



Enhanced Recovery After Surgery  
Tilpasset informasjon til pasienter i kne-  
proteseforløp

Kandidatnummer: 724  
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave  
i Sykepleie

Antall ord: 8168  
Dato: 16.04.2018



ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato 16.04.2018
<u>Tittel</u> Enhanced Recovery After Surgery - Tilpasset informasjon til pasienter i kne-proteseforløp	
<p><u>Problemstilling:</u> Hvordan kan sykepleieren tilpasse post-operativ undervisning til kneprotesepasienter i ERAS-forløp?</p> <p><u>Teoretisk perspektiv:</u> Oppgaven bruker litteratur om Enhanced Recovery After Surgery (ERAS), Dorothea Orems sykepleieteori og den didaktiske relasjonsmodellen for å planlegge et potensielt post-operativt undervisningsopplegg til kneprotesepasienter i ERAS-forløp.</p> <p><u>Metode:</u> Oppgaven anvender metoden systematisk litteraturstudie for å finne kvalitativ forskning som er relevant for problemstillingen.</p> <p><u>Drøfting:</u> Oppgaven drøfter fem kvalitative forskningsartikler opp mot det teoretiske kunnskapsgrunnlaget og hvordan de har innvirkning på de forskjellige punktene i den didaktiske relasjonsmodellen: deltakerforutsetninger, mål, innhold, læringsaktiviteter, rammefaktorer og evaluering</p> <p><u>Konklusjon:</u> Oppgaven viser hvordan sykepleieren kan tilpasse post-operativ informasjon til kneprotesepasienter i ERAS-forløp ved å bruke den didaktiske relasjonsmodellen, og identifiserer tre hovedaspekter hvor det er forbedringspotensial: 1. Pasientene kan ha behov for bedre informasjon om smertelindring, hvordan de selv vurderer smerten og best administrerer analgetika for selvbehandling etter utskrivelse. 2. Pasientene kan ha gevinst av større personkontinuitet, ved at de opplever å bli sett og tatt på alvor. Personkontinuiteten kan også føre til mer individualisert informasjon gjennom at sykepleieren får bedre kjennskap til pasientens læreforutsetninger og historie. 3. Undervisning eller informasjon som motstrider informasjon som er gitt tidligere eller skriftlig utlevert informasjon kan være med på å svekke tilliten til personell på avdelingen, og risikere behandlingsalliansen.</p>	

## Innhold

1. Innledning.....	1
1.1 Bakgrunn for valg av problemstilling .....	1
1.2 Avgrensning av problemstilling .....	1
1.3 Begrepsavklaring.....	2
1.4 Kontekst .....	3
1.5 Oppgavens oppbygning.....	3
2. Teori .....	4
2.1 Artrose og artroplastikk.....	4
2.2 Enhanced Recovery After Surgery.....	4
2.2.1 Preoperative forberedelser.....	5
2.2.2 Optimalisering av operasjonen.....	5
2.2.3 Rask mobilisering, smertelindring og utskrivelse.....	5
2.3 Orem.....	6
2.3.1 Syn på pasienten og sykepleie.....	6
2.3.2 Sykepleieprosessen.....	7
2.3.3 Orem's relevans til oppgaven .....	7
2.4 Den didaktiske relasjonsmodellen.....	8
2.4.1 Planlegging av undervisning .....	8
2.5 Jus og etikk.....	9
2.5.1 Pasient- og brukerrettighetsloven og helsepersonelloven .....	9
2.5.2 Yrkesetiske retningslinjer.....	9
3. Metode.....	10
3.1 Valg av teoretisk grunnlag .....	10
3.2 Litteratursøk etter forskning.....	10
3.3 Inklusjonskriterier .....	11

3.4 Litteratursøk .....	11
3.5 Kildekritikk .....	12
3.6 Ethiske vurderinger .....	12
4. Funn.....	14
4.1 Patients' experiences from an education programme ahead of orthopaedic surgery - a qualitative study (2016).....	14
4.2 Patient Experiences When Preparing for Discharge Home after Total Knee Replacement (2017) .....	14
4.3 The perioperative dialogue – a model of caring for the patient undergoing a hip or a knee replacement surgery under spinal anaesthesia (2016) .....	15
4.4 Hip and knee arthroplasty - patient's experiences of pain and rehabilitation after discharge from hospital (2017) .....	16
4.5 Patient experience in fast-track hip and knee arthroplasty – a qualitative study (2015) 16	
5. Drøfting .....	18
5.1 Forutsetninger.....	18
5.1.1 Pasienten som ekspert og kilde .....	18
5.1.2 Spesielle avklaringer relatert til ERAS .....	19
5.2 Mål .....	19
5.2.1 Egenomsorg.....	20
5.2.2 ERAS-relaterte mål .....	20
5.2.3 Tillit.....	20
5.3 Innhold .....	21
5.3.1 Innhold som tillitsbevarende faktor.....	21
5.3.2 Bruk av analgetika.....	21
5.3.3 Komplikasjoner .....	22
5.3.4 Tilbake til dagliglivet .....	22
5.4 Læringsaktiviteter.....	23
5.4.1 Demonstrasjon.....	23

5.5 Rammefaktorer .....	23
5.6 Evaluering .....	24
6. Konklusjon og avslutning .....	26
6.1 Begrensninger og videre forskning .....	26
Bibliografi .....	28

## 1. Innledning

Implementering av Enhanced Recovery After Surgery i ortopedisk protesekirurgi har ført til kortere liggetider, raskere rekonvalesens og redusert risiko for perioperative komplikasjoner (Foss & Bernard, 2012). At pasientene skrives ut tidligere stiller høyere krav til pasientens egenomsorg, og gir pasienten et større egenansvar for rekonvalesens og rehabilitering. Dette stiller også høyere krav til sykepleieren om å undervise pasienten om forløpet fremover og hvordan de skal forholde seg til den post-operative tilværelsen (Foss & Bernard, 2012). For å finne ut av hvordan sykepleieren kan sørge for at pasienten oppnår denne egenomsorgen før utskrivelse vil jeg undersøke hvordan pasienter og sykepleiere opplever ERAS, og hvordan dette kan påvirke den undervisningen sykepleieren gir på sengepost før utskrivelse.

Jeg har derfor valgt problemstillingen:

### **Hvordan kan sykepleieren tilpasse post-operativ undervisning til kneprotesepasienter i ERAS-forløp?**

#### 1.1 Bakgrunn for valg av problemstilling

Jeg var i praksis på en kirurgisk poliklinikk knyttet til en ortopedisk avdeling med et godt etablert ERAS-forløp for blant annet hofte- og kneprotesepasienter. I denne praksisen fikk jeg følge pasienter gjennom hele kneproteseforløpet, fra første polikliniske konsultasjon, gjennom selve operasjonen, pre- og post-operativ sykepleie på sengepost og 6 ukers- og 3 måneders-kontroll poliklinisk. Jeg ble fascinert av effektiviteten i forløpene, og hvor raskt pasientene kunne trosse post-operative smerter for å mobiliseres, nå funksjonelle utskrivelseskriterier, og reise hjem for videre rehabilitering. Samtidig opplevde jeg at flere pasienter uttrykte opplevelsen av å være en «samlebåndsvare» i et system som de opplevde at ikke i stor nok grad var tilpasset deres individuelle situasjon, erfaringer og forutsetninger. Flere av disse pasientene uttrykte en grad av utrygghet i forbindelse med hjemreise. Dette er noe av grunnen til at jeg ønsker å undersøke hvordan sykepleieren på sengepost kan være med på å sikre at pasientene føler seg sett, og at de får informasjon som er relevant til sin egen situasjon.

#### 1.2 Avgrensning av problemstilling

Informasjon og undervisning som gis gjennom hele pasientforløpet må sees i sammenheng, men på grunn av oppgavens omfang vil jeg i drøftingen kun fokusere på den post-operative

undervisningen som foregår etter at pasienten er tilbake på sengepost, før utskrivelse. Jeg vil ikke avgrense om denne undervisningen skjer på selve utskrivelsesdagen eller ikke.

### 1.3 Begrepsavklaring

**Analgetika:** Smertestillende medikamenter (Slørdal & Rygnestad, 2014).

**Multimodal analgesi:** Bruken av to eller flere analgetika for å øke effekt, senke dosen av hvert enkelt medikament og redusere bruken av opioider og dermed også bivirkningene av opioider (Kehlet & Thienpont, Fast-track knee arthroplasty – status and future challenges, 2013).

**Anestesi:** Betyr mangel på følelse. Legemidler brukes for å bedøve pasienten og unngå smerte. I anestisefeltet skilles det mellom generell anestesi, hvor pasienten er bevisstløs, og regional anestesi, hvor kun et spesifikt område er følelseløst (Pleym, 2013; Nakstad, 2011).

**Artroplastikk:** «Operasjon for å bedre et ledds funksjon, eventuelt ved at man setter inn en protese, det vil si kunstige ledd-deler» (Kåss, 2018).

**Didaktikk:** «Kommer av gresk og betyr læring, undervisning, klargjøring, bevis.» (Tveiten, 2016, s. 11) Brukes ofte til å omtale drøfting av hele undervisningens organisering (Tveiten, 2016).

**Enhanced Recovery After Surgery (ERAS):** Også kjent under flere andre navn, blant annet fast-track kirurgi. Jeg vil i denne oppgaven bruke forkortelsen ERAS, med unntak av i kapittel 4, hvor jeg vil bruke det ordet artiklene bruker.

**Idiopatisk artrose:** Degenerert leddbrusk uten kjent grunn (Langeland, Halse, & Ørn, 2011).

**Perioperativ:** En betegnelse på hele operasjonsforløpet, fra innleggelse til rekonvalesens. (Pulkkinen, Junttila, & Lindwall, 2016)

**Preoperativ:** Perioden tilbragt på sykehus før operasjon (Nakstad, 2011).

**Peroperativ:** Selve operasjonen, fra pasienten blir flyttet inn på operasjonsstuen til operasjonen er avsluttet og de er vekket fra anestesi (Nakstad, 2011).

**Postoperativ:** Innleggelsen etter operasjonen, først på overvåkningsavdeling, senere eventuelt på sengepost (Nakstad, 2011).

**Protese:** «Kunstig erstatning av tapt kroppsdel» (Reikerås & Madsen, 2018)

**Profylakse:** Betyr forebygging (Braut, 2018)

**Rekonvalesens:**

«Hvileperiode etter en sykdom før pasienten igjen tar opp sin normale aktivitet. Tidligere var rekonvalesens i form av ren hvile vanligere enn i dag. Nå oppfordres pasienter til å være mer aktive også i en rekonvalesensfase» (Mæhlum, 2018).

**Tromboembolisme:**

«Tilstand med blodpropp der en del av blodproppen løsner og følger blodstrømmen inntil dimensjonen på blodkaret ikke lenger tillater videre passasje, og proppen setter seg fast som en embolus. Eksempler på tromboembolisme er dyp venetrombose i lårvenen med lungeembolisme eller blodpropp i venstre hjertehalvdel med hjerneembolisme» (Arnesen, 2018).

## 1.4 Kontekst

Denne oppgaven beskriver post-operativ sykepleie til elektive pasienter på en ortopedisk sengepost. Jeg vil planlegge og reflektere rundt en undervisningssituasjon i sammenheng med planlegging av pasientens utskrivelse. Det er selvfølgelig flere sykepleiefaglige utfordringer med postoperativ sykepleie til ortopediske protesepasienter enn informasjon og undervisning, men på grunn av oppgavens omfang vil jeg ikke gå dypere inn i dette.

## 1.5 Oppgavens oppbygning

I kapittel 1 har jeg presentert temaet, problemstillingen og bakgrunnen for valg av tema. I kapittel 2 vil jeg gjengi litteratur om artrose og artroplastikk, ERAS, Dorothea Orems sykepleieteorier og hvordan denne er relevant for oppgaven min, samt beskrive hvilke lover og etiske retningslinjer som virker inn på oppgaven. I kapittel 3 vil jeg forklare oppgavens metode, gjøre rede for søk etter teorigrunnlag og forskningslitteratur, samt kildekritikk og litt om det akademisk-etiske perspektivet i oppgaven. I kapittel 4 presenterer jeg funn fra litteratursøket, og i kapittel 5 drøfter jeg teorien fra kapittel 2 opp mot funnene fra kapittel 4, organisert etter den didaktiske relasjonsmodellen. I kapittel 6 vil jeg forsøke å komme med et svar på problemstillingen, beskrive oppgavens begrensninger og hvor jeg vil se videre forskning fokusere.



## 2. Teori

I dette kapittelet vil jeg kort forklare artrose og artroplastikk, samt ERAS-forløp. Jeg vil deretter beskrive deler av Dorothea Orems sykepleieteori som er relevante for oppgaven og den didaktiske relasjonsmodellen. Til slutt vil jeg gå gjennom lovverket og etiske retningslinjer som sier noe om pasientinformasjon og undervisning.

### 2.1 Artrose og artroplastikk

77,5% av pasientene som fikk kneproteser i 2016 ble operert på grunn av idiopatisk artrose (Nasjonal kompetansetjeneste for leddproteser og hoftebrudd, 2017). I følge WHO er artrose en av de ti mest funksjonsbegrensende sykdommene i utviklede land, og de estimerer at 9,6% av menn og 18% av kvinner over 60 har symptomgivende artrose (World Health Organization, 2017). Artrose er en kronisk, progredierende tilstand hvor brusken i et ledd degenererer, ofte av ukjent grunn. Forløpet er preget av bevegelsesbetingede smerter, og senere også smerter i hvile. (Langeland, Halse, & Ørn, 2011). Man har for øyeblikket ingen behandling som regenererer ødelagt brusk, så målet for pasienter med artrose er symptomlindring og å hindre videre progresjon av sykdommen. Man skiller mellom konservativ og kirurgisk behandling av artrose. De konservative alternativene består av smertelindring, vektreduksjon, trening og undervisning om artrose. Kirurgisk behandling av artrose er indisert først når det er etablert at konservativ behandling ikke lenger har effekt (Jester, 2005; Lindberg, 2017). Det kirurgiske alternativet ved artrose i kneleddet er artroplastikk, som innebærer et kirurgisk inngrep hvor det kneleddet byttes ut med en protese. Det finnes flere forskjellige modeller av kneprotese, men på grunn av oppgavens sykepleiefokus vil jeg ikke gå videre inn på disse (Jester, 2005; Lindberg, 2017).

### 2.2 Enhanced Recovery After Surgery

ERAS er en kirurgisk tilnærming som er utviklet i løpet av de siste 30 årene, med hensikt om å systematisere operasjonsforløp for å gi kortere sykehusopphold, lavere dødelighet og raskere rekonvalesens etter kirurgiske inngrep. Dette oppnås dette gjennom effektivisering og implementering av forskningsbasert kunnskap gjennom hele pasientforløpet (Kehlet & Thienpont, Fast-track knee arthroplasty – status and future challenges, 2013). ERAS ble først utviklet i Danmark av blant annet Henrik Kehlet for bruk i tykktarmskirurgi, men det har

siden blitt overført og tilpasset til flere andre fagfelt, blant annet gynekologi, hjertekirurgi og ortopedi (Foss & Bernard, 2012; Kehlet, 1997).

### 2.2.1 Preoperative forberedelser

Optimalisert pre-operativ informasjon er et av prinsippene i ERAS (Kehlet & Thienpont, Fast-track knee arthroplasty – status and future challenges, 2013). I flere ERAS-forløp får pasienten tilbud om pre-operativ undervisning noen uker før selve innleggelsen. Forskning har vist at denne undervisningen er med på å styrke pasientens tillitt til helsetjenesten og hjelper pasienten til å forberede seg til operasjonen de skal gjennomgå (Conradsen, Gjerseth, & Kvangarsnes, 2016). Man forsøker også gjennom grundige anamneser å tidlig identifisere pasienter som har risikofaktorer for per- eller postoperative komplikasjoner, som røyking, alkoholbruk, høy alder eller tilleggdiagnoser (Kehlet & Thienpont, 2013; Kehlet, 1997).

### 2.2.2 Optimalisering av operasjonen

Det brukes ofte regionalanestesi, med bruk av lokal infiltrasjonsanestesi i selve operasjonsområdet for å muliggjøre raskere post-operativ mobilisering, redusere post-operativ kvalme og gi bedre smertelindring post-operativt (Kehlet & Søballe, 2010; Kehlet & Thienpont, 2013). Operatøren forsøker også i så stor grad det lar seg gjøre å bruke en teknikk som reduserer skade på vev og strukturer, og inngrepets omfang. Dette for at pasienten skal oppleve så liten grad av bevegelsesrelatert smerte som mulig, og dermed kunne mobiliseres og rehabiliteres i bedre grad (Kehlet & Thienpont, 2013).

### 2.2.3 Rask mobilisering, smertelindring og utskrivelse

I ERAS tilstreber man det som kalles en multimodal smertelindring. Her spiller også anestesi- og operasjonsteknikkene inn. Ved å bruke store doser lokal infiltrasjonsanestesi, i kombinasjon med Paracetamol, NSAIDS og lave doser av opioider, kan man etterstrebe at pasienten blir mobilisert tidlig, og gjenvinner funksjon raskere (Kehlet & Thienpont, 2013). Ved å koble inn en fysioterapeut som kan gi detaljert veiledning i effektive og enkle øvelser så tidlig post-operativt som lar seg gjøre gir man pasienten verktøyene til å ta kontroll over sin egen rehabilitering og mestre det post-operative forløpet (Bandholm & Kehlet, 2012). Tidlig mobilisering fører med seg risiko for fall, men har også en forebyggende effekt i forhold til tromboemboliske komplikasjoner (Kehlet & Thienpont, 2013).

## 2.3 Orem

Dorothea Orem forsøkte gjennom siste halvdel av det 20. århundre å oppnå en forståelse for sykepleiens natur. Hun etterstrebet å besvare hva sykepleiere gjør, hvorfor de gjør det, hva de bør gjøre og hvilken effekt sykepleie har på pasienten. (Cavanagh, 1991, s. 4)

### 2.3.1 Syn på pasienten og sykepleie

Orems teorier baserer seg i stor grad på konseptet egenomsorg. Et individs egenomsorgsevne er knyttet til evnen til å ivareta eget liv og funksjon, vekst og utvikling, helse og kontroll over sykdom, å unngå eller kompensere for funksjonsnedsettelse og fremme velvære (Cavanagh, 1991, s. 5). Orems definisjon av sykepleie er en kompenserende og oppbyggende tilnærming, der sykepleieren trer inn når svikt i individets egenomsorgsevne nødvendiggjør det (Cavanagh, 1991). Orems pasientdefinisjon har tre betingelser: Det må finnes et egenomsorgsbehov som ikke er møtt, og pasienten må ha kunnskapen og evnen til å søke hjelp. Pasienten må ha en viss evne eller et ønske om å oppnå en høyere egenomsorgsevne. Til slutt må det være en ubalanse mellom evnen til egenomsorg og egenomsorgsbehovet som krever at pasienten oppsøker hjelp. Cavanagh (1991, s. 18) bruker som eksempel en pasient med en degenerativ leddsykdom, som er treffende i denne situasjonen. De klarer seg kanskje selv i tidlige faser av sykdommen, men vil kanskje senere ha behov for sykepleie for å kompensere for eller bygge opp under egenomsorgsevnen.

Orem deler sykepleiehandlinger i fem forskjellige kategorier:

1. Å handle eller gjøre noe for andre
2. Å veilede eller dirigere andre
3. Å støtte, psykisk eller fysisk
4. Å sørge for passende omgivelser for helsehjelp og utvikling av personlig egenomsorg
5. Å undervise (Cavanagh, 1991, s. 19; Kirkevold, 1998, s. 134)

Disse handlingene danner en helhet, og et samarbeid mellom sykepleieren og pasienten som har som mål å støtte pasientens mestringsevne.

### 2.3.2 Sykepleieprosessen

De tidligere nevnte sykepleiehandlingene settes i system gjennom en sykepleieprosess. Orem forstår sykepleieprosessen som både en sosial, mellommenneskelig prosess og en profesjonell og teknisk prosess. Det sosiale aspektet omfavner utviklingen av en støttende relasjon og et effektivt samarbeid mellom sykepleieren, pasienten og pårørende.

Det profesjonelle aspektet går på den tradisjonelle sykepleieprosessen med vurdering, planlegging, intervensjon og evaluering. Vurdering innebærer å avklare hvilket egenomsorgsbehov pasienten har, og hvorvidt det eksisterer en ubalanse mellom pasientens egenomsorgsevne og dette behovet. Spesielt relevant for denne oppgaven blir egenomsorgsevner relatert til pasientens beslutningsevne når det kommer til helse, og deres kunnskap om sykdom og rehabilitering. Sykepleieren må deretter planlegge hvilke tiltak som skal iverksettes, hvem som skal ha hvilke roller i prosessen, og hvordan den skal gjennomføres. I implementeringen av disse tiltakene kommer også den sosiale, mellommenneskelige siden av sykepleieprosessen inn, da sykepleieren må samarbeide med pasient og pårørende for å sette i verk sykepleietiltakene. Disse aktørene har også en viktig rolle i evalueringsaspektet, da pasienten i stor grad er ekspert på egen tilstand (Cavanagh, 1991).

### 2.3.3 Orems relevans til oppgaven

Orems sykepleieteori og dens fokus på sykepleieren som en aktør som understøtter egenomsorg gjennom å sørge for et helsefremmende miljø for veiledning, støtte og undervisning virker særlig relevant i en situasjon hvor pasienten må nå frem til denne egenomsorgsevnen enda hurtigere enn tidligere. Forståelsen av sykepleieprosessen som en sosial og mellommenneskelig prosess støtter opp under pasientens behov for og rett til individuelt tilpasset sykepleie, og står i opposisjon til samlebåndsmindsetet.

Orems egenomsorgsfokus ligger nært nåtidens empowerment-tenkning, og ERAS-forløpene krever dette fokuset på empowerment. Tveiten (2016) skriver at empowerment på mange måter er diffust, men at det kan forstås som et fokus på pasientperspektivet, og et forsøk på å utjevne noe av maktubalansen som forekommer i forholdet mellom pasient og helsevesen. Ved å synliggjøre pasientens mestring av sine egenomsorgsbehov håper man å kunne understøtte denne maktoverføringen, og gi pasienten en større grad av autonomi til å ta beslutninger og styre sitt eget forløp.

Kirkevold (1998) trekker frem at Orems sykepleieteori har noen svakheter når det kommer til å forholde seg til pasientens lidelse, sorg eller psykiske anliggende. Hun skriver likevel at den er relevant som et rammeverk i situasjoner hvor pasienter må ha undervisning for å håndtere endringer i egenomsorgsbehov.

## 2.4 Den didaktiske relasjonsmodellen

Den didaktiske relasjonsmodellen er en modell som beskriver forholdet mellom forskjellige aspekter av et undervisningsopplegg. Didaktikk dreier seg om planlegging og gjennomføring av undervisning, og den didaktiske relasjonsmodellen kan fungere som et verktøy for nettopp dette. Den didaktiske relasjonsmodellen består av deltakerforutsetninger, rammefaktorer, mål, innhold, metoder og vurdering, og beskriver alle disse i direkte relasjon med hverandre (Tveiten, 2016, ss. 11, 83).

### 2.4.1 Planlegging av undervisning

For å kunne gi god og relevant informasjon er det nødvendig å vite om faktorer ved pasientens situasjon som kan påvirke undervisningen, eller hvordan pasienten forholder seg til informasjonen som blir gitt. Sykepleieren må vite noe om pasientens forhåndskunnskaper, livssituasjon, pårørende, bosituasjon, eventuelle tilleggsdiagnoser som kan påvirke evnen til å ta til seg informasjon eller påvirke sinnstilstanden. Målene med undervisningen eller intervensjonen bør være så konkrete som mulig, og tilpasset pasientens tilstand og individuelle forutsetninger, men økt opplevelse av mestring og økt kunnskap kan også være et mål i seg selv. Innholdet i en undervisning blir nødvendigvis diktert av målet med undervisningen, og kan være bestemt av avdelingen som del av et pasientforløp. I sammenheng med helsehjelp har innholdet mye med pasientens sykdom eller gjennomførte operasjon å gjøre. Alle de tidligere nevnte aspektene legger også føringer for hvilken eller hvilke metoder man velger å bruke. Rammefaktorene for undervisningen er i stor grad bestemt av arbeidsorganiseringen på det enkelte undervisningsstedet, men det er viktig at sykepleieren er bevisst på hva som kan fremme og hemme kommunikasjonen. Sykepleieren har ofte en mulighet til å påvirke læringsmiljøet, og bør etterstrebe rolige omgivelser uten forstyrrende elementer, at grunnleggende behov er tilfredsstilt og at det er satt av nok tid (Tveiten, 2016, ss. 83-88). Gjennom den didaktiske relasjonsmodellen ser sykepleiereien på undervisning som en sammensatt og kompleks prosess med flere innvirkende faktorer og mange muligheter.

## 2.5 Jus og etikk

Jeg vil her beskrive hvordan lover og etiske retningslinjer påvirker helseundervisning, og pasientens rett til informasjon.

### 2.5.1 Pasient- og brukerrettighetsloven og helsepersonelloven

Om undervisning og pasientens rett til informasjon sier pasient- og brukerrettighetslovens §3-2 at «Pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen» (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-2). Lovens §3-1 gir også pasienten medvirkningsrett, som vil si at de har rett til å velge mellom medisinsk forsvarlige og tilgjengelige alternativer. Videre legger lovens § 3-5 føringer om at informasjonen skal være tilpasset pasientens forutsetninger, og presentert på en hensynsfull måte. Sykepleieren er også pliktig til å i så høy grad som mulig sikre at informasjonen er forstått, og dokumentere i pasientens journal at informasjonen er gitt (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Sykepleieren plikter å utføre dette etter helsepersonellovens §10, som pålegger helsepersonell å gi informasjon etter pasient- og brukerrettighetsloven (Helsepersonelloven, 1999).

### 2.5.2 Yrkesetiske retningslinjer

Norske sykepleiere har et sett med etiske retningslinjer definert av Norsk Sykepleierforbund som beskriver sykepleierens profesjonsetikk og legger føringer for god yrkesutøvelse. Første utgave ble skrevet i 1983, og vi opererer i dag med den nyeste versjonen fra 2011. De norske retningslinjene er basert på International Council of Nurses' etiske regler. Disse retningslinjene omhandler sykepleieren i relasjon til profesjonen, pasienten, pårørende, arbeidsstedet og samfunnet (Norsk Sykepleierforbund, 2011). Spesifikt om informasjon og undervisning er punktene 1.4, 1.7, 2.2 og 2.4 viktige. Retningslinjenes punkt 1.4 sier at sykepleieren er ansvarlig for å holde seg faglig oppdatert, og bidrar til å anvende ny kunnskap i praksis. Videre sier punkt 1.7 at sykepleieren skal erkjenne grensen for egen kompetanse, og søke veiledning der det er behov. Punkt 2.2 sier at sykepleierens skal understøtte håp og mestring hos pasienten, og punkt 2.4 gir sykepleieren en etisk plikt om å gi tilpasset informasjon og sikre at den er forstått (Norsk Sykepleierforbund, 2011).

### 3. Metode

Jeg vil i dette kapittelet beskrive hvordan jeg fant og valgte deler av litteraturen til det teoretiske grunnlaget kapittel 2. og hvordan jeg søkte etter forskning til kapittel 4.

#### 3.1 Valg av teoretisk grunnlag

Dalland (2017, ss. 153-154) plasserer forskjellige kilder i et kildehierarki hvor artikler fra vitenskapelige tidsskrift ligger høyest, da de er fagfellevurdert og har en redaksjon som er ansvarlige for kvaliteten på det faglige innholdet. Jeg har derfor i tillegg til å gå gjennom biblioteket etter faglitteratur, som er rangert noen hakk lavere på listen, gjort søk til teoridelen i fulltekstdatabasene vi har tilgang til gjennom biblioteket. Jeg har søkt gjennom databasene PubMed, MEDLINE og CINAHL med søkeordene «ERAS», «enhanced recovery after surgery», «Early discharge», «fast track» og «arthroplasty, total, knee». Disse søkeordene har jeg kombinert i flere forskjellige konfigurasjoner for å finne fagstoffet jeg har brukt. Her har jeg ikke satt noen begrensning på alder, da Kehlets arbeid i feltet begynte i 1997. Når det kommer til helsepedagogikk, sykepleieteori, sykdomslære og legemiddelkunnskap har jeg brukt noen bøker fra biblioteket, og noe fra pensum i tidligere semestre i bachelorløpet, da det er kunnskapsgrunnlaget jeg har bygd opp innen sykepleiefaget.

#### 3.2 Litteratursøk etter forskning

Til kapittel 4 har jeg valgt å søke etter kvalitativ forskning. Dalland (2017, s. 53) sier om kvalitativ forskning at den er et redskap som brukes til å forstå ting som ikke lar seg undersøke med tall og statistikk. Den går dypere, og har ofte en hermeneutisk og/eller fenomenologisk tilnærming. I denne konteksten vil det si at den er ute etter å beskrive og finne lærdom i menneskers beskrivelse av sine opplevelser (Dalland, 2017, ss. 45-46).

Det er vanskelig å vite hvor overførbar kunnskapen man får fra et kvalitativt intervju er, da man gjerne har betydelig færre deltakere enn det gjennomsnittlige kvantitative forskningsprosjekt, og da materiale er avhengig av den enkelte personen man intervjuer. Det er dermed muligens ingen objektive sannheter å hente, men den bidrar med det menneskelige perspektivet som ikke kommer så godt frem i kvantitativ forskning (Dalland, 2017).

### 3.3 Inklusjonskriterier

I databasesøkene jeg har gjort har jeg valgt å avgrense til artikler fra tidligst 2013, for å ha ny og oppdatert forskning. Jeg har avgrenset søket til kun forskningsartikler. Som beskrevet i kapittel 3.2 har jeg kun valgt kvalitativ forskning i intervjuformat. Jeg har valgt å inkludere forskning som også omhandler pre- og peroperativ informasjon, da dette også har innvirkning på hvordan informasjonen gis post-operativt, og kan sees i sammenheng. Jeg vil i drøftingsdelen diskutere hvordan dette kan påvirke informasjonen som gis på post-operativ sengepost. Jeg har valgt å også inkludere forskning som ikke skiller mellom hofte- og kneprotesepasienter, da dette fremkommer som veldig vanlig i forskningen jeg finner.

### 3.4 Litteratursøk

Gjennom søkene jeg har gjort fant jeg at hvis jeg begrenset søket ved å inkludere søkeord om ERAS eller fast track utelukket jeg flere artikler som var relevante til problemstillingen min. Min opplevelse når jeg leser disse artiklene er at de har implementert prinsippene fra ERAS på avdelingene der det forskes, men at dette kanskje heller kommer frem gjennom ordbruk som «tidligere utskrivelser» eller på andre måter et fokus på effekten av ERAS uten å nevne det spesifikt. Jeg fant i hvert fall at søkeord jeg tidlig i søkeprosessen inkluderte, som «enhanced recovery after surgery», «ERAS», «fast track», «early discharge» ekskluderte relevant informasjon, og jeg har derfor valgt å ikke inkludere dem i det endelige søket. Beskrevet i tabellen under er de to søkeordsgruppene jeg etablerte. Jeg kombinerte ordene i hver gruppe med OR, for så å kombinere gruppene med AND.

Gruppe 1	Gruppe 2
Arthroplasty, replacement, knee	Patient Experience Patients' Experience Patient education Perioperative care Information

Jeg gjorde søk med disse søketermene i CINAHL. Når jeg hadde begrenset til forskningsartikler fra 2013 til 2018 satt jeg igjen med 171 artikler. Av disse har jeg valgt ut 5 som er relevante til problemstillingen min.



### 3.5 Kildekritikk

Dalland (2017, s. 159) beskriver kildekritikk som en prosess hvor en vurderer relevansen og påliteligheten til kunnskapskildene man tar i bruk. Relevansaspektet omfatter hvor anvendelig kunnskapen er til å besvare problemstillingen (Dalland, 2017). Som beskrevet tidligere i oppgaven er kvalitativ metode en god måte å få inngående dybdekunnskap om et tema. Alle artiklene jeg har valgt bruker kvalitative forskningsmetoder, i form av intervju. Jeg vurderer tilpasning av informasjon som et tema det kan være vanskelig å nyttiggjøre seg av kvantitativ forskning på, da mye av forståelsen vår for undervisning og kommunikasjon kommer av tolkningene vi gjør og den interpersonlige relasjonen som oppstår (Tveiten, 2016; Eide & Eide, 2007). Geografisk sett er to av artiklene jeg har valgt skrevet i Norge, en i Danmark, en i Finland og en i Amerika. Spesielt de fire artiklene fra Norden bør være relevante, da ERAS er et vel etablert system her, og kulturforskjellene er relativt små. Den amerikanske artikkelen kan ha noe lavere relevans grunnet forskjellene mellom det Norske og Amerikanske helsesystemet, men informantresponsen og funnene i artikkelen stemmer godt overens med de andre artiklene.

Dalland skriver om pålitelighet at man må vurdere kvaliteten på kunnskapen, forfatterens motiver og målgruppe, samt i hvilken grad den er fagfellevurdert (Dalland, 2017).

Forfatterens motiver for forskningen presenteres i neste hovedkapittel. Når det kommer til fagfellevurdering og kvalitet deler Norsk senter for forskningsdata vitenskapelige publikasjoner i to nivåer. For å bli registrert som nivå 1 må alle artikler som publiseres i tidsskriftet være uavhengig fagfellevurdert, og det må ikke være en overvekt av publikasjoner fra en enkelt institusjon. Nivå 2 skal bestå av de tidsskriftene som står for de mest betydelige og ledende 20% av internasjonale forskningspublikasjoner (Norsk senter for forskningsdata, 2016). Alle tidsskriftene jeg har artikler fra ligger på nivå 1 eller 2 i dette registeret, og er dermed av en viss kvalitet. Jeg oppgir nivået i presentasjonen av artiklene.

Artiklene har lave antall informanter, noe som er naturlig for kvalitativ forskning, men dette trekker noe tvil om hvor generaliserbar kunnskapen er (Dalland, 2017). Hver studie har også deltakere fra kun ett sykehus, og forskjeller mellom lokale forløp kan dermed ikke utelukkes.

### 3.6 Etiske vurderinger

Jeg etterstreber akademisk redelighet etter Dallands (2017, s. 164) beskrivelse med etterrettelig kildebruk og å gjøre rede for vurderingene jeg har gjort ved litteraturutvalget mitt

og hvordan jeg har latt litteraturen påvirke oppgaven. Alt som ikke er henvist med kilde i denne oppgaven har jeg enten regnet som allmennkunnskap, som allment kunnskapsgrunnlag i faget, eller så er det min egen refleksjon rundt teorien og forskningen. Der jeg bruker egne erfaringer fra praksis er det generalisert og anonymisert. Informantene i alle studiene er over 18 år gamle og anonymisert.

## 4. Funn

I dette kapittelet vil jeg presentere fem forskningsartikler, og kort oppsummere funnene deres. Jeg har valgt å presentere dem uten artikkelmatrise, da jeg synes det gjør at innholdet fremkommer mer oversiktlig.

### 4.1 Patients' experiences from an education programme ahead of orthopaedic surgery - a qualitative study (2016)

Forfatter: Stein Conradsen, Mette Muren Gjersest og Marit Kvangarsnes

Tidsskrift: Journal of Clinical Nursing - Nivå 2 (Norsk senter for forskningsdata, 2018a)

Hensikt: Hensikten med studien var å undersøke hvordan pasientene erfarte pasientundervisningen ved en kirurgisk avdeling etter en kne- eller hofteproteseoperasjon. Metode: Kvalitative, individuelle, semi-strukturerte intervjuer av 11 informanter gjennomført etter operasjon på et rehabiliteringssenter knyttet til et sykehus i Norge. Dataene blir analysert med fenomenologisk tilnærming.

Funn: Conradsen, Gjersest & Kvangarsnes trekker frem tre hovedtemaer fra intervjuene. Informantene ønsket realistisk informasjon om operasjonen og post-operative smerter og mulige komplikasjoner, samt mer skriftlig materiale tidligere i forløpet. Informantene opplevde at den pre-operative gruppeundervisningen ga dem en følelse av kontroll, og gjorde dem til en aktiv deltaker i forløpet. Tilslutt trekker de frem tillitt til personalet som en viktig faktor. Informantene uttrykker at den pre-operative gruppeundervisningen ga dem inntrykk av kvalitet i forløpet, og tillitt til personalet, men trakk også frem at forskjeller mellom det som ble sagt pre-operativt og realiteten på post svekket denne tillitten. Forfatterene konkluderer med at det er et forhold mellom pasientenes opplevelse av å være tilstrekkelig informert og deres tillitt til personalet, og skriver at det bør gjøres mer forskning på forholdet mellom undervisning og tillit.

### 4.2 Patient Experiences When Preparing for Discharge Home after Total Knee Replacement (2017)

Forfatter: Renee Causey-Upton og Dana M. Howell

Tidsskrift: The Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice - Nivå 1 (Norsk senter for forskningsdata, 2018b)

Hensikt: Hensikten med studien var å forstå pasienters erfaringer med å forberede seg til tidlig hjemreise etter kneprotesekirurgi.

Metode: Kvalitative, individuelle semi-strukturerte intervjuer av fire informanter gjennomført på sengepost en til to dager før pasientens utskrivelse fra et sykehus i Kentucky, USA. Data ble tolket med en fenomenologisk tilnærming.

Funn: Causey-Upton & Howell trekker frem tre hovedtemaer fra intervjuene: informantene opplevde et behov for støtte til hjemreise; de ønsket tryggheten av å ha noen hjemme hos seg og diskuterte hvor viktig det var å føle seg trygg ved utskrivelse. Informantene uttrykker et behov om å utvikle selvtillit og tillit til helsepersonalet før utskrivelse. Opparbeidingen av denne selvtilliten og tilliten attribuerer de til interaksjoner med kunnskapsrikt personell på avdelingen, samt å ha tidligere erfaringer med kneprotesekirurgi fra familie eller vennekrets. Til slutt uttrykker informantene hvor viktig det er å mestre utfordringene de møter i den post-operative hverdagen. Under dette trekker de frem at å være forberedt på smerte, å håndtere uforventede utfordringer og være godt forberedt på den post-operative perioden som viktige faktorer.

#### 4.3 The perioperative dialogue – a model of caring for the patient undergoing a hip or a knee replacement surgery under spinal anaesthesia (2016)

Forfatter: Maria Pulkkinen, Kristiina Junttila og Lillemor Lindwall.

Tidsskrift: Scandinavian Journal of Caring Sciences - Nivå 1 (Norsk senter for forskningsdata, 2018c)

Hensikt: Hensikten med studien var å undersøke hvordan pasienter som gjennomgikk hofte- eller kneprotesekirurgi i spinalanestesi opplevde dialogmetoden «perioperative dialogue», hvor de blir fulgt av en enkelt anestesisykepleier gjennom det pre-, per- og post-operative forløpet, og ble besøkt av samme sykepleier første post-operative dag.

Metode: Forfatterne av studien loggførte individuelle ustrukturerte intervjuer gjennomført pre- per- og postoperativt mellom anestesisykepleiere og 19 informanter operert på et sykehus i Finland. Pasientene ble fulgt av den samme anestesisykepleieren fra pre-operative forberedelser og samtale til operasjonsstuen, og til slutt overvåkningsavdelingen. Referatene fra intervjuene ble analysert med kvalitative metoder for latent innholdsanalyse.

Funn: Punkkinen, Junttila & Lindwall identifiserer ett hovedtema fra hver enkelt fase av operasjonen. Pre-operativt er det lidelse i påvente av operasjon som er hovedtemaet, uttrykt gjennom en opplevelse av manglende funksjon, og en eksistensiell engstelse overfor det å bli operert. Det peroperative hovedtemaet er at personkontinuitet ga en følelse av felleskap og trygghet. Informantene uttrykte at å bli fulgt av den samme sykepleieren gjennom hele forløpet styrket trygghetsfølelsen og at de følte seg involvert og ivaretatt. Post-operativt er hovedtemaet å bli sett. Gjennom personkontinuiteten i forløpet følte informantene seg sett og ivaretatt. Forfatterne trekker her frem undertemaer om ivaretagelse av individualitet, verdighet, tillit og håp.

#### 4.4 Hip and knee arthroplasty - patient's experiences of pain and rehabilitation after discharge from hospital (2017)

Forfatter: Aud Karin Hjelpdahl Sjøveian og Marit Leegaard

Tidsskrift: International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing - Nivå 1 (Norsk senter for forskningsdata, 2018d)

Hensikt: Hensikten med studien er å beskrive hvordan pasientene opplevde smerter og å styre rehabiliteringsprosessen i de første seks ukene etter utskrivelse.

Metode: Forfatterne gjennomførte semi-strukturerte kvalitative dybdeintervjuer med 12 informanter i forbindelse med poliklinisk tre-månederskontroll på et sykehus i Norge.

Dataene ble tolket gjennom kvalitativ innholdsanalyse.

Funn: Sjøveian & Leegaard fant at flere av informantene opplevde å ikke være tilstrekkelig smertelindret etter hjemreise, og at dette for noen kom til hinder for rehabilitering og opptrening. Flere av informantene trengte hjelp til daglige aktiviteter i hjemmet i disse seks ukene etter utskrivelse. Informantene uttrykte et behov for mer individualisert informasjon om smertebehandling, mobilisering og kontaktpunkter i helsetjenesten. Informantene uttrykte også at når de i disse ukene hadde kontakt med fastlege, fysioterapi og andre kommunale helsetjenester ble smertene deres ikke vurdert med mindre de selv tok opp problemstillingen.

#### 4.5 Patient experience in fast-track hip and knee arthroplasty – a qualitative study (2015)

Forfatter: Kirsten Specht, Per Kjaersgaard-Andersen og Birthe D. Pedersen

Tidsskrift: Journal of Clinical Nursing - Nivå 2 (Norsk senter for forskningsdata, 2018a)

Hensikt: Hensikten med studien er å utforske pasienters erfaring med fast-track hofte- og kneproteseforløp, fra poliklinisk utredelse til utskrivelse.

Metode: Åtte informanter ble observert gjennom hele pasientforløpet på et dansk sykehus. Det ble deretter gjennomført kvalitative semi-strukturerte dybdeintervjuer før utskrivelse, med unntak av en av informantene, som var skrevet ut før intervjuet fant sted og derfor ble intervjuet over telefon. Dataene ble tolket gjennom en fenomenologisk-hermeneutisk analyse.

Funn: Specht, Kjaersgaard-Andersen & Pedersen fant tre hovedtemaer. Smertehåndtering kom frem som ett av disse hovedtemaene; informantene hadde problemer med å finne balansen mellom å tolerere smerter og bivirkninger av opioidanalgetika. Informantene uttrykte også frykt for avhengighet, også knyttet til egen administrasjon av analgetika etter utskrivelse. De trekker frem hvor viktig det er at sykepleieren kan være en ansvarlig og kunnskapsrik aktør som kan være med på å vurdere behovet for analgetika. Et annet hovedtema var følelsen av trygghet eller usikkerhet knyttet til informasjon. Noen av informantene opplevde det som avskrekkende å få høre hva de skulle gjennom, mens andre opplevde økt trygghet. Konteksten informasjonen blir gitt i blir også trukket frem. Informantene opplevde at sykepleiere til tider ikke hadde tatt nok hensyn til omgivelsene når personlige og intime detaljer ble diskutert. Det blir også trukket frem en sammenheng mellom motstridende informasjon og svekket tillit til forløpet. Til slutt fant forfatterne at pasientene i stor grad ønsket å skrives ut tidlig, og at de opplevde at hjemmet som en god arena for rekonvalesens. Informantene uttrykte frustrasjon overfor faktorer som kom i veien for tidlig hjemreise.

## 5. Drøfting

I dette kapittelet vil jeg drøfte det teoretiske grunnlaget fra kapittel 2 opp mot funnene fra forskningen i kapittel 4. Jeg har valgt å dele kapittelet i seks underkapitler, organisert etter den didaktiske relasjonsmodellen. Selv om de er representert her i en rekkefølge er det viktig å ta i betraktning at det ikke er noe hierarki mellom punktene i modellen. Som beskrevet i kapittel 2 har hvert enkelt punkt innvirkning på alle de andre, og modellen må derfor betraktes som en helhet (Tveiten, 2016, s. 83).

### 5.1 Forutsetninger

For at undervisningen skal oppfylle sitt lovpålagte krav om å være individuelt tilpasset den enkelte pasient, må sykepleieren innhente informasjon om pasientens forutsetninger (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Hvilken forhåndskunnskap har pasienten? Hvis en lege eller fysioterapeut skulle opereres ville de ha ganske andre informasjonsbehov enn en som aldri har vært innlagt på sykehus tidligere. I praksis har jeg dog erfart å ha en ortoped som pasient, og det viste seg i den situasjonen at de opplevde å være redd for å gå glipp av noe. At vi ville anta at de visste bedre enn oss, og derfor kanskje utelukke noe som var kritisk viktig for nettopp dem. I de fleste situasjoner vil mye av informasjonen om pasientens forutsetninger kunne komme gjennom det sosiale aspektet ved sykepleie (Cavanagh, 1991; Tveiten, 2016), men sykepleieren er også pliktig å ha satt seg inn i pasientens behandlingsforløp og å ha lest seg opp på relevant dokumentasjon fra tidligere i forløpet. Dette fremstår som en nødvendighet for å kunne gi god og forsvarlig sykepleie etter de yrkesetiske retningslinjene og lovverket (Helsepersonelloven, 1999; Norsk Sykepleierforbund, 2011). Conradsen, Gjerset & Kvangarsnes (2016) trekker frem de positive opplevelsene pasienter har med preoperative gruppeundersøkelser. En viktig faktor å undersøke blir derfor om pasienten har deltatt på denne typen gruppeundervisning.

#### 5.1.1 Pasienten som ekspert og kilde

Artrose er en kronisk sykdom, og kirurgisk intervensjon er siste utvei i disse forløpene (Jester, 2005; Lindberg, 2017). I situasjoner hvor en pasient har levd med kroniske sykdommer over lang tid kan de opparbeide seg enorm kunnskap om både sykdommen, alternativer og sin egen kropp. Det er fremdeles viktig å avklare akkurat hva pasienten vet, og hvor det er et behov for økt egenomsorgsutvikling (Tveiten, 2016; Cavanagh, 1991). Selv om de har generell

kunnskap om sykdommen sin eller forløpet kan det godt hende de er interessert i hvordan ting organiseres i akkurat deres situasjon. Noe av fokuset for sykepleieren blir å oppnå en felles forståelse og respekt for hverandres kunnskap (Heggdal, 2008, s. 288). Sjøveian & Leegaard (2017) fant at pasientene ønsket en høyere grad av individualisert informasjon, og sett i lys av Pulkkinen, Junttila & Lindwalls (2016) funn kan dette også tolkes delvis som et ønske om å bli sett. Deres forskning antyder også at det å bli sett på denne måten kan bidra til en økt følelse av trygghet. Den perioperative dialogen som organiseringsmodell for sykepleien gir også fordelen at du blir bedre kjent med pasienten, og lettere kan få oversikt over deres læreforutsetninger. Selv om det kanskje er urealistisk å gjennomføre på mange sengeposter kan man ta med seg lærdom om personkontinuitet som et verktøy.

### 5.1.2 Spesielle avklaringer relatert til ERAS

Det er også viktig å avklare pasientens holdninger til viktige deler av ERAS-forløpet. Specht, Kjaersgaard-Andersen & Pedersen (2015) trekker frem pasientenes holdning til bruk av smertestillende medikamenter som en utfordring i det post-operative forløpet. Da tilstrekkelig smertelindring er en kritisk del av ERAS som i stor grad er det som muliggjør tidlig mobilisering, bedre resultater og tidligere utskrivelser (Kehlet, 1997; Kehlet & Thienpont, 2013) er det ytterst viktig at sykepleieren etterspør pasientens tidligere erfaringer og holdninger til bruk av analgetika.

Jeg har selv erfaring fra praksis med at pasienter har hatt så ubehagelige erfaringer med avhengighet i familien at de har nektet å ta smertestillende når de har behov for det. Dette kan komplisere forløpene og føre til i utgangspunktet unødvendig lange innleggelser (Kehlet & Thienpont, 2013). Causey-Upton & Howell (2017) beskriver at et av hovedtemaene fra intervjuene sine var forberedelsene pasientene hadde gjort til den post-operative perioden i hjemmet, ved å fryse ned mat og sikre seg støtte i familie eller venner. Hvilke forberedelser pasienten har gjort til utreise er også relevant informasjon i forhold til utskrivelse, da hvordan man har forberedt seg i stor grad dikterer hvordan man må handle. I Sjøveian & Leegaard sin studie kom det også frem at flere av informantene trengte hjelp av familie og venner til dagligdagse aktiviteter i hjemmet i opp til seks uker etter utskrivelse.

## 5.2 Mål

Mål bør i prinsippet være individuelt tilpasset den enkelte pasienten, konkret definert, målbare og oppnåelige (Tveiten, 2016). Dette kapitlet vil derfor fokusere på det jeg oppfatter som



overførbare eller overordnede temaer som kan eller bør være en del av målene, ikke spesifikke mål som kan måles opp mot en enkelt pasients oppnåelse.

### 5.2.1 Egenomsorg

I tråd med Orems sykepleieteori har undervisningsarbeidet sykepleieren gjennomfører som overordnet mål å styrke pasientens egenomsorgsevne (Cavanagh, 1991; Kirkevold, 1998). Egenomsorg i denne situasjonen må forstås som evnen til å mestre rekonvalesens- og rehabiliteringsperioden i eget hjem og ivareta sine grunnleggende behov. I konteksten ERAS og tidlige utskrivelser er dette en nødvendighet for å kunne opprettholde pasientflyten på en avdeling. Et av hovedtemaene i Causey-Upton & Howells (2017) studie var at pasientene trengte kapasitet, selvtillit og evne til å håndtere utfordringer som skulle oppstå.

### 5.2.2 ERAS-relaterte mål

Flere av studiene fant at pasientene trenger mer konkret og individuelt tilpasset informasjon om bruk av analgetika (Sjøveian & Leegaard, 2017; Specht, Kjaersgaard-Andersen, & Pedersen, 2015; Causey-Upton & Howell, 2017). Grunnet ERAS' krav om adekvat smertelindring for best mulig resultat (Kehlet & Thienpont, 2013) er det relevant å ha som mål at pasienten har forståelse for optimal bruk av analgetika etter hjemreise.

Komplikasjoner etter kneprotesekirurgi er heldigvis en relativt sjelden hendelse (Husted, et al., 2010; Nasjonal kompetansetjeneste for leddproteser og hoftebrudd, 2017, ss. 86-87), men for å kunne ivareta pasientens sikkerhet, og utøve forsvarlig og etisk sikker sykepleie, er det spesielt viktig at pasienter som skrives ut så tidlig har en god forståelse for hva tegnene på infeksjon, indre blødning og tromboembolisme er, og hva de skal gjøre dersom de oppdager disse tegnene (Helsepersonelloven, 1999; Norsk Sykepleierforbund, 2011; Jester, 2005).

De fleste pasienter som ikke har det kontraindisert eller står på andre blodfortynnende får lav-molekulært heparin injusert subcutant som tromboseprofylakse en tid etter operasjonen (Kehlet & Thienpont, 2013; Jester, 2005). Et mål bør være at pasienten har lært å sette disse injeksjonene selv før utskrivelse.

### 5.2.3 Tillit

Flere av artiklene fra kapittel 4 beskrev et forhold mellom informasjonen som blir gitt, og tilliten informantene hadde til helsepersonellet som behandlet dem (Conradsen, Gjerseth, & Kvangarsnes, 2016; Causey-Upton & Howell, 2017; Specht, Kjaersgaard-Andersen, &

Pedersen, 2015; Pulkkinen, Junttila, & Lindwall, 2016). Tillit er et viktig aspekt av det sosiale aspektet ved sykepleieprosessen, og hvis du mister pasientens tillit er det tilnærmet umulig å utøve god sykepleie (Cavanagh, 1991; Tveiten, 2016, ss. 71-76). Det er derfor rimelig å ha som et mål med undervisningen å bevare og styrke pasientens tillit, og dermed sikre behandlingsalliansen.

## 5.3 Innhold

Innholdet i undervisningen bør være rettet mot målene vi beskrev i kapittel 5.2, og knyttet til de individuelle forutsetningene jeg drøftet i kapittel 5.1.

Mye av det spesifikke innholdet i undervisningen vil nødvendigvis være bestemt av arbeidsstedet, da rent praktiske forhold dikterer organiseringen av noen deler av forløpet.

### 5.3.1 Innhold som tillitsbevarende faktor

Når sykepleieren planlegger innholdet i undervisningen bør det også etterstrebes at det i så høy grad som mulig stemmer overens med den informasjonen som har blitt gitt tidligere, for å bevare tillit og behandlingsalliansen (Conradsen, Gjerset, & Kvangarsnes, 2016; Causey-Upton & Howell, 2017; Specht, Kjaersgaard-Andersen, & Pedersen, 2015; Pulkkinen, Junttila, & Lindwall, 2016). Det kan selvfølgelig være vanskelig å ha oversikt over all informasjon pasienten har fått med seg i forbifarten, men det som formidles bør i hvert fall stemme overens med skriftlig materiale pasienten har blitt tildelt (Specht, Kjaersgaard-Andersen, & Pedersen, 2015), og eventuell pre-operativ gruppeundervisning (Conradsen, Gjerset, & Kvangarsnes, 2016). Sykepleieren har et yrkesetisk ansvar for å holde seg oppdatert, og gi oppdatert informasjon til pasienten. Hvis denne oppdaterte informasjonen ikke stemmer overens med det skriftlige materialet har sykepleieren et helsepolitisk og yrkesetisk ansvar for å bidra til fagutviklingsarbeidet på avdelingen. Som en del av undervisningen bør også informasjon om pasientenes rettigheter etter pasient- og brukerrettighetsloven inngå (Tveiten, 2016, s. 147).

### 5.3.2 Bruk av analgetika

Smertebehandling har kommet frem i flere av artiklene som et at punktene hvor det bør gis inngående og konkret informasjon (Sjøveian & Leegaard, 2017; Specht, Kjaersgaard-Andersen, & Pedersen, 2015; Causey-Upton & Howell, 2017). Denne informasjonen kan muligens gjøres tydelig ved å gi pasienten en grunnleggende opplæring i bruk av

smertekartleggingsverktøyene som benyttes på den enkelte sengepost. Det fins flere forskjellige verktøy, for eksempel visuell analog skala (VAS) hvor pasienten plasserer smerten på et punkt mellom ingen smerte og verst tenkelige smerte eller numerisk skala (NRS) hvor pasienten oppgir smerte på en skala fra 1 til 10. Det fins også mer inngående vurderingsskjemaer for smerte, som McGill Pain Questionnaire, men disse kan være for kompliserte for hverdags bruk (Berntzen, Danielsen, & Almås, 2010). Forskjellige avdeling kan ha forskjellige terskler på disse skalaene for når de gir forskjellige analgetika, og det kan være verdt å dele denne kunnskapen med pasienten, så de kan bruke det samme beslutningsmønsteret etter hjemreise.

### 5.3.3 Komplikasjoner

Som nevnt i kapittel 5.2.2 er det viktig at pasienten vet om tegnene på infeksjon, abnormal blødning og tromboembolisme (Jester, 2005). Sjøveian & Leegaard (2017) belyser et behov for bedre informasjon om hva pasientene skal gjøre hvis noe slikt oppstår, og hvem de skal kontakte. Dette er et viktig element for å sikre at pasientens egenomsorgsevne står i balanse med egenomsorgskravene helsetilstanden deres stiller, og for å få gitt forsvarlig sykepleie (Cavanagh, 1991; Helsepersonelloven, 1999). I denne sammenheng er det også nødvendig å gi pasienten opplæring i administrasjon av lavmolekylært heparin subcutant som tromboseprofylakse (Jester, 2005). Pasienten bør vite hensikten og viktigheten av denne behandlingen, som et ledd i deres ansvarliggjøring i forhold til eget forløp.

Jeg har flere erfaringer fra praksis med pasienter som synes det er veldig ekkelt å skulle sette en sprøyte i seg selv, men har også erfart at når begrunnelsen er god blir pasienten etter hvert motivert til handling.

### 5.3.4 Tilbake til dagliglivet

Causey-Upton & Howell (2017) fant at informantene deres hadde behov for mer informasjon om hvordan de skulle holde seg trygge i hjemmet, hvilke øvelser de kunne gjøre, hvordan de kunne finne nye teknikker til å gjøre dagligdagse aktiviteter og når de kunne forvente å komme tilbake til normal aktivitet. Her kan sykepleieren gi noen generelle tips, men det er også viktig å huske den yrkesetiske føringen om å erkjenne sine begrensninger. ERAS har som prinsipp en fysioterapeut til stede på avdelingen som har som oppgave å hjelpe pasientene med opptreningen (Bandholm & Kehlet, 2012). Hvis pasientens behov overskrider sykepleieren kompetanse kan sykepleieren heller formidle spørsmålene og behovene videre til

fysioterapeuten. Et annet aspekt er hvordan pasienten forholder seg til andre helsetjenester etter utskrivelse. Sjøveian & Leegaard (2017) fant at informantene var frustrert over manglende kontinuitet overfor kommunehelsetjeneste og fastlege. Her kan det være potensiale for å øke pasientenes egenomsorg ved å gå gjennom konkrete områder de kan ta opp med fastlege eller eventuell hjemmetjeneste for å sikre sitt eget videre forløp.

## 5.4 Læringsaktiviteter

Læringsaktivitetene som velges bør sees i sammenheng med pasientenes tilstand som nyoperert. Conradsen, Gjersteth & Kvangarsnes (2016) fant at flere av pasientene ønsket mer skriftlig materiale, også på et tidligere tidspunkt. Tveiten (2016) sier om skriftlig informasjon at den må kvalitetssikres gjennom dialog for å være et effektivt verktøy. Det kan dermed være gunstig å ha med brosjyrer om sentrale temaer til undervisningssituasjonen, og gå gjennom dem med pasienten en etter en. I en dialog er det viktig at kommunikasjonen går begge veier. Sykepleierens oppgave i denne kommunikasjonsformen er i like stor grad å være en aktiv lytter, og kunne imøtekomme pasienten på deres behov, som den er å være en formidler av kommunikasjon (Tveiten, 2016). Ved å stille åpne spørsmål om informasjonsmaterialet og trekke inn pasientens egne forutsetninger, erfaringer og mål vil informasjonen kunne realiseres på en bedre måte. Dette kan også medføre at pasienten opplever at de blir sett, som i forskningen blir sett på som et viktig aspekt ved individualisert informasjon til denne pasientgruppen (Pulkkinen, Junttila, & Lindwall, 2016; Causey-Upton & Howell, 2017).

### 5.4.1 Demonstrasjon

Når pasienten skal lære å sette lavmolekylært heparin i seg selv er demonstrasjonsmetoden godt egnet. Sykepleieren kan først gå gjennom det teoretiske handlingsforløpet med pasienten og vise dem utstyret som skal tas i bruk, for deretter å demonstrere prosedyren mens de gjentar hovedpoengene i forløpet. Pasienten bør deretter få prøve å utføre det selv ved en senere anledning (Tveiten, 2016, ss. 76-79).

## 5.5 Rammefaktorer

Pasientens tilstand tatt i betraktning er omgivelsene for undervisningen avhengig av avdelingens premisser. Sykepleieren bør allikevel forsøke å optimalisere omgivelsene, slik at det blir et godt miljø for å fremme pasientens egenomsorgsevne (Cavanagh, 1991; Tveiten, 2016). Det er gunstig å redusere støy ved å lukke dører til korridor, åpne vinduer for å få god

luft. Hvis pasienten er på flerpersonsrom kan det være gunstig å forsøke å legge undervisningen til en tid der den andre pasienten eller pasientene er på spisestuen eller ute av rommet av en annen grunn. Dette adresserer også sjenanseaspektet som blir tatt opp i en av artiklene (Specht, Kjaersgaard-Andersen, & Pedersen, 2015; Tveiten, 2016). Pulkkinen, Junttila & Lindwalls (2016) erfaringer med personkontinuitet er også relevant her. Er det mulig å organisere undervisningen slik at pasienten blir undervist av en sykepleier de har hatt mye kontakt med tidligere i oppholdet? Det er i så fall mulig at det vil gjøre at pasienten opplever at de får den individtilpasningen som blir etterspurt i lovverket og litteraturen (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999; Sjøveian & Leegaard, 2017; Pulkkinen, Junttila, & Lindwall, 2016). Hvor travel avdelingen er kan også spille inn som en rammefaktor. Det er viktig å sette av nok tid til undervisningen, slik at man ikke blir avbrutt og må gjenoppta på et senere tidspunkt. For at det skal være mulig å ha oppfølgingssamtaler om det som blir gjennomgått bør det kanskje heller ikke tas i for nær forbindelse til pasientens utskrivelse? Her får sykepleieren et dilemma, da pasienten tidlig i forløpet kan være smertepreget, eller påvirket av opioider som kan gi kvalme, forvirre, sløve og påvirke evnen til å ta til seg informasjon (Slørdal & Rynestad, 2014). Dette kom også frem i som en utfordring i artikkelen fra Kentucky, hvor forskerne hadde problemer med å rekruttere pasienter på grunn av post-operative smerter og kvalme. Specht, Kjaersgaard-Andersen & Pedersen (2015) fant også at pasienten kunne uttrykke frustrasjon rundt ting som var i veien for hjemreise. Dette kan også være et hinder for å finne en god anledning til undervisning, da pasienten i noen situasjoner kan ønske å bare få det unnagjort så de kan reise hjem.

## 5.6 Evaluering

Som nevnt i kapittel 5.5 kan de akselererte ERAS-forløpene føre med seg problemer rundt organisering av undervisning. Tveiten (2016) skriver at evaluering av undervisning er et viktig verktøy for å finne ut hvilken effekt undervisningen faktisk har hatt, for å sikre at de får forsvarlig oppfølging videre. Pasient- og brukerrettighetsloven krever at sykepleieren dokumenterer informasjonen som er gitt, men det kan være vanskelig i ERAS-forløp å få gjennomført gode evalueringssamtaler på senere tidspunkt, da pasientene blir skrevet ut så raskt. Dialogen som blir beskrevet i kapittel 5.4 er dermed en av de viktigste arenaene vi har for å evaluere hvordan pasienten har forstått undervisningen. Her kan man også trekke inn kunnskap om pasientens erfaringer eller situasjon som man har hentet inn i kapittel 5.1, men Tveiten presiserer at det er viktig at måten man spør på ivaretar pasientens opplevelse av å

delta og bli respektert (Tveiten, 2016, s. 157). Her kommer også aspektet med tillit inn. Hvis du har oppnådd pasientens tillit kan du muligens få en bedre respons enn det du ellers ville ha fått.

## 6. Konklusjon og avslutning

Denne litteraturstudien belyser flere aspekter av pasienters opplevelse av informasjonen de får i et ERAS-forløp, og viser at sykepleieren har stort handlingsrom og forbedringspotensial når det kommer til tilpasning av informasjon til kneprotesepasienter. Ved å sikre at informasjonen som blir gitt før utskrivelse samsvarer med informasjonen som blir gitt tidligere i forløpet og i informasjonsmaterialet som blir utlevert pasienten kan sykepleieren etterstrebe å beholde pasientens tillit, og bevare behandlingsalliansen. Oppgaven har belyst et behov for dypere og mer konkret informasjon om smertelindring i den postoperative perioden, hvor sykepleieren har potensialet til å bedre pasientens egenomsorgsevne og mestring av rekonvalesensperioden. Videre har oppgaven belyst den potensielle gevinsten det er å hente i større personkontinuitet i kneproteseforløpene, som kan gi pasienten en følelse av å bli sett, noe som har kommet frem som et viktig aspekt. Oppgaven har også vist noen av de organisasjonsmessige utfordringene som kommer med veldig korte ERAS-forløp. Kunnskapen som skal formidles må komprimeres inn i et kortere tidsrom, og det utfordrer sykepleieren til å finne effektive og sikre måter å bedre pasientens egenomsorgsevne og gi forsvarlig sykepleie av høy kvalitet. Oppgaven har vist hvordan sykepleieren kan tilpasse post-operativ informasjon til kneprotesepasienter i ERAS-forløp ved å bruke den didaktiske relasjonsmodellen aktivt i sitt arbeid, og inkludere oppdatert forskning som grunnlag for individualiseringen og innholdet i undervisningen. Oppgaven har beskrevet hvordan de forskjellige punktene i modellen fungerer opp mot og påvirker hverandre, samt hvor forbedringspotensialet ligger.

### 6.1 Begrensninger og videre forskning

Jeg opplevde at et systematisk litteratursøk var en godt egnet måte å besvare denne problemstillingen, da jeg kunne se på pasienterfaringer fra flere forskjellige sykehus og kontekster. Denne oppgaven tar dog kun for seg hvordan sykepleieren organiserer postoperativ informasjon, og flere av artiklene i utvalget har også inkludert hofteprotesepasienter. I tillegg har alle studiene få deltakere, og kun deltakere fra ett sykehus hver, så graden av generaliserbar kunnskap er ikke så høy som den kunne ha vært. Jeg fant også veldig lite forskning som fokuserte utelukkende på effektiviteten av undervisningen i ERAS-forløp. I videre forskning ville det vært interessant å se spesifikt på pasienters opplevelse av informasjonsformidlingen i ERAS, samt noen studier av større omfang innen temaet. Det ville også vært interessant med forskning som fokuserer enda mer på pre-operativ informasjon, og

eventuelt hele informasjonsforløpet fra poliklinisk begynnelse til siste post-operative kontroll, for å kunne si noe om helheten i informasjonsforløpet.



## Bibliografi

- Arnesen, H. (2018). Tromboembolisme. I *Store medisinske leksikon*. Hentet fra <https://sml.sn.no/tromboembolisme>
- Bandholm, T., & Kehlet, H. (2012). Physiotherapy Exercise After Fast-Track Total Hip and Knee: Time for Reconsideration? *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 93(7), ss. 1292-1294. doi:10.1016/j.apmr.2012.02.014
- Berntzen, H., Danielsen, A., & Almås, H. (2010). Sykepleie ved smerter. I H. Almås, D.-G. Stubberud, & R. Grønseth (Red.), *Klinisk Sykepleie 1* (4. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Braut, G. S. (2018). Profylakse. I *Store medisinske leksikon*. Hentet fra <https://sml.sn.no/profylakse>
- Causey-Upton, R., & Howell, D. M. (2017). Patient Experiences When Preparing for Discharge Home after Total Knee Replacement. *The Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice*, 15(1), ss. 1-11. Hentet fra <https://nsuworks.nova.edu/ijahsp/vol15/iss1/5/>
- Cavanagh, S. J. (1991). *Orem's Model in Action*. London: Macmillan Education LTD.
- Conradsen, S., Gjerset, M. M., & Kvangarsnes, M. (2016). Patients' experiences from an education programme ahead of orthopaedic surgery - a qualitative study. *Journal Of Clinical Nursing*, 25(19/20), ss. 2798-2806. doi:10.1111/jocn.13281
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Eide, H., & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i Relasjoner* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Foss, M., & Bernard, H. (2012). Enhanced recovery after surgery: implications for nurses. *British Journal of Nursing*, 21(4). doi:10.12968/bjon.2012.21.4.221
- Heggdal, K. (2008). *Kroppskunnskaping: Pasienten som ekspert i helsefremmende prosesser*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v. av 2. juli 1999 nr. 64*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Husted, H., Otte, K. S., Kristensen, B. B., Ørsnes, T., Wong, C., & Kehlet, H. (2010). Low risk of thromboembolic complications after fast-track hip and knee arthroplasty. *Acta Orthopaedica*, ss. 599-605. doi:10.3109/17453674.2010.525196
- Jester, R. (2005). Osteoarthritis and total joint replacements. I J. Kneale, & P. Davis (Red.), *Orthopedic and trauma nursing* (2. utg.). Edinburg: Churchill Livingstone.

- Kehlet, H. (1997). Multimodal approach to control postoperative pathophysiology and rehabilitation. *British Journal of Anaesthesia*, 78, ss. 606-617.
- Kehlet, H., & Søballe, K. (2010). Fast-track hip and knee replacements - what are the issues? *Acta Orthopaedica*, 81(3). doi:10.3109/17453674.2010.487237
- Kehlet, H., & Thienpont, E. (2013). Fast-track knee arthroplasty – status and future challenges. *The Knee*, 20(S1), ss. 29-33. doi:10.1016/S0968-0160(13)70006-1
- Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteorier - analyse og evaluering* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kåss, E. (2018). Artroplastikk. I *Store Medisinske Leksikon*. Hentet fra <https://sml.snl.no/artroplastikk>
- Langeland, N., Halse, A.-K., & Ørn, S. (2011). Sykdommer i bevegelsesapparatet. I S. Ørn, J. Mjell, & E. Bach-Gansmo (Red.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lindberg, M. F. (2017). *Factors that predict the trajectories of acute pain, pain with walking, and self rated health after total knee arthroplasty - a longitudinal study*. Oslo: Universitetet i Oslo.
- Mæhlum, S. (2018). Rekonvalesens. I *Store medisinske leksikon*.
- Nakstad, A. R. (2011). Pre-, per- og postoperativ behandling. I S. Ørn, J. Mjell, & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Nasjonal kompetansetjeneste for leddproteser og hoftebrudd. (2017). *Årsrapport 2017*. Bergen: Helse Bergen HF, Ortopedisk klinikk, Haukeland Universitetssjukehus. Hentet fra <http://nrlweb.ihelse.net>
- Norsk senter for forskningsdata. (2016). *Nivåinndeling av kanaler*. Hentet 15. Mars, 2018 fra Norsk Publiseringssindikator: <https://npi.nsd.no/informasjon#nivaainndeling>
- Norsk senter for forskningsdata. (2018a). *Journal of Clinical Nursing*. Hentet 15. Mars, 2018 fra Register over vitenskapelige publiseringsskanaler: <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringsskanaler/KanalTidsskriftInfo.action?id=343123&bibsys=false>
- Norsk senter for forskningsdata. (2018b). *The Internet Journal of Allied Health Sciences & Practice*. Hentet 15. Mars, 2018 fra Register over vitenskapelige publiseringsskanaler: <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringsskanaler/KanalTidsskriftInfo.action?id=447588&bibsys=false>
- Norsk senter for forskningsdata. (2018c). *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. Hentet 15. Mars, 2018 fra Register over vitenskapelige publiseringsskanaler:

- <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/KanalTidsskriftInfo.action?id=339811&bibsys=false>
- Norsk senter for forskningsdata. (2018d). *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*. Hentet 15. Mars, 2018 fra Register over vitenskapelige publiseringskanaler: <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/KanalTidsskriftInfo.action?id=476349&bibsys=false>
- Norsk Sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra [https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte\\_pdf.pdf](https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf)
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter av 2. juli 1999 nr. 63*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Pleym, H. (2013). Legemidler ved anestesi. I H. Nordeng, & O. Spigset (Red.), *Legemidler og bruken av dem* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Pulkkinen, M., Junttila, K., & Lindwall, L. (2016). 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:10.1111/scs.12233
- Reikerås, O., & Madsen, J. E. (2018). Protese. I *Store medisinske leksikon*. Hentet fra <https://sml.snl.no/protese>
- Sjøveian, A. H., & Leegaard, M. (2017). 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:10.1016/j.ijotn.2017.07.001
- Slørdal, L., & Rognestad, T. (2014). Legemidler ved smerter. I H. Nordeng, & O. Spigset (Red.), *Legemidler og bruken av dem* (2. utg., ss. 341-351). Gyldendal Akademisk.
- Specht, K., Kjaersgaard-Andersen, P., & Pedersen, B. D. (2015). 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
- Tveiten, S. (2016). *Helsepedagogikk: Pasient- og pårørendeopplæring*. Bergen: Fagbokforlaget.
- World Health Organization. (2017). Chronic diseases and health promotion. Hentet 12 13, 2017 fra <http://www.who.int/chp/topics/rheumatic/en/>