalget ønsket ikke å ta smertestillende medisiner når de var usikre på *når* medisinen burde tas. Forfatterne presiserer at sykepleier og pasient bør arbeide tett sammen for å løse utfordringene med selvmedisineringen, da pasientene mangler sykepleieres kompetanse på området. Studien til Høvik et al. (2018, s. 839) understreker at i et forsert kirurgisk forløp, kan man gjennom undervisning, kunnskap og forutsigbarhet utvikle og styrke pasientenes evne til egenomsorg. Sammenlagt kan man si at dette beskriver hvor avgjørende rolle relasjonen til sykepleieren er i forhold til å fremme et godt pasientforløp ved forsert kirurgi.

Ut fra egne erfaringer fra praksis, så starter pasientens mottagelse av operasjonsrelatert informasjon ofte allerede 2 uker eller mer før selve operasjonen. I Morales, Alexandre, Prim & Amantes studie rundt pasientens opplevelse av perioperativ kommunikasjon, understrekes det at alle kirurgiske inngrep krever relasjon mellom helsepersonell og pasient (2014, s. 348). Videre påpeker studien at kommunikasjonen mellom helsepersonell og pasient bør ta sikte på å identifisere og ta vare på behov hos pasienten. Dessuten forklares det at mangel på individuell veiledning, der pasientens verdier, erfaringer og forventninger ikke tas hensyn til, kan føre med seg endringer i pasientens innstilling til selve operasjonen (Morales, Alexandre, Prim, & Amante, 2014, s. 349). Dette bekrefter Specht et al. (2016, s. 843) med å sette lys på at det å møte helsepersonell på preoperative møter og det å motta informasjon rundt det kirurgiske inngrepet virker betryggende for pasientene.

I praksis ble jeg ikke introdusert for noen spesifikk rutineanbefaling eller modell for relasjonsbygging og dialog i løpet for forsert kirurgi. Noe som man ser igjen i en av Kehlets egne artikler om hvordan forsert kirurgi skal organiseres, det er ikke en del av den standardiserte modellen (Specht, Andersen, Kehlet, & Pedersen, 2015). Det jeg derimot ble introdusert for, var flere sjekklister over informasjon som pasientene skulle motta. Sykepleiernes undervisning og kommunikasjon baseres på grunnutdanning og individuelle evner. I studien til Morales et al. (2014, s. 353) fant de sammenheng mellom manglende sykepleier-konsultasjon i den preoperative fasen, og økte tendenser til angst. Preoperativ angst forklares også å være en avgjørende faktor som hindrer pasientene i å forstå den informasjonen de mottar. Specht et al. (2016, s. 837) trekker frem at pasienter i et forsert kirurgisk forløp kan oppleve vansker med å ta inn over seg den betydelige mengden informasjon de mottar i løpet av deres korte sykehusopphold. Det kan med rimelighet derfor antas at mengden informasjon overgår pasientenes informasjonskapasitet. En kapasitet som i

stor grad avgjøres av pasientens health literacy nivå. I en studie fra USA påpekes det at for å øke livskvalitet generelt, bør health literacy-nivå forstås og forbedres gjennom samarbeid av pasienter og helsepersonell (McDonald & Shenkman, 2018). Det anbefales med andre ord et samarbeid mellom pasientene og sykepleierne for å kartlegge og øke pasientenes health literacy nivå. Man kan av den grunn trekke linjer mellom relasjon til sykepleier og nivået av pasientens health literacy.

Mangel på relasjon til sykepleiere kan føre til at pasientenes evne til egenomsorg svekkes. Pulkkinen, Junttila og Lindwall (2015) påpeker det er viktig å involvere pasientene i deres egen pleie i forsert kirurgisk forløp. Å involvere pasientene i egenomsorgen vil føre med seg et behov for å kartlegge pasientenes *evne* til egenomsorg, og dermed gjøre en vurdering av pasientenes health literacy-nivå. Finbråten (2018, s. 87) poengterer at for en pasients mulighet til å utvikle ferdigheter og øke sitt health literacy nivå er sykepleierens undervisende og veiledende funksjon sentral. Man kan derfor trekke sammenheng mellom pasientens evne til egenomsorg og den relasjon og veiledning som pasienten mottar fra sykepleier.

Swenne, Hjelte, Hårdne, Friberg & Arkelian (2018) påpeker at manglende mulighet til å samtale om bekymringer rundt operasjonen viste seg igjen i økt postoperativ smerte hos flere av pasientene i utvalget deres. Pasientene rapporterte at de var velinformerte preoperativt. Dette setter lys på hvor avgjørende det er å skape relasjoner og ha fokus på dialog med pasienter som skal undergå operasjon. Det fører også med seg et spørsmål om hvorvidt den *velinformerte* pasienten får individuelt tilpasset informasjon, og da med hensyn til pasientens nivå av health literacy, og om ren informasjon er nok? Morales et al. (2014, s. 351) underbygger dette gjennom å presisere at til tross for at pasientene i deres studie rapporterte å være tilfreds med informasjonen de mottok, så opplevde de kommunikasjonssvikt. Har helsepersonellet informert tilstrekkelig, men ikke klart å sørge for en optimal dialog og relasjon med pasientene?

5.3 HVORDAN MØTE PASIENTENS BEHOV?

Holm & Kummeneje (2011, ss. 47-48) kommer med konkrete anbefalinger for informering av pasienter. En 13 punkters liste over informasjon som bør inngå i en preoperativ pasientforberedelse. Pasienten bør informeres allerede preoperativt om hvordan hele det perioperative løpet skal foregå, og pasienten bør motta informasjonen både muntlig og skriftlig. Forfatterne nevner også at sykepleier bør vurdere pasientens forståelse for hva som

skal foregå og hvilke forventninger han har. Videre legger forfatterne frem en tabell med retningslinjer for preoperativ undervisning og veiledning. Disse retningslinjene påpeker viktigheten av å få kjennskap til hvilken informasjon pasienten besitter, for å unngå misforståelser. Sibbern et al. (2016, s. 1183) fant i sin studie at en-til-en og personlig kontakt med helsepersonell hjalp pasientene til å mobilisere nødvendige ressurser for å klare å følge behandlingsforløpet og motvirke resignering. Studien gav også funn som sa at pasientenes forståelse av utdelt pre- og postoperativ informasjon var avgjørende for hvor godt de ville håndtere et forsert kirurgisk forløp (Sibbern, et al., 2016, s. 1186).

Holm og Kummeneje (2011, ss. 47-48) setter lys på at pasienten selv bør få fortelle hva han vet om det forestående inngrepet, slik at det kan vurderes hvordan pasienten har tolket informasjonen han har fått og hva som eventuelt er uklart. Det anbefales å starte med å svare på pasientens egne spørsmål, da det blir lettere å finne ut hva han har behov for å vite. Retningslinjene fortsetter med å sette lys på viktigheten av å snakke enkelt og forståelig ut fra pasientens forutsetninger. Pasientenes forutsetninger har en klar sammenheng med pasientens nivå av health literacy.

Ifølge en studie fra Nederland vil lavt nivå av health literacy føre til misforståelse av informasjon, og manglende forståelse av informasjon eller instruksjoner kan føre til negative konsekvenser for pasientene. Disse negative konsekvensene kan ifølge studien unngås ved å skape bevissthet hos helsepersonell. Helsepersonell bør ta hensyn til de ulike nivåene av health literacy hos deres pasienter, og tilpasse informasjon og kommunikasjonsstrategier til de ulike individuelle behovene i hver pasient (Koster, Schmidt, Philbert, van de Garde, & Bouvy, 2017, s. 184). Specht et al. (2016, s. 843) bekrefter dette med at informasjon som skal gis, må gis på et optimalt tidspunkt. Informasjonen bør i tillegg gis basert på individuelle vilkår – både med hensyn til individets situasjon og individets forståelse. McDonald & Shenkman (2018, ss. 4-5) påpeker sammenhengen mellom pasientenes egenomsorgsevne og deres health literacy nivå. Forfatterne presiserer at i samarbeid med helsepersonell, kan pasienten øke sin egenomsorgsevne ved å øke sitt nivå av health literacy. Koster et al. (2017, s. 184) anbefaler videre at helsepersonell bør gjøre tilgjengelig informasjon og instruksjoner som er lett å forstå. Det understrekes at pasienter med lavt nivå av health literacy bør identifiseres systematisk slik at tilpasset informasjon og instruksjoner kan gis disse pasientene. Specht et al. (2018, s. 18) konkluderer med anbefalinger som innebærer å gi informasjon i et tilpasset tempo for å unngå å overbelaste pasientene i den perioperative fasen. Man kan oppsummere dette med at

pasienters health literacy nivå burde kartlegges for å være i stand til å gi pasientene optimalt tilpasset informasjon og omsorg.

Kan deler av modellen *perioperativ dialog* være en måte å ta hensyn til pasientens health literacy-nivå på? Perioperativ dialog er først og fremst en systematisert metode for samtaler mellom pasient og anesthesi- eller operasjonssykepleier. Den består av tre samtaler, pre- per og postoperativt. Modellen tar sikte på å lette pasientens lidelser, å verne om pasientens verdighet, å skape velvære og utgjøre en livgivende hendelse som pasienten vil huske som god. Målet med modellen er å bruke dialogen som en veileder for sykepleierne ved planlegging og organisering av den perioperative omsorgen for pasientene. Modellen skaper en felles forståelse mellom pleier og pasient, og har også virkning som datasamlingsverktøy. Modellen tar sikte på å skape kontinuitet, da pasienten møter samme pleier både pre-, per- og postoperativt. Kontinuiteten sammen med dialogen gir grunnlag for god relasjonsbygging mellom pleier og pasient (Pulkkinen, Junttila, & Lindwall, 2015, s. 146). Pasientene i studien rapporterte at de opplevde å ha mottatt individuelt basert omsorg, og var svært tilfredse med å ha fått muligheten til å bli sett og hørt (Pulkkinen, Junttila, & Lindwall, 2015, s. 150).

Å bruke den perioperative dialogen som modell for pasientsentrert og terapeutisk samtale i det perioperative forløpet kan også virke fremmende for å skape relasjon og dialog mellom sykepleier og pasient. Denne modellen kan brukes for å oppnå en helsefremmende relasjon og for å fremme kontinuitet i pasientens operasjonsforløp. Den perioperative dialogen har støtte i forskning som viser at den er en ideell modell for omsorg, og at den dekker pasientenes behov for individuell og verdig omsorg (Pulkkinen, Junttila, & Lindwall, 2015, s. 145). Swenne et al. (2018) gir en illustrasjon i sin studie, der det kommer frem at pasienter som mottok perioperativ dialog opplevde mindre smerter på sin postoperative dag nummer 6, enn kontrollgruppen som ikke fikk denne dialogen. Pulkkinen et al. (2015, s. 146) forklarer at bruken av perioperativ dialog øker kvaliteten på den perioperative omsorgen.

Bør det gjennomføres deler av perioperativ dialog-modellen for å sikre pasientene relasjon og omsorg på individuelt nivå? Selv om den perioperative dialogen bygger på anesthesi- og operasjonssykepleiers arbeidsområde, kan den enkelt modifiseres til å passe bedre til organiseringen av personell ved Norske sykehus.

6 KONKLUSJON

Jeg startet med problemstillingen - Hvordan påvirker relasjonen til sykepleiere pasientenes opplevelse av et forsert kirurgisk forløp?

Pasienter i forsert kirurgisk forløp rapporterte behov for mer individualisert informasjon og mer en-til-en kontakt med sykepleiere i forskningen jeg fant. Det finnes med andre ord mangler i pasientenes relasjon til sykepleiere. Funnene tyder på at det burde utføres systematisk kartlegging av pasientenes health literacy nivå for å være i posisjon til å møte behovet for individuell omsorg. Den perioperative omsorgen bør videre være et resultat av samarbeid mellom pasient og sykepleier. For å oppnå et ideelt samarbeid vitner forskningen om at relasjon og dialog bør individualiseres og optimaliseres. Den perioperative dialogen kan være et verktøy å bruke for å fremme relasjonsbygging mellom sykepleiere og pasienter. Dialogen kan også tenkes å være et virkemiddel for å sikre at informasjon og pleie baseres på individets vilkår.

Videre mener jeg det ville vært interessant å forsøke å utarbeide verktøy som kan gjøre relasjon, dialog og kartlegging av health literacy til egne sjekkpunkt i de standardiserte rutinene på slike avdelinger.

7 REFERANSER

- Aubert, K. E. (2019, 8. januar). *Relasjon*. Hentet 27. februar, 2019 fra Store norske leksikon: <https://snl.no/relasjon>
- Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P. A., & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O., & Tygstad, H. (2012). Kilder og kildekritikk. I O. Dalland, *Metode og oppgaveskriving* (5.. utg., ss. 63-81). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Finbråten, H. S. (2018). Health literacy i helsefremmende sykepleie. I Å. Gammersvik, & T. B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie: I teori og praksis* (ss. 86-110). Bergen: Fagbokforlaget.
- Heyn, L. G. (2018). Hvordan tilegne seg kommunikasjonsferdigheter? I L. G. Heyn (Red.), *Klinisk kommunikasjon i sykepleie* (ss. 13-31). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Holm, S., & Kummeneje, I. (2011). *Pre- og postoperativ sykepleie: Med dagkirurgi* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Horgan, A. F., & Phillips, A. W. (2014). Fast track surgery and preoperative optimization. *Surgery (Oxford)*, 32(2), ss. 84-88. doi:<https://doi.org/10.1016/j.mpsur.2013.12.004>
- Høvik, L. H., Aglen, B., & Husby, V. S. (2018). Patient experience with early discharge after total knee arthroplasty: a focus group study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, ss. 833-842. doi:10.1111/scs.12514
- Håkonsen, K. M. (2006). *Mestring og relasjon: Psykologi med eksempler fra sykepleie*. Oslo: Pensumtjeneste . doi:https://www.nb.no/items/URN:NBN:no-nb_digibok_2013012508097?page=0
- Koster, E. S., Schmidt, A., Philbert, D., van de Garde, E. M., & Bouvy, M. L. (2017). Health literacy of patients admitted for elective surgery. *J Public Health*(25), ss. 181-186. doi: 10.1007/s10389-016-0774-z

- McDonald, M., & Shenkman, L. J. (2018). Health literacy and health outcomes of adults in the United States: Implications for providers. *Internet journal of Allied health sciences and practice*, 16(4), ss. 1-5. Hentet fra <https://nsuworks.nova.edu/ijahsp/vol16/iss4/2/>
- Morales, C. L., Alexandre, J. G., Prim, S., & Amante, L. N. (2014). Perioperative communication from the perspective of patients undergoing bariatric surgery. *Text Context Nursing*, 23(2), ss. 347-355. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014003150012>
- Norsk sykepleieforbund. (2016). Yrkesetiske retningslinjer. (s. 1-46). Oslo. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>
- Nortvedt, P. (2014). *Omtanke: En innføring i sykepleiens etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), ss. 259-267, Hentet fra <http://heapro.oxfordjournals.org/content/15/3/259.long>.
- Pasientrettighetsloven. (1999). *Pasient- og brukerrettighetsloven*. (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/>
- Pulkkinen, M., Junttila, K., & Lindwall, L. (2015). The perioperative dialogue - a model of caring for the patient undergoing a hip or a knee replacement surgery under spinal anaesthesia. *Scandinavian Journal of Caring sciences*(30), ss. 145-153. doi:<https://doi.org/10.1111/scs.12233>
- Sibbern, T., Sellevold, V. B., Steindal, S. A., Dale, C., Watson, J. W., & Dihle, A. (2016). Patients` experiences of enhanced recovery after surgery: a systematic review of qualitative studies. *Journal of Clinical Nursing*, 26, ss. 1172-1188. doi:10.1111/jocn.13456
- Sjøveian, A. K., & Leegaard, M. (2017, 13 Juli). Hip and knee arthroplasty - patient`s experiences of pain and rehabilitation after discharge from hospital. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*(27), ss. 28-35. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.ijotn.2017.07.001>
- Slettebø, Å. (2014). *Sykepleie og etikk* (6. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Specht, K., Agerskov, H., Andersen, P. K., Jester, R., & Pedersen, B. D. (2018). Patients` experience during the first 12 weeks after discharge in fast-track hip and knee arthroplasty - a qualitative study. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*, 31, ss. 13-19. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ijotn.2018.08.002>
- Specht, K., Andersen, P. K., & Pedersen, B. D. (2016). Patient experience in fast-track hip and knee arthroplasty - a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*(25), ss. 836-845. doi:10.1111/jocn.13121
- Specht, K., Andersen, P. K., Kehlet, H., & Pedersen, B. D. (2015). Nursing in fast-track total hip and knee arthroplasty: A retrospective study. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*, 19, ss. 121-130. doi:10.1016/j.ijotn.2014.10.001
- Swenne, C. L., Hjelte, L., Hårdne, E., Friberg, C., & Arakelia, E. (2018). Perioperative dialogue on postoperative recovery measured by the use of pain medication, psychopharmaceutical agents and length of hospital stay. *Nordic journal of nursing research*, 38(4), ss. 212-219. doi:<https://doi.org/10.1177/2057158518754785>
- Thidemann, I. J. (2017). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Travelbee, J. (2017). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.