

**Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid,
Pilestredet,
Fakultet for helsefag**

Kandidatnummer: 282

Eksamensnavn: SYBA 3900

Dato: 01.06.2017

Klasse: 3C

Kull: 2014

Antall ord: 11985

HØGSKOLEN I OSLO OG AKERSHUS

Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid

Fakultet for Helsefag

Brukermedvirkning ved mobilisering av hjerteopererte pasienter.

Hvorfor vil ikke alle opp av senga?

Patientparticipation on ambulation of cardiac surgery patients.

Why don't all want to come out of bed?

FORORD

Prosessen til denne bacheloroppgaven har vært både spennende, lærerik og utfordrende.

Mitt fokus er å fremme brukermedvirkning ved mobilisering av hjerteopererte pasienter i tidlig postoperativ fasen. Jeg vil gi stor takk til min veileder Anne Bruflot for veiledning, utforskede spørsmål og konstruktive tilbakemeldinger underveis i skriveprosessen.

Takk til veileder Christine Tschudi-Madsen også for hjelp i tankeprosessen og veiledning.

Mange takk til studiegruppen og andre medstudenter som har bidratt med nye ideer gjennom skriveprosessen.

Læringscenteret fortjener også mange takk som skaffet forskjellige artikler og hjalp med søkeprosessen under skrivning.

Til slutt vil jeg takke min familie for tålmodighet og støtte dere viste meg i denne skriveperioden.

SAMMENDRAG

Denne bacheloroppgaven er skrevet med hovedfokus på brukermedvirkning ved mobilisering av hjerteopererte pasienter i tidlig postoperativ fase. Det ble utført i overkant av 4000 hjerteoperasjoner i 2015 i Norge, hvorav 60% var i aldersgruppe 60-79år. Mobilisering er meget viktig for et komplikasjonsfritt postoperativt forløp for disse pasientene. Oppgavens fokus er rettet mot brukermedvirkning ved mobilisering fra første til fjerde postoperative dag.

Litteraturmetoden er brukt for å belyse problemstillingen, samt. innhentet informasjon og data fra Folkehelseinstituttet og Nasjonalforeningen for hjerte- og karsykdommer. Utvalgte forskningsartikler og fagartikler er godt brukt i oppgaven for å belyse utfordringer ved mobilisering og eventuelle tiltak for å overkomme disse utfordringene.

Smerte, angst relatert til fremmed overvåkningsutstyr, ukjent miljø og lyd, og manglende kunnskap om helsegevinster ved mobilisering hos pasientene er mest kjente utfordringer ved mobilisering av hjerteopererte pasienter

Å lytte til pasienten, observere og undersøke pasientens tilstand, å være på tilbudsside ved å vise ekstra omsorg er med på å bygge relasjon og tillit til sykepleieren. God relasjon og tillit er grunnleggende for å hjelpe pasienten, som er med på å fremme pasientdeltakelse og brukermedvirkning. Individuell vurdering både i forhold til å samle informasjon, formidle kunnskap, tilnærme mobilisering er viktige sykepleieredskaper. God smertelindring, tydelig kommunikasjon, egnede hjelpemidler for mobilisering, trygg miljø, veiledning og bistand i mobiliseringsprosess og inkludere pasienten i planleggingsprosess bidrar til brukermedvirkning.

Innholdsfortegnelse

1.0 INNLEDNING	2
1.1 Bakgrunnen for valgt tema.	2
1.2 Problemstilling med Avgrensning.....	3
1.3 Oppgavens oppbygning og presisering.	3
1.4 Hensikten med oppgaven.	4
2.0 METODE	5
2.1 Valg av metode.....	5
2.2 Søkeprosessen.	5
2.3 Kildekritikk.	6
2.4 Presentasjonen av forskningsartikler.....	7
3.0 TEORI.....	10
3.1 Hjertekirurgi.....	10
3.2 Konsekvenser av hjertekirurgi og anestesi for pasienten.	10
3.2.1 Smerte.....	11
3.2.2 Opplevelse av angst.....	12
3.3 Mobilisering.	12
3.3.1 Fysioterapeutens rolle.	14
3.4 Profesjonell kommunikasjon.....	14
3.5 Kari Martinsens omsorgsfilosofi.....	15
3.5.1 Omsorg som et relasjonelt begrep.....	15
3.5.2 Omsorg er et praktisk begrep.	16
3.5.3 Omsorg er et moralsk begrep.	16
3.6 Brukermedvirkning.	16
3.7 Etikk og lovbestemmelse.	17

4.0 DRØFTING.....	19
4.1 Det er viktig med mobilisering.....	19
4.2 En enkel mobilisering.....	22
4.3 Den første mobilisering.....	24
4.4 Smerter og angst hemmer mobilisering.....	25
4.5 Manglende kunnskap hos pasienten.....	26
4.6 Hvordan fremme brukermedvirkning?.....	27
4.6.1 God smertelindring for brukermedvirkning.....	28
4.6.2 Redusere angst for at pasienten skal medvirke.....	29
4.6.3 Brukermedvirkning forutsetter kunnskap.....	31
4.7 Ethiske utfordringer.....	32
5.0 KONKLUSJON	35
6.0 REFERANSER	37
7.0 VEDLEGG	42

1.0 INNLEDNING

Dette er en bacheloroppgave hvor jeg skal anvende relevant og anerkjent teoretisk kunnskap fra sykepleiefaget sammen med nyere forskning og erfaringskunnskap i forhold til problemstillingen som er selvvalgt (Høgskolen i Oslo og Akershus, 2014). Jeg har valgt å skrive om brukermedvirkning ved mobilisering av hjerteopererte pasienter i tidlig postoperative fasen, samt. å legge vekt på viktigheten av mobilisering for å forebygge lungekomplikasjoner og andre postoperative komplikasjoner.

Hjerte- og karsykdommer er fortsatt en av de vanligste årsakene til dødelighet i Norge selv om antall dødsfall på grunn av hjerte-karsykdommer har utviklet seg i gunstig retning de siste førti årene. Det forventes flere hjertesyrke på grunn av økende andel eldre befolkning og bedre overlevelse etter akutt sykdom (Folkehelseinstituttet, 2015). Koronar bypass operasjon er den vanligste hjerteoperasjon i Norge, fulgt etter av aortaklaffekirurgi med ventimplantasjon. Utvalgte pasientene har både livsforlengende og symptomlindrende effekt av hjertekirurgi. Det ble utført 4045 hjertekirurgi i Norge i 2015 som er 120 færre enn i 2014. Hjertekirurgi nådde toppen med 5400 kirurgi i 2004. Antall hjertekirurgi har redusert etter 2004, og årsaken kan være økende antall «mini-invasive» klaffeprosedyrer. (Fiane, Geiran & Svennevig, 2016). Etter en utført hjertekirurgi, er pasienten utsatt for en del postoperative komplikasjoner, som atelektase, sekretstagnasjon, blodpropp, obstipasjon, sårinfeksjon, osv. God sykepleie og mobilisering i postoperativ fase er meget viktig for å forebygge postoperative komplikasjoner, og for et godt postoperativt forløp (Berntzen et al., 2016).

1.1 Bakgrunnen for valgt tema.

Jeg velger å fokusere på brukermedvirkning ved mobilisering av hjerteopererte pasienter i den tidlige postoperative fasen og utfordringer knyttet til dette. Grunnen for valgt tema er at sykepleierne på hjertekirurgisk avdeling, hvor jeg hadde praksis, hadde stort fokus på mobilisering. Det var en intermediær avdeling mellom postoperativ enhet og sengepost. Under den praksisperioden, overhørte jeg fagsykepleier på avdelingen som sa «*Uansett hvilke antibiotika og medikamenter du behandler pasienten med, men hvis du ikke får pasienten opp fra sengekanten, har ikke pasienten nytte av den behandlingen.*» Dette utsagnet gjorde stort inntrykk på meg og ble veldig nysgjerrig. Jeg ville finne ut mer om hva dette innebærer både for pasienten og sykepleieren. Det var en del utfordringer ved mobilisering av hjerteopererte

pasientene, og særlig når de selv ikke ønsket det. Som sykepleierstudent vet jeg at det er veldig viktig med mobilisering i den postoperative fasen for å forebygge postoperative komplikasjoner, og samtidig skal en respektere pasientens autonomi. Sykepleieren står nærmest disse pasientene og har ansvar for døgkontinuerlig tilsyn i postoperativ fase, i motsetning til fysioterapeuten som kommer innom en gang i døgnet. Derfor ønsker jeg å framheve sykepleieraspekt nettopp ved dette.

1.2 Problemstilling med Avgrensning.

Hvordan kan sykepleieren fremme brukermedvirkning ved mobilisering av hjerteopererte pasienter i den tidlige postoperative fasen?

Utgangspunktet er inneliggende sykehus pasienter som enten har undergått koronar bypass operasjon eller klaffeoperasjon. Selve operasjonen har vært komplikasjonsfri. Jeg velger å se bort fra overvåkingsenhet, og sirkulatoriske komplikasjoner etter hjertekirurgi som for eksempel, atrieflimmer, blødning, høyt blodtrykk. Derimot er oppgavens fokus rettet mot første til fjerde postoperativ dag siden viktigheten av mobilisering er størst i disse dagene. Utfordringen ved mobilisering er knyttet til at pasienten ikke ønsker å bli mobilisert selv om de er samtykkekompetente. Å ha en annen kulturell bakgrunn, er også en utfordring ved mobilisering av hjerteopererte pasienter. Jeg velger ikke å ha med denne problemstillingen i denne oppgaven fordi det innebærer ytterligere utfordringer som språk, kulturforståelse og kunnskap. Jeg velger også å nevne fysioterapeutens rolle i mobilisering, men hoved fokus skal være på sykepleieren. Pasientgruppen er 50år og oppover og uten andre tilleggsdiagnoser.

1.3 Oppgavens oppbygning og presisering.

Oppgaven starter med innledningskapittel med bakgrunn for valgt tema, problemstilling med avgrensning, oppgavens oppbygning og presisering og hensikten med oppgaven. I neste kapittel presenterer jeg metode brukt i oppgaven, søkeprosessen og presentasjonen av hovedartikler. I tredje kapittel om teori presenteres det sentrale begreper som ligger i problemstillingen, ved bruk av teorier fra pensumlitteratur og vitenskapelige artikler. I kapittel fire drøfter jeg mellom ulike syn og funnene fra forskningsartikler i henhold til relevante teori, gjeldende lovverk og etikk. Kari Martinsens omsorgsfilosofi vil bli fokusert

for å holde sykepleiefokus gjennom oppgaven. Oppgaven avsluttes med en konklusjon, som inneholder svar til problemstillingen. Litteraturliste kommer til slutt i oppgaven.

1.4 Hensikten med oppgaven.

Hensikten med denne oppgaven er å finne ut hva litteraturen sier og forskning viser om mobilisering av hjerteopererte pasienter. Å fordype seg i og tilegne seg mer kunnskap inni dette feltet, siden jeg som sykepleier, kommer til å møte denne pasientgruppen. Da er det viktig at sykepleieren tilrettelegger for mobilisering slik at pasienten kommer seg raskt etter hjertekirurgi. Mobilisering spiller en viktig rolle i postoperativ rehabilitering hos hjerteopererte for å forebygge postoperative komplikasjoner! Vil alle pasientene delta i mobilisering? Hvorfor vil noen ikke? Hva slags utfordring står sykepleier ovenfor med disse pasientene? Hvordan kan sykepleier hjelpe disse pasientene? Hva ligger i begrepet brukermedvirkning? Jeg skal se på ulike forskningsartikler og finne ut hva forskning viser og hvordan det er i praksis, og hvor viktig det er med mobilisering, og hvordan sykepleier kan motivere og veilede pasienter når de er i tvil fase. Gjennom oppgaven skal jeg vise at jeg kan utøve kunnskapsbasert praksis, både ved å bruke forskningsfunnene, erfaringsbasert kunnskap fra praksisperioden og fokus i brukermedvirkning.

2.0 METODE

2.1 Valg av metode.

«Metode er den systematiske fremgangsmåten du benytter for å samle inn informasjon og kunnskap for å belyse en problemstilling» (Thidemann, 2015, s.76). I denne oppgaven har jeg brukt litteraturstudie som metode, samt erfaringsbasert kunnskap fra praksis. Litteraturstudie innebærer å systematisere eksisterende kunnskap fra skriftlige kilde, gå kritisk gjennom den, sammenfatte og gi leseren en oppdatert og god forståelse av kunnskap innen valgt problemstilling (Thidemann, 2015, s.79). Jeg har brukt relevante pensum litteratur og forskningsartikler, fagartikler, og hentet noen fakta fra folkehelseinstituttet. Jeg har vurdert valgte forskningsartikler etter IMRAD-prinsippet. Lovverk er hentet fra nettressurs. Ved start av skriveprosessen tok jeg kontakt med nasjonaleforeningen for hjerte- og karsykdommer, per e-post for å innhente data om hjertekirurgiregister.

I studieperioden har det vært fokus på å søke og anvende forskningsartikler for å kunne utøve kunnskapsbasert praksis. Til forskjell fra forskningsartikkel som presenterer ny kunnskap, gjør fagartikkel kjent med gjeldende akseptert kunnskap. Det er brukt både kvalitative og kvantitative forskningsartikler i oppgaven. Med den kvalitative metoden forstås det en metode som tar sikte på å fange opp meninger og opplevelser som ikke lar seg måle eller tallfeste. Kvalitativ forskning går i dybden og intervjuet er preget av mange opplysninger. Derimot gir kvantitativ metode data i form av målbare enheter, og data samlingen skjer uten direkte kontakt med feltet ved spørreskjema med faste svaralternativene (Dalland, 2012).

2.2 Søkeprosessen.

Jeg begynte først med usystematisk søk på google scholar, ettersom jeg hadde bredere problemstilling ved start av oppgaven. Deretter gjorde jeg manuelt kjedesøk fra litteraturliste i pensumlitteratur. Med søkeprosessen ble problemstillingen ytterligere avgrenset, og det gjorde det lettere å anvende PICO skjema. For å jobbe kunnskapsbasert, er det viktig å formulere fokusert og eksplisitt spørsmål (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinart, 2012). Jeg satt opp PICO skjema for å dele problemstillingen min med fokus på hvilken pasientgruppe, hvilket tiltak som gjelder, hva jeg skal sammenligne med og hva utfallet skal være. Jeg har valgt å bruke databasene Cinahl og Medline, siden de er mer relevant for sykepleie og innen medisin (Nortvedt et al.,2012).

For at jeg skulle kunne søke lettere i databasen, søkte jeg opp engelske søkeord og Mesh termene ved bruk av Svemed. Jeg har også hentet søkeord blant nøkkelord fra funnede forskningsartikler. Søkeordene som er brukt i databasene er «early ambulation», «heart surgery», «cardiac rehabilitation», «nurses` role», «postoperative complications», «autonomy», «anxiety», «postoperative period», “empowerment” og “compliance”.

Det ble vanskelig å finne noen artikkel som tar for seg komplikasjoner ved immobilisering etter hjertekirurgi. Så etter rådføring med veilederen, ble søkeord «bedrest» brukt, som ga et godt resultat om komplikasjoner ved denne problemstillingen. Så kombinerte jeg søkeordene med AND for å avgrense og presisere søket. Jeg har gjort noen enkle søk i Pubmed bare for å få mest mulig fullstendig resultat av litteratursøkingen. 82 forskningsartikler er tatt til vurdering, men bare 10 av dem dekker problemstillingen og er brukt i oppgaven. Jeg velger å presentere kun hovedartikler som er mest brukt i drøfting, og resterende artikler kommer inn i teoridelen der det er aktuelt. PICO skjema, litteraturliste og skjema for kronologisk søk og treff i de ulike databasene kommer som vedlegg i oppgaven.

2.3 Kildekritikk.

Å kunne se styrker og svakheter i sin egen oppgave, er å være konstruktiv til eget arbeid. Da er det viktig at man kan diskutere seg frem til i hvilken grad man har fått til det man har ønsket i utgangspunktet (Dalland, 2012).

Jeg har avgrenset artikkelsøket til de siste ti årene. Tross dette velger jeg å bruke en artikkel fra 2004 og to artikler fra 2006, fordi de er veldig relevante for å belyse problemstillingen, og har ikke lyktes med å finne nyere artikler som omhandler samme problemstilling. Det har vist seg at det er gjort lite studie akkurat angående denne problemstillingen, og det kan være årsaken til at jeg ikke har lyktes med å finne nyere forskning om denne pasientgruppen. Utvalgte forskning er utført i USA, Australia, Europa og Tyrkia, og dette ser jeg som en styrke for oppgaven siden dette er en relevant praksis internasjonalt. En norsk fagartikkel, to forskningsstudier gjort i Sverige og to forskningsstudier fra 2016, ser jeg også som en styrke for oppgaven min.

Alle forskningsartiklene er publisert på engelsk, så det har vært noe utfordrende med oversettelse, og jeg kan ha tolket engelsk på en upresis måte. Siden jeg har søkt artikkel bare på engelsk og norsk, kan jeg ha gått glipp av artikler i andre språk. Jeg har ikke lyktes å finne

forskningsartikkel om pasient autonomi ved denne problemstillingen. Derfor ble søkeord «empowerment» og «compliance» brukt, som ga bedre resultater.

2.4 Presentasjonen av forskningsartikler.

Her velger jeg å presentere kort om hovedartiklene brukt i oppgaven. Presentasjonen skal inneholde artikkelens type, studiens art, hensikt, sentrale funnene og begrunnelsen for valg av den artikkelen.

Effects of early mobilisation in patients after cardiac surgery: a systematic review, er en studie gjort av Santos, Ricci, Suster, Paisani & Chiavegato, i Brasil i 2017, og publisert i Elseveier. Hensikten med studien var å evaluere og dokumentere helsegevinster av mobilisering av hjerteopererte pasienter i tidlig postoperativ fase. Forskerne har vurdert artiklene fra databasene Medline, Embase, Cinahl, PEDro, og gjort en systematisk litteraturstudie. Helsegevinster ved tidlig mobilisering var vurdert i forhold til postoperative komplikasjoner, pasientens fysiske aktivitet og antall dager med sykehusinnleggelse. Forskerne kom frem til at pasientene skal unngå fullstendig sengeleie postoperativt, og mobilisering ga færre postoperative komplikasjoner og færre dager på sykehus og bedre fysisk funksjon. Jeg velger å bruke denne artikkelen for å presisere viktigheten av tidlig mobilisering.

Outcomes of inpatient mobilization: A litteratur review, er en studie gjort av Kalisch, B-J., Lee, S & Dabney, B-W., og publisert i Journal of Clinical Nursing i 2013. Forskerne har studert artiklene fra databasene Medline, Cinahl, og Pubmed som er «peer-reviewed». 36 artikler ble inkludert i denne litteraturstudien. Målet med studien var å presisere de positive utfallene ved mobilisering av sykehusinnlagte pasienter. Hovedfunnet er at mobilisering ikke bare gir bedre fysisk funksjon, men også bedre emosjonelt og sosialt velvære, og i tillegg positive organisatoriske utfall i form av kortere sykehusopphold. Grunnen for valg av denne artikkelen er fordi den omhandler ytterligere positive aspekter av mobilisering.

Physiologic effects of first-time sitting among male patient after coronary artery bypass graft surgery, er en kvalitativ forskningsstudie gjort av Prince, P., i Alberta i 2006 for å studere fysiologiske forandringer hos mannlige pasienter når de for første gang setter seg opp på sengekanten etter koronar bypass operasjon. Studien er gjort blant 55 mannlige pasienter i en intensiv avdeling etter de våknet fra anestesien og hadde stabile blodtrykk, puls og respirasjon. Det ble registrert forandringer i pasientens puls, blodtrykk og saturasjon fra

liggende til sittende stilling ved første mobilisering. Artikkelen understreker fem konkrete forslag hvordan sykepleieren kan trygge pasienten ved første mobilisering, og derfor velger jeg å bruke denne artikkelen i oppgaven selv om den er eldre enn 10 år.

Effects of bedrest: gastrointestinal, endocrine, renal, reproductive and nervous systems er en fagartikkel som tar for seg komplikasjoner ved immobilisering. Artikkelen er publisert i Nursing Times i United Kingdom i 2009, og er »peer-reviewed«. Knight, J., Nigam, Y. & Jones, A. har skrevet denne artikkelen som omhandler negative konsekvenser på mage-tarm kanalen, endokrin, renal og nervesystemet, ved langtidssengeleie. Det var vanskelig å finne konkrete artikler som omhandler komplikasjoner ved immobilisering hos hjerteopererte pasienter. Etter veiledning med læreren ble vi enige om å utvide søket til sengeleie som ga dette resultatet. Artikkelen har viktige momenter som skal brukes videre i drøftingsdelen.

Mobilization of Intensive Care Cardiac surgery patients on mechanical circulatory support er en fagartikkel skrevet av Freeman & Maley , og publisert i Crit Care Nurs Q i 2013 i Michigan. Artikkelen fokuserer på sykepleierens rolle ved mobilisering av hjerteopererte pasienter i tidlig postoperative fase når de er koblet til forskjellige overvåkningsutstyr. Hensikten med denne artikkelen er å hjelpe sykepleieren til å skape trygghet i pasientens omgivelser ved mobilisering tross alt medisinsk teknisk utstyr. Denne artikkelen er veldig relevant for drøfting og treffer problemstillingen godt.

Identification of Special Care Needs er en studie gjort av Godfrey, Partsen & Buckner i 2006 blant pasienter som enten er hjerteoperert eller lungeoperert. Dette er en kvalitativ forskningsartikkel publisert i Dimensions of Critical Care Nursing. Studiens hensikt var å undersøke hva pasientene mener om sine behov i forhold til å være hjerteopererte, og hva sykepleierne mener pasientene har behov for. Det er utført spørreundersøkelse blant pasienter og sykepleiere som har jobbet med de pasientene. Studien konkluderte med at begge parter mener at denne pasientgruppen har behov for smertelindring, minimalisering av angst forårsaket av forskjellige fremmed utstyr som er tilkoblet pasienten og vektlegging på god kommunikasjon mellom sykepleiere og pasientene. Denne artikkelen undersøker både pasientens og sykepleierens aspekt og sammenligner dem, og derfor velger jeg å bruke den ved drøfting selv om det er fra 2006.

Patient empowerment in intensiv care: An interview study er en kvalitativ forskningsstudie gjort av Wåhlin, Ek og Idvall , i Sverige. Artikkelen ble publisert i Elseveier i 2006. Det ble utført intervju med 11 pasienter på to intensiveavdelinger som gikk ut på hvordan pasientene opplevde å medvirke i sin behandling ved innleggelsen. Hovedfunn er at trygt miljø, god omsorg og deltakelse bidrar til opplevelse av medvirkning hos pasienten. Selv om pasientgruppen i denne artikkelen ikke er hjerteopererte, er resultatene overførbare til min pasientgruppe, og derfor velger jeg å ha med disse funnene videre i drøftingskapitlet.

Patient perceptions of patient-empowering nurse behaviours, patient activation and functional health status in postsurgical patients with life-threatening long-term illnesses er en både kvalitativ og kvantitativ forskningsstudie gjort av Jerofke, Weiss og Yakusheva i 2013 i USA. Pasienten gruppen inkluderte hjerteopererte, hjertesyke, lungekreftsyke og mage-tarm opererte pasienter. Hensikten med studien var å undersøke sammenhengen mellom sykepleieintervensjoner med pasient medvirkning og pasientdeltakelse. Studien viste positiv sammenheng, dvs, dersom sykepleier prioriterer medvirkning i sin tilnærming med pasienten, øker pasientdeltakelsen. Sykepleierne skal inkludere pasienten, lytte til, støtte og ivareta pasientens behov. Dette bidrar til pasientens opplevelse å bli sett og hørt, som fremmer pasientdeltakelse.

3.0 TEORI

3.1 Hjertekirurgi.

Hjertekirurgi er et operativt inngrep på selve hjertet, hjertenære store blodkarer eller perikard. Iskemiske hjertesykdommer, klaffefeil, medfødte eller ervervete hjertesykdommer er de vanligste indikasjonene for hjertekirurgi. Hjertekirurgi krever et stillestående og blodtomt hjerte, og hjertelungemaskinen gjør det mulig ved å overta blodsirkulasjonen gjennom hjertet og lungekretsløpet (Eikeland et al., 2016). De vanligste hjerteoperasjoner er koronar bypass operasjon og klaffeoperasjoner. Koronar bypass operasjon innebærer at den blokkerte arterien blir erstattet med et graft, for å lede blodet utenom det forsnevrede området og sikre blodforsyning til myokard. Brystbeinet deles i to og brettes til side for å få tilgang til hjertet. Det er vanlig å bruke vena saphena magna eller arterie mamma interna som graft under bypass operasjon. Ved klaffeoperasjoner blir den skadde hjerteklaffen fjernet og erstattet med en mekanisk eller biologisk klaff (Eikeland et al., 2016). I 2015 ble det utført 4045 hjertekirurgi i Norge, hvorav nesten 60% var i aldersgruppe 60-79år. Antall bypass operasjoner som ble utført var 1831 og antall klaffeoperasjoner var 1383 (Fiane et al., 2016).

3.2 Konsekvenser av hjertekirurgi og anestesi for pasienten.

Hjertekirurgi er en omfattende kirurgi i toraks hvor det er vanlig at sternum deles i to for å få tilgang til hjertet (Eikeland et al., 2016). Den omfattende kirurgien og anestesen gjør at pasientens grunnleggende behov blir truet. Postoperativt er hjertepasienter tilkoblet respirator i noen timer eller til neste dag for å sikre adekvat oksygenering. Pasientens lungefunksjon kan være redusert med opptil 40% i vitalkapasitet postoperativt. Pasienten er tilkoblet EKG monitor for å overvåke hjerteaktiviteten kontinuerlig. Som regel blir disse pasientene overflyttet til sengepost eller intermediærenhet første postoperativ dag dersom pasienten er respiratorisk og sirkulatorisk stabil (Eikeland et al., 2016). Smertene kan også påvirke respirasjonsevne, pasienten puster automatisk overfladisk når det er smertefullt å trekke pusten dypt. Anestesimidler som muskelrelaksantia kan sitte igjen og svekke kraften i respirasjonsmuskulene som gjør at pasienten puster overfladisk, som igjen gir dårlig alveolær ventilasjon. Under generell anestesi vil det alltid samles sekret i luftveiene fordi pasienten ikke har sin naturlige respirasjon og hosterefleks. Ved første mobilisering kan pasienten fortsatt kjenne svak kraft i nedre ekstremitetene. Kirurgi og anestesi påvirker også normal tarmfunksjon og gir en viss grad nedsatt peristaltikk med utspiling av tarmen (Nygaard &

Gulbrandsen, 2010). I tidlig postoperative fasen har sykepleieren en viktig rolle for å ivareta alle grunnleggende behovene til disse pasientene som respirasjon, aktivitet, ernæringsbehov, eliminasjon, opplevelse av velvære og psykiske behov. Vanligvis blir disse pasientene utskrevet fra sykehus 4-7 dager etter operasjon (Eikeland et al., 2016).

3.2.1 Smerte.

«Smerte er en ubehagelig, sensorisk, emosjonell opplevelse som assosieres med, eller som beskrives som, vevsødeleggelse» (Gulbrandsen, 2010, s.128). Postoperative smerter er en naturlig konsekvens av vevskaden som oppstår i forbindelse med et kirurgisk inngrep (Nygaard & Gulbrandsen, 2010, s.632). Sykepleieren som jobber med hjerteopererte pasienter skal kunne kartlegge og vurdere smerten, identifisere ulike problemstillinger som kan påvirke smerten, og møte pasientens behov for smertelindring (Gulbrandsen, 2010). Smertelindring må være kunnskapsbasert, dvs. sykepleieren må ha kunnskap om smertefysiologi, smertevurdering, farmakologi og smertebehandlingsprinsipper. Målet med god smertelindring er å minske smerter og ubehag for pasienten (Nygaard & Gulbrandsen, 2010).

God smertelindring minsker faren for komplikasjoner hos hjerteopererte pasienter. Pasienter med toraxdren har mye smerter. Pasienten kan puste overfladisk, kun med øverste delen av lungene for å unngå store smerter, som kan resultere i at nederste delen av lungene kan klappe sammen og gi atelektase. Ved denne tilstanden vil slimet samles og blir vanskelig å hoste opp. Da øker faren for infeksjon på grunn av dårlig oksygenering og ventilasjon. Smertestillende medikamenter skal administreres slik at pasientens behov for søvn, velvære og aktivitet blir ivaretatt (Holm & Almås, 2016).

Leegaard et al.(2011) skriver at ubehandlet postoperativ smerte gir store fysiologiske og psykologiske konsekvenser som nedsatt hosteevne, urinretensjon, søvnproblemer og redusert livskvalitet. Videre skriver forskerne at vedvarende smerter i sternum forekommer hos 11-40% av pasientene ett til tre år etter åpen hjertekirurgi (Leegaard, Husby, Berge & Rustøen, 2011). God smertelindring bidrar til bedre mobilisering og videre til ukomplisert postoperativt forløp. Et viktig prinsipp for å forebygge at akutte smerter blir kroniske er å gi smertestillende før smerten oppstår eller den øker på. Det er sykepleieren som har et delegert og selvstendig ansvar for å kartlegge smertetilstand, administrere medikamenter ut fra observasjoner og vurdere effekten av gitte medikamenter (Gulbrandsen, 2010). En annen kvalitativ

forskningsstudie gjort av Milgrom et al. (2004) viser det at hjerteopererte pasienter har mye smerter i tidlig postoperative fase, og ved hoste, mobilisering og pusteøvelser, og minst smerter ved hvile. Pasientene med toraksdren har mye smerter som kan gi dårlig hostekraft, sekretstagnasjon og atelektase. Forskerne anbefaler å vurdere smerte individuelt blant hjerteopererte pasienter, både ved hvile og mobilisering. Smertelindring er det aller viktigste for å mobilisere denne pasientgruppen. I denne studien rapporterte pasientene om redusert mobilisering på grunn av smerter, som disponerte for postoperative komplikasjoner (Milgrom et al., 2004).

3.2.2 Opplevelse av angst.

Å være kritisk syk kan gi opplevelse av angst på grunn av ubehagelige prosedyrer, undersøkelser eller behandlingstiltak. Angsten kan skyldes trusselen om svikt i fysisk funksjon, manglende innsikt over situasjonen sin, smerter eller ubehag, avhengighet av medisinskteknisk utstyr eller avhengighet av helsepersonell (Stubberud, 2010, s.56). Hjerteopererte pasienter er tilkoblet EKG-monitor, og overvåkningsutstyr de første dagene, som kan gjøre pasienten engstelig. I slike situasjoner skal sykepleieren formidle pasienten hva de ulike utstyrene brukes for og forklare det pasienten lurer på. Å kunne være til stede for pasienten bidrar til at pasienten føler seg sett og hørt. Informasjon som skal gis, skal være tilpasset pasientens individuelle forutsetninger for å sikre at pasienten har forstått innholdet i informasjonen. Pasienten trenger informasjon om hans fysiske behov og betydning av overvåknings- og behandlingsutstyr som er tilkoblet pasienten. Å forklare årsaken til ukjente lyder og alarmer, kan også bidra til å redusere angsten hos pasienten (Stubberud, 2010, s.61).

3.3 Mobilisering.

Mobilisering er en viktig faktor for å unngå postoperative komplikasjoner. Knight, Nigam & Jones skriver i sin artikkel «Effects of bedrest» om negative konsekvenser av sengeleie på lang sikt. Sengeleie bidrar ofte til redusert smaksans, luktesans og matlyst som kan påvirke tarmfunksjonen for eksempel, atrofi av tarmslimhinne, redusert peristaltikk som øker reabsorpsjonen av vann, og gir hard avføring. Ofte får disse pasientene opioider for smertelindring, som også disponerer for obstipasjon. Når pasienten står, bidrar også tyngdekraften til å utøve press på anal sphincter som bidrar til at pasienten vil forsøke seg på

toalettet. Ved sengeleie samler magesekresjoner seg og presser mot det nedre spiserøret, og pasienten opplever halsbrann og oppblåsthet (Knight, et al., 2009). Knight skriver videre at sengeleie disponerer for urinveisinfeksjoner siden de ikke får utnyttet tyngdekraften for tilstrekkelig drenering av urin fra nyrene, gjennom urinledere og til urinblæren. Mobilisering er det viktige tiltaket for å unngå disse postoperative komplikasjonene.

Tidlig mobilisering fremmer dyp respirasjon, reduserer abdominale luft smerter, forebygge obstipasjon, lungeemboli, dyp venetrombose. Pasientene bør få hjelp til å komme ut av senga allerede den første dagen etter kirurgi dersom det ikke foreligger andre kontraindikasjoner, siden det er høyest tidevolum i stående stilling. Pasientene må oppmuntres til bevegelser i senga før de står opp, siden dette også bidrar til at pasienten puster dypere og minsker lungekomplikasjoner. Det er veldig viktig at pasienten får styre tempo og bevegelse når de skal opp av senga siden medvirkningen gir kontroll og kan redusere angst og smerte. Støtte og oppmuntring bidrar til pasientens mobilisering. God smertelindring og trygghet er forutsetninger for vellykket mobilisering. Samtidig er det viktig at pasienten får ro og hvile etter mobilisering (Berntzen et al., 2016).

Det viser seg å ha positiv effekt på pasientene at de får informasjon og instruksjon om pusteøvelser, hosteteknikk og andre slim mobiliserende tiltak før operasjonen. Sykepleieren i samarbeid med fysioterapeut har en sentral rolle i forebygging og behandling av lungekomplikasjoner etter operasjonen. Gjennom god dialog og kommunikasjonsferdigheter kan sykepleieren veilede pasienten for å mestre situasjonen (Tveiten, 2008). Tidlig mobilisering, riktig leie, pusteøvelser og effektiv hosteteknikk er viktige tiltak som sykepleieren kan hjelpe pasienten med (Berntzen et al., 2016).

Pusteøvelser alene er ikke nok til å redusere lungekomplikasjoner, men pusteøvelser sammen med mobilisering bidrar til bedre ventilasjon. Det foreligger ikke noe tilpassede aktiviteter og øvelser for hjerteopererte pasienter, men det viktigste er å unngå total sengeleie for å unngå postoperative komplikasjoner. Jo tidligere denne pasientgruppen blir mobilisert jo bedre blir det postoperative forløpet etter hjertekirurgi (Santos et al., 2017).

Mobilisering forbedrer også fysisk aktivitetstoleranse, i tillegg til å forebygge postoperative komplikasjoner. For nesten 90 år siden, fikk de hjerteopererte pasientene total sengeleie. Ti år senere kunne de sitte oppe i stolen, og enda ti år senere kunne de begynne å gå fire uker etter operasjonen. Forskning etter 1950 viste at det er viktig med mobilisering etter en hjertekirurgi

som bidro til dagens mobiliseringsfokus blant disse pasientene. Ustabile vitale parametere, hemodynamisk ustabilitet, bruk av maskeventilasjon som CPAP og BiPAP var hindringene til mobilisering (Rion & Kautz, 2016). Rion & Kautz skriver videre at det skal legges stor vekt på mobilisering for hjerteopererte pasienter, og sikre akseptable vitale parametere og behov for oksygenkolbe, før mobilisering. De skriver videre at progressiv mobilisering blant disse pasienter skal startes med småøvelser i senga, sitte opp på sengekanten, gå noen skritt og sitte i en stol. Det skal hele veien observeres forandringer i pasientens vitale tegn. Egnede hjelpemidler som prekestolen eller to helsepersonell trykker mobilisering. Intensiteten og frekvensen av mobilisering kan økes etter hvert som pasienten tolererer det (Rion & Kautz, 2016).

3.3.1 Fysioterapeutens rolle.

Sykepleieren i samarbeid med fysioterapeuten har en sentral rolle i mobilisering av hjerteopererte pasienter. De to yrkesgruppene jobber sammen for at pasienten skal ha det komplikasjonsfritt i postoperative fase. Fysioterapeuter informerer og underviser disse pasientene om pusteøvelser og hosteteknikk (Berntzen et al., 2016). En kvalitativ forskningstudie gjort blant 29 fysioterapeuter i Sverige i 2010 bekrefter at fysioterapeuter har en aktiv rolle i tidlig mobilisering, bevegelsesøvelser og pusteøvelser av hjerteopererte pasienter i de første postoperative dagene. Fysioterapeuter underviser alle pasienter som skal gjennom en hjerteoperasjon preoperativt om viktigheten av mobilisering, postoperative komplikasjoner, teknikker for å komme ut av senga og stolen, hosteteknikker og pusteøvelser, restriksjoner i forhold til vektluft. Det er praktisert tidlig mobilisering og pusteøvelser for hjerteopererte pasienter (Westerdahl & Møller, 2010).

3.4 Profesjonell kommunikasjon.

Profesjonell kommunikasjon har et helsefaglig formål om å fremme helse, forebygge sykdom, gjenopprette helse og lindre lidelse. Profesjonell kommunikasjon skal alltid være hjelpende og pasientrettet. Å lytte til andre, å observere og fortolke den andres verbale og nonverbale signaler, å formidle informasjon på en klar og forståelig måte, å forholde seg åpent til vanskelige følelser og eksistensielle spørsmål og stimulere den andres ressurser og muligheter er kjennetegn på hjelpende kommunikasjon (Eide & Eide, 2007).

Pasienten har alltid behov for informasjon om hvilken situasjon han befinner seg i, behandlingen, bivirkninger, praktiske forhold når det gjelder sykehusopphold, prognose av sykdommen. Selve formidlingen av informasjonen og tilpasning av informasjonen krever omtanke. Overordnet mål med hjelpende kommunikasjon er at pasienten skal kunne mestre situasjonen bedre og bli så selvhjulpent som mulig. God kommunikasjon kan også bidra til å løse etiske problemer. For å kunne møte den andre parten med respekt, bør sykepleieren vise faglig og praktisk initiativ. Å ta gode avgjørelser i etisk vanskelige situasjoner krever god kommunikasjon med pasienten (Eide & Eide, 2007). Ved hjelpende kommunikasjon kan sykepleieren formidle helsegevinster ved mobilisering til denne pasientgruppen. Hjelpende kommunikasjon er et viktig redskap for å informere pasientene om deres fysiske tilstand, behandlingsapparatene, andre tilkoblede medisinskteknisk utstyr, som igjen hjelper å redusere angst hos pasienten.

3.5 Kari Martinsens omsorgsfilosofi.

Kari Martinsen er en norsk sykepleier som har utviklet sine tanker gjennom et langvarig arbeid med faget og et omfattende forfatterskap. Hun vektlegger en menneskeoppfatning som bygger på relasjoner mellom mennesker, der det menneskelige felleskapet har en sentral plass (Kristoffersen, 2011). Martinsen skriver at omsorg er det mest naturlige og grunnleggende i menneskets eksistens, og viser det gjennom den måten vi omgås andre på og bruker redskaper på bestemte måter sammen med andre mennesker ut fra en felles forståelse av den helheten som handlingene inngår i. Yrkesmessig omsorg kjennetegnes ved aktiv handling til det beste for den andre, skriver Martinsen (Martinsen, 2003).

Martinsen mener at det er sykepleieren som har faglig kunnskap og kan benytte sin faglige merforståelse på en måte som har til hensikt å hjelpe pasienten på en best mulig måte. Her liker hun å bruke begrepet «myk paternalisme». I følge Martinsen, er den erfaringsbaserte og praktiske kunnskapen den viktigste i sykepleien. Martinsen ser den yrkesmessige omsorgen ut i fra tre dimensjoner; omsorg er et relasjonelt, et praktisk og et moralsk begrep (Martinsen, 2003).

3.5.1 Omsorg som et relasjonelt begrep.

Yrkesmessig omsorg består av relasjonen mellom minst to personer, og hvor tillit er et uunnværlig fenomen, og det grunnleggende er at vi er avhengige av hverandre. Sykepleieren

må kunne forsøke å bytte posisjon og forestille seg i hans situasjon, hvordan ville hun selv ønsket at hun ble behandlet? Pasienten viser ofte spontan tillit og har en forventning om å bli imøtekommet. Sykepleieren har da to valg, det ene er å ta vare på den andres tillit, og den andre er å ødelegge grunnlaget for tilliten. Det forutsettes at sykepleieren har kunnskap og kompetanse som gjør at pasienten opplever imøtekommenhet (Martinsen, 2003). God relasjon med pasienten er viktig for å bygge tillit til sykepleieren og for brukervedvirkning.

3.5.2 Omsorg er et praktisk begrep.

Det er ikke nok å bare snakke om omsorg og være engasjert, men en er også forpliktet til handling, som forutsetter at sykepleieren har kunnskaper og ferdigheter. Vi kan anvende sykepleielæren og erfaringer for å vise omsorg. En kan ikke kjenne smerter til den andre, men kan gjenkjenne situasjonen fra tidligere erfaringer med andre pasienter. Den kunnskapen sykepleieren har fra pasientsituasjoner og den faglige kunnskapen gjør at hun kan hjelpe den andre på omsorgsfull og hensiktsmessig måte. Det viktigste i praktiske handlinger er at hjelperen ikke forventer noe tilbake (Martinsen, 2003). Sykepleieren kan bruke tidligere erfaringer fra andre hjerteopererte pasienter, til å hjelpe og motivere for mobilisering av denne pasientgruppen.

3.5.3 Omsorg er et moralsk begrep.

Martinsen framhever at sykepleieren må lære å handle moralsk. Martinsen skriver at det moralske består i å være i bevegelse fra seg selv til den andre, for å handle til den andres beste. Videre sier Martinsen at sykepleieren står overfor den moralske utfordringen om å handle godt og riktig, og til beste for pasienten. Omsorgsmoralen sier noe om hvordan vi utøver makten i relasjon med pasienten. Å gi omsorg til andre er noe vi lærer gjennom oppdragelse og sosialisering, og utvikler moralsk bevissthet og kompetanse (Martinsen, 2003). Sykepleierens engasjement for hjerteopererte pasienter er like viktig, som gjør at disse pasientene opplever å bli sett, og kan igjen bidra til medvirkning.

3.6 Brukervedvirkning.

Helse- og Omsorgsdepartementet skriver på sine hjemmesider at brukervedvirkning innebærer at tjenesten benytter brukerens erfaringer med helsetjenesten for å kunne yte best mulig hjelp. Brukervedvirkning har som mål å bedre kvaliteten på tjenestene ved at brukerne får reell innflytelse på valg og utforming av tjenestetilbudet (Helsedirektoratet, 2017).

Brukervedvirkning er et sentralt prinsipp i helsetjenesten og er også nedfeltet i lovverket,

blant annet, pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 3 og i helsepersonelloven § 3-1 (Pasient- og brukerrettighetsloven & Helsepersonelloven, 1999).

Seljelid skriver i sin fagartikkel at informasjon er en viktig forutsetning for medvirkning. Pasienter må få grundig informasjon for at de skal kunne ta viktige beslutninger om sykdommen, behandlingsalternativer og prognose. Brukermedvirkning gir økt tilfredshet blant pasienter og reduserer stress og engstelse. Hun skriver videre at en god del informasjon blir gitt muntlig, men skriftlig informasjon gir pasienten mulighet til å gå gjennom detaljer i ro. Det er viktig at helsepersonell tilegner seg kunnskapsnivå til pasienter når det skal gis informasjon til pasienten for at pasienten skal forstå dette (Seljelid, 2016).

I en forskningsstudie gjort av Jerofke et al.(2013) ble det funnet ut at dersom sykepleier prioriterer medvirkning i sin tilnærming med pasienten, øker pasient deltakelse. Sykepleierne skal være bevisste på å hjelpe pasienten på en måte hvor pasienten skal inkluderes, støtte og veilede pasienten, og la utøve autonomien, og ved denne metoden fremmes det pasientdeltakelse og gir bedre resultater. Dette resultatet er overførbart til hjerteopererte pasienter også.

3.7 Etikk og lovbestemmelse.

Sykepleiens grunnlag skal være respekt for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleieren har et faglig etisk og personlig ansvar for egne handlinger og vurderinger i utøvelsen av sykepleie, og sette seg inn i det lovverket som regulerer helsetjenesten (Norsk sykepleierforbund, 2016). Sykepleieren har ansvar for sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom. Sykepleieren fremmer pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig og tilpasset informasjon, og forsikre seg om at informasjonen er forstått. Yrkesetiske retningslinjer pålegger også sykepleieren å respektere pasientens rett til medbestemmelse (Norsk sykepleierforbund,2016).

Autonomiprinsippet er den viktigste tanken i sykepleien, dersom pasienten er kompetent til å ta egne valg, og bestemme over sin behandling. Selvbestemmelse forutsetter at pasienten har egenskaper for å ta rasjonelle, velbegrunnede og gjennomtenkte valg på egne vegne (Nortvedt, 2012, s.97). Pasienter som har samtykkekompetanse, kan nekte helsehjelp selv om det kan tenkes å være livreddende (Nortvedt,2012, s.133).

Helsepersonelloven og Pasient-og brukerrettighetsloven har en sentral rolle i utøvelse av sykepleien. Helsepersonelloven stiller krav til helsepersonell for forsvarlighet av den helsehjelpen som gis til pasienten. Sykepleieren er pålagt ansvar om å gi nødvendig informasjon slik at pasienten kan ta riktig valg og forsikre seg om at pasienten har forstått informasjon (Helsepersonelloven, 1999). Pasientene har rett til informasjon, til å medvirke i sin behandling, og har full rett til å nekte behandling dersom de er samtykkekompetent og er fullt innforstått med konsekvensene av den helsehjelpen som ikke gis, ifølge Pasient-og brukerrettighetsloven (1999).

I en litteraturstudie gjort av Zomorodi & Foley (2009) beskrives begrepet «paternalisme» som å hjelpe pasienten til å delta i helsefremmede aktiviteter selv om pasienten ikke samtykker fullt ut, med andre ord, svak tvang. Dette kan praktiseres når pasienten nekter for eget beste for å fremme pasientens helse. Denne praksisen av «svak paternalisme» kan være nødvendig enkelte ganger når en jobber med hjerteopererte pasienter.

4.0 DRØFTING

I denne drøftingsdelen argumenterer jeg for viktigheten av mobilisering av hjerteopererte pasienter i lys av pensumlitteratur og funnet forskning. Videre går jeg inn på hvordan mobilisering faktisk foregår blant hjerteopererte pasienter, bruke erfaringsbasert kunnskap fra praksis. I underkapittel 4.3 vil jeg fokusere på den første mobilisering for pasienten og hvordan sykepleieren kan trygge pasienten og bidra til at pasienten skal mestre situasjonen. Deretter drøfter jeg utfordringer ved mobilisering, hvordan brukermedvirkning kan fremmes tross utfordringene. Bruk av erfaringsbasert kunnskap, forskningsbasert kunnskap og vektlegging på brukermedvirkning skal komme tydelig frem i drøfting, som er viktige elementer i kunnskapsbasert praksis (Monica et al., 2012).

4.1 Det er viktig med mobilisering.

Siden 60% av 4045 hjerteopererte pasienter var i aldersgruppe 60-79år, vil det si at en stor andel er arbeidsfør (Fiane, 2016). Det er derfor viktig å se på denne pasientgruppen som kanskje skal tilbake til arbeid. Mobilisering er en forutsetning for et godt postoperativt forløp for disse pasientene. Mobilisering bidrar til å forebygge lungekomplikasjoner, nedsatt tarmfunksjon, obstipasjon, halsbrann, refluks problemer, urinveisinfeksjon og i noen grad glukoseintoleranse hos hjerteopererte pasienter (Eikeland et al., 2016). Jeg selv fikk mulighet til å hospitere en dag på pasienthotell hvor pasientene som skal hjerteopereres dagen etter blir tatt imot for preoperativ forberedelse. Dagen etter fikk jeg hospitere på operasjonsstua hvor jeg observerte koronar bypass operasjon, og følge opp samme pasient i overvåkningsavdeling og videre i intermediæravdeling i to dager. Denne muligheten til å følge opp en pasient i hele forløpet har gitt meg unik mulighet til å se og vurdere hvilke behov disse pasientene har og hvordan mobilisering bidrar til et komplikasjonsfritt postoperativt forløp. Gjennom hele forløpet var mobilisering i fokus blant hjerteopererte pasienter. Jeg fikk erfaring med postoperative hjerteopererte pasienter som jeg skal anvende videre i oppgaven.

Viktigheten av mobilisering er omtalt både i pensumlitteratur og forskningsstudier. Eikeland mfl. skriver at mobilisering er meget viktig for å forebygge postoperative komplikasjoner, og pasienten skal helst komme opp og sitte i løpet av 14-16 timer etter kirurgisk inngrep (Eikeland et al., 2016, s.264). Santos et al. sin artikkel viser også til viktigheten av mobilisering for å forebygge postoperative komplikasjoner hos hjerteopererte pasienter. Mobilisering omfatter det å sitte i en stol eller på sengekanten, å gå, gå på toalettet, å stå og pusteøvelser. Studien viser videre at sengeleie etter kirurgi øker risikoen for dyp

venetrombose og lungeemboli, redusert muskelmasse og muskelkraft (Santos et al., 2017). Knight et al.(2009) skriver også i sin fagartikkel at sengeleie over en lang periode disponerer for urinveisinfeksjon, treg mage, opplevelse av halsbrann og oppblåsthet. Dersom pasienten ikke ønsker å komme opp på sengekanten etter operasjon, blir han disponert for disse komplikasjoner. Både Santos et al.(2017) og Knight et al.(2009) legger i sin forskningsstudie vekt på mobilisering og diskuterer negative aspekter ved å ikke mobiliseres. Som sykepleier har jeg ansvar for å gjøre det beste for pasienten, og ikke minst er dette pasientrettet sekundær forebyggende sykepleierfunksjon (Gulbrandsen, 2010). Dersom hjerteopererte pasienter ikke blir mobilisert, er de utsatt for postoperative komplikasjoner, og dette er et hovedfunn i Santos et al. sin litteraturstudie (2017).

Kalisch, et al.(2013) sin litteraturstudie viser ikke bare positive fysiske funksjoner blant mobiliserte hjerteopererte pasienter, men også bedre psykisk tilstand og sosial velvære. I denne litteraturstudien var det hele 21 av 36 studier som viste at tidlig mobilisering bidrar til lavere risiko for dyp vene trombose, mindre risiko for delirium, urinveisinfeksjon, lungebetennelse og utmattelse og mindre ryggsmertor. Et annet interessant funn ved denne studien var at pasientgruppen som ble mobilisert fra første postoperative dag kunne gå sju ganger lenger avstand enn de som ble mobilisert senere i postoperativt forløp. Dette er også nevnt i Santos et al.(2017) sin studie , med at mobilisering forbedrer også aktivitetstoleranse. I tillegg bidro mobilisering til mindre angst og depresjon og høyere tilfredshet hos intervensjonsgruppen. Å kunne utføre ADL ferdigheter på egen hånd gjorde pasientene mer fornøyde (Kalisch et al., 2013).

Under praksis perioden oppdaget jeg også at pasientene som ikke ønsket å bli mobilisert hadde mye ryggsmertor som igjen ble grunnen til at de nektet å komme opp. Å få opp pasienten for første gang var det mest utfordrende, men etter at de hadde kommet opp en gang og sett andre medpasienter, ble de oppmuntret selv til neste gang. De fleste pasientene sa at det faktisk følte bedre ut å kunne komme opp og sitte oppe i en stol eller gå noen skritt. Dette ser jeg igjen i litteraturstudien til Kalisch et al.(2013) hvor intervensjonsgruppen var mer fornøyde. Denne studien tar grep i både psykisk og sosialt velvære i tillegg til fysiske helsegevinster som i studien av Santos et al. Under mobilisering, gikk disse pasientene sammen med enten fysioterapeut eller sykepleier, og pratet om forskjellige ting, som åpnet til mange samtaler og rådgivning. Pasientene som ble mye liggende, hadde derimot ikke like stor mulighet til å prate med sykepleieren eller fysioterapeut (Kalisch et al., 2013). I praksis så jeg

at misfornøyde pasienter var de som var mer sengeliggende og ønsket ikke å mobilisere. Disse pasientene ble mer og mer engstelige, og ønsket ikke å komme ut av senga, og som resultat utviklet de ryggsmertter, treg mage og lungebetennelse. Derimot oppga de mobiliserte pasienter mindre ryggsmertter for hver gang de ble mobilisert. Mobilisering forebygger ikke bare postoperative komplikasjoner, men gir også bedre psykisk og sosialt utfall for pasientene. På bakgrunn av disse forskningsfunnene og erfaring fra praksis kan jeg presisere at mobilisering er et meget viktig tiltak for å forebygge postoperative komplikasjoner hos hjerteopererte pasienter.

Utfordringen blir da når pasientene ikke ønsker å bli mobilisert, hvordan skal sykepleieren tilnærme seg pasienten? For det første skal sykepleieren informere og veilede hvorfor og hvordan mobilisering er viktig for pasienten. For å sikre at pasienten skal forstå den informasjonen som blir gitt, er det viktig at sykepleieren utforsker først hva pasienten vet av den kunnskapen, om pasienten er mottakelig for informasjon. Pasienten har ikke nytte av denne informasjonen hvis vedkommende ikke er mottakelig for informasjon. Under praksis perioden opplevde jeg at informasjon ble gitt rett før operasjon på et tidspunkt de var veldig engstelige for selve operasjonen, og de var veldig opptatte av selve den kirurgiske prosessen, og husket lite om viktigheten av mobilisering. Samtidig er det viktig at pasientene får informasjon om det så tidlig det lar seg å gjøre! Sykepleier skal vektlegge pasientens beste og hele tiden veilede og motivere pasienten. Kari Martinsen vektlegger pasientens beste. For å gjøre det beste for pasienten, må sykepleieren ha god relasjon med pasienten (Martinsen, 2003). I denne sammenheng er det pasienten som skal være i fokus og sykepleieren hjelper og veileder med mobilisering. Pasienten er utsatt for en del atelektase allerede etter et kirurgisk inngrep i brysthulen siden vital kapasitet av lungene er redusert med 40%, og ved lite mobilisering, kan dette forverres ytterligere (Berntzen et al., 2016). Noen få minutters stående stilling bidrar til fullstendig tømning av blæra og minsker fare for urinveisinfeksjoner (Knight et al., 2009).

Santos et al. skriver at det beste for hjerteopererte pasienter ikke er en bestemt type av mobilisering, men å starte mobilisering tidligst mulig for å forebygge postoperative komplikasjoner. De påstår at pusteøvelser alene ikke er nok til å forebygge postoperative komplikasjoner. Mobilisering spiller en sentral rolle, men tross dette foreligger det ingen skreddersydde mobiliseringsprogram for hjerteopererte pasienter (Santos et al., 2017). Det var også praktisert tidlig mobilisering for hjerteopererte pasienter der jeg var i praksis.

Pasientene fikk hjelp til å sette seg opp på sengekanten den første postoperative dagen. De fleste av pasientene som fikk større grad av atelektase hadde blitt lite mobilisert grunnet andre utfordringer. I forskningsstudie av Santos et al.(2017) hadde intervensjonsgruppen kortere sykehusopphold enn kontrollgruppen, og mobilisering alene uten pusteøvelser kunne øke ventilasjonen og bidra til bedre lungefunksjon. De presiserer sterkt at hjerteopererte pasienter ikke skal holde sengen kontinuerlig, og det må tilrettelegges for å komme ut av senga og mobiliseres (Santos et al., 2017). Martinsen(2003) påstår at sykepleieren har faglig kunnskap, og hun skal engasjere seg om pasienten for å kunne danne god relasjon, og samtidig god relasjon er viktig for å kunne engasjere seg om pasienten. For å veilede og motivere pasientene for mobilisering, er det viktig at sykepleieren viser engasjement overfor pasienten, for eksempel, tilby massasje av ryggen. Dette har kommet frem i studien til Wåhlin et al.(2006), hvor pasientene opplevde å bli sett og ivaretatt dersom sykepleieren tilbyr ekstra omsorg. Engasjement og god relasjon med pasienten henger sammen, og er viktig for å fremme brukermedvirkning. Pasientens autonomi skal også respekteres, og hva om respekten for pasientens autonomi er til hinder for pasientens beste? Martinsen sier at respekten for menneskets selvbestemmelse kan føre til unnlattelsessynder (Martinsen, 2003, s.16).

4.2 En enkel mobilisering.

Hjerteopererte pasienter bør hjelpes opp av senga om kvelden på operasjonsdagen dersom pasienten har stabil sirkulasjon, dvs. akseptabel puls og blodtrykk. Tidlig mobilisering er viktig for å unngå postoperative komplikasjoner. Med mobilisering omfattes det å sitte opp på sengekanten, sitte oppe i en stol, utføre enkle gjøremål som å gre håret, ta vannglasset og drikke og å gå (Holm & Almås,2016, s.226). Det er nært samarbeid mellom fysioterapeut og sykepleieren for å følge opp øvelser og bevegelser som pasienten gjør i samarbeid med fysioterapeuten. Da jeg hospiterte i postoperativ enhet, så jeg at alle hjerteopererte pasienter fikk tilbud om pusteøvelser, bruk av PEP-fløyte (Positive Expiratory Pressure) og øvelser sammen med fysioterapeuten den første postoperative morgen. Disse pasientene hadde allerede fått både individuell og gruppeundervisning fra anestesilege og fysioterapeut dagen før hjerteoperasjon, og skriftlig brosjyre om selve operasjonen og de første dagene etter hjerteoperasjon. Brosjyren legger vekt på smerte, bruk av PEP-fløyte, mobilisering etter operasjonen og restriksjoner i tungeløft. Denne brosjyren er lagt ved i oppgaven. Seljelid(2016) legger også vekt på skriftlig informasjon for å fremme brukermedvirkning.

Den aller første studien gjort i Sverige for å undersøke nåværende fysioterapeuters praksis av mobiliseringsprogram for hjerteopererte pasienter, viser samme praksis som det var under praksisperioden min. Fysioterapeuten underviste pasientene i forkant av operasjonen om tidlig mobilisering, risiko for postoperative komplikasjoner, teknikker for å komme ut og inn i sengen, pusteteknikker og øvelser og restriksjoner for vektløft inn til 6 uker etter operasjonen. Etter operasjonen var fysioterapeuter hos disse pasientene fra første til femte postoperative dag. Pasientene fikk veiledning i å komme ut og inn i sengen, pusteøvelser, blåse i PEP fløyte og øvelser for øvre og nedre ekstremitetene (Westerdahl & Møller, 2010). I denne studien anbefalte fysioterapeutene pasientene å ligge på siden først, og plassere begge hendene foran brystet slik at det blir et kryss og støtte skulder på motsatt side og lene sakte forover og sette seg opp på sengekanten. Akkurat denne metoden ble brukt av fysioterapeuter under praksisen også, men det er viktig at sykepleieren demonstrerer denne metoden med pasienten siden det er sykepleieren som har hovedrollen i å veilede og hjelpe pasienten. Dersom fysioterapeuten og sykepleieren gjør forskjellig, kan dette forvirre pasienten og gjøre pasienten mer usikker. Dette opplevde jeg under praksisen. De gangene sykepleieren ikke var til stede når fysioterapeuten veiledet pasienten ved første mobilisering, ble det to forskjellige veiledninger for pasienten, noe som gjorde pasienten mer usikker. Slik usikkerhet igjen kan hindre pasient medvirkning for mobilisering. Slik usikkerheten kan svekke sykepleier pasient relasjon ved at pasienten mister tilliten til sykepleieren. Martinsen mener at relasjonen er grunnleggende for å utøve omsorg til pasienten. Kvaliteten i relasjon, engasjementet og tilliten til sykepleieren er viktig for å utøve omsorg (Martinsen, 2003, s.17).

Intensitet og frekvensen av mobilisering kan varieres fra pasient til pasient og skal vurderes individuelt. Sykepleieren skal ta hensyn til at pasientene er forskjellige individ og mobilisering skal tilnærmes som det passer for den enkelte. Det er kanskje derfor at det ikke er opparbeidet noen skreddersydde mobiliseringsprogram til disse pasientene. Sykepleieren kan stadig vekke motivere og veilede i å blåse i PEP-fløyte selv om pasienten ligger i senga. Det står ikke hvor ofte PEP-fløyte skal brukes, men i praksisstedet mitt anbefalte fysioterapeutene å blåse ti ganger når de er våkne og uthvilte. Det er viktig at sykepleieren viser hvordan dette skal utføres, ikke bare forklarer. Sykepleieren kan gjenta veiledning for pusteøvelser og øvelser for ekstremitetene til pasienten, slik at pasienten kan friske det opp igjen og øve flere ganger på egen hånd. Den praktiske handlingen til sykepleieren står også sentralt i Martinsens omsorgsteori. Hvordan sykepleier opptrer overfor pasienten og hvordan

hun utfører de tiltakene har mye å si for hva pasienten klarer å ta imot (Martinsen, 2003). Hvis sykepleieren hører med pasienten hva han synes om tidspunktet for mobilisering, kan dette bidra til å åpne for opplevelser og følelser. Pasienten er kanskje ikke uthvilt ennå, eller ønsker å spise først. Disse konkrete spørsmål gjør at pasienten ser sykepleierens engasjement, som igjen er med på å gjøre kvaliteten i relasjonen med pasienten (Martinsen, 2003). Dette kom frem også i studien til Wåhlin et al.(2006) at sykepleierens engasjement bidro til pasientenes opplevelse av å bli sett og hørt, og fremmet brukermedvirkning og pasientdeltakelse.

4.3 Den første mobilisering.

Her vil jeg drøfte for tryggheten ved den første mobiliseringen, og hva negative opplevelser kan føre til. Det er meget viktig at pasienten føler seg klar og trygg ved den første mobilisering slik at han kan oppmuntres til neste gang. Price(2006) skriver i sin kvalitativ studie at å sette hjerteopererte pasientene opp på sengekanten i tidlig postoperativ fase er alminnelig, og et meget viktig tiltak. Dette bidrar til å fremme og forbedre aktivitetstoleranse, og kan hjelpe i planlegging av forløpet videre. Sittende stilling i tidlig postoperativ fase bidrar til god drenering i dren fra operasjonsstedet, økt lungevolum, og er det første steget til videre mobilisering. Det skjer forandringer i pasientens puls, blodtrykk, Mean Arteriell Pressure(MAP), arteriell og venøs saturasjon. Pulsen økte samtidig som blodtrykket sank litt, og venøs saturasjon sank med 20 % som er et forventet resultat siden forbruket av oksygen øker i vevet ved mobilisering (Price, 2006). Santos et al.(2017) vektlegger også at tidspunkt for den første mobilisering er viktigere enn mobiliseringstype. Disse forskningsfunnene sammen med sykepleierens praktiske erfaring og brukermedvirkning legger til grunn for utøvelse av kunnskapsbasert praksis (Monica et al, 2012). Under praksisperioden, uttrykte en pasient *«jeg har sovet meg frisk hele livet, hvorfor skal jeg stå opp nå?»* følte jeg at jeg ikke klarte å forsvare hennes utsagn i det øyeblikket. Jeg hadde ikke annet svar enn jeg visste at mobilisering forebygger postoperative komplikasjoner. Hadde jeg hatt denne kunnskapen, hadde jeg klart å lytte mer til henne, utforske ved å spørre *«hvorfor sier du det?»*, og med denne kunnskapen kunne jeg hjulpet og veiledet henne på en bedre måte.

Freeman og Maley (2013) vektlegger økt risiko for blodtrykksfall ved førstemobilisering dersom pasienten drøyer med å mobilisere. Mobilisering av disse pasientene skal vurderes og

planlegges individuelt. Sykepleieren kan lese journalen til pasienten for å innhente informasjon, måle blodtrykk, puls og metning, spørre pasienten hvordan han har det for å utforske hans opplevelser og oppfatninger. Dette kan være nyttige verktøy til å vurdere pasientens tilstand og planlegge sammen med pasienten. Hvis sykepleieren ikke henter inn all informasjon om pasienten før hun kommer til pasienten, kan det også være irriterende for pasienten å bli spurt om samme ting flere ganger. Innhentet informasjon, observasjoner og målinger kan danne noenlunde bilde av hvordan pasienten har det. Dersom pasienten har høy puls, kan det også tyde på smerter, og sykepleieren kan stille spørsmål ut ifra dette. Under praksisperioden min observerte jeg også at pasientene fikk økt puls, og litt lavere overtrykk og undertrykk, men MAP var noenlunde det samme. Så lenge pasientene ikke var påvirket av lavt blodtrykk, ble de mobilisert opp på sengekanten. Dersom pasienten blir svimmel, kvalm eller får hodepine, skal mobilisering utsettes til pasienten er symptomfri (Freeman & Maley, 2013). Det er viktig å undersøke årsaken til dette. Det første er å vurdere tilstrekkelig væske i kroppen, ved å måle sentralt venetrykk (CVP), og observere tegn til hypovolemi som for eksempel, atrieflimmer, lavt blodtrykk, diuresemengde, høy og svak puls, kald og klam i huden. Pasienten skal legges tilbake dersom han får høyt blodtrykksfall. Metning fra og med 95% ble akseptert som tilfredsstillende de første postoperative dagene, og den skal vanligvis øke når pasienten kommer opp i sittende stilling fra liggende stilling, siden lungenes vitale kapasitet øker (Price, 2006). Dersom saturasjonen ikke øker ved sittende stillingen, hva kan årsaken være? Kan det være at pasienten ikke har en god sittende stilling, eller at metningsproben ikke sitter godt nok, eller om pasienten er kald på fingrene på grunn av dårlig sirkulasjon. Disse vurderingene skal tas fortløpende, og når sykepleieren har den kunnskapen, bidrar dette til trygghet for pasientene også. Martinsen understreker igjen at det er sykepleieren som har den kunnskapen og kompetansen etter studieårene på skolen, og at pasientene har gitt oss tillit. Ut ifra praktiske handlinger, skal sykepleieren gjøre det beste for pasienten (Martinsen, 2003). Disse observasjoner og vurderinger legger grunnlag for videre mobilisering og kan bidra til bedre pasientopplevelse som kan øke pasientmedvirkningen.

4.4 Smerter og angst hemmer mobilisering.

Her velger jeg å drøfte ulike etiske perspektiver når hjerteopererte pasienter ikke ønsker å bli mobilisert. Som sykepleier og en fagperson vet vi at mobilisering for hjerteopererte

pasienter er avgjørende for å forebygge postoperative komplikasjoner. Har alle pasientene kjennskap til dette? Hvorfor er det utfordrende å mobilisere disse pasientene likevel? Som jeg opplevde i praksis vil de fleste pasientene opp, men det var fortsatt noen som ikke ønsket å komme opp tross undervisning fra fysioterapeut og anesthesi legen. Ved å lytte til pasienten, stille åpne spørsmål som «hvordan har du det?» gis pasienten mulighet til å åpne seg. Dette kan igjen hjelpe sykepleieren til å utforske hva og hvorfor pasienten sier det (Eide & Eide, 2007). Dette bidrar igjen også til den gode relasjonen mellom pasienten og sykepleieren som Martinsen er opptatt av i hennes omsorgsbegrepet (Martinsen, 2003).

Smerte er den ene årsaken som hemmer mobilisering for disse pasientene (Milgrom et al., 2004). Ukjent miljø, uvanlige lyder fra forskjellige apparater, avhengighet av medisinskteknisk utstyr eller avhengighet av helsepersonell kan føre til angst, og dette gjør at pasienten blir redd for alt disse medisinsktekniske utstyret som er tilkoblet pasienten, og er til hinder for mobilisering (Stubberud, 2010). Både pensumlitteratur og forskning viser til at smerte, angst for fremmede lyder og utsyr er hovedårsaken til at hjerteopererte pasienter motsetter seg mobilisering. Et annet viktig aspekt som Aslan og Tosun kom frem til i sin forskningsstudie er at ubehagelig lukt og lys i pasientrom gjorde at de ikke fikk adekvat hvile, som igjen påvirker pasientens andre aktiviteter. Disse pasientene hadde ikke fått god hvile slik at de kunne samle krefter igjen til å bli mobilisert (Aslan & Tosun, 2015). Dette er kanskje undervurdert, men er veldig viktig for pasientens gode hvile. Dette kan bli problematisk på tomanns rom, som jeg også observerte under praksisen min. Lyset som hang midt oppi taket på et tomanns rom, var til hinder for den ene pasienten. Bare ett spørsmål om pasienten ville ha lyset på eller omgjøre pasientens rom kan minimalisere dette problemet.

4.5 Manglende kunnskap hos pasienten.

Ofte er det pasienter som mangler kunnskap om helsegevinster for mobilisering, som gjør at de motsetter seg mobilisering. Informasjon gis til alle pasienter, men hvorvidt de oppfatter informasjon som blir gitt er et spørsmål. Pasientens kunnskapsnivå, kulturell bakgrunn, språkkunnskap, fase pasienten befinner seg i, opplevelse av smerter og angst spiller en rolle i pasientens mottakelighet av informasjon (Seljelid, 2016). Som nevnt tidligere i oppgaven at preoperative pasienter er engstelige for selve operasjonen, og kanskje de ikke tar mobilisering på alvor når informasjon blir gitt på dette tidspunktet. Samtidig er det bedre at de får

informasjon før selve operasjon enn at de for første gang, får informasjon om viktigheten av mobilisering i postoperativ fase når de er smertepreget og kanskje slitne.

Når den ene pasienten under praksisperioden sa «*Jeg har sovet meg frisk hele livet, hvorfor skal jeg stå opp nå?*», oppfattet jeg det som pasienten manglet informasjon om helsegevinster ved mobilisering etter hjertekirurgi. Ut ifra dette utsagnet, vet en at pasienten trenger mer informasjon og veiledning, og kan iverksette tiltak ifølge dette. Det er viktig at sykepleieren finner ut årsaken til pasientens utsagn, og hvorfor pasientene ikke vil dette.

Skal pasientene mobiliseres tross smerte, angst og utrygghet, eventuelt hva hadde dette gjort med pasienten? Forskning viser at pasientene liker å bli sett, hørt og imøtekommet, for at de skal bidra til pasientdeltakelse (Wåhlin et al., 2006). Dette med å ikke lytte til pasienten bidrar ikke til medvirkning og heller ikke til god relasjon mellom sykepleieren og pasienten, og dette gjør det vanskelig for mobilisering av pasientene. Videre i oppgaven skal jeg fokusere på hvordan brukermedvirkning oppnås tross overnevnte utfordringer.

4.6 Hvordan fremme brukermedvirkning?

Brukermedvirkning er et sentralt begrep i utøvelsen av sykepleie, og brukermedvirkning øker pasientens tilfredshet, redusere stress og engstelse, og øker pasientens innflytelse på egen livskvalitet (Seljelid, 2016). Derfor skal det også praktiseres brukermedvirkning blant hjerteopererte pasienter. Dersom disse pasientene får tilstrekkelig informasjon og veiledning om viktigheten av mobilisering, god smertelindring og en trygg førstegangs mobilisering, kan dette bidra til bedre opplevelse for pasienten og hindre at de motsetter seg mobilisering. Seljelid (2016) vektlegger at pasientene må ha kunnskap for at de skal kunne delta i beslutninger om egen sykdom og behandlingsalternativer. Hva påvirker pasientens mottakelighet for informasjonen som blir gitt? Smerte i seg selv, angst kan være barriere til selve mottakelsen av informasjon, og da hjelper det ikke om sykepleieren informerer pasienten flere ganger. Da får ikke pasienten den nødvendige kunnskapen for å kunne medvirke i mobilisering. Sykepleieren kan utforske om pasienten har forstått gitt informasjon ved å si «hvordan vil du oppsummere dette?» Da får pasienten mulighet til å gjenta det som ble sagt, og samtidig kan sykepleieren evaluere pasientens forståelse (Eide & Eide, 2007).

En forskningsstudie gjort blant intensiv inneliggende pasienter konkluderer med at støyfritt miljø, oppmuntring fra helsepersonell for pasientdeltakelse, å bli sett og hørt, styrke

pasientens vilje til å bli bedre, fører til at pasienten opplever imøtekommet og bidrar til brukermedvirkning (Wåhlin et al., 2013). En annen studie viser at sykepleierens ansikt mot ansikt veiledning bidrar til at pasienten forstår bedre og skaper mindre angst og trygt miljø. For disse pasientene ga tilstedeværelse av sykepleieren trygghet, men unødvendig lys, lukt og lyder var til plage og ga negative opplevelse av innleggelsen (Aslan & Tosun, 2015). Alt i alt, handler dette om å skape god relasjon med pasienten for å bygge tillit og yte omsorg som Martinsen er opptatt av (Martinsen, 2003). Sykepleierens prioritering for medvirkning i sin tilnærming med pasienten, gir økt pasient deltakelse (Jerofke, et al., 2013). Når pasienten får støtte og veiledning om hvordan mobilisering skal utføres og hvorfor dette er viktig for pasienten selv, føler han både å bli tatt godt vare på og bli hørt som igjen bidrar til brukermedvirkning.

4.6.1 God smertelindring for brukermedvirkning.

Gulbrandsen (2010) understreker at sykepleieren som jobber med hjerteopererte pasienter skal kunne kartlegge og vurdere smerten, identifisere ulike problemstillinger som kan påvirke smerte. Smerte påfører ubehag til pasienten. Leegaard mfl. (2011) skriver at ubehandlet smerte gir store fysiologiske og psykologiske konsekvenser som for eks. nedsatt hosteevne, urinretensjon, søvnproblemer og redusert livskvalitet. Pasienten får heller ikke hvilt tilstrekkelig på grunn av smerter, som kan være årsaken til at pasienten ikke har overskudd til å sitte opp på sengekanten. En annen studie gjort av Milgrom et al.(2004) viser at smertenivå øker ved mobilisering, dvs., pasientene har mest smerter ved hosting, og minst smerter ved hvile. Smerte er høyere på postoperativ dag en og to enn på postoperativ dag 4 og 5. Pasientene kan føle seg bedre og smertefri når han ligger, og kan derfor foretrekke å bare ligge. Når skal sykepleieren vurdere smerter til pasienten og når skal smertestillende gis? Å lytte til pasienten, observere pasientens verbale og nonverbale signaler er gode kommunikasjonsferdigheter som sykepleieren kan anvende i møte med hjerteopererte pasienter (Eide & Eide, 2007). Å tolke pasientens nonverbale signaler til smerter kan være rynker i panna, dyspne og overfladisk pust. Under praksisperioden min, fikk jeg inntrykk av at sykepleierne var flinke til å vurdere smerter ved hvile, men det ble ikke undersøkt om pasienten hadde smerter ved mobilisering, og fikk heller smertestillende etter mobilisering. Det er viktig å tilby smertestillende før smertene oppstår enn å vente til smertene har oppstått. Pasientene oppga at de følte seg ivaretatt dersom sykepleieren var på tilbudsside. Det var

bedre at sykepleieren tilbød smertestillende enn at pasientene måtte spørre etter smertestillende (Wåhlin et al., 2006). Dette kunne jeg se i praksisen også, pasientene var veldig takknemlig dersom de fikk tilbudt smertestillende. Sykepleieren kan tilby ekstra smertestillende like før mobilisering for å unngå smerter ved mobilisering. Forskningsfunnene er veldig viktig for sykepleierens oppdatert kunnskap, som igjen er et viktig redskap i kunnskapsbasert praksis sammen med brukermedvirkning og erfaringsbasert kunnskap (Nortvedt et al., 2012). Kunnskap og kompetansen er like viktig i omsorgen, ifølge Martinsen, for å kunne skape tillit og god relasjon med pasienten (Martinsen, 2003).

Leegaard mfl. (2011) fant ut i studien at pasientene manglet kunnskap om god smertelindring. Noen pasienter bekreftet at de hadde smerter men ønsket ikke smertestillende likevel, og dette fordi de er redde for å bli avhengige av smertestillende. I en forskningsstudie av Godfrey, Parten & Buckner (2006) påpeker forskerne at dyspne og smerte kan være indikator på angst. Sykepleiere kan utforske ved å spørre hvor og når smertene oppstår, og hva lindrer smerter. Dersom det er angst som fører til smerteopplevelse, kan tilstedeværelsen av sykepleieren også hjelpe. Det må undersøkes hvorfor pasienten er engstelig. En del pasienter opplevde trygghet og smertelindring ved å holde en pute over brystet under mobilisering (Freeman & Maley, 2013). Det finnes ikke dokumentert at det å holde puten lindrer smerte, men i nysgjerrighet, spurte jeg en fysioterapeut ved praksis. Hun bekreftet med at det bare er en psykisk støtte. Individuell vurdering av smerte, god veiledning og informasjon om bruken av smertestillende bidrar til bedre smertelindring av hjerteopererte pasienter. Når pasienten er godt smertelindret, kan han i hvert fall ta imot råd og veiledning for mobilisering og kan medvirke til dette.

Sykepleieren har nødvendigvis ikke samme erfaring som pasienten har, men hun kan bruke tidligere erfaringer med andre pasienter i samme kategori for å hjelpe pasienten. Sykepleieren skal vise omsorg på den måten hun selv ville ha forventet dersom hun var hjelpetrengende (Kristoffersen, 2011)

4.6.2 Redusere angst for at pasienten skal medvirke.

Pasienten kan bli engstelig for ubehagelige prosedyrer, undersøkelser og behandlingstiltak. Angsten kan skyldes manglende innsikt over situasjonen sin (Stubberud, 2010). I de første postoperative dagene er alle hjerteopererte pasienter tilkoblet EKG-monitor for å overvåke hjerterytme, blodtrykk og andre vitale parametere. De fleste har kateter, sentrale venekateter og perifere venekateter. Disse forskjellige inngangene og ledningene kan også føre til økt

engstelse hos pasienten. I tillegg observerte jeg i praksis at EKG monitoren ga ulike lyder og alarmer ved den minste bevegelsen av pasienten. Det gjorde at pasientene ble redde for å bevege seg. De følte seg utrygge på å sitte oppe og gå med tilkoblet utstyr og ledningene. Pasienten som fortsatt hadde behov for oksygen i nesebrille, ønsket heller ikke å bli mobilisert på grunn av en ekstra ting å passe på. Da sykepleieren informerte pasienten om tilgjengelighet av portabel oksygenkolbe, følte han seg bedre. Enkelte ganger ønsket pasienten to sykepleiere ved mobilisering som var med på å trygge pasienten. Det viste seg at, det å snakke med pasienten og vite hva pasienten tenker, åpner for muligheter til pasienten. Pasientene er ikke vant til ulike lyder og apparater, men det å forklare hva den lyden er, minsker angst hos pasienten (Aslan & Tosun, 2015).

I en forskningsstudie av Godfrey et al.(2006) påpeker forskerne at pasientene var engstelige for at de ikke klarte å hvile godt tross pasientenes kjennskap til dette. Årsaken til dette viste seg å være tilstanden til medpasientene som de kunne se og høre fra sengen sin. Sykepleierne i samme studie understreker pasientenes behov for smertelindring, pusteøvelser og bedre ligge- og sittestilling. Studien viser at pasientene tenker annerledes enn sykepleieren gjør. Sykepleieren ser kanskje fysiologiske behov fremfor psykologiske. Det behøver ikke alltid skyldes smerter som fører til at pasienten nekter å mobiliseres. Som denne studien også viser kan smerte også være indikator til angst. Angsten er en av utfordringene for å kunne utøve brukermedvirkning. Angst som oppstår på grunn av uvanlige lyder fra medisinsk teknisk utstyr kan unngås ved å slå av utstyr før pasienten skal sette seg opp og slå det på igjen etter pasienten sitter stabilt. Sykepleierens veiledende funksjon kommer til nytte i slike situasjoner, å veilede og informere pasienten underveis i mobiliseringen fører til mindre engstelige pasienter og mestringskompetansen økes (Tveiten, 2008).

Det viste seg at tydelig informasjon, god forklaring av pasientens tilstand, et trygt miljø og godt humør blant personalet ga pasientene bedre følelse og bidro til pasientmedvirkning (Wåhlin et al., 2006). God forklaring om undersøkelser, behandlingsopplegg eller ang. mobilisering, øker trygghet hos pasienten. Det å smøre pasienten med fuktighetskrem, hjelp til å klippe negler og hårvask gjorde at pasientene følte seg godt imøtekommet og ivaretatt. Dette betydde mye og påvirket brukermedvirkningen. Sykepleierens gode humør gjorde at pasientene turte å snakke om sine følelser med sykepleieren. Å være tilgjengelig for pasienten hele tiden og ikke vise stress til pasienten bidrar også til trygghet hos pasienten. Dersom pasienten ser at sykepleieren er stresset og har dårlig tid, vil pasienten naturligvis ikke tørre

spørre noe til sykepleieren. I slike situasjoner føler pasienten å ikke bli sett og hørt. Dette kan gi negative opplevelser for pasienten og er til hinder for å skape god relasjon og tillit til sykepleieren, og minsker pasientdeltakelse (Jerofke et al., 2013).

Noen ganger er pasientene redde for å falle når de skal reise seg opp og gå, og ikke kunne fullføre mobilisering (Freeman & Maley, 2013). I slike situasjoner kan sykepleieren trygge pasienten med å ha med en rullestol bak pasienten slik at pasienten har mulighet til å sette seg ned så fort han føler seg sliten. Slike muligheter og valg kan bidra til å redusere angst, og pasienten føler seg godt ivaretatt. De fleste pasientene under praksis perioden ga også uttrykk om at de følte seg trygge når de visste at det var en stol å sette seg i hvis det skulle trenge. En del pasienter ønsket to sykepleiere ved mobilisering som gjorde at de ville opp og gå, og sa at det gir mer trygghet. Egnede hjelpemidler og tilstrekkelig helsepersonell, vektlegger også Rion & Kautz (2016) i sin fagartikkel. Forskerne mener at det å hjelpe pasienten ut på sengekanten etter hjerteoperasjon er terapeutisk både fysisk og psykologisk. Det forutsettes fagkunnskap hos sykepleieren, og dette er igjen grunnleggende i omsorgen for å kunne gjøre praktiske handlinger for pasientenes beste (Martinsen, 2003).

4.6.3 Brukermedvirkning forutsetter kunnskap.

Vi vet at kunnskap og informasjon er grunnleggende for at pasienten skal kunne medvirke, og brukermedvirkning er et sentralt prinsipp i helsetjenesten. Yrkesetiske retningslinjer pålegger sykepleieren til å fremme pasientens mulighet til å medvirke ved å gi tilstrekkelig og tilpasset informasjon (Norsk sykepleierforbund, 2016). Teorien sier at informasjon og kunnskap skal gis og forstås av pasienten for å kunne medvirke i sitt behandlingsopplegg. Informasjon blir gitt pasienten i praksis, men har pasienten forstått det som ble sagt, og hva påvirker mottakelighet av informasjonen. Har pasienten smerter, vil pasienten neppe ta imot det som bli sagt. Sykepleieren skal først utelukke om pasienten har smerter eller er engstelig for å forsikre at informasjon blir tatt imot.

Seljelid (2016) skriver at skriftlig informasjon gir pasienten mulighet til å gå gjennom detaljer i ro. Men det er viktig at det ikke blir brukt fagterminologi i skriftlig informasjon. Som sykepleier vet vi at mobilisering i tidlig postoperativ fase har mange helsegevinster, og som rutine blir pasienten gitt den informasjon fra både fysioterapeut og anestesilege. Enda er det noen pasienter som fortsatt ikke ønsker å mobiliseres. Det er ikke sikkert at pasienten har

forstått all informasjonen som ble gitt før operasjonen. For eksempel, pasienter som har dysleksi har lite nytte av skriftlige informasjon, og det må tas hensyn til slike pasienter. Sykepleieren skal kunne ha samtale med pasienten for å sikre seg hvor mye av informasjonen pasienten har forstått og hva pasienten trenger mer opplysning om. Under praksisperioden observerte jeg at sykepleieren hadde samtale med pasienten i fokus ved forberedelse til operasjon. Det var gitt skriftlig informasjon om viktigheten av mobilisering og postoperativt forløp. Men det ble liggende i pasientens skap, sykepleierne var ikke flinke nok til å ta det frem og gi til pasientene. Kanskje vi kunne sette det frem til pasienten slik at de kan lese når de er uthvilte og tenke litt mer bevisst over det. Sykepleieren kan stille kontrollspørsmål til pasienten som, « Kan du gjenta hva du leste, hvordan følte det etter å ha lest dette? » Svaret på disse spørsmålene hjelper sykepleieren til å vurdere om pasienten har forstått det som ble sagt eller lest. Den skriftlige informasjonen hadde pårørende også god nytte av for å oppmuntre sine nærmeste.

Et godt eksempel på manglende kunnskap hos pasienten er dette pasientutsagnet, «*Jeg har sovet meg frisk hele livet, hvorfor skal jeg stå opp nå?*» Her ser jeg tydelig at denne pasienten ikke har forstått så mye av det som ble informert om viktigheten av mobilisering. I denne sammenheng, brukte vi ekstratid for å forklare hvordan det kunne påvirke hennes postoperative forløp dersom hun fortsatt velger bare å ligge. Hun forsto situasjonen litt bedre og enda bedre for hver gang hun klarte å sitte oppe og gå noen skritt. Hennes mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ble fremmet av sykepleier ved å veilede og motivere og la hun bestemme tidspunkt for mobilisering. Ved dette eksempel kan vi se hvordan veiledning og informasjon, kanskje litt ekstra ressurser hjelper til å bygge god relasjon og pasienten fikk tillit til sykepleieren, som videre bidro til medvirkning for mobilisering.

4.7 Ethiske utfordringer.

Sykepleieren kommer bort i mange etiske dilemmaer ved mobilisering av hjerteopererte pasienter. Jeg velger å fokusere på pasientens rett til medbestemmelse og autonomi. Hittil i oppgaven har jeg drøftet ulike aspekter og utfordringer ved brukermedvirkning, og en etisk utfordring er alltid til stede når pasienten nekter å medvirke. Sykepleieren har et faglig, etisk og personlig ansvar for egne handlinger og vurderinger og det skal være til beste for pasienten (Norsk sykepleierforbund, 2016). Som sykepleier vet jeg at det beste for pasienten er å mobiliseres, og likevel motsetter pasienten seg mobilisering. Yrkesetiske retningslinjer

pålegger også sykepleieren å respektere pasientens rett til medbestemmelse (Norsk sykepleierforbund, 2016). Dette er et veldig vanskelig etisk dilemma, selv om jeg som sykepleier vet at min pasient kan unngå postoperative komplikasjoner ved mobilisering, er jeg som helsepersonell pålagt å respektere hans medbestemmelsesrett (Helsepersonelloven, 1999). Nortvedt(2012) skriver at pasienten har rett til å nekte helsehjelp selv om den er livreddende dersom pasienten er samtykkekompetente. I slike situasjoner er det viktig at sykepleieren reflekterer over hvorfor pasienten nekter helsehjelp og hvordan brukermedvirkningen kan fremmes.

Hvis autonomien til pasienten alltid skal respekteres, hadde det forekommet flere postoperative komplikasjoner pga. lite mobilisering hos hjerteopererte pasienter? Under praksisperioden observerte jeg at sykepleieren respekterte pasientens autonomi, og samtidig var det noe bruk av «svak paternalisme» som Kari Martinsen er opptatt av. Når pasientene nektet å bli mobilisert, snakket sykepleieren med pasienten for å finne ut årsaken. Noen ganger hadde pasienten smerter og andre ganger ville pasientene bare ikke. Da bestemte sykepleieren og pasienten tidspunkt som passet pasienten. For eksempel, hvis pasienten ikke vil sitte oppe nå, avtalte sykepleieren og pasienten å gjøre det sammen om en time og pasienten får tydelig beskjed om hvor lenge han skal sitte oppe. Da er det viktig at sykepleieren holder avtalen slik at tilliten kan vedlikeholdes. Det er viktig at pasientene har ringesnor i rekkevidde for å be om hjelp om det skulle bli smertefullt å sitte oppe. Det handler om å føle seg trygge for disse pasientene, som Aslan & Tosun (2016) undersøkte frem blant intensive pasienter.

Som sykepleier er det vanskelig å godta at pasienten ikke tar imot helsehjelp som faktisk kan være livreddende selv om jeg er pålagt å respektere pasientens autonomi (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2016). Som sykepleier står en alltid overfor en moralsk utfordring om å handle riktig for pasienten. I slike situasjoner kan Martinsens tanke om «svak paternalisme» hjelpe både sykepleieren og pasienten. Martinsen hevder at yrkesmessig omsorg kjennetegnes ved aktiv handling til det beste for pasienten (Martinsen, 2003). Det mest riktige for pasienten blir at han mobiliseres opp, men sykepleieren står ovenfor etisk utfordring når pasienten ikke vil. Fagsykepleier i praksisstedet understrekte «*uansett hva pasienten sier, skal de mobiliseres opp, ellers har de ikke nytte av annen behandling*» I dette begrepet finner jeg «paternalisme» og også Martinsens prinsipp om å gjøre det beste for pasienten. Det skal alltid være

individuell etisk vurdering av pasienter både i forhold til smertelindring og medbestemmelse knyttet til mobilisering.

Zomorodi og Foley (2009) skriver i sin studie også at sykepleieren skal redde pasienten når pasientene tar feil beslutninger selv om pasientens autonomi skal respekteres. Forskerne bruker også begrepet «svak paternalisme» og understreker at sykepleieren må kjenne pasienten godt for å kunne bruke svak paternalisme. Sykepleieren skal redde pasienter fra å ta feil beslutninger ved å utøve svak paternalisme, i dette tilfelle, bidra til å mobilisere opp pasienten.

5.0 KONKLUSJON

Pasienten er utsatt for en del postoperative komplikasjoner etter en utført hjertekirurgi, og god sykepleie og mobilisering i tidlig postoperativ fase bidrar til å forebygge postoperative komplikasjoner. Oppgaven har fokus på brukermedvirkning ved mobilisering av hjerteopererte pasienter i tidlig postoperativ fase. Utfordringene ved mobilisering som ble fokusert i oppgaven er smerte, angst grunnet ukjent miljø og medisinsk teknisk utstyr, og manglende kunnskap hos pasienten om helsegevinster ved mobilisering. Jeg har drøftet ulike aspekter fra forskningsartiklene, for eksempel hvorfor pasientene er engstelige for å mobiliseres, hvordan sykepleieren kan trygge dem, god smertelindring før mobilisering, hvordan mobilisering kan tilrettelegges og hva pasientene trenger å vite for å medvirke i sin behandling. Utarbeidelsen med denne oppgaven har gitt meg bedre kunnskap og tankegang for min nysgjerrighet angående hvorfor mobilisering var vektlagt for hjerteopererte pasienter.

Å lytte til pasienten, stille åpne spørsmål, god veiledning, smertelindring, pasienttilpasset informasjon, oppmuntring for å styrke viljen og individuell vurdering er sentralt for brukermedvirkning ved mobilisering av hjerteopererte pasienter. Smertevurdering skal gjøres individuelt og forskning viser at smerter øker ved mobilisering. Derfor er det viktig med tilstrekkelig smertelindring før mobilisering. Smertestillende kan gis før smerter oppstår enn etter at smertene har oppstått.

God forklaring om medisinsk/teknisk utstyr til pasienten, være tilgjengelig for pasienten, godt humør og ivareta pasientens grunnleggende behov bidrar til at pasienten opplever å bli sett og hørt. Dette igjen bidrar til god relasjon og tillit, som har vært fokus i oppgaven for å oppnå brukermedvirkning.

Informasjon og kunnskap er den viktigste prinsipp for brukermedvirkning. Pasienten skal ha fått og forstått tilpasset informasjon for at han skal medvirke. Kari Martinsens omsorgsteori er anvendt i oppgaven, hun mener at sykepleier er den som har fagkunnskap og hun skal utøve omsorg fra den kunnskapen for pasientens beste. I følge Martinsen, er relasjon og tillit grunnleggende for å kunne utøve omsorgen. Hjerteopererte pasienter får det beste ved mobilisering, og disse pasienten skal alltid oppmuntres og tilrettelegges for mobilisering, og om nødvendig utøve svak paternalisme for å unngå postoperative komplikasjoner. Forskningsresultater, sammen med sykepleierens praktiske erfaringer og brukermedvirkning

lar utøve kunnskapsbasert praksis, og dette er viktig for å forebygge postoperative komplikasjoner hos hjerteopererte pasienter.

6.0 REFERANSER

- Aslan, Ø., & Tosun, B. (2015, oktober). Cardiovascular Surgery Patients: Intensive Care Experiences and Associated Factors. *Asian Nursing Research*(9), s. 336-341. doi:10.1016/j.anr.2015.10.00
- Berntzen, H., Almås, H., Brunn, A. G., Dørve, S., Giskemo, A., Dåvøy, G., & Eide, P. (2016). Perioperativ og postoperativ sykepleie. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth, & H. Almås (Red.), *Klinisk Sykepleie* (5. utg., Bind 1, s. 309-373). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Dalland, O. (2012). *Metode og Oppgaveskrivning*. Gyldendal Norsk Forlag.(kap. 3 og 4)
- Eide, H., & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Eikeland, A., Stubberud, D.-G., & Haugland, T. (2016). Sykepleie ved hjertesykdommer. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth, & H. Almås (Red.), *Klinisk Sykepleie* (5. utg., Bind 1, s. 229-276). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Fiane, A., Geiran, O. & Svennevig J. (2016) *Norsk Hjertekirurgiregister: Årsrapport for 2015 med plan for forbedringstiltak*. Hentet den 27.mars 2017 fra https://www.kvalitetsregistre.no/sites/default/files/4_arsrapport_2015_hjertekirurgi.pdf
- Folkehelseinstituttet (2015, 9.april). *Folkehelse rapporten: Hjerte-og karsykdommer I Norge*. Hentet 25. mars 2017 fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/helse-og-sykdom/hjerte-og-karsykdommer-i-norge---f/>
- Freeman, R., & Maley, K. (2013, jan-mars). Mobilization of Intensive Care Cardiac Surgery Patients on Mechanical Circulatory Support. *Critical Care Nursing Quarterly*(36), s. 73-88. doi:10.1097/CNQ.0b013e31827532c3
- Godfrey, B., Parten, C., & Buckner, E. B. (2006, november/desember). Identification of Special Care Needs: The comparison of the cardiothoracic intensive care unit patient and nurse. *Dimensions of Critical Care Nursing*(25), ss. 275- 282. Hentet fra <http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.hioa.no/ehost/detail/detail?sid=825a91c0-baf4-4f5a-aaea->

[dcd1479f01e3%40sessionmgr101&vid=0&hid=125&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbG12ZQ%3d%3d#AN=106227806&db=c8h](https://www.lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven)

Gulbrandsen, T. (2010). Smertelindring. I T. Gulbrandsen, & D.-G. Stubberud (Red.), *Intensivsykepleie* (2. utg., ss. 127-147). Oslo: Akribe AS.

Helsedirektoratet (2017). Brukermedvirkning. Hentet den 5.mai 2017 fra <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/brukermedvirkning>

Helsepersonelloven(1999). *Lov om helsepersonell m.v (helsepersonelloven)* Hentet den 20.april 2017 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>

Holm, H. M., & Almås, H. (2016). Sykepleie ved skader og kirurgiske inngrep i toraks. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth, & H. Almås (Red.), *Klinisk Sykepleie* (5. utg., Bind 1, s. 207-228). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Høgskolen i Oslo og Akershus (2016). SYBA 3900 Bacheloroppgave. Hentet 23 mars 2017 fra <http://www.hioa.no/Studier-og-kurs/HF/Bachelor/Sykepleie-Pilestredet/Programplaner-for-tidligere-kull/Programplan-for-Bachelorstudium-i-sykepleie-Pilestredet-kull-2014/SYBA3900-Bacheloroppgave-2014>

Jerofke , T., Weiss, M., & Yakusheva, O. (2013, september 29). Patient perceptions of patient-empowering nurse behaviours, patient activation and functional health status in postsurgical patients with life-threatening long-term illnesses. *Journal og Advanced Nursing*(6), ss. 1310-1322. doi:10.1111/jan.12286

Kalisch, B. J., Lee, S., & Dabney, B. W. (2013, jan 25). Outcomes of inpatient mobilization : a litterature review. *Journal og Clinical Nursing*(23), ss. 1486-1501. doi:10.1111/jocn.12315

Knight, J., Nigam, Y., & Jones, A. (2009, juni 5). Effects og bedrest 2: gastrointestinal, endocrine, renal, reproductiveand nervous systems. *Nursing Times*(22). Hentet fra <https://www.nursingtimes.net/clinical-archive/gastroenterology/effects-of-bedrest-2-gastrointestinal-endocrine-renal-reproductive-and-nervous-systems/5002434.article>

- Kristoffersen, N. J. (2011). Teoritiske perspektiver på sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug, *Grunnleggende sykepleie 1* (s. 207-270). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Leegaard, M., Husby, Y., Berge, A. W., & Rustøen, T. (2011, mars). Hvilke kunnskaper trenger sykepleier for å hjelpe pasienter til å håndtere smerter etter hjertekirurgi? *Sykepleien*(6), ss. 254-261. Hentet fra <https://sykepleien.no/forskning/2011/10/hvilke-kunnskaper-trenger-sykepleiere-hjelpe-pasienter-til-handtere-smerter-etter>
- Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Milgrom, L. B., Brooks, J. A., Qi, R., Bunnell, K., Wuestefeld, S., & Beckman, D. (2004, mars). Pain levels experienced with activities after cardiac surgery. *American Journal of Critical Care*(13), ss. 116-125. Hentet fra <http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.hioa.no/ehost/detail/detail?sid=8b0f19a9-edcd-4e44-a810-ac4c80a8fb72%40sessionmgr120&vid=0&hid=125&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=106742428&db=c8h>
- Norsk Sykepleierforbund (2016). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet den 18. april 2017 fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V., & Reinart, L. M. (2012). *Jobb Kunnskapbasert* (2. utg.). Oslo: Akribe AS.
- Nortvedt, P. (2012). *Omtanke : en innføring i sykepleiens etikk*. (1. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Nygaard, A. M., & Gulbrandsen, T. (2010). Den postoperative pasienten. I T. Gulbrandsen, & D.-G. Stubberud (Red.), *Intensivsykepleie* (2. utg., ss. 621-665). Oslo: Akribe AS.
- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). *Lov om pasient og brukerrettigheter*. Hentet 20. april 2017 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasientrettighetsloven>

- Price, P. (2006). Physiologic effects of first-time sitting among male patients after coronary artery bypass graft surgery. *Critical Care Nursing*. Hentet fra <http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.hioa.no/ehost/detail/detail?sid=9b38c723-52da-4c9b-af6c-552d02772ebc%40sessionmgr4007&vid=0&hid=4104&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=106339168&db=c8h>
- Rion, J. H., & Kautz, D. D. (2016, Mai-Juni). The Walk to Save: Benefits of Inpatient Cardiac Rehabilitation. *MEDSURG Nursing*(25), ss. 159-162. Hentet fra [http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.hioa.no/ehost/results?sid=2a4befa8-44a8-4798-a10b-155446839394%40sessionmgr103&vid=0&hid=101&bquery=\(SO+\(Medsurg+nursing.\)\)AND\(DT+2016\)AND\(TI+the+walk+to+save\)&bdata=JmRiPwM4aCZ0eXBIPTEmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl](http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.hioa.no/ehost/results?sid=2a4befa8-44a8-4798-a10b-155446839394%40sessionmgr103&vid=0&hid=101&bquery=(SO+(Medsurg+nursing.))AND(DT+2016)AND(TI+the+walk+to+save)&bdata=JmRiPwM4aCZ0eXBIPTEmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl)
- Santos, P. R., Ricci, N. A., Suster, E. B., Paisani, D. M., & Chiavegato, L. D. (2017). Effects of early mobilisation in patients after cardiac surgery : a systematic review. *Physiotherapy*(103), ss. 1-12. doi:10.1016/j.physio.2016.08.003
- Seljelid, B. (2016, mars). Brukermedvirkning krever informasjon. *Sykepleie*(3), ss. 50-54. doi:10.4220/Sykepleiens.2016.56690
- Stubberud, D.-G. (2010). Intensivsykepleierens funksjons- og ansvarsområder. I T. Gulbrandsen, & D.-G. Stubberud (Red.), *Intensivsykepleie* (2. utg., ss. 32-49). Oslo: Akribe AS.
- Stubberud, D.-G. (2010). Pasientens psykososiale behov. I T. Gulbrandsen, & D.-G. Stubberud (Red.), *Intensivsykepleie* (2. utg., ss. 55-73). Oslo: Akribe AS.
- Stubberud, D.-G. (2010). Pasientens psykososiale behov. I T. Gulbrandsen, & D.-G. Stubberud (Red.), *Intensivsykepleie* (2. utg., ss. 55-73). Oslo: Akribe AS.
- Sykepleierforbund, N. (2016). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet fra https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf
- Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* . Oslo: Universitetsforlaget.

- Tveiten, S. (2008). *Pedagogikk i sykepleiepraksis* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Westerdahl, E., & Møller, M. (2010). Physiotherapy-supervised mobilization and exercise following cardiac surgery: a national questionnaire survey in Sweden. *Journal of cardiothoracic surgery*(5), ss. 1-7. doi:10.1186/1749-8090-5-67
- Wåhlin, I., Ek, A.-C., & Idvall, E. (2006). Patient empowerment in intensive care- An interview study. *Intensiv and Critical Care Nursing*(22), ss. 370-377. doi:10.1016/j.iccn.2006.05.003
- Zomorodi, M., & Foley, B. J. (2009, mars 6). The nature of advocacy vs. paternalism in nursing: clarifying the "thin line". *Journal of Advanced Nursing*(8), ss. 1746-1752. doi:10.1111/j.1365-2648.2009.05023.x

7.0 VEDLEGG

Vedlegg 1. PICO Skjema

P Patient Problem	I Intervention	C Comparison	O Outcome
Hjerteopererte pasienter Postoperative pasienter Hjertekirurgi	Tidlig mobilisering Lungefysioterapi Aktivitet Sykepleierens rolle	Sengeleie Autonomi Brukermedvirkning	Forebygge postoperative komplikasjoner Helsegevinster Autonomi Pasient opplevelse
Cardiac surgery Thoracic surgery Open heart surgery	Early ambulation Mobilization Physiotherapy Deep breathing exercise Nurses role	Bed rest Autonomy Empowerment Patient participation	Prevent postoperative complications Health benefits Recovery Autonomy Patient experience

Vedlegg 2. Kronologisk søk i databaser.

Database, Dato	Kombinasjoner av søkeord	Antall treff	Antall tatt til analyse	Anvendt i oppgaven
Google Scholar 20.03-17	Tidlig mobilisering etter hjertekirurgi	55	4	0
Medline 24.03-17	Thoracic surgery (11990) AND Early ambulation (2452)	2	0	0
Medline 24.03-17	Early ambulation (2452) AND post operative complications (476385)	592	5	1
Pubmed 26.03-17	Early ambulation after cardiac surgery (enkel søk, begrenset last 5years)	5	5	1
Cinahl 26.03-17	Early ambulation (528) AND post operative complications (45117) AND heart surgery (24460).	8	5	2
Cinahl 26.03-17	Heart surgery (24460) AND early ambulation (528)	23	10	2
Cinahl 26.03-17	Early ambulation (528) AND post operative complications (45117)	90	5	2
Medline 27.03-17	Deep breathing exercise (3130) AND Cardiac surgical procedures (193241)	63	15	1
Helsebiblioteket 27.03-17	Sykepleie etter hjerteoperasjon	5	0	0

Cinahl 07.04-17	Nurses role (40553) AND cardiac rehabilitation (3392)	56	5	0
Cinahl 07.04-17	Nurses role (40553) AND heart surgery (24482)	102	10	2
Cinahl 07.04-17	Bed rest (848) AND postoperative complications (451097) AND recovery (14987)	1	1	0
Cinahl 07.04-17	Bed rest (848) AND postoperative complications (451097)	25	4	1
Cinahl 07.04-17	Nurses role (40553) AND heart surgery (24482)	102	4	1
Cinahl 07.04-17	Autonomy (3680) AND nurses role (40553)	50	1	0
Medline 10.04-17	Personal autonomy (15386) AND nurses role (38139)	249	51	1
Cinahl 10.04-17	Anxiety (19628) AND postoperative period (11130) AND heart surgery (24491)	46	3	1
Pubmed 10.04-17	Patient experience after heart surgery (avgrenset til siste 5år)	128	8	1
Helsebiblioteket 18.04-17	Lungekomplikasjoner	15	2	1

Cinahl 27.04-17	Empowerment (3121) AND heart surgery (24601)	3	1	0
Cinahl 27.04-17	Empowerment (3121) AND cardiac patient (5177)	8	5	2
Cinahl 27.04-17	Early ambulation (649) AND problem (128629) AND heart surgery (11208)	1	1	1
Sykepleien.no 27.04-17	Brukermedvirkning	1	1	1

Vedlegg 3. Litteratormatrise.

Tittel, Forfatter	Hensikten med studien	Hovedfunn Resultater	Kvalitetesvurdering	Publikasjon
« <i>Physiologic effects of first time sitting among male patients after coronary artery bypass graft surgery</i> », Price.	Å studere fysiologiske endringer og konsekvenser av første gangs mobilisering blant mannlige pasienter etter Coronar operasjon.	Det skjer en rekke med fysiologiske endringer i kroppen når hjerteopererte pasienter setter seg på sengekanten for første gang etter operasjonen. Sykepleie observasjoner er kjempe viktig for å trygge disse pasientene.	Forskningsartikkel, Systematisk søk i Cinahl.	Publisert i 2006 i Advanced studies in critical care program, i
« <i>Walk to Save: Benefits of inpatient Cardiac rehabilitation</i> », Rion & Kautz.	Å undersøke helsegevinster ved tidlig mobilisering etter hjertekirurgi.	Sykepleiere på step down avdelinger kan iverksette program for tidlig mobilisering for å forebygge postoperative komplikasjoner. Pasientveiledning og informasjon om helsegevinster ved tidlig mobilisering er nødvendig.	Fagartikkel, Systematisk søk i Pubmed	Publisert i MedSurg Nursing, Evidence Based Practice, i mai 2016.
« <i>Physiotherapy-supervised mobilization and exercise following cardiac surgery: a</i>	Å evaluere da eksisterende praksis av mobilisering tilrettelagt av fysioterapeuter i	Fysioterapeuter har en prosedyre av å mobilisere øvre ekstermitetene i de første postoperativ dagene.	Systematisk søk i Pubmed	Publisert i Journal og Cardiothoracic Surgery i 2010

<i>national questionnaire survey in Sweden»,</i> Westerdahl & Møller.	postoperative fasen etter hjerteoperasjon.	Fysioterapeuter gir informasjon om aktivitet i preoperativt fase.		
« <i>Outcome of inpatient mobilization: a litteratur review»</i> », Kalisch, Lee & Dabney.	Å revidere forsknings bevis om utfallet av mobilisering av sykehusinnlagte pasienter.	Mobilisering bidrar ikke bare for forbedring av fysiske funksjoner, men også gir bedre emosjonell og sosial velvære hos pasienten.	Peer reviewed forskningsartikkel, Systematisk søk i Medline.	Publisert i Journal of Clinical Nursing i jan . 2013.
« <i>Mobilization of intensiv Care Cardiac Surgery Patients on Mechanical Circulatory Support»</i> », Freeman & Maley.	Tilretteleggelse av mobilisering av hjerteopererte pasienter i tidlig postoperative fase, tross medisinsk teknisk utstyr.	God monitorering av pasienten blodtrykk, puls og saturasjon, bruke egnet hjelpemidler, veiledning bidrar til trygghet hos pasienten ved mobilisering i tidlig postoperative fasen.	Fagartikkel, systematisk søk i Cinahl.	Publisert i CritCare Nurs Q i 2013.
« <i>Effects of early mobilisation in patients after cardiac surgery: a systematic review»</i> », Santos, Ricci, Suster, Paisani & Chiavegato.	Å evaluere effekter ved tidlig mobilisering av hjerteopererte pasienter, på bakgrunn av oppståtte postoperative komplikasjoner, lengden	Tidlig mobilisering bidrar til å forebygge postoperative komplikasjoner, bedre funksjonsnivå, kortere sykehusopphold. Det finnes ingen skreddersydde mobiliseringsprogram, men det beste er å unngå kontinuerlig sengeleie.	Systematisk litteratur review, Systematisk søk i Medline.	Publisert i Elseveier, i 2017.

	av sykehusoppholdet, pasientens funksjonsnivå.			
« <i>Hvilke kunnskaper trenger sykepleiere for å hjelpe pasienter til å håndtere smerter etter hjertekirurgi?</i> », Leegaard, Husby, Berge & Rustøen.	Å kartlegge hvilke kunnskaper sykepleiere selv mener de trenger for å hjelpe pasienter til å håndtere smerter etter gjennomgått hjertekirurgi.	Individuell smertevurdering skal vektlegges, og pasientene trenger å lære mer om å bruke smerteskala. Preoperativ informasjon til pasienten er også veldig viktig.	Kvalitativ sykepleier forskningstudie, Enkelt søk i sykepleien.no	Publisert i sykepleie forskning, i 2011.
« <i>Effects of bedrest 2: gastrointestinal, endocrine, renal, reproductive and nervous systems</i> », Knight, Nigam & Jones.	Tar sikte på hvilke negative helse effekter pasienter er utsatt for ved langtids sengeleie.	Pasienten er utsatt for urin retensjon og urinveis infeksjoner, gastrisk irritasjon, halsbrann og oppblåshet.	Fagartikkel, Systematisk søk i Cinahl	Publisert i Nursing times , i 2009.
« <i>Cardiovascular Surgery Patients: Intensive Care Experiences and Associated Factors</i> », Aslan & Tosun.	Å undersøke intensive pasienters opplevelser og faktorer relatert til dette. Pasientgruppe er hjerteopererte.	De fleste pasientene er engstelig for ukjent miljø i intensive avdelinger. Ukjent lukt, ubehagelige skarp lys og lyder ga mindre hvile. Ansikt mot ansikt veiledning og informasjon ga trygghet hos pasientene.	Kvalitativ forskningsstudie, Systematisk søk i Cinahl.	Publisert i Elseveier, i 2015.

<p>«<i>The nature of advocacy vs. Paternalism in nursing</i>», Zomorodi & Foley.</p>	<p>Å undersøke tanker for paternalisme.</p>	<p>Etiske retningslinjer og pasientens medbestemmelsesrett skal tas hensyn. Likevel skal sykepleier kjenne pasienten godt, og gi adekvat informasjon nødvendig for å medvirke. Sykepleieren skal kunne redde pasienten fra å ta feil avgjørelser, ved å utøve svak paternalisme.</p>	<p>Systematisk litteratur review ved bruk av PubMed og CINAHL, Systematisk søk i Cinahl.</p>	<p>Publisert i Journal of Advanced Nursing, i 2009.</p>
<p>«<i>Patient empowerment in intensiv care</i>», Wåhlin, Ek & Idvall.</p>	<p>Undersøke hvordan pasientene opplevde empowerment ved intensive enheter</p>	<p>Trygg miljø, god omsorg og deltakelse bidro til opplevelse av medvirkning.</p>	<p>Kvalitativ forskningsstudie, Systematisk søk i Cinahl</p>	<p>Publisert i Elseveier i 2006</p>
<p>«<i>Pain Levels experienced with activities after cardiac surgery</i>», Milgrom, Brooks, Qi, Bunnell, Wuestefeld & Beckman.</p>	<p>Undersøke smerte nivå ved mobilisering av hjerteopererte pasienter fra postoperativt dag 1 til 6.</p>	<p>Pasienter har mest smerter i første postoperative dagene, økt smerter ved hoste, mobilisering og pusteøvelser. Godt smertelindring er nødvendig for mobilisering.</p>	<p>Forskningsartikkel, Systematisk søk i Cinahl</p>	<p>Publisert i American Journal of Critical Care, i mars 2004.</p>

« <i>Brukermedvirkning krever informasjon</i> », Seljelid.	Behov for informasjon for brukermedvirkning	Det er viktig å integrere brukermedvirkning i utforming av skriftlig pasientinformasjon.	Fagartikkel, Generelt søk i sykepleien.no	Publisert i sykepleien i mars 2016.
« <i>Patient perceptions of patient-empowering nurse behaviours, patient activation and functional health status in postsurgical patients with life-threatening long-term illnesses</i> », Jerofke, Weiss & Yakusheva.	Å undersøke sammenhengen mellom sykepleieintervensjoner med pasient medvirkning og pasientens deltakelse blant postoperative pasienter	Studien viste positiv sammenheng, dvs, dersom sykepleier prioriterer medvirkning i sin tilnærming med pasienten, øker pasient deltakelse. Sykepleierne skal være bevisste på å gi omsorg på en måte hvor pasienten skal inkluderes.	Forskningsartikkel, Systematisk søk i Cinahl	Publisert i Journal of Advanced Nursing i sep. 2013.
« <i>Identification of special care needs</i> », Godfrey, Parten & Buckner.	Sammenligner pasientens opplevelse å bli innlagt på intensiv avdeling og sykepleierens oppfatning av pasientens behov under innleggelse.	Pasientene er mer opptatte av god kommunikasjon, trygg miljø, støtte fra sykepleieren, hvorav sykepleierne ser stort behov for smertelindring og andre fysiologiske behov.	Fagartikkel, systematisk søk i Cinahl.	Publisert i Dimensions of critical care nursing i 2006

Vedlegg 4. Informasjonsbrosjyre



Informasjon til deg som har gjennomgått bypassoperasjon eller klaffeoperasjon

Diagnoser og behandling
Før og etter operasjon
Muligheter og begrensninger
Rehabilitering og livsstilsendring

Forord

Denne brosjyren er én av to informasjonsbrosjyrer til hjertepasienter, utarbeidet i tverrfaglige arbeidsgrupper, nedsatt av Ressurscenter for hjerterehabilitering i Helse Sør-Øst. Den andre brosjyren retter seg mot pasienter som har angina pectoris og/eller gjennomgått hjerteinfarkt, angiografi eller PCI.

Brosjyrene ble utgitt første gang i 2011. Innholdet var da basert på eksisterende informasjonsmateriell fra sykehus og institusjoner i Helse Sør-Øst. Brosjyrene ble forankret i fagfeltet gjennom en bred høringsrunde.

Etter innspill fra fagfeltet, har vi nå gjennomført en revidering av innhold og oppsett i brosjyrene. Informasjonen er nok en gang forankret i fagfeltet i Helse Sør-Øst gjennom en bred høringsrunde.

Målet er at brosjyrene skal bidra til at informasjonen som gis til hjertepasienter er felles forankret og lett tilgjengelig for de ulike aktørene. Ressurscenteret oppfordrer alle sykehus, helseforetak, institusjoner og kommuner i Helse Sør-Øst til å benytte seg av brosjyrene. Brosjyrene ligger lett tilgjengelig for nedlasting fra www.hjerterehab.no.

Brosjyrene kan benyttes som pasientbrosjyrer i sin helhet, eller som bakgrunnsdokument for utvikling av egne informasjonsbrosjyrer. Man kan også benytte seg av deler av informasjonsbrosjyrene dersom det er hensiktsmessig.

Ved spørsmål angående informasjonsbrosjyrene, ta kontakt med Ressurscenter for hjerterehabilitering i Helse Sør-Øst ved LHL-klinikkene Feiring. Kontaktinformasjon finnes på www.hjerterehab.no.

Ressurscenter for hjerterehabilitering i Helse Sør-Øst
LHL-klinikkene Feiring

Juni 2014

1. Innledning

I forbindelse med en hjertesykdom oppstår det for de fleste mange spørsmål og kanskje noe usikkerhet. I løpet av sykdomsforløpet vil du få mye muntlig informasjon, men det kan ofte være vanskelig å huske alt i etterkant.

Denne brosjyren er laget til deg som har gjennomgått bypassoperasjon eller klaffeoperasjon. Det finnes en tilsvarende brosjyre som retter seg mot pasienter som har angina pectoris og/eller gjennomgått hjerteinfarkt, angiografi eller PCI.

Brosjyren inneholder informasjon om tiden før og etter operasjon, og hvilke muligheter og begrensninger det innebærer for deg, samt viktigheten av fysisk aktivitet og sunn livsstil. Hjerterehabilitering er et viktig behandlingstilbud etter en hjertesykdom. Målet med hjerterehabilitering er bedre helse, økt funksjonsnivå, økt trygghet i forhold til fysisk aktivitet, samt å komme raskt tilbake til arbeidsliv og/eller en normal hverdag.

I noen tilfeller oppstår det uventede hendelser eller komplikasjoner. Da vil ytterligere informasjon være nødvendig.

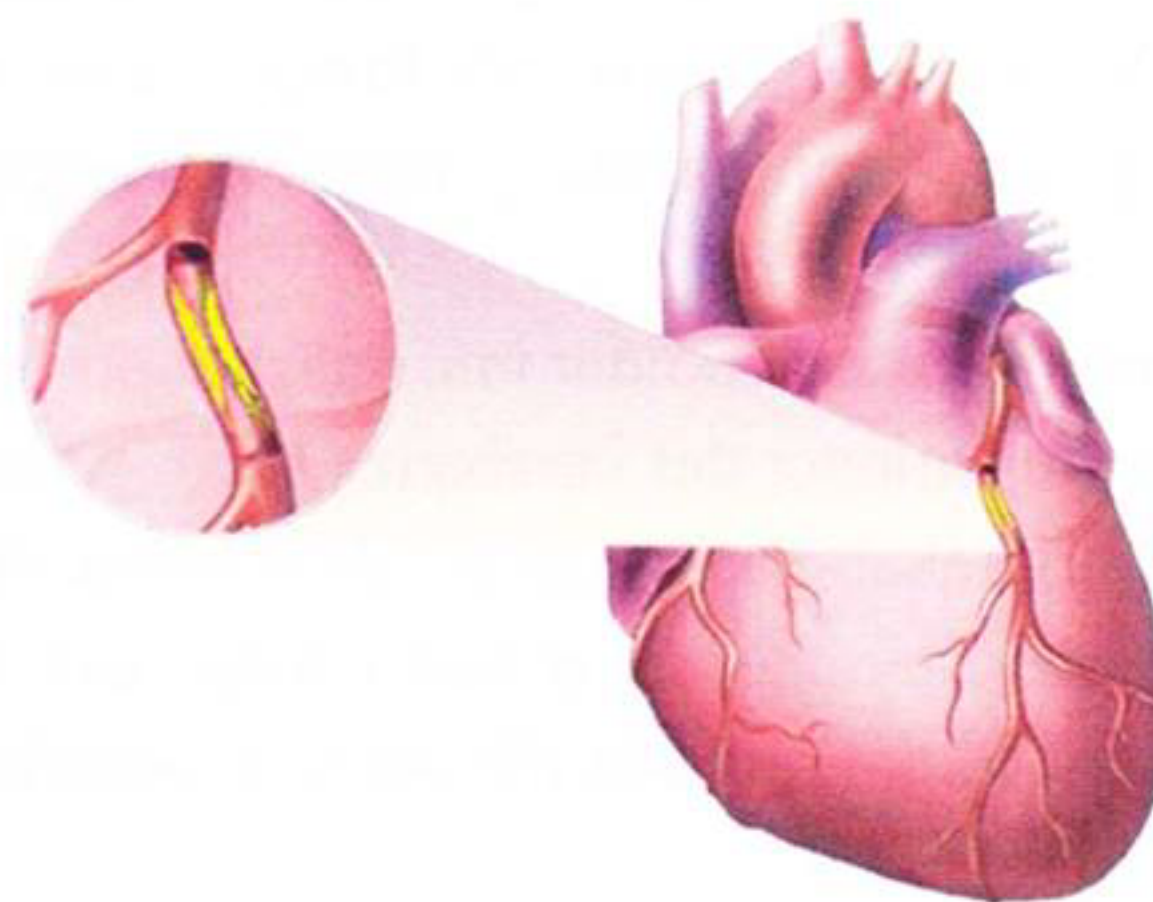
Har du spørsmål knyttet til noe av det du leser i denne brosjyren, kan du ta kontakt med helsepersonellet på sykehuset/institusjonen hvor du er innlagt eller med fastlegen din.

2. Kort sykdomslære

2.1 Hjertet

Hjertet er en muskel som sørger for at alle kroppens organer får blod og oksygentilførsel. Hjertet selv trenger også oksygen for å fungere, og får dette gjennom blodårene (kransårene) som ligger utenpå hjertet.

Angina og hjerteinfarkt er sykdommer som oppstår på grunn av avleiringer i hjertets kransårer. Prosessen kalles aterosklerose eller åreforkalkning. Avleiringene kan føre til forsnevring eller tilstopping av hjertets kransårer, som gjør at hjertemuskulaturen får for lite blod og dermed for lite oksygen. Dette kan gi anginasmerter (hjertekrampe), spesielt ved anstrengelser. Fullstendig tilstopping av en blodåre fører til hjerteinfarkt.

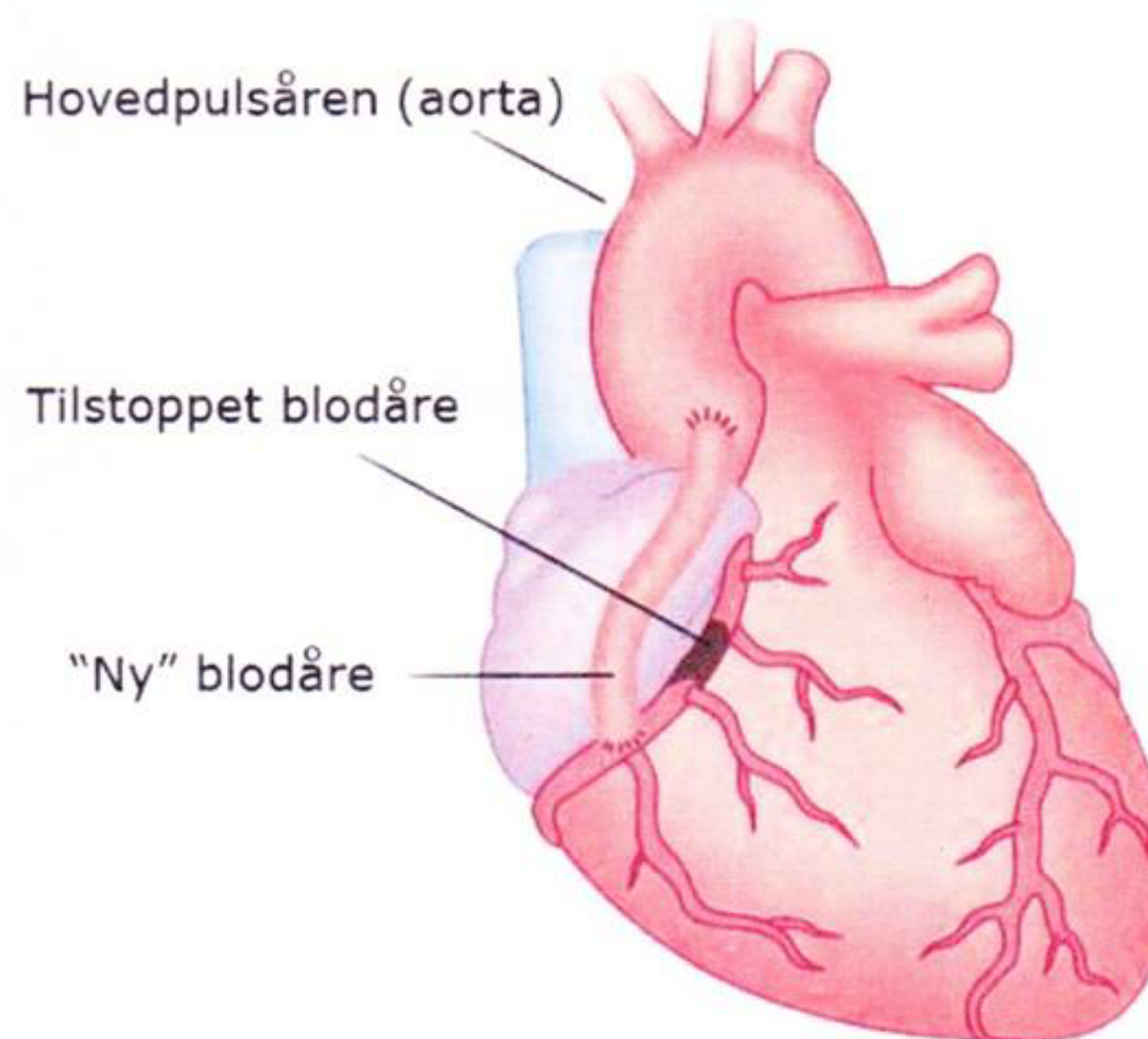


Avleiring i en kransåre

De fleste får i større eller mindre grad avleiringer i kransårene med økende alder, men noen er mer utsatt enn andre. Forhold som kan fremskynde åreforkalkningsprosessen er røyking, høyt blodtrykk, høyt kolesterol, lite fysisk aktivitet, diabetes og stress. I tillegg kommer faktorer som ikke kan påvirkes slik som arvelighet, kjønn og alder.

2.2 Om bypassoperasjon (ACB)

Ved alvorlige eller omfattende forsnevninger eller tilstoppinger, kan en hjerteoperasjon være aktuelt. Ved operasjon av hjertets kransårer benyttes først og fremst det såkalte forbipasseringsprinsippet (bypass). En ny åre leder blodet forbi forsnevringen slik at hjertemuskelen får ny blodtilførsel (se illustrasjon). Til dette brukes en arterie på innsiden av brystveggen og/eller vener fra leggen.



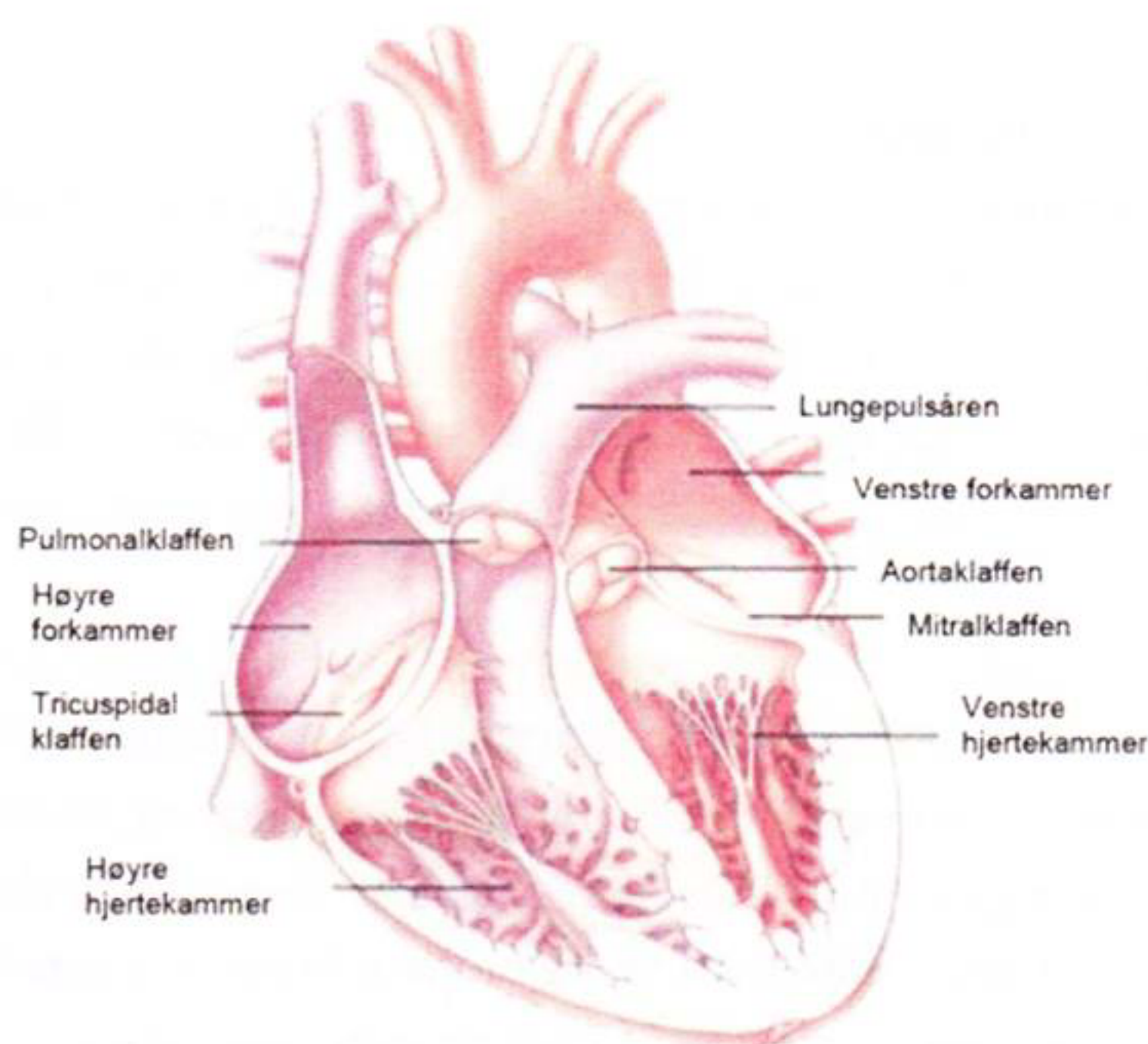
Bypass forbi en tilstoppet kransåre

2.3 Om klaffeoperasjon (AVR/MVR)

Hjerteklaffene kan også rammes av sykdom. Dette kan være forårsaket av avleiringer, medfødte feil på klaffene eller annen hjertesykdom. Hjerteklaffene fungerer som enveisventiler og sørger for at blodet går riktig vei i hjertet. Skade på klaffene hindrer normal blodstrøm. De to klaffene som vanligvis rammes av sykdom, er *aortaklaffen* og *mitralklaffen*. Disse klaffene rammes ved at de enten blir for trange, slik at blodet ikke kommer skikkelig forbi, eller at klaffen lekker, slik at blodet renner tilbake når hjertet trekker seg sammen. I begge tilfeller må hjertet arbeide mer enn normalt, og det kan over tid føre til at hjertets pumpefunksjon svekkes.

Alternative behandlingsmetoder av nedsatt klaffefunksjon er reparasjon av klaffen (klaffeplastikk) eller

erstatning av klaffen med biologisk eller mekanisk ventil.



Hjertet med hjerteklaffene

2.3.1 Spesielle forhold

Klikkelyder: Etter operasjoner med *mekanisk klaff* er det normalt å høre "klikkelyder". Dette kan oppleves ubehagelig til å begynne med, og det kan ta tid å bli vant til lyden.

Marevan: Marevan er et blodfortynnende medikament som skal forhindre at blodet leverer seg på eller i nærheten av selve klaffen. Marevan gir økt blødningstendens, og du kan lettere blø neseblod eller få blåmerker. Fortell alltid din behandlende lege/tannlege at du bruker Marevan.

For pasienter med *mekanisk klaff* er det nødvendig å bruke Marevan hele livet. For pasienter med *biologisk klaff*, er det slik at de som har fått *mitralklaff* bruker Marevan i 3 måneder, mens pasienter som har fått *aortaklaff* behandles med annen blodfortynnende medisin (f.eks. Albyl E).

Tannhygiene: Klaffeopererte pasienter har høyere risiko for å få endokarditt (betennelse i hjertets indre hinne). God tannhygiene med daglig tannpuss og regelmessig utskifting av tannbørste (én gang per måned) er viktige forebyggingstiltak.

Tannbehandling/ kirurgiske inngrep: For å forebygge endokarditt er det også viktig at klaffeopererte får antibiotika i forkant av tannbehandling eller kirurgisk inngrep. Gi beskjed om at du er klaffeoperert til din tannlege eller lege i god tid før et eventuelt inngrep. Du kan få med deg et kort fra sykehuset med navn på anbefalte antibiotika.

3. I forbindelse med hjerteoperasjonen

Etter en hjerteoperasjon er egeninnsatsen av stor betydning. Her følger informasjon om tiden etter operasjonen, samt enkelte øvelser og aktiviteter du kan starte med umiddelbart etter operasjonen.

3.1 Lungene

Operasjonen foregår i narkose, og du vil være koblet til en pustemaskin (respirator) via en tube/slange i svelget. Så snart du er våken nok og kan puste selv, kobles du fra respiratoren og slangen fjernes. Det er vanlig å være hes og sår i halsen noen dager etterpå. De første dagene kan du trenge ekstra tilskudd av oksygen som du får via nesekateter eller maske. Det tas røntgenbilde av hjerte og lunger første dag etter operasjonen, og eventuelt senere ved behov.

Etter operasjonen kan pusteevnen din bli nedsatt for en periode. Dette på grunn av at deler av lungene kan være delvis sammenfalt (atelektase) og/eller ansamling av slim i lungene.

Årsaken kan være både narkosen, sengeleie og ubehag/smerter fra operasjonssåret. Det er viktig å gjøre pusteøvelser og å støte/"hoste" opp slimet for å unngå lungebetennelse. Dette gjør du mest skånsomt ved å bruke mini-pep (pustefløyte) jevnlig de første døgnene etter operasjonen. Les mer om bruk av mini-pep under kapittel 4.1.

En tid etter operasjonen kan det fortsatt være slimdannelse i lungene og eventuelt væske i lungeposen. Dette gjør at du kan føle deg tungpustet når du er i aktivitet. Dette vil bedre seg etter hvert som du er mer aktiv. Opplever du å bli mer tungpustet, ta kontakt med fastlege eller lokalsykehus.

3.2 Brystbenet (Sternum)

Under operasjonen blir brystbenet delt, og etterpå festet godt sammen igjen med ståltråd. Brystbenet tilheles som et benbrudd, og dette tar *normalt* 6 – 8 uker. I denne første tiden er brystbenet svakere enn før.

Allerede de første dagene etter operasjonen kan du *bevege* armene fritt i alle retninger uten belastning. Det du må unngå, er å føre begge armene rett bakover samtidig, da dette kan gi for stort strekk på brystbenet. De første 6 ukene kan du *belaste* armene med inntil 5 kilo tilsammen. Unngå brå bevegelser, skjevbelastning av armene og tunge arbeidsoppgaver, som for eksempel å støvsuge, gjøre storhandel, hogge ved eller skifte dekk på bilen. Fra ca. 6 uker etter operasjonen tåler brystbenet mer belastning, og du kan gradvis øke belastningen. Etter ca. 8 uker vil brystbenet normalt være helt grodd, og du vil ikke lenger ha noen restriksjoner i forhold til armbelastning.

Enkelte forhold kan forlenge tilhelingstiden, bl.a. diabetes, beinskjørhet (osteoporose), overvekt, røyking (KOLS/kraftig hoste) og høy alder. Rådfør deg med egen lege eller fysioterapeut hvis du er usikker på hva ditt brystben tåler.

3.3 Smerter

Smerteopplevelsen varierer fra person til person. De fleste har sårmerter, spesielt ved innpust, og noen føler seg støle i rygg, skuldre og nakke. Disse smertene er ikke farlige. Du får smertestillende medikamenter intravenøst og i tablettform under oppholdet på sykehuset. Selv om du får smertestillende regelmessig, vil vi oppfordre deg til å si i fra når du har vondt. God smertelindring bidrar til at du kan puste dypt, hoste opp slim fra luftveiene og være i aktivitet. Dette er viktig for å unngå komplikasjoner og for at du skal komme i form igjen.

Det er individuelle forskjeller på hvor lenge smertene i brystkassen varer. Enkelte kan ha smerter i lang tid etter operasjonen og vil derfor trenge smertestillende medisiner utover sykehusoppholdet. Dersom smertene hemmer deg i å puste normalt eller i å bevege deg, kan det være lurt å ta smertestillende medisiner. Rådfør deg med fastlege eller lege på lokalsykehuset. Fysisk aktivitet kan forverre smertene i begynnelsen, men vil på sikt redusere og forebygge smerter.

Ved bypassoperasjoner benyttes som regel en arterie som ligger på innsiden av brystveggen (oftest den venstre, men noen ganger brukes begge). Mange kan derfor føle noe nummenhet, ømhet eller murring i dette området. Dette vil avta etter hvert.

4. Tiden etter hjerteoperasjonen

4.1 Første dag etter operasjonen

Når du våkner etter operasjonen, kan det føles noe ubehagelig/smertefullt å puste dypt. Dette er på grunn av operasjonssåret og drenene i brysthulen. Drenene blir fjernet så raskt som mulig. Gi personalet beskjed hvis smertene hindrer deg i å puste dypt eller å røre på deg. Det er normalt å føle seg trett og sliten.

4.1.1 Aktivitet

Både aktivitet og hvile er viktig de første dagene. Bevegelse stimulerer blodomløp og pust, noe som er viktig for lungefunksjonen og for å unngå komplikasjoner. Begynn så tidlig som mulig med å bevege deg i sengen; bøy/strekk i ankler, knær og hofter og knip setemuskulaturen. Knytt og strekk hendene, og strekk armene rolig over hodet. Dette er viktig for å hindre dannelsen av blodpropp, og gunstig med tanke på blodomløp og lungefunksjon. Unngå å ligge med kryssede ben, da dette kan stoppe den normale blodstrømmen. Du vil få hjelp av personalet til å komme deg opp på sengekanten og videre opp til stående. Du kan trække litt på stedet og sitte oppe i stol. Det er normalt at du føler deg svimmel de første gangene du skal opp av sengen.

4.1.2 Pusten

Pust dypt og godt. Slapp av i skuldrene og finn en rolig rytme. Legg gjerne hånden på magen og kjenn at magen beveger seg når du puster.

4.1.3 Mini-pep

Mini-pep er en pustefløyte som brukes for å stimulere lungefunksjonen og løsne eventuelt slim. Fløyten gir motstand når du puster ut.

Mini-pep brukes på denne måten: Tett leppene rundt munnstykket, pust godt inn og blås godt ut, men uten å "tømme" deg helt. Gjør dette 10 ganger. Deretter støter/"hoster" du for å få opp eventuelt slim. Gjenta hele prosedyren tre ganger. Dette bør du gjenta én gang hver våkne time første halvannen uke.

Når du støter/"hoster", skal du gi støtte mot brystbenet ved å krysse/presse armene foran brystet. Bruk gjerne en pute over såret. Pusteøvelsene kan gjøres både sittende, og i rygg-/sideliggende. Etter hjemkomst bør du bruke mini-pep i minst to uker, og utover det så lenge du føler behov for det. Det vil si så lenge du har mye slim eller føler deg tungpustet. Du får opplæring i pusteøvelsene av fysioterapeut før du reiser fra sykehuset.

4.1.4 Liggestilling

Du kan allerede dagen etter operasjonen ligge på høyre eller venstre side etter behag, eventuelt halvt over på siden støttet opp med en pute i ryggen. Be personalet om å tilrettelegge med puter slik at du får en god og avspent liggestilling den første tiden på sykehuset. Du vil få instruksjon av personalet om hvordan du legger deg/reiser deg fra sengen. Mageleie anbefales ikke de første åtte ukene.

4.2 Andre dag etter operasjonen

Den andre dagen etter operasjonen er du normalt oppe i lengre perioder, og du får gå i korridoren med følge. Vi anbefaler å ta små økter av gangen. Fortsett med pusteøvelser og bruk mini-pep jevnlig.

4.3 Videre forløp på sykehuset

Det videre forløpet på sykehuset vil variere fra person til person. Normalt forventes det en økning av aktivitetsnivået, og at du i større grad selv tar initiativ til aktivitet. Det er viktig å være en del oppe, selv om du føler deg trøtt og sliten. Ta jevnlig hvilepauser. Som progresjon i opptreningen vil personale følge deg i trapp.

4.4 Overflytting/ hjemreise

De fleste overflyttes til lokalsykehuset etter 3-5 dager. Hvis transporten mellom sykehusene er lang, bør du få med deg mat, drikke og smertestillende på turen. Det varierer hvor lenge man er innlagt ved lokalsykehuset. Normalt blir man utskrevet 1-2 uker etter operasjonsdagen.

Det behandelende sykehus sender epikrise til lokalsykehus, henvisende instans og fastlege etter sykehusoppholdet. Epikrisen er et dokument som informerer om inngrepet/behandlingen som ble gjennomført. Hvis du selv ønsker en kopi av epikrisen, kan du be om dette.

Om videre oppfølging eller kontroller skal foregå ved lokalsykehuset eller hos fastlegen, tas det stilling til på lokalsykehuset. Fastlegen er uansett en viktig aktør i oppfølgingen av din hjertesykdom. Du må selv ta kontakt med fastlegen din for å avtale time for oppfølging.

4.5 De første dagene hjemme

4.5.1 Puls

Noen opplever at pulsen er raskere den første tiden etter operasjonen. Dette er vanlig i forbindelse med både fysisk og psykisk anstrengelse. Noen får også atrieflimmer – det vil si rask og uregelmessig puls. Dette oppstår hyppigst de første 2–4 dagene etter operasjonen, men kan også oppstå senere. Hvis atrieflimmer inntreffer etter hjemkomst, skal du kontakte fastlege/lokalsykehus. Atrieflimmer behandles i de fleste tilfeller med medikamenter. Av og til hører noen pasienter hjerteslagene sine bedre etter operasjonen. Dette er normalt og vil som regel avta etter hvert.

4.5.2 Benet hvor åren er hentet fra

Har du gjennomgått en bypassoperasjon, er det som regel tatt en vene fra den ene leggen din. Du vil da ha et sår som begynner ved ankelen og fortsetter oppover leggen. Du kan ha smerter/ubehag i leggen i flere uker framover. Dette kjennes best ved fysisk aktivitet.

Opptil et par måneder etter operasjonen er det også vanlig med noe hevelse i leggen. Det er bra å sitte med benet høyt innimellom, og du bør unngå å sitte med kryssede ben. Noen har behov for en elastisk strømpe/støttestrømpe på dagtid. Denne skal tas på før du står opp om

21195

morgenen. Strømpen skal tas av om natten. Strømpen skal brukes så lenge du har tendens til hevelse i leggen.

4.5.3 Sår/sting

Ståltrådene i brystbenet skal ikke fjernes. Sårene i huden på brystet og leggen sys vanligvis sammen med tråd som forsvinner av seg selv. Huden vil være grodd etter 2–3 uker. Enkelte opplever en hevelse over brystbenet, og noen opplever å få endret følsomhet i huden rundt sårene (både på bryst og ben). Dette er normalt og kan vedvare. Ikke alle får igjen normal følsomhet.

Under operasjonen legges det inn dren i brysthulen for å drenere sårveske fra sårområdet. I tillegg legges det inn pacemakertråder som festes på yttersiden av hjertet. Dette i tilfelle du under oppholdet skulle ha behov for midlertidig pacemaker. Øverst på magen der drenene er lagt inn, er det tråder som skal fjernes etter 10–12 dager. Disse tas bort hos fastlege eller på lokalsykehuset. Pacemakertrådene tas bort på sykehuset der du ble operert, eller ved lokalsykehuset.

Sårkantene kan være røde og klø en stund. Dette er tegn på at de gror. Vær nøye med håndhygiene. Dersom sårkantene hovner opp og blir varme, du kjenner puls/banking i området, eller du har tørre sår som begynner å væske, kan dette være tegn på infeksjon. Da må du kontakte fastlegen din. Risikofaktorer som høy alder, diabetes, beinskjørhet, overvekt og røyking kan forsinke tilhelingen av sårene.

4.5.4 Personlig hygiene

Tre dager etter operasjonen kan du dusje på vanlig måte. Væskende sår dekkes til med vanntett bandasje. Eventuelle andre bandasjer tas av. Du skal ikke benytte såpe i selve operasjonssåret. Tørk såret med et rent håndkle. Ikke gni håndkleet i såret, men bruk det som trekkpapir. Vent med karbad, basseng og badstue til sårene er helt grodd.

4.5.5 Temperatur/feber

Kroppstemperaturen kan variere etter operasjonen. Dette er vanlig, blant annet på grunn av sårtilhelingen. Ved vedvarende feber over et døgn, skal lege kontaktes.

4.5.6 Medisiner

De fleste som er bypass-operert fortsetter med blodfortynnende (f.eks. acetylsalisylsyre), kolesterolsenkende (f.eks. statiner) og eventuelt hjerte- og blodtrykksmedisiner (f.eks. betablokker, ACE-hemmer og vanddrivende). Betablokkere har til hensikt å senke puls og blodtrykk, også under trening, og har dermed en beskyttende effekt på hjertet. Legen avgjør til enhver tid hvilke medisiner du skal ta.

Les om medisiner etter klaffeoperasjon under kapittel 2.3.1.

4.5.7 Sykmelding

Det er vanlig å være sykmeldt fra 6 uker til 3 måneder etter en operasjon. Grad og lengde på sykemelding avhenger av diagnose, hva slags arbeid du har, hvilken form du var i før hendelsen, og hvor godt du har fått trent deg opp igjen. Du vurderer sammen med fastlegen

din hva som er nødvendig i din situasjon. Du har rett til delvis sykmelding eller gradert friskmelding, for å kunne kombinere jobb og rehabilitering.

4.5.8 Psykiske reaksjoner

En hjerteoperasjon er en påkjenning både fysisk og psykisk. Følelsesmessige reaksjoner hos både deg og dine nærmeste er normalt. Det kan være angst, irritasjon og/eller generell nedstemthet. Det er stor individuell variasjon når det gjelder omfanget av følelsesmessige reaksjoner. Det er lurt å være tålmodig – ikke alle dager gir like stor framgang. Humøret kan svinge, og gleder og sorger kan føles sterkere enn du ellers er vant til. Åpenhet rundt følelser, og å snakke med dine nærmeste, kan gjøre godt. Tillat deg å vise følelser. Frisk luft, dagslys, aktivitet og sosial kontakt hjelper ofte på humøret. Glem ikke at optimisme drar mye av lasset!

Informasjon tidlig i forløpet er viktig, og for de fleste kan det å delta på et hjerterehabiliteringstilbud være nyttig for å bearbeide de reaksjonene som måtte komme. For mange har deltakelse i hjerterehabilitering vist seg å gi økt trygghet, bedre livskvalitet og bedre helse.

4.5.9 Søvn og hvile

Mange hjerteopererte føler seg uvanlig trøtte den første tiden etter operasjonen. Likevel kan man ha problemer med nattesøvnen. Denne reaksjonen har sammenheng med at du har vært gjennom en stor operasjon, og at du har hatt nedsatt aktivitetsnivå under sykehusoppholdet. For de aller fleste har engstelse og usikkerhet i forkant av operasjonen vært en psykisk belastning. Det er derfor naturlig at du har behov for å hvile deg en del den første tiden du er hjemme. Et råd er at du ikke sover mer enn 30 minutter 1-2 ganger om dagen. Når du er mer i aktivitet, vil kroppen få større behov for hvile. Fysisk aktivitet har derfor en positiv virkning på nattesøvnen.

4.6 Annen nyttig informasjon

4.6.1 Seksualliv

Den fysiske belastningen ved samleie er liten. Ved orgasme er pulsen og blodtrykket som ved moderat aktivitet, som for eksempel lett husarbeid, rask gange eller å gå i trapp. Risikoen for at noe skal skje under samleie er svært liten. Du kan gjenoppta seksuallivet når du føler du er klar for det.

Enkelte medisiner og stressreaksjoner kan ha negativ innvirkning på potensen og seksuallysten. Snakk med legen din dersom dette vedvarer over lengre tid. For mer informasjon, les LHLs brosjyre "Seksualitet og hjertesykdom". Brosjyren kan bestilles eller lastes ned fra LHLs nettbutikk på www.lhl.no.

4.6.2 Soling

Unngå direkte soling på operasjonssårene det første året. Vevet og huden rundt arrene er tynn og sart. Bruk solstift med høy solfaktor (solblokk) eller dekk til arrene med klær/plaster når du er ute i sola.

4.6.3 Kulde/varme

Det er ingen spesielle restriksjoner i forhold til varme og kulde selv om du har hjertesykdom, men det anbefales å unngå hard trening i sterk varme og kulde. Det er likevel store individuelle forskjeller, og det er viktig at du blir kjent med ditt toleransenivå. Dersom du føler at temperaturen utendørs er ubehagelig for deg, finn alternative aktiviteter innendørs.

Utover dette anbefales det å unngå store temperaturforandringer som for eksempel badstue med påfølgende kalddusj. Badstue kan ellers benyttes som vanlig.

4.6.4 Fly/utenlandsreiser

Normalt kan du fly rett etter sykehusoppholdet, men be om hjelp til å bære tung bagasje. Ved utenlandsreiser de første ukene, anbefales det imidlertid at du rådfører deg med fastlege/lokalsykehus. Det er lurt å drikke rikelig med væske, bevege seg mye under flyturen og eventuelt bruke kompresjonsstrømpe for å redusere risikoen for blodpropp i beina. Det anbefales å medbringe resept eller original eske/glass med etikett som dokumentasjon på medisinene dine. Medisinene bør oppbevares i håndbagasjen under reisen. Mekanisk klaff og ståltrådene i sternum, gir ingen utslag i sikkerhetskontrollen.

4.6.5 Bilkjøring

Det er fornuftig å vente 4-6 uker før du kjører bil. Det er først og fremst fordi reaksjonsevnen og konsentrasjonen er nedsatt etter å ha gjennomgått en stor operasjon i narkose. Vær også oppmerksom på hvilke medisiner du bruker med tanke på bilkjøring, og rådfør deg evt. med legen din. Det er viktig at du selv føler deg skikket og i stand til å kjøre bil. Bruk alltid bilbeltet, både som passasjer og sjåfør.

For alle førere av kjøretøy i gruppe 2 og 3 gjelder Førerkortforskriftens helsekrav. Snakk med fastlegen din dersom dette gjelder deg. Mer informasjon finnes på fylkesmannens nettsider (www.fylkesmannen.no/Helse-omsorg-og-sosialtjenester/Forerkort/).