

**VIKTEN AV INFORMATION TILL PATIENT
SOM SKA GENOMGÅ HÖFTPLASTIK**

En litteraturöversikt

Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng
Självständigt arbete. 15 högskolepoäng
Inlämningsdatum: 2017-02-14
Kurs: K46
Författare: Emma Gerald

Handledare: Margareta Ramsjö
Examinator: Jan Nilsson

SAMMANFATTNING

Bakgrund

Att genomgå en höftoperation med höftplastik kan vara en omvälvande situation både för patienten och närstående. Patienten kan lätt hamna i en beroendeställning till sjukvårdspersonal och sina närstående under den efterkommande läknings- och rehabiliteringsprocessen. Sjuksköterskan bör erbjuda patientinformation som utgår från patientens perspektiv och behov för att minska postoperativa komplikationer som kan uppstå efter en höftplastikoperation. Informationen ska vara anpassad efter varje patients individuella behov, förutsättningar och förmåga.

Syfte

Syftet var att belysa sjuksköterskans information till patienter som ska genomgå höftplastikoperation.

Frågeställningar

- Hur informerar sjuksköterskan patienterna?
- Vilken effekt har informationen?

Metod

En allmän litteraturöversikt valdes som metod för studien. Databassökningar genomfördes i PubMed och CINAHL. Resultatet från databassökningarna granskades och analyserades, vilket resulterade i sex kvalitativa och 14 kvantitativa artiklar som sammanställdes och inkluderades i resultatet. I de sammanställda artiklarna identifierades fyra kategorier.

Resultat

Resultatet visar på vikten av individuellt anpassad information. Sjuksköterskans information ges individuellt eller genom patientutbildning. Informationen är av betydelse för patientens egenvård och har positiva effekter på till exempel mobilisering efter operation.

Slutsats

Patientinformation och patientutbildning samt hur sjuksköterskans roll inverkar på patientens upplevelser av höftplastikoperation och en god vårdrelation har en stor inverkan för patientens upplevelse av sjukhusvistelsen och välbefinnandet.

Patienten kan känna sig utelämnad eftersom utskrivning till hemmet sker bara några dagar efter operationen. Därför är det av stor betydelse att sjuksköterskan informerar och stöttar patienten under läkningsprocessen.

Nyckelord: Höftplastik, Information, Komplikation, Omvårdnad, Smärta

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Höftfraktur	1
Höftledsartros	2
Höftplastik	2
Komplikationer	2
Information och patientutbildning	4
Dorothea Orems egenvårdsteori	5
Problemformulering	5
SYFTE	6
METOD	6
Val av metod	6
Urval	6
Datainsamling	7
Manuell sökning	8
Databearbetning	8
Dataanalys	9
Forskningsetiska överväganden	9
RESULTAT	10
Individuell information	10
Information genom patientutbildning	11
Relationen mellan utbildning och egenvård	12
Positiva effekter av utbildning	13
DISKUSSION	14
Resultatdiskussion	14
Metoddiskussion	17
Slutsats	18
REFERENSER	20
BILAGA A-B	

INLEDNING

Att genomgå en höftoperation med höftplastik kan vara en omvälvande situation både för patienten och närstående. Efter operationen kan patienten vakna upp med till exempel kvarliggande kateter, operationssår, en smärtande och svullen höft, samt begränsad rörelsefrihet (Almås, Stubberud & Grønseth, 2011). Patienten kan lätt hamna i en beroendeställning till sjukvårdspersonal och sina närstående under den efterkommande läknings- och rehabiliteringsprocessen.

Intresset för detta problemområde finns på grund av mångårigt arbete inom ortopedi och upplevelser av brist i kunskapen kring de komplikationer som kan drabba den postoperativa patienten. Intresset finns även på grund av upplevelser av hur bristande information kan förvärra patientens lidande och förlänga sjukhusvistelsen. Brist på adekvat kommunikation mellan patient och sjukvårdspersonal kan resultera i missnöje hos patienten under sjukhusvistelsen.

I denna studie vill författaren fördjupa sig i sjuksköterskans uppgift i att minska risken för postoperativa komplikationer, genom att få större förståelse för sjuksköterskans arbete med patientinformation som utgår utifrån den enskilda patientens perspektiv och behov.

BAKGRUND

Höftfraktur

Enligt Rikshöft (2015) som är det nationella kvalitetsregistret för höftfrakturpatienter och deras behandling drabbas knappt 18 000 personer årligen av höftfraktur. På grund av ökande benskörhet och falltendens är det till största delen personer över 50 år som drabbas. Risken att drabbas av höftfraktur är 23 procent för kvinnor och 11 procent för män. I Sverige kostade sjukvården av patienter med höftfraktur 1,5 miljarder kronor under 2014. I mitten av 1800-talet kom de första behandlingsmetoderna för höftfrakturer men frakturläkningen misslyckades ofta, det var inte förrän på 1930-talet som de moderna metoderna för spikning introducerades vilket förbättrade resultaten. Under 1960-talet infördes röntgen under operation. Det revolutionerade operationstekniken och förkortade operationstiderna, från över en timme till under 20 minuter. På 1950-talet var medelvårdtiden 139 dagar, idag är den ungefär tio dagar (Rikshöft, 2013).

En fraktur kan definieras som en total eller partiell diskontinuitet i ett ben. En fraktur uppstår när benet utsätts för större belastning än det tål. Hos äldre personer med osteoporos (benskörhet) krävs relativt lite energi för att en fraktur ska uppstå, medan det hos yngre personer krävs mer. Ju större kraft benet utsätts för, desto allvarligare blir frakturen. Stor kraft leder till att benet krossas och att dislokationen och mjukdelsskadan blir stor. Frakturer kan delas in på flera sätt beroende på hur de uppstår och hur de ser ut (Almås et al., 2011).

Höftfraktur är ett samlingsnamn för olika typer av frakturer på lårbenet och lårbenshalsen. Det finns många riskfaktorer som kan leda till att personer drabbas av höftfraktur. Stora riskfaktorer bland äldre är osteoporos och risk för fall, både inomhus och utomhus (Hommel och Bååth 2013).

Enligt Socialstyrelsen (2015) är osteoporos en folksjukdom. Den blir allt vanligare ju äldre befolkningen blir. Omkring 70 000 personer drabbas av olika typer av frakturer varje år. Det innebär både personligt lidande och stora kostnader för samhället.

Osteoporos ökar risken för höftfraktur och är den vanligaste orsaken till brott på lårbenshalsen hos äldre kvinnor. Sjukdomen kan delas in i primär och sekundär osteoporos beroende på de patofysiologiska orsaksförhållandena (Almås et al., 2011).

Primär osteoporos beror på hormonbrist (östrogen hormon), och vitamin D-rubbningar. Sekundär osteoporos beror på bakomliggande sjukdomar (Almås et al., 2011). Äldre personer har stor risk för fall och det finns många riskfaktorer som delas in i yttre och inre faktorer (Hommel & Bååth, 2013).

Yttre riskfaktorer är miljön som personen vistas i, utomhus kan det vara dålig belysning och ojämnt underlag. Även inomhus kan dålig belysning utgöra en risk men även hala golv, lösa mattor och lösa sladdar öka risken för fall (Hommel & Bååth, 2013).

Inre riskfaktorer är faktorer som inte går att påverka, till exempel ålder och kön. Vid högre ålder minskar de kroppsliga funktionerna, bland annat blir motoriken och balansen sämre. Kvinnor har högre risk att drabbas av osteoporos, beroende på klimakteriet. Även sjukdomar och medicinska tillstånd räknas som inre riskfaktorer (Hommel & Bååth, 2013). För att diagnostisera en höftfraktur krävs en röntgenundersökning. Till exempel om frakturen är inkilad kan det vara svårt att identifiera den med vanlig röntgen. I så fall kan en magnetröntgen utföras för att kunna fastställa frakturtypen (Berglund, 2009).

Höftledsartros

Artros är en förslitning i leden. Det är en degenerativ sjukdom vars utbredning ökar med åldern. Artrosutveckling är en nedbrytande process som engagerar både ledbrosk och underliggande benvävnad. De patogenetiska mekanismerna bakom artros är inte fullständigt kända men kännetecknas av obalans mellan uppbyggnad och nedbrytning i ledbrosket (Ericson & Ericson, 2012).

Artros förekommer över hela världen och är en av tio sjukdomar som medför störst global sjukdomsburda (Ericson & Ericson, 2012). Höftledsartros är den vanligaste formen av artros och behandlas ofta med hjälp av kirurgi i form av höftplastik (Wright, Abbott, Baxter, & Cook, 2010).

Höftplastik

Den vanligaste orsaken för höftplastik är höftledsartros (NIH, 2014). En studie visar att primär höftartros är huvudorsaken till mer än 65 procent av alla planerade höftplastikoperationer utförda i USA, Skandinavien, Skottland och Australien (Merx et al., 2003). Andra orsaker till höftplastik kan vara höftfraktur, benvävsnekros, bentumörer eller medfödda defekter i höftleden (Bucholz, 2014).

Höftplastik är en operation där man ersätter en försliten led i höften med en konstgjord led. Målet med höftplastik är att patienten ska bli smärtfri, få god rörlighet och stabilitet i leden (Almås et al., 2011). Vid total höftplastik (Total Hip Replacement, THR) ersätter man både lårbenshuvudet och höftledspannans yta med proteser. Höftledspannans yta beläggs exempelvis med plast och lårbenshuvudet ersätts med en kula av till exempel metall eller keramik. Vid halvprotes (hemiplastik) ersätts endast lårbenshuvudet med en protes (Almås et al., 2011). Enligt Raaymakers (2006) är total höftplastik den bästa behandlingen för patienter mellan 65 år och 80 år, som fortfarande är fysiskt aktiva. För personer över 80 år rekommenderas hemiplastik.

Efter både total höftplastik och hemiplastik ska man börja med mobilisering så tidigt som möjligt för att minska riskerna för komplikationer (Almås et al., 2011).

Komplikationer

De vanligaste komplikationerna som kan drabba äldre personer efter höftoperation är trycksår, akut förvirring, urinvägsinfektion, och luxation (protesen går ur led) (Almås et al., 2011). Lägesrapport inom patientsäkerhetsområdet (Socialstyrelsen 2015) beskriver att trycksår är en av de vanligaste vårdskadorna, som orsakar stort lidande för patienterna och

medför höga kostnader för vården. Forskarna har kommit fram till att det går att minska utvecklingen av vårdrelaterade trycksår hos äldre patienter med höftfraktur trots dåligt näringsintag innan frakturen. Resultaten visade att om sjukvården arbetar enligt en ändrad vårdplan för att förebygga komplikationer minskade antalet patienter som utvecklade trycksår med 50 procent. Alla patienter som löpte risk att utveckla trycksår fick ligga på tryckavlastningsmadrass, även på operationsbordet (Hommel, Bjorkelund, Thorngren & Ulander, 2007).

Enligt en studie från 2012 gör trycksår att vårdtiden förlängs, risken för att avlida under vårdtiden ökar och risken för att patienten avlider inom 30 dagar efter utskrivning ökar. Risken ökar också för att patienten måste söka vård igen inom 30 dagar efter utskrivningen (Lyder et al., 2012).

Vid trycksår och urinvägsinfektioner kan tillstånd som akut förvirring inträffa.

Förvirring medför en akut störning av medvetandet som leder till nedsatt uppmärksamhet och försämrad kognitiv- och minnesförmåga (American Psychiatric Association, 1999).

Akut förvirrade patienter har även en ökad risk att drabbas av komplikationer som falltrauma, inkontinens, erhållande av kateter, allmänt nedsatt funktion och dödlighet (Wakefield, 2002). Orsaken till akut förvirring är vanligtvis en kombination av inre och yttre riskfaktorer (Stenwall, 2009).

Akut förvirring kan drabba alla patientgrupper, men drabbar främst äldre personer. Akut förvirring är vanligast bland patienter som vårdas i sjukhusmiljö (Dehlin & Rundgren, 2007). Äldre patienter som genomgår en operation är särskilt benägna att utveckla akut förvirring (American Psychiatric Association, 1999). Akut förvirring efter operation ökar patientens risk att utveckla postoperativa komplikationer som trycksår och nutritionsproblem (Stenwall, 2009). Efter en höftplastikoperation drabbas mellan 30 procent och 50 procent av patienterna över 65 år av akut förvirring (Shugars & More, 2005).

Urinvägsinfektion är ett samlingsnamn för infektion i urinvägarna. En studie visar att ungefär 40 procent av alla infektioner i sjukhusmiljö är urinvägsinfektioner.

Konsekvenserna av urinvägsinfektion relaterat till urinkateter kan medföra fysisk skada på urinröret och förlängd vårdtid (Salamon, 2009). Ortopediska patienter löper ofta en ökad risk för urinvägsinfektion på grund av postoperativ immobilitet och användande av starka smärtstillande medel (Armstrong, 2015). Det är högre risk för kvinnor att få urinvägsinfektion, eftersom kvinnors urinrör är kortare än mäns (Almås et al., 2011).

En annan vanlig komplikation efter höftplastikoperation är luxation. De första tre månaderna efter höftplastikoperation är risken störst. Det är vanligt att ledkapseln tas bort vid operationen och innan en ny ledkapsel har bildats är leden instabil. (Kärrholm, Herberts, Garellick, 2006). Luxation är fortfarande ett vanligt problem efter omoperation. Att upptäcka patienter med hög risk för luxation efter omoperation och utbilda dem om riskerna för luxation är viktigt för att minimera dessa risker (Wetters et al., 2013).

Eftersom risken för luxation är störst omedelbart efter operationen och under de första tre månaderna efter total höftplastik, är det viktigt att se till att både patienten och närstående förstår vikten av att lära sig försiktighetsåtgärder för höftluxation under denna period (Almås et al., 2011).

Smärta

International Association for the Study of Pain (IASP, 1979) definition av smärta är en obehaglig sensorisk och känslomässig upplevelse förenad med vävnadsskada eller beskriven i termer av sådan skada.

Bedömning och behandling av postoperativ smärta är en av sjuksköterskans uppgifter.

Eftersom smärta är en subjektiv upplevelse behövs hjälpmedel för att patienten ska kunna

skatta sin smärta. Ett hjälpmedel för patientskattning av smärta är Visuellt Analog Skala (VAS). VAS består av en linje med ändpunkterna ingen smärta och värsta tänkbara smärta. Sjuksköterskan informerar patienten om innebörden av VAS-skalan och att bedöma sin smärta genom att visa sin smärtnivå på skalan (Hommel & Bååth, 2013).

Vid höftfrakturer och andra ortopediska ingrepp förekommer akut smärta. Den är oftast tidsbegränsad och upphör när vävnadsskadan har läkt. Smärtlindring är viktigt eftersom stresshormoner, som kan leda till fysiologiska komplikationer, frisätts. Både svår pre- och postoperativ smärta kan leda till långvarig smärta (Hommel & Bååth, 2013).

Postoperativ smärtbehandling kan påbörjas redan innan narkos påbörjas. Sjuksköterskan ansvarar för att lindra postoperativ smärta och skapa förutsättningar för att patienter med postoperativ smärta får adekvat smärtlindring (Almås et al., 2011).

Williamson et al. (2009) fann att för patienter med fraktur var förekomsten av måttlig och svår smärta 48 procent vid utskrivning och 30 procent efter sex månader. Enligt studien är det hög risk att akut smärta kan leda till långvarig smärta.

Resultatet av en annan studie visade att genom att kombinera olika smärtstillande läkemedel vid höftplastikoperation kan behandlingsresultatet förbättras, läkemedelskostnaderna minska och vårdtiden förkortas (McDonald, Corbiere, DeLisle, Clark & Kuxhaus, 2016).

Eftersom smärta är en subjektiv upplevelse bör sjuksköterskan informera patienten om smärtskattning och göra en bedömning av patientens smärtnivå. Sjuksköterskan måste fortsätta informera patienten om smärtlindring och smärtskattning under hela vårdtiden (Hommel & Bååth, 2013).

Information och patientutbildning

Enligt International Council of Nurses (2014) har sjuksköterskan fyra grundläggande ansvarsområden. Dessa är att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa samt lindra lidande. Sjuksköterskan har ett ansvar att ge god vård till de patienter som är i behov av den och ansvarar även för att vidta de åtgärder som behövs för att tillgodose patienternas sociala och hälsomässiga behov. Det ligger bland annat på sjuksköterskans ansvar att patienten får information och förstår den informationen som ges gällande vård och behandling.

Almås et al. (2011) beskriver att det är viktigt att information skickas skriftlig till patienten innan operationsdagen om operationen är planerad. På operationsdagen ska patienten få information både på vårdavdelningen och på operationsavdelningen. Det är hälso- och sjukvårdens ansvar att minimera riskerna för att vårdskador inträffar i samband med operationer (Socialstyrelsen 2015).

Det är viktigt att informera närstående så att de kan vara delaktiga i patientens omvårdnad. Under hela vårdprocessen behöver information om restriktioner och komplikationer upprepas, kompletteras och följas upp för att patienten och närstående ska känna sig trygga i sjukhusmiljön de befinner sig i (Hommel & Bååth 2013).

Crandall, Schuldheis och Talerico (2007) beskriver att sjuksköterskor och annan sjukvårdspersonal bör vara flexibla i sina arbetsuppgifter för att uppfylla patientens önskemål och behov. De betonar också att informationen som handlar om patientens hälsa och vad den enskilda individen kan göra är viktig för patientens möjlighet till egenvård. Det är viktigt att sjuksköterskan informerar närstående om de omvårdnadsåtgärder som är lämpliga för den enskilda individen, för att öka dennes egenvårdskapacitet.

Patientsäkerhet innebär att skydda patienten från att skadas under vård och behandling. Patienterna ska få information om de vårdinsatser som planeras och vad patienten kan göra själv för att förebygga komplikationer. Syftet är att patienten själv ska kunna påverka sin egenvård och rehabilitering. Informationen ska vara anpassad efter varje patients

individuella behov, förutsättningar och förmåga att ta emot och ta till sig information. Om patienten själv inte kan ta emot informationen ska den i stället lämnas till en närstående. Information får inte lämnas ut om sekretessbestämmelser eller tystnadsplikt hindrar det. Om patienten tydligt har uttryckt att information inte ska lämnas till närstående ska detta respekteras. Sjuksköterskan ska så långt som möjligt försäkra sig om att mottagaren har förstått innehållet i och betydelsen av den lämnade informationen (Socialstyrelsen 2015). Information måste kunna överföras och tolkas korrekt, så att alla som vårdar en patient kan fatta riktiga beslut och utföra korrekta åtgärder (Ehrenberg & Wallin, 2009). Enligt Edberg och Wijk (2009) kan utbildning innebära att patienten inte bara behöver förstå innehållet i utbildningen utan också kunna tillämpa sina kunskaper praktiskt, kanske för resten av livet. Det kan till exempel handla om att träna sig att ta injektioner och att lägga om sitt operationsår.

Det är viktigt att patienter och närstående har kunskap och är väl förberedda för utmaningarna under den postoperativa och rehabiliteringsperioden. Sjuksköterskor behöver hjälpa patienter och närstående att utveckla säkra, effektiva träningsprogram som regelbundet praktiseras för att främja patientens hälsa och ge ökad flexibilitet i lederna och bättre balans. Sjuksköterskans yttersta mål är att återställa dessa patienter till normal funktionsförmåga på kortast möjliga tid (Kiefer, 2011).

Dorothea Orems egenvårdsteori

Dorothea Orems egenvårdsteori innehåller tre delar: egenvård, egenvårdsbrist och omvårdnadssystem. Egenvård utgår från patientens behov och dennes egenvårdskapacitet. Med egenvårdskapacitet menas förmågan att tillgodose sina basala behov av fysisk och psykisk trygghet, bland annat förmågan att klara sig själv med att gå, stå, tvätta sig, klä på sig själv. Orems teori bygger på samarbete mellan patient och sjuksköterska. För en patient som har genomgått en höftplastikoperation finns egenvårdsbrist på grund av begränsad rörlighet som patienten inte kan tillgodose (Kirkevold, 2000). Utifrån egenvårdsbristerna konstateras vilka omvårdnadsaktiviteter som behövs för att uppnå bästa möjliga hälsa för patienten. Sjuksköterskans uppgift blir att tillgodose de aktiviteter som kan bidra till att kunskap om egenvård ökar hos patienten. För en patient som har genomgått en höftplastikoperation kan egenvårdsbristen tillgodoses genom information om komplikationer, dess orsaker och åtgärder (Kirkevold, 2000).

Omvårdnadssystem handlar om hur sjuksköterskan ordnar omvårdnaden utifrån patientens behov, eftersom omvårdnad är sjuksköterskans ansvarsområde och det är hen som hjälper till att kompensera egenvårdskapaciteten, då egenvårdskapaciteten inte är tillräcklig för att tillgodose egenvårdsbehovet. Orems främsta budskap är att var och en har en vilja och förmåga att ta hand om sig själv på bästa sätt (Kirkevold, 2000).

Alla människor har förmågan att vårda och att vara vårdare och sjuksköterskans uppgift är att ta vara på och möjliggöra denna förmåga. Med hjälp av information kan sjuksköterskan hjälpa patienten att lära sig om sin egen hälsa, medan läkningsprocessen kan ses som en möjlighet att finna lindring i lidandet (Wiklund Gustin & Lindwall, 2012).

Problemformulering

Komplikationer i samband med höftplastikoperationer är vanligt hos äldre patienter. Det innebär en ökad risk för patienten i form av lidande, förlängd vårdtid och även en ökad risk för dödlighet (Rikshöft, 2015).

I sjuksköterskans hälsofrämjande arbete ingår att ge adekvat information till en patient som ska genomgå en höftplastikoperation. Patienten behöver adekvat information från sjuksköterskan före och efter operationen. Bristen på information kan resultera i att en del patienter kommer till operation helt oinformerade om vad en höftplastikoperation innebär

och vad den innebär för egenvården efter utskrivning och det kan även leda till att patienten fattar felaktiga beslut om sina behandlingsalternativ (Brembo et al., 2016). Denna studie vill belysa sjuksköterskans information till patienter som ska genomgå höftplastikoperation. Med information kan sjuksköterskan bidra till att patienten ökar möjligheterna till att öka sin egenvårdskapacitet och minska riskerna för komplikationer vid höftplastikoperation (Wiklund Gustin & Lindwall, 2012).

SYFTE

Syftet var att belysa sjuksköterskans information till patienter som ska genomgå höftplastikoperation.

Frågeställningar

Hur informerar sjuksköterskan patienterna?
Vilken effekt har informationen?

METOD

Val av metod

Till denna studie har allmän litteraturöversikt valts som metod för att besvara syftet och sammanställa befintlig data (Forsberg & Wengström, 2016). Litteraturöversikter är viktiga då det blir allt svårare, beroende bland annat på den ökande mängd artiklar som publiceras varje år, att kunna hålla sig uppdaterad inom sitt ämnesområde (Henricson, 2012).

Vid litteraturöversikt är oftast datainsamlingen och dataanalysen inte lika tidskrävande som vid exempelvis intervjustudier. Det kan även vara svårt att hitta studiedeltagare vid både kvalitativa och kvantitativa studier. Med allmän litteraturöversikt finns också möjligheten att använda både kvalitativa och kvantitativa studier (Henricson, 2012).

Kvalitativa metoder används ofta för att undersöka människors subjektiva upplevelser eller känslor av omvärlden. Forskaren och deltagarnas uppfattningar kan påverka resultatet. Forskaren arbetar induktivt, genom att sammanföra data till allmänna principer, vilket kan leda till utveckling av en teori om ett fenomen (Forsberg & Wengström, 2016).

Kvantitativ metod betonar uppfattningen att det finns teorier och principer baserade på objektivitet. Kvantitativa metoder beskriver mätbara data och data som kan illustreras med olika statistiska metoder (Forsberg & Wengström, 2016). Kvantitativa metoder är positivistiska och dominerar inom naturvetenskaplig forskning (Kristensson 2014).

Urval

Artiklarna skulle belysa sjuksköterskans information till patienter som ska genomgå höftplastikoperation. Höftplastikoperation bland vuxna från 65år och uppåt har inkluderats i denna studie, för att det är viktigt att poängtera att höftplastik är vanligast i övre medelåldern. Framst den svenska vården av höftplastik har studerats. Trots det har information från andra länder inhämtas, då det var svårt att hitta all information som kunde svara på syftet inom Sverige. Artiklarna skulle vara publicerade från 2006 fram till 2016 för att kunna hitta aktuell och relevant forskning som kan svara på denna studies syfte (Kristensson 2014). Elektiva och akuta höftplastikoperationer, både totalplastik och hemiplastik, har inkluderats. Alla bakomliggande indikationer till höftplastik har också inkluderats. Artiklar rörande övrig höftkirurgi har exkluderats. Artiklar som inkluderades skulle vara skrivna endast på engelska vilket är det språk som författaren till denna studie behärskar bäst. Polit och Beck (2012) beskriver att vid all forskning som handlar om människor måste forskningsetiska överväganden göras, därför inkluderades bara artiklar

som skyddar deltagarnas rättigheter till självbestämmande. De skulle vara etiskt godkända samt publicerade i tidskrifter som har blivit granskade genom peer review, för att säkerställa god vetenskaplig kvalitet på artiklarna. Peer reviewed innebär att artikeln har granskats och godkänts av två experter inom artikelns ämnesområde innan publicering (Polit & Beck, 2012). Det är viktigt att alla uppgifter från artiklarna som ska ingå i litteraturöversikten redovisas i resultatet; både de uppgifter som stöder författarens åsikter och de resultat som inte stöder författarens åsikter. Vetenskap handlar om att med hjälp av lämplig metod ta del av andras kunskaper. Att välja ut källor utgör basen för vilken information som väljs att ta del av. I en litteraturöversikt hämtas information från tidigare skrivna artiklar och sammanställs för att skapa en helhet (Forsberg & Wengström, 2016).

Datainsamling

Enligt Forsberg och Wengström (2016) är det vanligaste sättet att genomföra en litteratursökning genom att söka information med hjälp av speciella sökord i olika databaser. Databaserna CINAHL och PubMed har använts för att söka efter relevanta artiklar. De valda databaserna har använts då de täcker området omvårdnad och innehåller vetenskapliga artiklar (Forsberg & Wengström, 2016). I CINAHL finns forskning från det vårdvetenskapliga området och i PubMed finns framförallt vetenskaplig forskning från de medicinska vetenskaperna (Kristensson, 2014). För att finna artiklar som inte fanns i sin helhet i CINAHL eller PubMed har Google Scholar använts. Artiklar som inte fanns tillgängliga i Google Scholar har beställts från Stockholms Läns Landstings bibliotek. För att kunna optimera sökningarna togs hjälp av bibliotekspersonal på Danderyds sjukhus och Sophiahemmet Högskolas bibliotek, enligt rekommendation från Forsberg och Wengström (2016). Sökningarna genomfördes med hjälp av den booleska sökoperatören AND för att kunna kombinera olika termer för en specifik sökning. Operatören AND begränsar sökningen till referenser som innehåller alla de valda sökorden (Forsberg & Wengström, 2016). Kristensson, (2014) beskriver att sökorden ska vara så specifika och tydliga som möjligt för att undvika irrelevanta artiklar. Sökord inom områdena höftplastik, komplikation, information, omvårdnad och smärta sammanställdes, allt med utgångspunkt i att besvara syftet (Polit & Beck 2012). De svenska sökorden har översatts med hjälp av svenska Mesh till de engelska termerna: total hip replacement, total hip arthroplasty, hip prosthesis, arthroplasty, hip fractures surgery, complications, information, patient education as topic, postoperative pain och nursing care. Därefter har sökningar gjorts med de engelska termerna i olika kombinationer. I sökresultatet framkom artiklar med både total höftplastik och total knäplastik men denna studie fokuserar bara på information om total höftplastik. Vid databassökningen filtrerades resultatet enligt de valda urvalskriterier som beskrivits ovan, i urval, för att begränsa antalet träffar. Alla sökningar i respektive databas har dokumenterats och redovisas i tabellform (Tabell 1) med antal träffar, antal lästa abstrakt samt antal lästa och antal inkluderade artiklar. Sökningarna är gjorda i den ordning som de är redovisade.

Tabell 1. Presentation av databassökningar

Databas Datum	Sökord	Antal träffar	Antal lästa abstrakt	Antal lästa artiklar	Antal inkluderade artiklar
PubMed 2016-11-14	total hip replacement AND education AND Nursing care	29	15	6	1
CINAHL 2016-11-14	Hip Fractures AND Postoperative AND Patient Education	17	12	4	1
CINAHL 2016-11-14	total hip replacement AND education AND Nursing care	4	4	4	1
CINAHL 2016-11-15	total hip arthroplasty AND postoperative pain AND education	7	7	7	1
PubMed 2016-11-15	total hip arthroplasty AND postoperative pain AND information	33	10	4	1
PubMed 2016-11-17	total hip replacement AND patients education AND complications	48	20	10	1
PubMed 2016-11-21	total hip arthroplasty AND postoperative pain AND education	28	18	6	2
CINAHL 2016-11-21	arthroplasty AND patient education	127	5	3	1
PubMed 2016-11-26	hip fracture AND postoperative period	374	10	6	2
CINAHL 2016-11-26	hip fractures surgery AND postoperative care AND patient education	10	6	5	1
PubMed 2016-11-26	total hip replacement AND patient education as topic	54	8	3	2
CINAHL 2016-11-26	arthroplasty, replacement, hip AND patient education	80	31	12	2
PubMed 2016-11-26	total hip arthroplasty AND patient education	62	15	6	2
Totalt		887	175	90	18

Manuell sökning

Under arbetet med projektplanen till denna studie påträffades ett par intressanta artiklar via referenslistorna i litteraturen från bakgrunden, som Forsberg och Wengström (2016) rekommenderar. Artiklarna har bedömts vara tillräckligt relevant för att inkluderas i denna studie.

Databearbetning

Första steget i databearbetningen var att läsa samtliga titlar i resultatet från databassökningarna och välja ut de titlar som var relevanta för syftet (Forsberg &

Wengström, 2016). Därefter lästes abstrakt och de artiklar som bedömdes svara på syftet togs fram i sin helhet och lästes igenom flera gånger för att få ett helhetsperspektiv och en djupare förståelse. För att kvalitetsbestämma artiklarna användes Sophiahemmet Högskolas bedömningsunderlag för vetenskaplig klassificering samt kvalitet avseende studier med kvantitativ och kvalitativ metodansats (Bilaga A) som modifierats utifrån Berg, Deckner och Skärsäter (1999) och Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011). De artiklar som ansågs vara relevanta för denna studie sammanställdes i en artikelmatris (Bilaga B), vilket innebär att den enskilda studiens syfte, metod och resultat sammanfattas (Henricson, 2012). Matrisen innehöll artiklarnas årtal, land, författare, titel, syfte, metod, deltagare, resultat och vilken kvalitetsnivå artikeln hade. Där klassificerades artiklarna enligt tre nivåer där nivå I anger hög kvalitet, nivå II medel och nivå III låg kvalitet. Utvalda artiklar bedömdes svara på syftet och ansågs vara av medel eller hög kvalitet. De artiklar som bedömdes med låg kvalitet har exkluderats. När bearbetningen var klar återstod 20 artiklar (inklusive de manuellt sökta artiklarna).

Dataanalys

Analysarbetet började efter databearbetning. Utifrån denna dataanalys har en sammanställning av skillnader och likheter i de valda artiklarnas resultat utförts. Enligt Forsberg och Wengström (2016) underlättar det för läsaren om resultatredovisningen uppdelas i olika teman eller kategorier. I de sammanställda artiklarna identifierades fyra kategorier som ledde fram till rubrikerna: individuell information, information genom patientutbildning, relation mellan utbildning och egenvård och positiva effekter av utbildning. De identifierade områdena sorterades genom att göra en mind-map. Detta utfördes för att tydligt strukturera resultatet.

Forskningsetiska överväganden

Det är viktigt att göra etiska överväganden även vid litteraturöversikter, både i urvalet av artiklar och i presentationen av resultatet (Forsberg & Wengström, 2016). Det innebär bland annat att kontrollera om artikelförfattarna har ansökt om de tillstånd som krävs för att utföra studien som beskrivs i artikeln (exempelvis tillstånd enligt etikprovninglagen och personuppgiftslagen) (Forsberg & Wengström, 2016). Det är viktigt att belysa hur forskarna hanterar de fyra för forskningsetik viktiga begreppen sekretess, tystnadsplikt, anonymitet och konfidentialitet (Hermerén, 2011). Det är av yttersta vikt att forskningen sker med informerat samtycke, vilket innebär att studiedeltagarna ska ha erhållit tillräcklig information om studien för att kunna ta lämpliga beslut om sitt deltagande, samt att deltagare har rätt att avbryta sitt deltagande utan att ange orsaken till detta (Polit & Beck, 2012). Resultatet har inte påverkats av personliga värderingar och erfarenheter, objektivitet och förutsättningslöshet har eftersträvat i denna litteraturöversikt (Helgesson 2015). Annat som kan vara viktigt att fundera på är om artikelförfattarna kan ha bindningar eller beroenden (exempelvis finansiärer) som kan påverka vad artikelförfattarna väljer att inkludera i artikeln. Om artikelförfattarna har bindningar eller beroenden är det i sådant fall viktigt att de är öppna med det (Hermerén, 2011). En relevant forskningsetik handlar om respekt för andra forskares arbete. Det är viktigt att se till att den forskning som görs är en forskning som leder till ny kunskap och nya insikter inom det valda området, detta är syftet i all forskning (Helgelsson, 2015). Redan vid sökningen i CINAHL exkluderas artiklar som inte är Peer Reviewed, för att se till att de artiklar som används är etiskt granskade. Resultatet av studien visar på både fördelar och nackdelar av vad som har framkommit i studien annars kan det visa en felaktig bild av resultatet och det är inte etiskt i forskningssammanhang. Att bara ta med studier som stödjer den enskilda författarens åsikt

anses oetiskt (Forsberg & Wengström, 2016). Artiklarna som ligger till grund för hela arbetet ska arkiveras i 10 år (Forsberg & Wengström, 2016).

RESULTAT

Resultatet presenteras med hjälp av vetenskapliga artiklar som svarar på denna studies syfte. Syftet med denna studie var belysa sjuksköterskans information till patienter som ska genomgå höftplastikoperation. I resultatet efter analysering av artiklarna har fyra kategorier skapats:

1. Individuell information.
2. Positiva effekter av utbildning.
3. Relationen mellan utbildning och egenvård.
4. Positiva effekter av utbildning.

Dessa kategorier beskriver olika betydelse av information till patienter som genomgår höftplastikoperationen. Sex kvalitativa och 14 kvantitativa artiklar användes till resultatet.

Individuell information

Flera studier visar att individuell information är viktig på flera olika sätt för patienter som genomgår höftplastik (Gustafsson, Heikkilä, Ekman och Ponzer, 2010; Kearney, Jennrich, Lyons, Robinson & Berger, 2011; Murphy, Conway, McGrath, O’Leary, O’Sullivan, & O’Sullivan, 2011; Specht, Kaersgaard-Andersen & Pedersen, 2015; Moulton, Evans, Starks & Smith 2015; Sendir, Buyukyilmaz & Musovi, 2013).

Enligt Gustafsson et al. (2010) är information viktig för patienter för att de ska kunna förbereda sig inför operationen och det är viktig att informationen ges på individnivå. Informationen gör också att patienter känner mindre oro och blir mer avslappnade inför höftplastikoperationen. Brist på individanpassad information kan leda till postoperativa komplikationer. Kearney et al. (2011) konstaterade att det är viktigt att patienterna får svar på sina frågor och funderingar från det att operationsdatumet är bestämt fram till själva operationsdagen.

Murphy et al, (2011) kom fram till att det inte alltid är bra med för omfattande information. Studien visade att de patienter som fick grundläggande skriftlig information hade bättre mobiliseringsförmåga än de som fick mer omfattande skriftlig information.

I en annan studie som utfördes i sju europeiska länder, däribland Sverige, belystes vikten av förväntad och erhållen information från vården. Det var information till patienter som genomgått höftplastikoperation och forskarna fann att den informationen som vården gav inte levde upp till de förväntningar som patienterna hade. Forskarna kom också fram till att patienternas förväntningar på kunskapen kan vara olika på grund av kulturella skillnader i olika länder (Klemetti et al., 2015).

Närstående som deltog i patientens utbildning gynnar inte bara patienten utan även sig själva. Det är viktigt att patienter får strukturerad preoperativ information om de komplikationer som kan uppstå, med betoning på förebyggande och aktiva åtgärder som patienten själv kan utföra för att komplikationer inte skall uppstå. Några patienter ansåg att de fick för mycket, både irrelevant och för detaljerad, information. Patienter beskrev att information som sjuksköterska gav minskade den oro som de kände i det preoperativa skedet. Patienter berättar att individuell anpassad information gjorde att de kände sig personligt bemötta (Aquilina & Baldacchino, 2007).

Information ger kortare vårdtid och har också goda effekter på mobilisering och hur patienterna upplever sjukhusvistelsen. Patienter bör därför uppmuntras att delta i dessa utbildningar (Moulton et al., 2015).

En dansk studie visade att det är viktigt att patienterna får information för att hantera postoperativ smärta och får utbildning för att ha förtroende för sjukvården, så att de är redo

för utskrivning och kan fortsätta sin läkningsprocess och egenvård i hemmet. Informationen var både muntlig och skriftlig och patienterna hade möjlighet att ställa frågor i samband med utbildningen. Informationen förstärkte även patientens delaktighet och många patienter uppskattade när de fick tillfälle att ställa frågor och tog en aktiv roll i sin egenvård. Detta bidrog till en känsla av kontroll och förtroende för många patienter. Det var av stor vikt för sjuksköterskan att vara medvetna om när informationen skulle levereras och informationen skulle alltid bygga på den enskilda patientens tillstånd och förmåga att tillgodogöra sig budskapet (Specht et al., 2015).

I en svensk studie med hälften svenskar och hälften med invandrabakgrund beskrev de flesta patienterna att den preoperativa information var begränsad. Skriftlig information skickades med post hem till patienterna men bara på svenska. Deltagarna med invandrabakgrund som inte behärskade svenska språket hade svårt att förstå informationen. Majoriteten av patienterna upplevde att sjukvårdspersonalen var stressad och inte hade tid att förklara hur operationen skulle gå till och det fanns ingen tid för patienterna att ställa frågor. Patienterna ville ha information om smärtlindring, hur operationen går till och information om narkosen. För en del invandrapatienter som inte pratade svenska saknade både närstående och vänner som kunde hjälpa dem med informationen och aldrig hade varit på sjukhus tidigare var situationen komplicerad. Vissa tider under sjukhusvistelsen fanns ingen tolk närvarande för några av patienterna och närstående ville inte tolka på grund av risken att tolka fel (Krupic, Määttä, Garellick, Lyckhage & Kärrholm, 2012).

Information genom patientutbildning

Patientutbildning har stor betydelse för patienterna på olika sätt. Flera studier visade att preoperativ patientutbildning i olika former kan minska vårdtiden (Moulton et al., 2015; Yoon et al., 2010 och Thomas & Sethares, 2008). En studie visade att preoperativ utbildning ger betydligt kortare vårdtid och bättre effekt för sjukhusets kostnadsbesparingar på grund av de kortare vårdtiderna. Smärtlindring och hjälpmedel för att vårdas i hemmet ingick också i utbildningen (Moulton et al., 2015). Att patienterna själva fick välja om de ville delta i utbildningen gjorde att deltagarantalet ökade. Den individuella utbildningen i studien kändes tryggare för patienten än utbildning i en stor grupp. Det ökade patientens integritet eftersom hälsorelaterade frågor kan vara av personlig karaktär (Yoon et al., 2010).

Patienter som hade deltagit i en preoperativ utbildning kände sig väl förberedda inför operationen och de kände också att de kunde kontrollera sin smärta bättre efter operation, än de som inte hade deltagit i utbildningen. Även om patientens kunskap från utbildningen inte påverkade det kliniska resultatet, påverkade det patienterna och minskade deras oro (Kearney et al., 2011).

Moulton et al., (2015) visade att preoperativ patientutbildning som en del av en förbättrad omvårdnadsplan för rehabilitering minskade vårdtiden för patienter som genomgick planerad höftplastik. Utbildning är relaterat till och gynnar rehabiliteringsprocessen och kan förbättra utfallet efter en höftplastikoperation (Murphy et al., 2011). En annan studie kom fram till att ett utbildningsprogram med ett interprofessionellt team hade en positiv effekt på den postoperativa mobiliseringen och patienternas förväntningar vid utskrivningen. Forskarna betonade att preoperativ utbildning är välgörande mot oro, smärta, ökar patienttillfredsställelsen och minskar vårdtiden. Patienterna som deltog i utbildningen mådde bättre postoperativt och de kunde utföra de övningar som ingick i träningsprogrammet, såsom mobilisering och förflyttningsteknik, samma dag efter operationen (Thomas & Sethares, 2008).

I en studie av Johansson, Katajisto och Salanterä (2010) ansåg patienterna att preoperativ utbildning både skriftligt och via telefon var bättre och att de fick mer delaktighet i sin omvårdnad och att utbildningen uppfyllde deras förväntningar än ett utbildningsprogram med bara en metod. Dessutom är det viktigt att sjuksköterskor som ger telefonrådgivning har kunskap om den teoretiska grunden för patientens autonomi.

Lübbecke, Suvà, Perneger och Hoffmeyer, (2009) menade att patientutbildning har visat sig bidra till bättre patientinformation och mer realistiska förväntningar. Det framkom också att utbildning i små grupper erbjöd ytterligare möjligheter för patienter att möta den medicinska personalen och det underlättade informationsutbytet genom att uppmuntra patienter till diskussioner.

Resultaten från en annan studie visade likheter när det gäller patienters utbildningsbehov vid utskrivningen. De viktigaste utbildningsbehoven gällde behandling och komplikationer, levnadsvanor och att förbättra livskvaliteten. Patienterna kan ha högre risk för komplikationer efter utskrivning om de inte förstår restriktionerna för mobilisering samt hur komplikationer kan förebyggas. Sambandet mellan utbildningsbehov och ålder visade att äldre patienter behövde mer information än yngre (Sendir et al., 2013).

Montin, Johansson, Kettunen, Katajisto och Leino-Kilpi (2010) kom fram till att ett annat tillvägagångssätt skulle vara för patienten att gå igenom den preoperativa informationen och lyfta fram de punkter som patienten vill lära sig mer om, så att sjuksköterskan kan fokusera på rätt utbildningsområden.

Resultatet från en studie visade att sjuksköterskan bör uppmuntra patienter att delta i preoperativ individanpassad utbildning några veckor innan operationen, så att patienten är väl förberedd inför operationen. Under sjukhusvistelsen finns det begränsad tid för utbildning. Studien rekommenderade att sjuksköterskorna använder tankekarta (mind map) för att underlätta det muntliga lärandet (Johansson, Salanterä & Katajisto, 2007).

Gustafsson et al. (2010) beskriver att patienterna blev uppmuntrade av att delta i utbildning som är anpassad till den egna förmågan efter utskrivning. Utbildningen med kontinuerlig vägledning av sjukvårdspersonal från ett multiprofessionellt team fokuserade på aktiviteter såsom egenvårdförmåga, promenader och fysisk träning för bättre balans. Utbildningen tog även upp att bli rörlig igen, som innebär av att hantera egenvårdskapacitet och planera aktiviteter utifrån de begränsningar som höftplastikoperation innebär.

Relationen mellan utbildning och egenvård

Några studier visar att förmågan till egenvård för patienter efter en höftplastikoperation beror på olika faktorer (Sendir et al, 2013; Postler, Neidel Günther & Kirschner 2010; Fridh et al, 2015; Cox et al, 2016).

Många patienter vill ha fördjupad kunskap för att förbättra sin livskvalitet och få utbildning om egenvård och hur de kommer att klara sig efter utskrivningen (Sendir et al, 2013).

Fridh et al, (2015) kom fram till att även om patienten har postoperativ smärta bör sjuksköterskan och övrig sjukvårdspersonal motivera patienterna att delta i sin egenvård och mobilisering för att minska risken för komplikationer som kan leda till längre vårdtid än beräknat.

Under utbildningen i en annan studie fick patienter bland annat råd om egenvård och hur de kan vara aktiva trots smärta från den nyopererade höften. Det är viktigt att patienten förstår att motivation och deltagande i träningen påverkar och ger god effekt för läkningsprocessen. Målet med höftplastikoperationen är att skapa en smärtfri höftled med bra rörlighet och stabilitet för förbättrad funktion och ökad egenvårdsförmåga och livskvalitet. Det kan innebära träning i att återvinna egenvårdsförmågan helt eller delvis, med eller utan hjälpmedel (Cox et al., 2016). För att patienter ska återfå bra rörlighet och styrka är det viktigt att de fortsätter träna enligt ett träningsprogram. Under

sjukhusvistelsen fick patienterna lära sig ett träningsprogram som de fortsatte att använda när de kom hem (Specht et al, 2015).

Patienterna i en studie ansåg att de behövde mer utbildning för att få ökad kunskap, framför allt om sin behandling och sina komplikationer, sina levnadsvanor och att kunna förbättra sin egenvårdskapacitet efter utskrivningen. Äldre patienter behövde mer detaljerad information och utbildning vid utskrivningen. Sjukvårdspersonal bedömde patienternas egenvårdskapacitet och förutsatte att patienterna ville klara av sin egenvård innan utskrivningen. Sjuksköterskan informerade och tränade patienterna så att deras egenvårdskapacitet ökar (Sendir et al, 2013).

Patienterna rapporterade omfattande lidande på grund av sin sjukdom, symtom och sviktande hälsa. De var oroliga för närstående, den situation de hamnat i och det kom många frågor och funderingar angående egenvårdsförmågan i framtiden (Fridh et al., 2015).

Positiva effekter av utbildning

Information om tidig mobilisering minskar risken för komplikationer och förkortar vårdtiden, vilket har visats i flera studier (Murphy et al., 2011; Lübbecke et al., 2009; Mertes, Raut & Khanduja, 2013).

Tidig mobilisering kan leda till tidigare utskrivning, färre komplikationer och förbättrad patienttillfredsställelse. Utbildning främjar engagemang och motivation hos patienterna under rehabiliteringsprocessen (Murphy et al., 2011).

Forskarna observerade en markant minskning av risken för höftluxation inom sex månader efter höftplastikoperation bland de patienter som hade deltagit i en preoperativ utbildning. Luxation är en allvarlig komplikation som ibland behöver kirurgisk behandling. Luxation är vanligast den närmaste tiden efter operation, ofta på grund av oförsiktiga rörelser. Risken för luxation minskade för patienter som har deltagit i patientundervisning jämfört med övriga patienter (Lübbecke et al., 2009).

En annan studie visade också en signifikant minskning av risken för luxation inom sex månader efter höftplastikoperation bland de patienter som deltagit i en preoperativ utbildning. Patienterna informerades att ta med sig en närstående på utbildningen. Patienterna beskrev att de kände sig avslappnade och trygga när deras närstående fick vara med under utbildningen. Utbildningen utformades individuellt med hänsyn till patientens hälsotillstånd och smärta. Under utbildningen fick patienterna information om mobilisering som är lämplig för varje patients förmåga för att undvika luxation. (Mertes et al., 2013).

En studie som genomfördes i Tyskland visade att de vanligaste postoperativa komplikationerna var blodbrist, trycksår och postoperativ förvirring. Äldre patienter led av allvarliga förvirringstillstånd redan före operationen och det blev värre efter operationen. Drygt 48 procent av patienterna fick blodtransfusion postoperativt. Patienterna led av färre läkemedelsbiverkningar än väntat. Även om postoperativ förvirring inte var särskilt vanligt i studien, kan denna komplikation leda till kognitiv svikt som kan förlänga vårdtiden (Postler et al, 2010).

En studie av en vårdmodell, med fokus på tidig mobilisering, patientutbildning och smärtkontroll visade positiva resultat både ur patientens och ur vårdpersonalens perspektiv. De flesta patienterna skrevs ut till hemmet med kortare vårdtid än planerat. Flera av patienterna önskade att sjuksköterskan tidigare under vårdtiden skulle börja administrera den smärtlindring som patienterna skulle ta i hemmet, så att nödvändiga justeringar kunde utföras under sjukhusvistelsen (Cox et al., 2016).

Paxton et al. (2015) kom fram till att de tidiga komplikationer som var vanligast efter höftplastikoperation var infektion och luxation. Genom att sjuksköterskan identifierade patienter med riskfaktorer som fetma, olika sjukdomstillstånd, och medicinska

komplikationer innan den planerade operationen kunde risken för komplikationer som kan leda till reoperation minska.

Patienter som bland annat fick preoperativ utbildning för tidig mobilisering och smärtlindring i förebyggande syfte preoperativt visade större förbättring i mobilitet, var nöjdare med operationen och hade kortare vårdtid än de som fick standardrehabilitering och bara postoperativ smärtlindring. Det visade också hur faktorer som utbildning av närstående, förebyggande smärtlindring och tidigare preoperativ och postoperativ rehabilitering minskade vårdtiden vid total höftplastik (Pour, Parvizi, Sharkey, Hozack & Rothman, 2007).

Enligt Sendir et al. (2013) har patienter större risk för komplikationer efter utskrivning om de inte förstår restriktionerna som gäller för mobilisering efter höftplastikoperation och hur komplikationer kan förebyggas och hanteras. Efter en höftplastikoperation är aktiv rörelse av största vikt. Träning började dagen efter operationen och rehabiliteringen fortsatt även efter att patienten hade kommit hem.

Patienter som hade deltagit i preoperativ utbildning hade mindre risk för luxation under vårdtiden än de som inte hade deltagit i utbildningen. Dessa fynd tyder på att preoperativ patientutbildning kan minska risken för luxation efter höftplastikoperation särskilt efter det att patienten har återvänt hem. I studien fanns en grupp för tidig mobilisering och en standardgrupp. Patienterna i gruppen för tidig mobilisering skrevs ut direkt till hemmet men patienterna i standardgruppen skickades till eftervård för vidare rehabilitering (Postler et al., 2010).

För att stödja patienter och lindra lidande, måste sjuksköterskan vara uppmärksam på patienternas plågsamma bekymmer. Trots sjukhusvistelsen var en betydande del av patientens besvär i samband med allvarligt lidande relaterat till symtom som smärta och illamående både före och efter operationen (Fridh et al., 2015).

DISKUSSION

Resultatdiskussion

De viktigaste fynden som svarade på denna studies syfte var att informationen ska vara individuellt anpassad, vilket flera av studierna visade. Varje patient har rätt till information och det är sjuksköterskans skyldighet att ge patienterna all information som gäller deras behandling och omvårdnad, bara om patienten uttryckligen tackar nej till information eller om det bedöms vara förenat med livsfara eller kan innebära allvarliga hälsorisker kan sjuksköterskan underlåta att förmedla denna information (Almås et al., 2011).

Patientutbildning har fått allt större betydelse i kirurgisk praxis, särskilt med trenden mot kortare vårdtider. Fördelarna med preoperativ utbildning är allmänt erkända, men det finns inte en enda universell metod som kan tillämpas som bot på alla tillstånd och sjukdomar (Johansson et al., 2010). Därför behövs individanpassad preoperativ information och utbildning. Det framkom i flera studier (Aquilina & Baldacchino, 2007; Kearney et al., 2011; Moulton et al., 2015) att det finns många fördelar, som att oron inför operationen minskade, delaktigheten i egenvården ökade, vårdtiden minskade och tidig mobilisering minskade risken för komplikationer. Därför behöver sjuksköterskan förstå patientens behov och använda informationen för att lägga upp en omvårdnadsplan som är anpassad efter patientens behov, eftersom patienter som genomgår höftplastikoperation har stort behov av information och utbildning om hur de kan hantera sin smärta och egenvård under läkningsprocessen. Enligt patientlagen skall patienter bli informerade om sitt hälsotillstånd, och behandlingsalternativ för att minimera risken för komplikationer som eventuellt kan uppstå. De kan också få information om eftervård och rehabiliteringsstrategier för att förebygga skada (SFS, 2014:821). Informationen är viktig för att patienten ska känna sig

delaktig i sin omvårdnad och egenvård. Ett bra samarbete mellan olika sjukvårdspersonal i vårdkedjan är betydelsefullt för kontinuitet i sjukvården (Hommel & Bååth 2013).

Det inte alltid är bra med för omfattande information. Flera studier (Aquilina & Baldacchino, 2007; Gustafsson et al., 2010; Murphy et al., 2011) belyste hur viktigt det var att inte få för mycket information, det kan påverka patienten som ska genomgå höftplastikoperation negativt. Det stämmer med det som Dahlborg-Lyckhage (2014) beskriver om att ge tydlig information utifrån patientens behov och förmåga att ta till sig information. För att förbättra postoperativ tillfredsställelse hos patienter är det viktigt med tydlig kommunikation mellan patient och sjukvårdspersonal för att förhindra eventuellt orealistiska förväntningar från patienten. (Koenen et al., 2014).

En del har lättare att ta till sig skriftlig information och andra föredrar muntlig information. I studien av Specht, et al. (2015) patienterna fick en kombination av både skriftlig och muntlig information kände de sig lugnare inför operation och deras sjukhusvistelse blev kortare än de patienter som fick bara muntlig eller bara skriftlig information. Det visade att patienter kunde få för mycket information under kort tid och att patienten lätt kan glömma bort mycket av informationen. Fördelar med den skriftliga informationen var att patienterna kunde läsa den senare i lugn och ro när de ville samt använda informationen för vidare diskussion. Det är viktigt att information ges på ett språk som patienten behärskar, så att patientens egna funderingar och frågor besvaras, som gör att hen känner sig sedd och får komma till tals. Om patienten är bättre informerad kan det underlätta för patienten att själv fatta beslut om sin omvårdnad och egenvårdskapacitet, som kan leda till en högre livskvalitet.

Det är störst risk för luxation under de första dagarna, vilket kan förebyggas med adekvat information och tydliga restriktioner. Patienter har större risk för komplikationer efter utskrivning om de inte förstår restriktionerna för mobilisering och hur komplikationer kan förebyggas och hanteras (Sendir et al., 2013). Två studier (Lübbecke et al., 2009; Mertes et al., 2013) visade att preoperativ information minskade risken för luxation inom sex månader betydligt. Murphy et al. (2011) kom fram till att tidig mobilisering bland annat minskade risken för komplikationer. Sjuksköterskan bör se till att patienter som har risk för luxation får förebyggande omvårdnadsåtgärder. Patienter bör också få information om hur de lättast kan förflytta sig själva till och från sängen och ändra ställning i sängen. Det är viktigt att få information och uppmuntran att delta i olika aktiviteter eftersom detta inte bara förebygger luxation utan också är en del av rehabiliteringsprocessen. Efter en höftplastikoperation är aktiv rörelse av största vikt, där bör sjuksköterskan uppmuntra patienten att utföra alla dagliga aktiviteter och därmed öka sin egenvårdskapacitet (Sendir et al., 2013). Det bekräftar Dorothea Orems egenvårdsteori. Efter höftplastikoperation kan patienten ha egenvårdsbrist och sjuksköterskan kan hjälpa patienten att återfå sin egenvårdförmåga (Wiklund Gustin & Lindwall, 2012).

Efter höftplastikoperation ska man börja med mobilisering så tidigt som möjligt för att minska riskerna för komplikationer (Almås et al., 2011). Några studier (Cox et al., 2016; Murphy et al., 2011; Thomas & Sethares, 2008) visade att tidig mobilisering gav kortare vårdtid. Studien av Moulton et al. (2015) kom fram till att information ger kortare vårdtid och har också goda effekter på mobilisering och hur patienterna upplever sjukhusvistelsen. Det var viktigt att sjuksköterskan och annan sjukvårdspersonal gav sitt stöd och engagemang till varje enskild patient, för att hjälpa patienten med tidigt mobilisering, som leder till snabbare återhämtning och kortare vårdtiden. Kortare vårdtider innebär att patienter kan behöva stöd från närstående under läkningsprocessen när de återvänder hem. Flera studier (Lübbecke et al., 2009; Mertes et al., 2013; Pour et al., 2007) visade att närstående som deltar i patientutbildningen kan gynna både sig själva och patienten och minska vårdtiden för patienten. Det hänger ihop med vad Stark, Salanterä, Sigurdardottir,

Valkeapää och Bachrach-Lindström (2016) visade – att ansvaret för att ge patienten stöd skiftar från vårdpersonalen till närstående ganska tidigt under mobiliseringsprocessen. Att vårdtiden förkortas innebär att patienter kan behöva stöd från sjuksköterskan under sjukhusvistelsen och stöd från närstående under resten av läkningsprocessen i hemmet. Patienter som genomgår höftplastikoperation kan lida av plågsam smärta men det framkom inte i någon av studierna. Detta kan bero på att information och utbildning om pre- och postoperativ smärtlindring gav god effekt, så att patienterna kunde hantera sin smärta. Detta är positivt eftersom obehandlad akut smärta kan övergå i långvarig smärta. Många studier (Cox et al., 2016; Kearney et al., 2011; Specht et al., 2015; Thomas & Sethares, 2008) visade att information och utbildning om smärta inte bara minskade oron inför operationen utan att patienterna även kunde kontrollera smärtan bättre efter operationen. Specht et al. (2015) betonar även att sjuksköterskan måste ha tillräcklig kunskap för att ta ansvar över patientens smärtlindring. Det stämmer överens med det Hommel och Bååth (2013) skriver om att höga smärtintensitetsnivåer kan förebyggas med smärtbedömning och utvärdering av smärtlindring. De skriver också att information och utbildning till patienter om förväntad smärta perioperativt kan minska oro och smärta. Patienterna i en dansk studie tyckte att det var värdefullt när sjuksköterskan fanns tillgänglig under utbildningen och de kunde ställa frågor (Specht et al., 2015). I en svensk studie belyste patienten vikten av att kunna ställa frågor till sjuksköterskan under vårdtiden, vilket minskade beroendet till sjuksköterskan, något som annars kändes negativt för välbefinnandet (Gustafsson et al., 2010). I en annan svensk studie saknade patienterna perioperativ information. Detta ledde till att patienterna inte var nöjda med sjukvården. Patienternas missnöje med sjukvården är individuell och upplevelsen kan variera beroende på många olika faktorer. Forskarna kom fram till att psykisk ohälsa och två veckors intervall mellan den tidpunkt då patienten fått informationen och operationen kan ha bidragit till missnöjet. De patienter som inte förstod svenska saknade dessutom information på sitt eget språk (Krupic et al., 2012). Det är sjuksköterskans uppgift att se till att patienter som inte förstår svenska har tillgång till en tolk som kan överföra informationen på ett språk som patienten behärskar. Att prata och förstå svenska språket underlättar informationsutbytet mellan sjuksköterska och patient. En del patienter i vården pratar ett annat språk än svenska, detta kan leda till kommunikationssvårigheter. Sjukvårdspersonal bör ta hänsyn till dessa patienter och se till att de får information på sitt eget språk. Det kan vara svårt för patienter att uttrycka sina smärta om de inte behärskar språket och det är viktigt att vara lyhörd och anpassa informationen till patientens behov (Krupic et al., 2012). Enligt International Council of Nurses (2014) har sjuksköterskan stort ansvar att ge god vård till de patienter som är i behov av den och ansvarar även för att vidta de omvårdnadsåtgärder som behövs för att tillgodose patienternas sociala och hälsomässiga behov. På sjuksköterskans ansvar ligger bland annat att patienten får adekvat information och förstår den informationen som ges gällande egenvård och mobilisering och att förebygga komplikationer som kan uppstå efter en höftplastikoperation. Den svenska befolkningen lever allt längre, det innebär att fler får problem med förslitna leder, vilket in i sin tur ökar behovet av höftplastikoperationer. För att täcka behovet behöver antalet vårdplatser ökas eller vårdtiderna förkortas. Kortare vårdtider gör att samhällets vårdkostnader minskar. En nackdel med kortare vårdtider är att patienterna inte får tillräckligt med rehabilitering innan de skrivs ut till hemmet, vilket ökar risken att komplikationer uppstår, som kan leda till ny sjukhusvistelse.

Metoddiskussion

Till denna studie valdes litteraturöversikt som metod för att besvara syftet och sammanställa befintlig data (Forsberg & Wengström, 2016). Syftet var att belysa vikten av information från sjuksköterska till patienter som ska genomgå höftplastikoperation. Syftet har ändrats några gånger på grund av att det var svårt att hitta artiklar som svarade på syftet. Från början fanns funderingar att göra en intervjustudie men på grund av den begränsade tid som fanns till förfogande valdes litteraturöversikt. Vid en intervjustudie behövs flera tillstånd (Helgesson, 2015), bland annat från verksamhetschefer och från Sophiahemmet högskola, det tar tid att sammanställa frågor, det tar tid att hitta tillräckligt många deltagare som vill delta och det tar tid att sammanställa intervjusturen. Med att göra en litteraturöversikt fanns redan kunskap inom området som kunde användas för att få förståelse inom evidensbaserad omvårdnad.

Det finns mycket forskning kring information vid höftplastikoperation, vilket innebar att det tog mycket tid att läsa igenom titlar och abstrakt för att urskilja de artiklar som svarade på den här studiens syfte för att läsas i fulltext. Artikelsökningarna genomfördes i två databaser, PubMed och CINAHL. Sökningarna genomfördes omväxlande i PubMed och i CINAHL. PubMed var den databas som gav flest relevanta artiklar. Ett misstag som gjordes under sökningsarbetet var att inte använda samma sökordskombination i både PubMed och CINAHL, utom på enstaka ställen. Det kan ha varit på grund av att många sökordskombinationer användes vid sökningarna. Totalt valdes 6 kvalitativa artiklar och 14 artiklar med kvantitativ ansats. Forsberg och Wengström (2016) beskriver att en kombination av kvalitativa och kvantitativa artiklar är att rekommendera för att ge flera olika perspektiv på forskningsresultatet. Polit och Beck (2012) beskriver att det kan finnas en risk att använda kvalitativa studier i en litteraturöversikt eftersom reliabiliteten kan försvagas på grund av det subjektiva resultatet.

För några artiklar fanns inte hela texten tillgänglig på tidskriftens webbsidor, därför beställdes artiklarna via Stockholms läns landstings bibliotek, vilket var en tidskrävande procedur. Efter två till tre dagar, när de beställda artiklarna hade hämtats och hela texten kunde läsas visade det sig att de inte svarade på den här studiens syfte.

Författaren har skrivit den här studien ensam och har bara erfarenhet av vetenskapligt skrivande från projektplanen till den här studien. Förutom fem träffar med grupphandledning har arbetet utförts på egen hand, utan någon medförfattare att diskutera med. Det kan ha resulterat i att den egna tolkningen vid översättningen av artiklar från engelska till svenska inte stämmer överens med de ursprungliga studiernas resultat. Några artiklar uppfattades som otydliga och svåra att tolka, detta kan ha resulterat i att de fick lågt betyg och därmed uteslöts från den här studien. Detta kan också ha påverkat den här studiens reliabilitet negativt. Polit och Beck (2012) beskriver att med hög reliabilitet ska en studie kunna göras om och komma fram till samma resultat igen. Kristensson (2014) beskriver validitet som ett mått på om forskaren verkligen undersöker det som studien avser att undersöka. Det kan ha förekommit feltolkningar vid översättningarna av utvalda artiklar. Det kan bero på att svenska inte är författarens till den här studien modersmål. Mer än hälften av artiklarna i denna studie har bedömts vara av hög kvalitet, vilket stärker trovärdigheten i resultatet men en svaghet kan vara att sökningarna bara utfördes i två databaser, PubMed och CINAHL.

Det finns många artiklar om information vid ledplastik från flera olika länder. Många av artiklarna tog upp både knäplastik och höftplastik men denna studie fokuserade på höftplastik, därför har bara information om höftplastik används. I sökningarna hittades artiklar från olika länder. Fem stycken artiklar är från USA, en är från Kanada, tre är från Sverige och resterande från övriga Europa. Urvalet är inte gjort efter vilket land artiklarna kom ifrån, utan för att de var relevanta för syftet. De flesta länder som artiklarna är ifrån

har en sjukvård jämförbar med den i Sverige. Detta bedömdes som positivt för resultatets överförbarhet till vården i Sverige. Skillnader kan dock förekomma, exempelvis har USA inte gratis sjukvård.

Forsberg och Wengström (2016) rekommenderar att studera referenslistor till inkluderade artiklar, för att hitta andra artiklar som kan vara intressanta för studien. Under arbetet med projektplanen till denna studie påträffades ett par intressanta artiklar via referenslistorna i litteraturen från bakgrunden. Artiklarna var "Extensive human suffering: a point prevalence survey of patients' most distressing concerns during inpatient care", av Fridh et al. (2015) och "In the hands of formal carers: Older patients' experiences of care across the perioperative period for joint replacement surgery", av Gustafsson et al. (2010). Från början fanns lidande med som ett bärande begrepp men har under arbetet med studien ändrats till Dorothea Orems egenvårdsteori som passar med nuvarande syfte. Trots det ändrade syftet har den förstnämnda artikeln bedömts vara tillräckligt relevant för att inkluderas i denna studie.

Som tidigare beskrivits kommer de utvalda artiklarna från olika länder, vilket kan ha påverkat validiteten av studiens resultat. Det har dock setts som en styrka då det bidrog till ett vidare perspektiv i ämnet. Att artiklarna kommer från olika länder gör också att den språkliga kvaliteten varierar. De artiklar som kommer från engelsktalande länder var lättare att följa och förstå än de som kommer från icke engelsktalande länder.

Dorothea Orems egenvårdsteori har löpt som en röd tråd genom den här studien. Patienter som genomgår höftplastikoperation drabbas av egenvårdsbrist på grund av begränsad rörlighet. De olika preoperativa utbildningarna syftar till tidig mobilisering och att så snabbt som möjligt återställa egenvårdskapaciteten, så att patienten kan skrivas ut så fort som möjligt och återvända till sin hemmiljö.

Slutsats

Patientinformation och patientutbildning samt hur sjuksköterskans roll inverkar på patientens upplevelser av höftplastikoperation och en god vårdrelation har en stor inverkan för patientens upplevelse av sjukhusvistelsen och välbefinnandet.

Patienten kan känna sig utelämnad eftersom utskrivning till hemmet sker bara några dagar efter operationen. Därför är det av stor betydelse att sjuksköterskan informerar och stöttar patienten under läkningsprocessen.

Fortsatta studier

Information och utbildning är alltid aktuellt inom omvårdnad, det finns flera områden att forska vidare inom. Att analysera hur information och utbildning kan minska riskerna för komplikationer och egenvårdsbrist kan vara ett område att fördjupa sig i. Det skulle vara intressant att göra en kvalitativ intervjustudie om patientutbildning i samband med höftplastik, med fokus på patienter som inte behärskar svenska språket.

Att ha en tolk som inte har vårdutbildning kan öka osäkerheten för sjuksköterskan eftersom tolkningen kanske inte har gjorts på rätt sätt. Användning av utbildade, professionella tolkar, å andra sidan, har en positiv effekt på vårdkvaliteten (Baurer, Yonek, Cohen, Restuccia & Hasnain-Wynia, 2014). Även närstående kan ha en viktig roll när patienten har svårt att uttrycka sig på svenska. Att använda närstående som tolk kan kränka patientens autonomi. I det fallet kan Sjuksköterskan hamna i ett etiskt dilemma, beroende på vad patienten har berättat om sitt hälsotillstånd för närstående. Det behövs mer forskning om patienter, som inte behärskar svenska språket, upplevelser av den svenska sjukvården och fortsatt forskning behövs därför för att nå en fördjupad förståelse för patientens som har invandrarbakgrunds perspektiv.

Klinisk tillämpbarhet

Genom att öka sjuksköterskors medvetenhet om vikten av adekvat information till patienter och närstående vid höftplastikoperation, samt genom att förbättra sjuksköterskornas kunskap om hur denna information ska utformas och kommuniceras till patienter och närstående kan vården vidareutvecklas kring patientens och närståendes information. Det kan på sikt bidra till att förebygga postoperativa komplikationer efter höftplastikoperation och därmed lindra patienters lidande.

REFERENSER

Artiklar som är redovisade i den bifogade artikelmatrisen (bilaga B) är markerade med asterisk (*).

* Aquilina R., & Baldacchino D. (2007) An exploratory study of Maltese patients' perceptions of their preparation for total joint replacement at the pre-admission clinic. *Journal of Orthopaedic Nursing*. 2007(11), sidor 194–203.

Almås, H., Stubberud, D. G., Grønseth, R. (Red.) (2011). *Klinisk omvårdnad del 1 och del 2*. Stockholm: Liber.

American Psychiatric Association (1999). Practice guideline for the treatment of patients with delirium. *The American Journal of Psychiatry*, 156 (5), supp.

Armstrong, K. (2015). Diagnosing and treating urinary tract infections in older people. *British Journal of Community Nursing*, 20(5), sidor 226–230. doi: 10.12968/bjcn.2015.20.5.226.

Baurer, D., Yonek, J. C., Cohen, A. B., Restuccia, J.D. & Hasnain-Wynia, R. (2014). System-level factors affecting clinicians' perceptions and use of interpreter services in California public hospitals. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 16(2), sidor 211–217. doi: 10.1007/s10903-012-9722-3.

Berg, A., Dencker, K. & Skärsäter, I. (1999). *Evidensbaserad omvårdnad: Vid behandling av personer med depressionssjukdomar* (Evidensbaserad omvårdnad, 1999:3). Stockholm: SBU, SFF.

Berglund, E. (2009). *Höftledsbrott – höftfraktur*. Hämtad 6 november 2016 från www.doktorn.com/artikel/h%C3%B6ftledsbrott-%E2%80%93-h%C3%B6ftfraktur

Brembo, E. A., Kapstad, H., Eide, T., Månsson, L., Van Dulmen, S. & Eide, H. (2016). Patient information and emotional needs across the hip osteoarthritis continuum: a qualitative study. *BMC Health Service Research* 16(88), sidor 1-15, doi: 10.1186/s12913-016-1342-5.

Bucholz, R. W. (2014). Indications, techniques and results of total hip replacement in the united states. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 25(5), sidor 756–759. doi: 10.1016/S0716-8640(14)70103-8.

Crandall, L. G., White, D. L., Schuldheis, S., & Talerico, K. A. (2007). Initiating person-centered care practices in long-term care facilities. *Journal of Gerontological Nursing*, 33(11), sidor 47-56.

*Cox, J., Cormack, C., Prendergast, M., Celestino, C., Willis, S. & Witteveen, M. (2016). Patient and provider experience with a new model of care for primary hip and knee arthroplasties. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing* 2016(20), sidor 13–27. doi:10.1016/j.ijotn.2015.05.003.

Dahlborg-Lyckhage, E. (2014). *Att bli sjuksköterska – en introduktion till yrke och ämne*. Lund: Studentlitteratur.

- Dehlin, O., & Rundgren, Å. (2007). Geriatrik. Lund: Studentlitteratur.
- Edberg, A. K., Wijk, H. (2009). *Omvårdnadens grunder: Hälsa och ohälsa*. Lund: Studentlitteratur.
- Ehrenberg, A. & Wallin, L. (2009) *Omvårdnadens grunder: Ansvar och utveckling*. Lund: Studentlitteratur.
- Ericson, E. & Ericson, T. (2012). Medicinska sjukdomar : Patofysiologi, omvårdnad och behandling, Lund: Studentlitteratur.
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2016). *Att göra systematiska litteraturstudier : värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur & kultur.
- *Fridh, I., Sarenmalm, E. K., Falk, K., Henoch, I., Öhlén, J., Ozanne, A. & Ung, E. J. (2015). Extensive human suffering: a point prevalence survey of patients' most distressing concerns during inpatient care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(3), sidor 444–453. doi: 10.1111/scs.12148.
- *Gustafsson, B.Å., Heikkilä, K., Ekman, S.L. & Ponze, S. (2010). In the hands of formal carers: Older patients' experiences of care across the perioperative period for joint replacement surgery. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing* 2010(14), sidor 96–108. doi: 10.1016/j.ijotn.2010.01.002.
- Helgesson, G. (2015). *Forskningsetik*. Lund: Studentlitteratur.
- Henricson, M. (2012). *Vetenskaplig teori och metod : från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur
- Hermerén, G. (2011). *God forskningssed*. Stockholm: Vetenskapsrådet.
- Hommel, A., Bjorkelund, K.B., Thorngren, K.G. & Ulander, K. (2007). Nutritional status among patients with hip fracture in relation to pressure ulcers. *Clinical Nutrition*, 26(5) sidor 589-596. doi:10.1016/j.clnu.2007.06.003.
- Hommel, A. & Bååth, C. (2013). *Ortopedisk vård och rehabilitering*.Lund: Studentlitteratur.
- International Association for the Study of Pain (IASP) (1979). Subcommittee on taxonomy: pain terms. A list with definitions and notes on usage. *Pain*. 6(3), Sidor 249-252.
- International Council of Nurses (2014). *ICN:s Etiska kod för sjuksköterskor*. Hämtad 7 maj, 2016, från <http://www.swenurse.se/Sa-tycker-vi/Publikationer/Etik/ICNs-Etiska-kod-for-sjukskoterskor/>
- *Johansson K., Salanterä S., Katajisto J. (2007). Empowering orthopaedic patients through preadmission education: results from a clinical study. *Patient Education and Counseling* 66(1), sidor 84–91. doi: 10.1016/j.pec.2006.10.011.

*Johansson K., Katajisto J., Salanterä S. (2010). Pre-admission education in surgical rheumatology nursing: towards greater patient empowerment. *Journal of Clinical Nursing*, 2010 (19), sidor 21-22. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03347.x.

*Kearney, M., Jennrich, M. K., Lyons, S., Robinson, R. & Berger, B. (2011). Effects of Preoperative Education on Patient Outcomes After Joint Replacement Surgery. *Orthopaedic Nursing*, 30(6), sidor 391-396. doi: 10.1097/NOR.0b013e31823710ea

Kiefer, R. A. (2011). The Effect of Social Support on Functional Recovery and Well-Being in Older Adults Following Joint Arthroplasty: 2011. *Rehabilitation Nursing*, 36(3), sidor 120-126. doi: 10.1002/j.2048-7940.2011.tb00077.

Kirkevold, M. (2000). *Omvårdnadsteorier-analys och utvärdering*. Lund: Studentlitteratur.

*Klemetti, S., Leino-Kilpi, H., Cabrera, E., Copanitsanou, P., Ingadottir, B., Istomina, N., ... Valkeapää, K. (2015). Difference Between Received and Expected Knowledge of Patients Undergoing Knee or Hip Replacement in Seven European Countries. *Clinical Nursing Research*, 24(6), sidor 624–643. doi: 10.1177/1054773814549992.

Koenen, P., Bähris, H., Schneider, M. M., Fröhlich, M., Bouillon, B. & Shafizadeh, S. (2014). How do we face patients' expectations in joint arthroplasty? *Archives of orthopaedic and trauma surgery*, 134(7), sidor 925–931. doi 10.1007/s00402-014-2012-x.

Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. Stockholm: Natur & kultur.

*Krupic F., Määttä S., Garellick G., Lyckhage, E.D. & Kärrholm, J. (2012). Preoperative information provided to Swedish and immigrant patients before total hip replacement. *Medical Archives*, 66(6), sidor 399-404. doi: 10.5455/medarh.2012.66.399-404.

Kärrholm, J., Herberts, P., Garellick, G. (2006). Tidig omoperation för luxation av primär höftprotes ökar: En analys av nationella höftprotesregistret. *Läkartidningen*. 103(36), sidor 2547-2550.

*Lübbecke, A., Suvà, D., Perneger, T. & Hoffmeyer, P. (2009). Influence of preoperative patient education on the risk of dislocation after primary total hip arthroplasty. *Arthritis Care & Research*, 61(4), sidor 552–558. doi: 10.1002/art.24340

Lyder, C. H., Wang, Y., Metersky, M., Curry, M., Kliman, R., Verzier, N. R., & Hunt, D. R. (2012). Hospital-acquired pressure ulcers: results from the national Medicare Patient Safety Monitoring System study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(9), sidor 1603–1608. doi: 10.1111/j.1532-5415.2012.04106.x.

McDonald, L. T., Corbiere, N. C., DeLisle, J. A., Clark, A. M. & Kuxhaus, L. (2016). Pain Management After Total Joint Arthroplasty. *AORN Journal*, 103(6), sidor 605-616. doi: 10.1016/j.aorn.2016.04.003.

- *Mertes, S. C., Raut, S. & Khanduja, V. (2013). Integrated care pathways in lower-limb arthroplasty: are they effective in reducing length of hospital stay? *International Orthopaedics*, 37(6), sidor 1157–1163. doi: 10.1007/s00264-013-1829-1.
- Merx, H., Dreinhöfer, K., Schröder, P., Stürmer, T., Puhl, W., Günther, K. P., & Brenner, H. (2003). International variation in hip replacement rates. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 62(3), sidor 222–226. doi: 10.1136/ard.62.3.222.
- *Montin, L., Johansson, K., Kettunen, J., Katajisto, J. & Leino-Kilpi, H. (2010). Total Joint Arthroplasty Patients' Perception of Received Knowledge of Care. *Orthopedic Nursing*, 29(4), sidor 246-253. doi: 10.1097/NOR.0b013e3181e51868.
- *Moulton, L. S., Evans, P. A., Starks, I. & Smith, T., (2015). Pre-operative education prior to elective hip arthroplasty surgery improves postoperative outcome. *International Orthopaedics*, 2015(39), sidor 1483–1486. doi 10.1007/s00264-015-2754-2.
- *Murphy, S., Conway, C., McGrath, N. B., O'Leary, B., O'Sullivan, M. P., & O'Sullivan, D. (2011). An intervention study exploring the effects of providing older adult hip fracture patients with an information booklet in the early postoperative period: Nursing interventions in older adult patients after hip fracture repair. *Journal of Clinical Nursing*, 20(23–24), sidor 3404–3413. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03784.x.
- National Institutes of Health (NIH) (2014). *What Is a Hip Replacement?* Hämtad 30 april, 2016, från http://www.niams.nih.gov/Health_Info/Hip_Replacement/hip_replacement_ff.asp#who.
- *Paxton, E. W., Inacio, M. C., Singh, J. A., Love, R., Bini, S. A. & Namba, R. S., (2015). Are There Modifiable Risk Factors for Hospital Readmission After Total Hip Arthroplasty in a US Healthcare System?. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 473(11), sidor 3446–3455. doi: 10.1007/s11999-015-4278-x.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2012). *Nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins
- *Postler, A., Neidel, J., Günther K-P, & Kirschner, S. (2010). Incidence of early postoperative cognitive dysfunction and other adverse events in elderly patients undergoing elective total hip replacement (THR). *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 53(3), sidor 328-333. doi: 10.1016/j.archger.2010.12.010.
- *Pour, A. E., Parvizi, J., Sharkey, P.F., Hozack, W.J., Rothman, R.H., (2007). Minimally invasive hip arthroplasty: what role does patient preconditioning play? *The Journal of Bone and Joint Surgery*, 89(9), sidor 1920 -1927. doi: 10.2106/JBJS.F.01153.
- Raaymakers, E., (2006). Fractures of the Femoral Neck: A Rewiew and Personal Statement. *Acta Chirurgiae Orthopaedicae et Traumatologiae Čechoslovaca*, 73(1), sidor 45-59.
- Rikshöft (2013). *Höftfraktur*. Hämtad 24 november, 2016, från <http://rikshoft.se/hoftfraktur/>.

Rikshöft (2015). *Rikshöft Årsrapport 2014*. Hämtad 7 maj, 2016, från http://rikshoft.se/wp-content/uploads/2013/07/%C3%A5rsrapport_20141.pdf.

Salamon, L. (2009). Catheter-associated urinary tract infections: a nurse-sensitive indicator in an inpatient rehabilitation program. *Rehabilitation Nursing: The Official Journal of the Association of Rehabilitation Nurses*, 34(6), sidor 237–241. doi: 10.1002/j.2048-7940.2009.tb00257.x.

*Sendir, M., Buyukyilmaz, F. & Musovi, D. (2013). Patients' Discharge Information Needs After Total Hip and Knee Arthroplasty: A Quasi-Qualitative Pilot Study. *Rehabilitation Nursing*, 38(5), sidor 264–271. doi: 10.1002/rnj.103.

SFS, 2014:821. Patientlag. Hämtad 18 januari, 2017, från http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821

Shugars, R. A., & More, R. C. (2005). Arthroscopic hip surgery. *AORN Journal*, 82(6), 975–998. doi: 10.1016/S0001-2092(06)60250-0.

Socialstyrelsen (2015). *Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig: Handbok för vårdgivare, chefer och personal*. Hämtad 7 maj, 2016, från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2015/2015-4-10>.

*Specht, K., Kaersgaard-Andersen, P. & Pedersen, B. D. (2015). Patient experience in fast-track hip and knee arthroplasty – a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 25(5), sidor 1-10. doi: 10.1111/jocn.13121.

Stark, Å., Salanterä, S., Sigurdardottir, A. K., Valkeapää, K. & Bachrach-Lindström, M. (2016) Spouse-related factors associated with quality of recovery of patients after hip or knee replacement - a Nordic perspective. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing* 2016(23), sidor 32-46. doi: 10.1016/j.ijotn.

Stenwall, E. (2009). *Ett ögonblick i sänder: mötet vid akut förvirringstillstånd, äldre patienters, närståendes och professionella vårdares perspektiv*. Stockholm: Karolinska institutet.

*Thomas, K. M & Sethares, K. A. (2008). An Investigation of the Effects of Preoperative Interdisciplinary Patient Education on Understanding Postoperative Expectations Following a Total Joint Arthroplasty. *Orthopaedic Nursing*, 27(6), sidor 374–381. doi: 10.1097/01.NOR.0000342428.74830.67.

Wakefield, B. J. (2002). Behaviors and Outcomes of Acute Confusion in Hospitalized Patients. *Applied Nursing Research*, 12 (4), sidor 209-216. doi: 10.1053/apnr.2002.35961.

Wetters, N. G., Murray, T. G., Moric, M., Sporer, S. M., Paprosky, W. G., Della Valle, C. J., (2013). Risk Factors for Dislocation After Revision Total Hip Arthroplasty. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 471(2), sidor 410–416. doi: 10.1007/s11999-012-2561-7.

Wiklund Gustin, L. & Lindwall, L. (2012). *Omvårdnadsteorier i klinisk praxis*. Stockholm:

Natur & kultur.

Williamson, O. D., Gabbe, B. J., Physio, B., Cameron, P. A., Edwards, E. R. & Richardson, M. D. (2009) Predictors of moderate or severe pain 6 months after orthopaedic injury: a prospective cohort study. *Journal of Orthopaedic Trauma*. 23(2), sidor 139-144. doi: 10.1097/BOT.0b013e3181962e29.

Willman, A., Stoltz, P. & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning och klinisk verksamhet* (3:e uppl.). Lund: Studentlitteratur. (Valda delar).

Wright, A. A., Abbott, J. H., Baxter, D., & Cook, C. (2010). The ability of a sustained within-session finding of pain reduction during traction to dictate improved outcomes from a manual therapy approach on patients with osteoarthritis of the hip. *Journal of Manual & Manipulative Therapy*, 18(3), sidor 166–172. doi: 10.1179/106698110X12640740712536.

*Yoon, R. S., Nellans, K. W., Geller, J. A., Kim, A. D., Jacobs, M. R., Macaulay, W. (2010). Patient Education Before Hip or Knee Arthroplasty Lowers Length of Stay. *Journal of Arthroplasty, The*, 25(4), sidor 547-551. doi: 10.1016/j.arth.2009.03.012.

Tabell 1. Sophiahemmet Högskolas bedömningsunderlag för vetenskaplig klassificering samt kvalitet avseende studier med kvantitativ och kvalitativ metodansats, modifierad utifrån Berg, Dencker och Skärsäter (1999) och Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011).

KOD OCH KLASSIFICERING	VETENSKAPLIG KVALITET		
	I = Hög kvalitet	II = Medel	III = Låg kvalitet
Randomiserad kontrollerad studie/Randomised controlled trial (RCT) är prospektiv och innebär jämförelse mellan en kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper.	Större välplanerad och välgenomförd multicenterstudie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder inklusive behandlingsteknik. Antalet patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Adekvata statistiska metoder.	*	Randomiserad studie med få patienter/deltagare och/eller för många delstudier, vilket ger otillräcklig statistisk styrka. Bristfälligt antal patienter/deltagare, otillräckligt beskrivet eller stort bortfall.
Klinisk kontrollerad studie/Clinical controlled trial (CCT) är prospektiv och innebär jämförelse mellan kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper. Är inte randomiserad.	Välplanerad och välgenomförd studie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder inklusive behandlingsteknik. Antalet patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Adekvata statistiska metoder.	*	Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
Icke- kontrollerad studie (P) är prospektiv men utan relevant och samtida kontrollgrupp.	Väldefinierad frågeställning, tillräckligt antal patienter/deltagare och adekvata statistiska metoder.	*	Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
Retrospektiv studie (R) är en analys av historiskt material som relateras till något som redan har inträffat, exempelvis journalhandlingar.	Antal patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Väl planerad och välgenomförd studie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder.	*	Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
Kvalitativ studie (K) är vanligen en undersökning där avsikten är att studera fenomen eller tolka mening, upplevelser och erfarenheter utifrån de utforskades perspektiv. Avsikten kan också vara att utveckla begrepp och begreppsmässiga strukturer (teorier och modeller).	Klart beskriven kontext (sammanhang). Motiverat urval. Välbeskriven urvalsprocess; datainsamlingsmetod, transkriberingsprocess och analysmetod. Beskrivna tillförlitlighets/reliabilitetshänsyn. Interaktionen mellan data och tolkning påvisas. Metodkritik.	*	Dåligt/vagt formulerad frågeställning. Patient/deltagargruppen för otillräckligt beskriven. Metod/analys ej tillräckligt beskriven. Bristfällig resultatredovisning.

* Några av kriterierna utifrån I = Hög kvalitet är inte uppfylla men den vetenskapliga kvaliteten värderas högre än III = Låg kvalitet.

BILAGA B

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Aquilina R., & Baldacchino D. 2007 Malta	An exploratory study of Maltese patients' perceptions of their preparation for total joint replacement at the pre-admission clinic	Undersöka patienternas uppfattning av det multiprofessionella teamet i samband med förberedelserna på inskrivningsmottagningen. Identifiera hur patienterna uppfattar värdet av den information som ges på inskrivningsmottagningen. Identifiera faktorer som förbättrar eller försämrar hur patienterna uppfattar förberedelserna vid inskrivningsmottagningen.	Kvalitativ studie som utfördes som djupintervjuer med sju öppna frågor. 31 patienter tillfrågades och 30 ställde upp. En pilotstudie med tre patienter utfördes för att testa upplägget.	30 (-)	Studie visar att inskrivningsmottagningen inte bör betraktas som en rutinsyssla på sjukhuset som kan utföras av vem som helst utan kräver experterfarenhet av sjuksköterskor och annan sjukvårdspersonal. Dessa bör inte bara ge standardinformation utan bör också utveckla sina färdigheter att motivera patienter genom ett aktiverande samspel.	K I
Cox, J., Cormack, C., Prendergast, M., Celestino, C., Willis, S. & Witteveen, M. 2016 Canada	Patient and provider experience with a new model of care for primary hip and knee arthroplasties	Utvärdera hur nöjda patienter och vårdpersonal är med de ändringar i vårdmodellen som har genomförts för att förkorta vårdtiden.	94 patienter valdes ut för svara på skriftliga frågor sex veckor efter operation. Av de 94 patienterna valdes tio personer ut för en telefonintervju tre månader efter operation. En andra telefonintervju med 19 andra patienter utfördes 2-3 dygn efter utskrivning. 114 personer i personalen svarade på datorbaserade frågor och deltog i två fokusgrupper.	208 (-)	Patienter och vårdpersonal var positiva till den nya vårdmodellen med fokus på tidig mobilisering, patientutbildning och smärtkontroll. Den nya modellen har minskat vårdtiden från 4,5 till 2,9 dagar i genomsnitt.	P I

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)
I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Fridh, I., Sarenmalm, E. K., Falk, K., Henoch, I., Öhlén, J., Ozanne, A., & Ung, E. J. 2015 Sverige	Extensive human suffering: a point prevalence survey of patients' most distressing concerns during inpatient care	Att undersöka patienternas mest plågsamma bekymmer under en sjukhusvistelse	Denna studie var en del av en tvärsnittundersökning som behandlar symptomprevalens bland inlagda patienter och genomfördes vid två tillfällen: en gång på ett universitetssjukhus och en gång på ett länssjukhus, båda i västra Sverige.	710 (32)	Patienterna rapporterade omfattande lidande på grund av sjukdom och sviktande hälsa. Patienterna var oroliga för närstående, existentiella dilemma och framtiden. Tre aspekter av patienternas mest plågsamma farhågor tolkades: Lidandet själv, den lidande personen i nära relationer och den lidande personen i en hotfull värld.	K I
Gustafsson, B. Å., Heikkilä, K., Ekman, S. L. & Ponzer, S. 2010 Sverige	In the hands of formal carers: Older patients' experiences of care across the perioperative period for joint replacement surgery	Att belysa betydelsen av omvårdnad från all sjukvårdspersonal före, under och efter höftplastik eller knäplastik.	En longitudinell design utfördes för att studera deltagarnas upplevelser av höftplastik eller knäplastik från att de har placerats på väntelistan till ett år efter operation.	16 (4)	För att patienterna ska känna sig trygga under hela den perioperativa perioden behövs omvårdnad med samma sjukvårdspersonal med formell kompetens för höft- och knäplastik. Detta kräver en sjukvårdsorganisation som kan erbjuda kontinuitet under hela den perioperativa perioden.	K I

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)
I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Johansson K, Salanterä S, Katajisto J. 2007 Finland	Empowering orthopaedic patients through preadmission education: results from a clinical study	Att avgöra om det är möjligt att öka patienternas kunskap och säkerhet om vårdrelaterade frågor, att stärka lärandet och att utöva en positiv effekt på utvalda kliniska resultat med hjälp av ytterligare preoperativ utbildning med tankekarta (mind map).	Patienter som ska genomgå en planerad höftplastik delades slumpmässigt in i två olika grupper. En grupp fick preoperativ utbildning med hjälp av mind map och skriftlig information. Den andra gruppen fick bara skriftlig information och vanlig muntlig utbildning. Data samlades in från båda grupperna fyra veckor före sjukhusvistelsen, vid inskrivningen och vid utskrivningen med hjälp av frågeformulär.	123 (17)	Denna studie visade att preoperativ utbildning med hjälp av mind map och skriftlig information verkar ge bättre resultat än att använda skriftlig information och vanlig muntlig utbildning.	CCT I
Johansson K., Katajisto J., Salanterä S. 2010 Finland	Pre-admission education in surgical rheumatology nursing: towards greater patient empowerment	Att jämföra kunskapen hos två patientgrupper med avseende på vårdrelaterade frågor och känslan av säkerhet om kunskapen, stärka erfarenheterna från utbildningen, längden på inskrivningssamtalet, vårdtiden och olika hälsoproblem.	En randomiserad kontrollerad studie med två pedagogiska metoder. En grupp fick skriftligt utbildningsmaterial om pre- och postoperativa frågor och den andra gruppen fick samma material samt en utbildning via telefon.	59 (-)	Skriftligt utbildningsmaterial verkar vara ett bra val för preoperativ patientutbildning jämfört med rådgivning per telefon, särskilt om patienterna har kunskap om vården innan inskrivningen. Dock upplever patienterna utbildning via telefon som mer stärkande än skriftlig utbildning.	CCT II

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)
I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Kearney, M., Jennrich, M. K., Lyons, S., Robinson, R. & Berger, B. 2011 USA	Effects of Preoperative Education on Patient Outcomes After Joint Replacement Surgery	Jämföra resultaten för de patienter som deltog i en sjukhusbaserad preoperativ utbildning med de patienter som inte deltog i utbildningen.	Patienterna svarade på en skriftlig undersökning om förberedelser och förväntningar på operationen och upplevelser efter operationen. Resultatet granskades med avseende på vistelsetid, komplikationer, mobiliseringskapacitet och smärtnivå. Postoperativa komplikationer bedömdes under ett uppföljningssamtal via telefon ungefär 30 dagar efter utskrivningen.	150 (-)	Patienter som deltog i den preoperativa utbildningen kände sig bättre förberedda för operationen och kunde kontrollera sin smärta efter operationen bättre. Det fanns inga signifikanta skillnader mellan grupperna i vårdtid, mobiliseringskapacitet, smärtnivå, eller komplikationer.	CCT I
Klemetti, S., Leino-Kilpi, H., Cabrerá, E., Copanitsanou, P., Ingadottir, B., Istomina, N., ... Valkeapää, K. 2015 Sju europeiska länder	Difference between received and expected knowledge of patients undergoing knee or hip replacement in seven European countries.	Att undersöka mottagen och förväntade kunskap om patienter med knä- eller höftplastik i sju europeiska länder.	Patienter med höft- eller knäplastik fyllde i ett frågeformulär innan sin preoperativa utbildning och ett nytt formulär innan utskrivning och den mottagna kunskapen jämfördes med den förväntade kunskapen.	943 (-)	Forskarna fann att informationen som vården gav inte levde upp till de förväntningar som patienterna hade.	P II
Krupic F., Määttä S., Garellick G., Lyckhage, E.D. & Kärrholm, J. 2012 Sverige	Preoperative information provided to Swedish and immigrant patients before total hip replacement	Att undersöka hur invandrare och svenska patienter beskriver den preoperativa informationen som mottagits innan elektiv total höftplastik.	Kvalitativ intervjustudie genomfördes med 10 deltagare med invandrabakgrund och 10 svenska deltagare.	20 (-)	Resultaten visade att preoperativ information för alla patienter som genomgår elektiv total höftplastik var begränsad. Patienter från båda grupperna uttryckte oro över bristande information.	K I

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)
I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Lübbecke, A., Suvà, D., Perneger, T. & Hoffmeyer, P. 2009 Schweiz	Influence of preoperative patient education on the risk of dislocation after primary total hip arthroplasty.	Att bedöma hur preoperativ patientutbildning påverkar förekomsten av höftluxation inom 6 månader efter primär total höftplastik.	I denna prospektiva kohortstudie, ingick alla patienter som genomgick total höftplastik mellan 1998 och 2007. Bara elektiva operationer är inkluderade.	2238 (25)	Studien visar att preoperativ patientutbildning kan minska risken för luxation efter total höftplastik, särskilt efter att patienten har återvänt hem.	CCT I
Mertes, S. C., Raut, S. & Khanduja, V. 2013 England	Integrated care pathways in lower-limb arthroplasty: are they effective in reducing length of hospital stay?	Undersöka hur en standardvårdplan för total höftplastik påverkar vårdtiden.	308 patienter med total höftplastik bedömdes i en retrospektiv före och-efter studie. Perioperativ vårdtid registrerades för patienterna före och efter införandet av den integrerade vårdplanen.	308 (-)	Standardvårdplan minskade vårdtiden med drygt ett dygn.	R II

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)
I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Montin, L., Johansson, K., Kettunen, J., Katajisto, J. & Leino-Kilpi, H. 2010 Finland	Total Joint Arthroplasty Patients' Perception of Received Knowledge of Care	Att beskriva hur patienter som genomgått höftplastikoperation och deras uppfattning av kunskap från utbildning vid utskrivning.	Patienterna fick ett frågeformulär dagen innan utskrivningen och lämnade svaren vid utskrivningen.	123 (-)	Patienterna upplevde att de fått mest kunskap om de biofysiska frågorna och minst på de finansiella frågorna. Om patienternas åkte hem eller till eftervård vid utskrivningen och positiv upplevelse av vårdtiden var relaterat till deras uppfattning om vilken kunskap de hade mottagit under utbildningen.	P II
Moulton, L. S., Evans, P. A., Starks, I. & Smith, T. 2015 Storbritannien	Pre-operative education prior to elective hip arthroplasty surgery improves postoperative outcome	Att utvärdera effekterna av en ledprotesutbildning, särskilt med avseende på vårdtiden.	En retrospektiv studie. 233 av de 318 patienterna genomgick utbildningen.	318 (-)	Analysen visar att preoperativ utbildning ger betydligt kortare vårdtid och kostnadsbesparingar. Det finns också effekter på mobilisering och hur patienterna upplever sjukhusvistelsen. Patienter bör därför uppmuntras att delta i dessa utbildningar.	R II
Murphy, S., Conway, C., McGrath, N. B., O'Leary, B., O'Sullivan, M. P., & O'Sullivan, D. 2011 Irland	An intervention study exploring the effects of providing older adult hip fracture patients with an information booklet in the early postoperative period	Att avgöra om användning av informationsbroschyr om mobilisering förbättrar tidig mobilisering postoperativt.	Deltagarna indelades i tre grupper, en referensgrupp som fick vanlig vård, experimentgrupp 1 som fick vanlig vård plus en grundläggande informationsbroschyr och experimentgrupp 2 som fick vanlig vård plus en detaljerad informationsbroschyr. Datainsamling gjordes tre dagar postoperativt och innan utskrivning.	83 (21)	Resultaten visar den största förbättringen i experimentgruppen med grundläggande information. Den stora skillnaden i antal deltagare mellan experimentgrupp 1 och 2 kan ha bidragit till de bättre resultat hos patienter som fick grundläggande information, jämfört med dem som fick mer omfattande information.	CCT II

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)
I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Paxton, E. W., Inacio, M. C., Singh, J. A., Love, R., Bini, S. A. & Namba, R. S. 2015 USA	Are There Modifiable Risk Factors for Hospital Readmission After Total Hip Arthroplasty in a US Healthcare System?	Att undersöka förekomsten och orsakerna till omoperation efter total höftplastik och vilka riskfaktorer som finns för omoperation på ett stort sjukhus med välutvecklade operationsriktlinjer.	En statistisk analysmetod användes för att studera förhållandet mellan riskfaktorer inklusive patientrelaterade, kliniskt relaterade och systemrelaterade faktorer och sannolikheten för omoperation inom 30 dagar.	436 (-)	Sannolikheten för omoperation inom 30 dagar var 3,6 procent. Genom att identifiera patienter med riskfaktorer (fetma, sjukdomstillstånd, medicinska komplikationer m.m.) innan den planerade operation kan man minska risken för omoperation.	P II
Postler, A., Neidel, J., Günther K.P. & Kirschner, S. 2010 Tyskland	Incidence of early postoperative cognitive dysfunction and other adverse events in elderly patients undergoing elective total hip replacement (THR)	Att utvärdera biverkningar hos äldre patienter efter total höftplastik och särskilt att bedöma deras pre- och postoperativa kognitiv funktioner.	En prospektiv kohortstudie med 60 äldre patienter som genomgick planerad höftplastikoperation genomfördes som en pilotstudie. Patienterna intervjuades fyra gångar. Första gången på inskrivningsdagen, andra gången vecka efter operationen, tredje gången mellan två och fyra månader efter operationen och slutligen sex månader efter operationen.	60 (-)	Studien visar att äldre patienter som genomgår planerad höftplastikoperation lider av färre biverkningar än väntat. Även om postoperativ förvirring inte är särskilt vanligt i studien, kan denna komplikation leda till kognitiv svikt.	P II

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)
I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Pour, A. E., Parvizi, J., Sharkey, P. F., Hozack, W. J. & Rothman, R.H.. 2007 USA	Minimally invasive hip arthroplasty: what role does patient preconditioning play?	Att undersöka vilken roll patientutbildning, tidigare rehabilitering och bättre smärtlindring spelar för resultatet vid höftplastikoperation med titthålsoperation.	100 patienter genomgick höftplastikoperation delades slumpmässigt in i en av fyra grupper. En gruppindelning var efter storlek på snittet och den andra gruppindelningen var efter typ preoperativ rådgivning, typ av preoperativ och postoperativ rehabilitering samt typ av smärtlindring. Vitalparametrar, komplikationer, tid till utskrivning, funktionell förbättring, och patienttillfredsställelse bedömdes.	100 (6)	Denna studie belyser hur faktorer som närståendutbildning, förebyggande smärtlindring och tidigare preoperativ och postoperativ rehabilitering påverkar resultatet vid total höftplastik. Operationstekniken i sig spelade inte så stor roll för resultatet.	P II
Sendir, M., Buyukyilmaz, F. & Musovi, D. 2013 Turkiet	Patients' Discharge Information Needs After Total Hip and Knee Arthroplasty: A Quasi-Qualitative Pilot Study.	Att samla in information från individuella intervjuer om informationsbehovet hos patienter som har haft total höftplastik eller total knäplastik för första gången.	En kvasi-kvalitativ studie. Data samlades in med hjälp av ett formulär som bedömde patientens utbildningsbehov. Utifrån patientens utbildningsbehov genomfördes individuella intervjuer med öppna frågor 24-48 timmar innan utskrivning.	74 (-)	Resultaten visade likheter när det gäller patienters utbildningsbehov vid utskrivningen. De viktigaste utbildningsbehoven gällde behandling och komplikationer, levnadsvanor och att förbättra livskvaliteten. Sambandet mellan utbildningsbehov och ålder visade att äldre patienter behövde mer information än yngre.	K I

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)
I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Specht, K., Kaersgaard- Andersen, P. & Pedersen, B. D. 2015 Danmark	Patient experience in fast-track hip and knee arthroplasty – a qualitative study	Att utforska patienternas upplevda erfarenhet av total höft- och knäledsplastik med en effektiviserad vårdkedja från det första besöket på polikliniken till utskrivningen.	Semi-strukturerade intervjuer och deltagande observationer utfördes.	8 (-)	Studien visade att patienterna var tveksamma till att ta smärtstillande och tyckte att det var svårt att veta när de skulle ta smärtstillande vid behov. Därför behöver sjuusköterskan tillräcklig formell kunskap för att kunna ta ansvar för patientens smärtlindring. Adekvat preoperativ information ökade patienternas självförtroende.	K I
Thomas, K. M &, Sethares, K. A. 2008 USA	An Investigation of the Effects of Preoperative Interdisci-plinary Patient Education on Understanding Postoperative Expectations Following a Total Joint Arthroplasty	Att jämföra kunskaper och färdigheter hos patienter som genomgått ledplastik, som fick olika utbildningsprogram.	En kvasi-experimentell studie med en experimentgrupp och en kontrollgrupp. Experimentgruppen fick utbildning av ett interprofessionellt team medan kontrollgruppen fick standardutbildning.	156 (-)	Resultaten visar att utbildningsprogrammet med det interprofessionella teamet hade en positiv effekt på postoperativ mobilisering och förväntningar vid utskrivningen.	RCT I
Yoon, R. S., Nellans, K. W., Geller, J. A., Kim, A. D., Jacobs, M. R., Macaulay, W. 2010 USA	Patient Education Before Hip or Knee Arthroplasty Lowers Length of Stay	Undersöka effekten av individuell preoperativ utbildning och hur det påverkade vårdtiden hos patienter som genomgår planerad höftplastikoperation eller knäplastikoperation.	Patienterna fick en informationsbroschyr och utbildning via telefon preoperativt. Det var frivilligt att delta i utbildningen. Patienter som genomgick sin första höftplastik eller knäplastik inkluderades i studien.	268 (9)	Studien visar att ett preoperativt utbildningsprogram kan minska vårdtiden för patienter. Att patienterna själva fick välja om de ville delta i utbildningen gjorde att deltagarantalet ökade.	P I

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)
I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet