

det, samt i rådene vedrørende en eventuel sygemelding. Dette er foreneligt med, at der i litteraturen kun er sparsom evidens for, hvorledes den optimale anbefaling omkring aktivitet efter TUR-P bør være.

## KONKLUSION

Resultaterne af en del studier viser, at vandladnings-symptomer er almindelige de første uger efter konventionel TUR-P. I forhold til tilrådeligt aktivitetsniveau og en eventuel sygemelding fra arbejde i rekonvalescensperioden er risikoen for udvikling af hæmaturi den mest betydningsfulde faktor. Det er vist, at blødningen ophører i løbet af tre uger hos 95%, og selv om der ikke foreligger studier, der viser en sammenhæng mellem graden af aktivitet og risikoen for blødning, synes det efter forfatterens mening rimeligt at fraråde hård fysisk aktivitet og/eller tunge løft i denne periode, mens almindelige aktiviteter kan genoptages umiddelbart. Der er ikke data, der belyser, om f.eks. cykling og seksuel aktivitet i denne sammenhæng medfører øget blødningsrisiko. Et generelt råd om at reducere aktivitetsniveauet, hvis bestemte aktiviteter viser sig at medføre blødning, synes i forfatterens øjne rimeligt. I forhold til varighed af sygemelding er der ikke evidens for en generel anbefaling. Arbejde kan genoptages umiddelbart, såfremt det ikke inkluderer hård fysisk aktivitet og/eller tunge løft, selvfølgelig forudsat at graden af vandladningssymptomer er acceptabel og f.eks. ikke nødvendiggør, at man skal være meget tæt på et toilet pga. urge.

**KORRESPONDANCE:** Bettina Nørby, Engvej 13, DK-5230 Odense M.  
E-mail: B-noerby@dadlnet.dk

**ANTAGET:** 18. august 2009

**INTERESSEKONFLIKTER:** Ingen

## LITTERATUR

1. Norby B, Nordling J, Mortensen S. Lower urinary tract symptoms in the Danish population: a population-based study of symptom prevalence, health-care seeking behavior and prevalence of treatment in elderly males and females. *Eur Urol* 2005;47:817-23.
2. [http://www.urologi.dk/databaser/prosbase/ProsbaseRap\\_2007.pdf/](http://www.urologi.dk/databaser/prosbase/ProsbaseRap_2007.pdf/) (1. maj 2009).
3. Jensen KM, Hedlund H. Management of benign prostatic hyperplasia in Scandinavia. *Scand J Urol Nephrol* 1998;32:26-32.
4. Meyhoff HH, Nordling J, Hald T. Transurethral versus transvesical prostatectomy. *Scand J Urol Nephrol* 1985;19:85-91.
5. Norby B, Nielsen HV, Frimodt-Møller PC. Transurethral interstitial laser coagulation of the prostate and transurethral microwave thermotherapy vs transurethral resection or incision of the prostate: results of a randomized, controlled study in patients with symptomatic benign prostatic hyperplasia. *BJU Int* 2002;90:853-62.
6. Mortensen K, Jakobsen JD. The load on family and primary healthcare in the first six weeks after transurethral resection of the prostate. *Scand J Urol Nephrol* 2008;42:132:36.
7. O'Sullivan M, Murphy C, Deasy C et al. Effects of transurethral resection of prostate on the quality of life of patients with benign prostatic hyperplasia. *J Am Coll Surg* 2004;198:394-403.
8. Sexton CC, Coyne KS, Kopp ZS et al. The overlap of storage, voiding and post-micturition symptoms and implications for treatment seeking in the USA, UK and Sweden: EpiLUTS. *BJU Int* 2009;103 Suppl 3:12-23.
9. Puri R, Smaling A, Lloyd SN. How is follow-up after transurethral prostatectomy best performed? *BJU Int* 1999;84:795-8.
10. Olapade-Olaopa EO, Solomon LZ, Carter CJ et al. Haematuria and clot retention after transurethral resection of the prostate: a pilot study. *Br J Urol* 1998;82:624-7.
11. Reynard JM, Shearer RJ. Failure to void after transurethral resection of the prostate and mode of presentation. *Urology* 1999;53:336-9.
12. Pickard R, Emberton M, and Neal DE. The management of men with acute urinary retention. *Br J Urol* 1998;81:712-20.
13. Rassweiler J, Teber D, Kuntz R et al. Complications of transurethral resection of the prostate (TURP) – incidence, management, and prevention. *Eur Urol* 2006;50:969-79.
14. Muntener M, Aellig S, Kuettel R et al. Sexual function after transurethral resection of the prostate (TURP): results of an independent prospective multicentre assessment of outcome. *Eur Urol* 2007;52:510-5.
15. Meyhoff HH, Nordling J, Hald T. Economy in transurethral prostatectomy. *Scand J Urol Nephrol* 1985;19:17-20.
16. Callaghan P, Cheung YL, Yao KY et al. Evidence-based care of Chinese men having transurethral resection of the prostate (TURP). *J Adv Nurs* 1998;28:576-83.

# Rekonvalescens og sygemelding efter kolonresektion

Klinisk oversygeplejerske Dorthe Hjort Jakobsen & overlæge Jens Andersen

Der har været tradition for lange rekonvalescensanbefalinger efter større abdominalkirurgi. Da de første forsøg med accelererede forløb efter kolonresektion blev introduceret for cirka 12 år siden på Hvidovre Hospital, blev det hurtigt klart, at de traditionelle anbefalinger for rekonvalescens og sygemelding var unødigt lange og ikke relevante set i forhold til, hvor hurtigt operationspatienten restituerede sig efter de nye pleje- og behandlingsprincipper [1-4].

Rekonvalescens efter kolonresektion er påvirket

af fysiologiske faktorer, træthed, psykosociale faktorer og informationen fra de sundhedsprofessionelle [5] jævnfør nedenstående gennemgang.

## FYSIOLOGISKE FAKTORER

Smerter, varigheden af paralytisk ileus og organdysfunktion har afgørende betydning for hospitaliseringsbehovet og længden af rekonvalescensperioden. Ved et accelereret operationsforløb efter kolonresektion optimeres alle de faktorer, der har betydning for

## STATUSARTIKEL

Rigshospitalet, Juliane Marie Centeret, Enhed for Perioperativ Sygepleje, og Hvidovre Hospital, Gastroenheden, Kirurgisk Sektion



Billedet viser en 72-årig kvinde, der fik foretaget kolonresektion for 30 dage siden. Hun blev udskrevet tredje postoperative dag og har siden udskrivelsen stået for madlavning og lettere rengøring i hjemmet. Hun var på sin første cykeltur en uge efter operationen, og havde genoptaget alle sine vanlige aktiviteter to uger efter operationen.

det postoperative resultat. Dette medfører, at operationspatienten er fysisk mindre påvirket af indgrebet end ved konventionel pleje og behandling. Smarter er normalt et stort problem og en hæmmende faktor for mobilisering og genoptagelse af dagligdagsaktiviteter efter udskrivelsen. Imidlertid er det vist, at en effektiv multimodal smertebehandling ved accelererede operationsforløb bevirker, at mobiliseringen kan starte tidligere, og patienterne kan være ude af sengen i meget længere tid end ved konventionel pleje [1-4].

Endvidere viser adskillige studier, at accelererede operationsforløb efter kolonresektion resulterer i, at det kirurgiske stressrespons nedsættes, samt at organfunktioner, kondition, muskelmasse og muskelstyrke stort set er tilbage på normalt niveau inden for otte dage. Varigheden af den paralytiske ileus kan reduceres til cirka 48 timer for mere end 90% af patienterne, og der ses færre medicinske komplikationer, hvilket fører til en hurtigere restituering af operationspatienten. Derfor er det postoperative hospitaliseringsbehov reduceret fra 7-10 dage til cirka tre dage [1-4], og rekonvalescensperioden reduceres tilsvarende.

### TRÆTHED

Træthed efter et kirurgisk indgreb er et kendt fænomen, som blandt andet skyldes stressinducerede søvnforstyrrelser og brug af morfin i den tidlige postoperative periode. Træthed senere i forløbet skyldes tab af muskelmasse og insufficient ernæring [6].

Studier har vist, at oplevelsen af træthed generelt forværres efter abdominale indgreb fra operations-

tidspunktet og til to uger postoperativt, hvorefter det præoperative niveau retableres efter fire uger [6]. Træthed efter operationen er et multidimensionelt fænomen, og det har vist sig, at patienter, som præoperativt kun forventede en lille og kortvarig stigning i træthedsfølelsen efter operationen, oplevede sværere træthed end de patienter, som havde indstillet sig på, at de ville være trætte gennem en længere periode [7]. Patientens forventninger har derfor afgørende betydning for længden af rekonvalescensperioden, hvilket også er vist efter laparoskopisk kolecystektomi, hvor præoperative forventninger om smerter og træthed førte til senere genoptagelse af arbejde [8].

Et studie omhandlede træthed efter kolonresektion og viste, at træthedsfølelsen to uger efter operationen steg signifikant mere i den konventionelt behandlede gruppe sammenlignet med den accelererede gruppe, 30 dage postoperativt sås ingen forskel mellem grupperne. Tilsvarende steg søvnbehovet i den konventionelle gruppe signifikant to uger efter operationen, hvorimod de patienter, der gennemgik accelererede forløb, havde et søvnbehov, der svarede til det præoperative niveau [9].

### INFORMATION

Betydningen af den præoperative information og forberedelse af både patienten og de pårørende bør ikke underkendes, da forventningerne indstilles efter de anbefalinger, sundhedspersonalet giver. Heldigvis er grundig individuel information rutine mange steder i form af patientseminarer, ekstra forambulante besøg etc., som en vigtig del af forberedelsen af patienten. Enhver præoperativ samtale bør indeholde information om træthed med anbefalinger om, hvad patienten selv kan gøre for at nedsætte varigheden af trætheden, såsom daglige gåture og protein- og kalorierig kost, ligesom forventningerne om træthed skal gøres realistiske jævnfør ovenstående. Den præoperative information skal følges op ved udskrivelsen med en nøje gennemgang af anbefalingerne for genoptagelse af dagligdagsaktiviteter såsom husligt arbejde, motion og fritidsaktiviteter, ligesom der skal vejledes i tidspunktet for genoptagelse af job.

### PSYKOSOCIALE FORHOLD

Kolonkirurgi foretages ofte på baggrund af cancerlidelse, hvilket kan resultere i, at disse patienter kommer i en personlig krise efter operationen. Erfaringerne med accelererede operationsforløb er, at den hurtigere restituering af patienten med færre fysiske komplikationer fører til et større psykisk overskud. Der vil dog være situationer, hvor behovet for en forlænget sygemelding skyldes psykosociale forhold og ikke fysiske forhold.

Der er gode erfaringer med telefonisk kontakt til patienten for at imødekomme de psykosociale behov efter udskrivelsen, ligesom åben telefonkontakt og tilbud om opfølgende ambulante besøg fører til trykthed og øget patienttilfredshed.

En tilfredshedsundersøgelse viste, at en tredjedel af de kolonopererede patienter, der fulgte et accelereret forløb med udskrivelse på anden postoperative dag, følte, at de var blevet for tidligt udskrevet på trods af den hurtige fysiske restituering, ligesom genindlæggelsesfrekvensen var på 21% [10, 11]. Dette skyldes formentlig, at patienterne på trods af, at de fysisk var klar til udskrivelse, ikke psykisk var klar. Denne erkendelse førte til en forlængelse af den planlagte postoperative indlæggelsestid fra to til tre dage samt til en telefonopringning til alle patienter dagen efter udskrivelsen, hvilket resulterede i, at tilfredsheden med udskrivelsestidspunktet steg fra 67% til 94%, mens genindlæggelsesfrekvensen faldt til 11% [11].

### REKONVALESCENSPERIODE

I en medicinsk teknologivurdering af de accelererede kolonkirurgiske operationsforløb på Hvidovre Hospital indgik et delprojekt, der havde til formål at belyse patienternes rekonvalescens. Der blev foretaget en sammenligning af patienter, der havde gennemgået accelererede forløb, og konventionelt behandlede kolonopererede patienter med hensyn til behov for sygepleje, støtte i hjemmet, kontakt til egen læge, træthed og søvnbehov samt tidspunkt for genoptagelse af fritidsinteresser, evt. job og normale daglige gøremål efter et elektivt, normalt operationsforløb [12].

Resultaterne af studiet viste, at evnen til at varetage dagligdagsaktiviteter, som at gå en tur, udføre lettere rengøring, lave mad etc., var nedsat i begge grupper to uger efter operationen i sammenligning med det præoperative niveau, men faldet var signifikant større i den konventionelt behandlede gruppe, hvor patienterne havde været indlagt i længere tid og havde fået længere rekonvalescensanbefalinger [9]. Tidspunkt for genoptagelse af fritidsaktiviteter blev registreret, og det viste sig, at 69% af de patienter, der havde gennemgået accelererede forløb, havde genoptaget deres vanlige fritidsaktiviteter to uger efter operationen – mod kun 37% i den konventionelle gruppe.

De patienter, der havde gennemgået accelererede forløb, var blevet informeret om, at de måtte genoptage daglige gøremål og let motion straks efter udskrivelsen. Kun en lille del af patienterne var i job præoperativt, og 72% af disse havde genoptaget jobbet fire uger postoperativt i den accelererede gruppe mod 62% i den konventionelle gruppe [9].



### FAKTABOKS

*Anbefaling af varighed af sygemelding og rekonvalescens efter kolonresektion*

Daglige gøremål og let motion må genoptages straks.

Fysisk let arbejde kan genoptages efter to uger.

Hård sport, tunge løft (> 10 kg) og fysisk krævende arbejde må genoptages efter 3-4 uger.

Samliv kan genoptages, når lysten melder sig.

### KONKLUSION

Rekonvalescensperioden og behovet for sygemelding efter kolonresektion har ændret sig i takt med implementering af den nyeste evidens i klinisk praksis. Det er vist gennem de seneste 12 år, at når patienter efter kolonresektion plejes og behandles efter principperne for accelererede operationsforløb med optimering af den præoperative forberedelse af patienten, smertebehandling og anæstesi, intensiv mobilisering, tidlig ernæring og reduktion af det kirurgisk stressrespons, er det muligt at nedsætte rekonvalescensperioden signifikant. Årsagen er en hurtigere restituering af operationspatienten med færre medicinske komplikationer til følge, ligesom den vanlige træthed bliver mindsket signifikant. Denne patofysiologiske baggrund har dannet basis for de anbefalinger for rekonvalescens og sygemelding, der fremgår af faktaboksen. Anbefalingerne har været gældende de seneste 12 år i Gastroenheden på Hvidovre Hospital, og de har vist sig at være realistiske og sikre, hvilket selvfølgelig er under forudsætning af en individuel vejledning.

De aktuelle anbefalinger for rekonvalescens fordrer en intensiv forberedelse af patienten med grundig information om træthed og anbefalinger for rekonvalescens og sygemelding. At inddrage de pårørende i rekonvalescensanbefalingerne har vist sig at have stor betydning for sikring af forståelsen for, at patienterne ikke bør skånes unødigt efter udskrivelsen. Skriftlige vejledninger vedrørende rekonvalescensanbefalinger er med til at sikrer enslydende anbefalinger og har vist sig at være en hjælp både for patienter, de pårørende og ikke mindst for personalet.

**KORRESPONDANCE:** Dorthe Hjort Jakobsen, Enhed for Perioperativ Sygepleje, Afsnit 3341, Juliane Marie Centeret, Rigshospitalet, DK-2100 København Ø.  
E-mail: dorthe.hjort@rh.dk

**ANTAGET:** 31. maj 2009

**INTERESSEKONFLIKTER:** Ingen

### LITTERATUR

1. Basse L, Raskov H, Hjort Jakobsen D et al. Accelerated postoperative recovery program after colonic resection improves physical performance, pulmonary function and body composition. *Br J Surg* 2002;89:446-53.
2. Henriksen MG, Jensen MB, Hansen HV et al. Enforced mobilization, early oral

- feeding and balanced analgesia improve convalescence after colorectal surgery. *Nutrition* 2002;18:147-52.
3. Wind J, Polle SW, Fung Kon Jin PH et al. Systematic review of enhanced recovery programmes in colonic surgery. *Br J Surg* 2006;93:800-09.
  4. Khoo CK, Vickery CJ, Forsyth Net et al. A prospective randomized controlled trial of multimodal perioperative management protocol in patients undergoing elective colorectal resection for cancer. *Ann Surg* 2007;245:867-72.
  5. Kehlet H. Fast-track colorectal surgery. *Lancet* 2008;371:791-3.
  6. Rubin GJ, Hotopf M. Systematic review and meta-analysis of interventions for postoperative fatigue. *Br J Surg* 2002;89:971-84.
  7. Paddison J, Booth Rj, Cameron LD et al. Fatigue after colorectal surgery and its relationship to patient expectations. *J Surg Res* 2009;151:145-52.
  8. Bisgaard T, Klarskov B, Rosenberg J et al. Factors determining convalescence after uncomplicated laparoscopic cholecystectomy. *Arch Surg* 2001;136:917-21.
  9. Hjort Jakobsen D, Sonne E, Andreassen J et al. Convalescence after colonic surgery with fast-track vs conventional care. *Colorect Dis* 2006;8:683-7.
  10. Hjort Jakobsen D, Stuhr Christiansen P, Hallin M. Det optimale udskrivelsestidspunkt efter colonkirurgi. *Sygeplejersken* 2007;11:54-7.
  11. Andersen J, Hjort-Jacobsen D, Christiansen PS et al. Readmission rates after a planned hospital stay of 2 versus 3 days in fast-track colonic surgery. *Br J Surg* 2007;94:890-3.
  12. Folkersen J. Det accelererede kolon-kirurgiske patientforløb – en medicinsk teknologi vurdering. 2005 [www.sst.dk](http://www.sst.dk) (20. juni 2009).

# Rekonvalescens og sygemelding efter hjertekirurgi

Ledende overlæge Jan Jesper Andreassen

## STATUSARTIKEL

Aalborg Sygehus, Århus Universitetshospital, Hjerte-lunge-kirurgisk Afdeling, Kardiovaskulært Forskningscenter

Der gennemføres hvert år > 3.700 koronare bypass- og/eller hjerteklapoperationer i Danmark. Mange praktiserende læger og andre sundhedsfaglige personer vil derfor have nytte af en viden omkring sygemelding og rekonvalescens efter hjertekirurgi, som sammen med den øvrige efterbehandling kan samles under begrebet hjerterehabilitering. Hjerterehabilitering defineres som summen af de aktiviteter, der er nødvendige for at påvirke de underliggende årsager til sygdommen i positiv retning og sikre patienterne det bedst mulige fysiske, mentale og sociale niveau med henblik på, at patienten ved egen indsats kan bevare eller genvinde en så normal funktion i samfundet som muligt [1]. Der er god evidens for, at hjerterehabilitering, der er baseret på fysisk træning, medfører en reduktion i total og kardiovaskulær mortalitet og forbedrer livskvaliteten [2].

Af Sundhedsstyrelsens vejledning vedrørende hjerterehabilitering på sygehusene fremgår det, at alle patienterne bør vurderes individuelt med henblik på et tilbud om hjerterehabilitering. Derfor bør alle hjertekirurgiske patienter ved udskrivelsen tilbydes specialiseret ambulant genoptræning med en genoptræningsplan, der tager hensyn til patientens funktionsevne på udskrivningstidspunktet.

I denne statusartikel opsummeres på baggrund af en litteraturgennemgang den nuværende viden om hjerterehabilitering efter koronar bypass og klappkirurgi hos voksne med fokus på den tidlige rekonvalescens efter udskrivelse.

## RESULTATER

### Postoperativ restitution

En række subjektive og objektive symptomer kan

forekomme de første måneder efter hjertekirurgi med en vis variation afhængig af køn og alder (Tabel 1).

## SUBJEKTIVT

### Smerter

De fleste hjerteoperationer foregår via en fuld sternotomi, og patienterne kan derfor opleve en vis ømhed og smerte omkring brystbenet, som ved operationens afslutning samles med flere ståltråde (Figur 1).

Smerter beskrives stadig hos lidt over halvdelen af patienterne en måned postoperativt, hvor omkring 40% af patienterne fortsat anvender smertestillende medicin [3]. Efter tre måneder oplever 14% af patienterne fortsat smerter, som forstyrrer nattesøvnen.

### Træthed

Til trods for en vellykket hjerteoperation oplever > 50% af patienterne fortsat en betydelig træthed otte uger efter operationen, hvilket kan hæmme tidlig



TABEL 1

Udvalgte symptomer i de første seks måneder efter hjertekirurgi.

Symptom	Andel af patienter hos hvem symptom forekommer, %
Smerter omkring brystbenet	14-58
Øget træthed	50-55
Søvnforstyrrelser	12-40
Angst	25-32
Depression	26-50
Kognitiv dysfunktion	24-60