

Nationella riktlinjer för återbesök efter tarm- och stomioperation

2017-10-18

Nationella riktlinjer vid återbesök efter stomioperation

Dessa riktlinjer har utarbetats som stöd för att ge så likvärdig vård i landet som möjligt för patienter som genomgått tarm- och stomioperation.

Följande nationella riktlinjer är framtagna av leg.sjuksköterskor/stomiterapeuter

Camilla Hållander, Karolinska sjukhuset, Stockholm

Kristina Larsson, Danderyds sjukhus, Stockholm

Lena Wistmar, Ersta sjukhus, Stockholm

Urostomidelen har bearbetats i samråd med uro- och stomiterapeut Riitta Ahonen.

Innehållsregister

Sammanfattning	s. 3
Bakgrund	s.4
Personcentrerad vård	s.4
Historik	s.4
Syfte	s. 5
Metod/Arbetsprocess	s. 5
Patientundervisning	s. 6
Faktorer som påverkar patientens lärande	s.6
Patientdelaktighet	s. 6
Preoperativ undervisning	s. 7
Postoperativ undervisning	s. 8
Praktisk hantering av stomibandaget	s. 8
Förskrivning av hjälpmedel	s.8
Flöde vid ileostomi eller tarmreservoar	s.9
Möjliga komplikationer	s.9
Urinvägsinfektion	s.10
Fysisk rehabilitering	s.10
Nutrition	s.10
Psykosociala aspekter	s. 10
Bodily change image	s. 11
Sex och samlevnad	s. 11
Återbesöksmall	s. 12
Diskussion	s. 13
Litteraturlista	s. 14

SAMMANFATTNING

Riktlinjer gällande antal återbesök till stomimottagning för patienter som genomgått en tarm- och stomioperation behövs lyftas fram och verifieras för att säkerställa bästa möjliga stöd för den stomiopererade att återkomma till vardagslivet igen, sett ur olika aspekter. De riktlinjer som här presenteras har tagits fram av en grupp stomiterapeuter som grundar sig utifrån en motion som lämnades till SSKR, Svenska Sjuksköterskor inom Kolorektal Omvårdnad 2012.

Inför starten av detta projekt kontaktades Svenska Sjuksköterskeförening för hjälp med vägledning och vi deltog en kort period i deras hälsofrämjande projektgrupp, men projektet visade sig senare inte ha samma syfte som vi sökte. Arbetet med gruppen gav oss viktig information att arbeta vidare med i detta arbete. För faktasökning har vi läst artiklar och litteratur och använt det som har passat vårt syfte.

En del av vårt arbete har hämtats från en enkät som skickades till landets samtliga stomimottagningar 2012. Gruppen har även tagit del av WCET's (World Council of Enterostomal Therapists) International Ostomy Guidelines som utkom i juni 2014.

Syftet är att detta arbete ska vara ett underlag till stomiterapeuternas verksamheter på olika sätt för att kvalitetssäkra uppföljningen av den stomiopererade patienten.

BAKGRUND

På årsmötet 2012 togs det i SSKR beslut om att tillsätta en arbetsgrupp som skulle arbeta fram riktlinjer för antalet behövda återbesök för stomipatienter i Sverige. Denna grupp består av stomiterapeuter från Stockholm som arbetar på olika sjukhus. Dessa riktlinjer tydliggör behovet av upprepade återbesök/kontroller hos stomiterapeuten, som att stödja patienter, närstående, utprova rätt hjälpmedel, tänka kostnadseffektivt mm. Grunden är att arbeta utifrån personcentrerad vård. En enkät skickades ut 2012 till stomimottagningarna i Sverige för att undersöka antalet återbesök som görs, där 72 stycken svarade. Resultatet av de planerade uppföljningarna visade att 56,9% hade 4-5 återbesök/patient och 30,6% hade 1-3 st återbesök/patient. Vissa svarade att de hade ett eller inga återbesök alls och orsaken beskrevs vara tidsbrist.

Bandageutprovning och hudstatus angavs som de två viktigaste syftena för återbesöket, sedan kom stomiundervisning, stödjande samtal och stomifunktion som andra viktiga punkter.

För att förebygga stomirelaterade komplikationer och stödja patienten i anpassningen till den nya livssituationen som en stomi innebär, bör uppföljningen under första året efter operationen vara tät och regelbunden (1).

PERSONCENTRERAD VÅRD

En personcentrerad vård innebär att personens unika perspektiv ges likvärdig giltighet som det professionella perspektivet. Det krävs såväl organisatoriska som personliga prioriteringar för att ge en personcentrerad vård där personen själv och hans/hennes närstående aktivt involveras i vården och ges likvärdig beslutsrätt kring vårdens innehåll, mål, medel och uppföljning(34).

HISTORIK

Doktor Thurnbull startade tillsammans med Norma Gill 1961, i Cleveland U.S.A, den första formella stomiterapeututbildning för sjukvårdspersonal, då behovet var stort att hjälpa den stomiopererade patienten genom sin första tid med stomi. Den första stomiterapeuten inom området i Sverige var sjuksköterskan Ingrid Palsenius som utbildades 1974 i U.S.A. 1980 startade hon tillsammans med professor Leif Hultén vid Göteborgs universitet den första stomiterapeututbildningen i Norden. Utbildningen bedrivs fortfarande vid Göteborgs universitet.

1992 bildades en nordisk grupp för att utarbeta gemensamma riktlinjer inom stomivården. Tre nordiska standarder har publicerats, dessa beskriver preoperativ vård, stomimarkering, postoperativ vård, stomibandagering, hud- och stomivård samt sexualitet och den stomiopererade patienten.

SYFTE

Hur många besök på stomimottagningen är rimliga efter en operation där patienten fått en stomi och hur följer man upp dem under första året? Detta är en av arbetets grundläggande frågor.

Nationella riktlinjer har tagits fram för att vara ett stöd för stomiterapeuter, vårdverksamheter och beslutsfattare. De avser att belysa behovet av stomiterapeutens professionella kompetens i omvårdnad och uppföljning av tarm- och stomiopererade patienter.

- Beskriva stomiterapeutens kompetensområde och ansvar i omvårdnaden av den tarm- och stomiopererade patienten
- Säkerställa att det finns kompetens och främja den kontinuitet som behövs för att ge patienten och närstående en god och säker vård
- Utveckla verksamheten inom slutenvården – och öppenvården för att åstadkomma en välfungerande vårdkedja för tarm- och stomiopererade patienten

Syftet är att kollegor inom området ska kunna ge så likvärdig vård och omhändertagande för patienter med stomi som möjligt, för att följa hälso- och sjukvårdslagen (2). Riktlinjerna ska vara ett underlag vid planering av verksamheten på stomimottagningarna för att belysa de tarm- och stomiopererades individuella behov av uppföljning. Detta för att kvalitetssäkra omhändertagandet av den stomiopererade patienten och ge bästa möjliga förutsättning för en god livskvalitet på olika nivåer. Målsättningen är att patienten ska kunna återgå till sitt vardagsliv och känna sig trygg i sin nya livssituation.

METOD/ARBETSPROCESS

Artikelsökning med dess granskning ledde till ett större antal artiklar som passat vårt syfte. Följande sökord har använts: Ostomy, nursing care, stomatherapist, ostomy care, ostomy continence, ostomy education, ostomy nursing, ostomy patients, ostomy complications, ostomy and body image, person centered care, psychosocial care with ostomy, peristomal skin,- problems, -conditions, - preventing and treating peristomal skin conditions, quality of life, ostomy and sexuality, stoma siting, preoperativ care, postoperativ care, rehabilitation, interstinal ostomy, nursing follow-up, nutrition -som vi sökt på enskilt och i kombination.

Litteratur i ämnet har granskats och använts i arbetet, samt den enkät som skickades till samtliga stomimottagningar i Sverige.

Arbetet utgår från beprövad erfarenhet och evidensbaserad grund.

PATIENTUNDERVISNING

Undervisningen av den stomiopererade är en komplex process som pågår under en längre tid (1). Stomiterapeuten har en nyckelroll som koordinator av vården kring den stomiopererade patienten på sjukhuset för att sedan överbrygga vården mellan sjukhuset och hemmet genom kontinuerlig uppföljning (1,3).

Undervisningens mål är att återge patienten kontroll och trygghet genom att hjälpa patienten att lära sig ett nytt handlingsmönster som fungerar i det dagliga livet. En förutsättning för detta är ett aktivt samtal där patienten får vara i centrum och ges möjlighet att ställa sina frågor (1,3).

Patienter som fått träffa en stomiterapeut preoperativt har en signifikant lägre grad av komplikationer och oro än de som inte fått undervisning (4).

FAKTORER SOM PÅVERKAR PATIENTENS LÄRANDE

Som rådgivare kan man också behöva påminna sig att patienten ofta befinner sig i en situation där många tankar och känslor stör och distraherar. Informationen som ska tas emot, kan vara viktig för patienten, samtidigt som den inte sällan väcker känslor av oro, rädsla och protest. En del patienter har också, på grund av personlighet, psykiskt tillstånd (deprimerade, schizofrena, bipolära patienter), sexuellt utnyttjade eller kognitiva dysfunktioner av olika slag, en reducerad mottagarkapacitet (9).

PATIENTDELAKTIGHET

Patientdelaktighet anses vara en mental process där individerna samarbetar med huvudsyfte att uppnå ett beslut. Resultatet förväntas också öka patientens aktivitet och minska osäkerhet och stress för att förstärka läkningsprocessen och ge bästa möjliga välbefinnande i sjukdomssituationen (3,6). Att patienten ska vara delaktig i sin vård är både styrt av lagen och påvisat som positivt för omvårdnaden (7).

Patienter upplevde att pre- och postoperativ information var svårt att ta till sig pga. skyddsmekanismer som gjorde att de ofrivilligt inte tog till sig informationen eller för att de fortfarande inte kunde acceptera stomin och var inte emotionellt redo för att ta till sig de kunskaper som lärdes ut av sjuksköterskan. Patienter upplevde också att frågor och funderingar kring stomin dök upp först när de hade lämnat sjukhuset (8).

DET PREOPERATIVA SAMTALET

Det preoperativa samtalet ska innefatta tre teman; kunskapsförmedling, dialog och relation. Kunskapsförmedlingen skall vara strukturerad och individanpassad. Vid det preoperativa mötet skall sjuksköterskan i en dialog kunna förmedla och svara på patientens frågor. Patientens oro minskas genom ett gott bemötande och att de får känna sig delaktiga i sin vård. Möjligheten att få skapa en relation mellan sjuksköterska och patient genom kontinuitet ökade patientens och sjuksköterskans välbefinnande (3).

Sjuksköterskan ska utgå ifrån ett personcentrerat perspektiv där varje enskild individs behov och mål tas tillvara. Vidare kan anpassade copingstrategier användas för att bemöta patienter med stomi på bästa sätt och ge en god omvårdnad. Det är också viktigt att uppmärksamma patientens relationer till andra människor för att skapa bättre förutsättningar för livskvaliteten. Inom personcentrerad vård eftersträvas inte bara ett specifikt förhållningssätt gentemot patienten, utan även gentemot dess närstående. Det är betydelsefullt att närstående involveras och blir sedda som en tillgång i vård och vårdarbete, både vad gäller information om stomin, men inte minst för att det kan bidra till att patientens inre styrka identifieras och tydliggörs (5).

För att lyckas bättre med patientvägledning krävs att samtalet – utöver information och fakta – fokuserar på patientens egna föreställningar, motivation, hinder, målsättning, socialt stöd, självförtroende och förändringsbenägenhet. Kommunikationen och dialogen är många gånger och av olika skäl försvårad pga. exempelvis utvecklingsnivå, språk, mentalt status och kulturella skillnader och principerna i innehållet bör kunna vara användbara och behjälpliga även i dessa situationer. Vid planering av undervisning är alla involverade personer viktiga. Patienten är den centrala personen, men även andra intressenter behöver identifieras som familj, vänner, arbetskamrater, annan vårdpersonal eller annan service (3).

Stomiundervisning bör inkludera både preoperativ och postoperativ utbildning utförd av specialistutbildad sjuksköterska som t ex en stomiterapeut (1).

PREOPERATIV UNDERVISNING

- Information om anatomi och tarmens och/eller urinvägarnas funktion - inklusive stomimarkering
- Operationsprocessen
- Demonstration av hur ett stomibandage fungerar
- Psykologiska, fysiska samt sociala aspekter/förberedelser

POSTOPERATIV UNDERVISNING

Informationen bör riktas mot den specifika typen av stomi (kolo/ileostomi/urostomi): olika stomibandage, nutrition, kläder, mediciner, kroppsuppfattning, psykologiska aspekter som nedstämdhet, ångest och sorg.

- En fördjupad information av anatomi och fysiologi av mag- tarm – och urinsystemet inkl. avföringens konsistens, färg, gaser och lukt samt att urinen blir flockig av sekretionen från stomins slemhinna
- Praktisk hantering av stomibandaget
 - Borttagning och applicering av stomibandaget
 - Tömning och förslutning av stomibandaget samt ev. koppling till påse med lång slang
- Hudvård och hygien och symptom om urinvägsinfektion (UVI)
- Stomitillbehör
- Fysisk rehabilitering
 - Nutrition och medicinering
 - Kläder
 - Motion
- Psykologiska aspekter
- Kroppsbild

PRAKTISK HANTERING AV STOMIBANDAGET

Stomibandaget ska vara individuellt utprovat och anpassad till stomins utseende, avföringskonsistens och kroppens figuration. Utvärdering och eventuell utprovning av andra bandage sker kontinuerligt. En tätslutande bandagering runt stomin är viktig för att minska risken för klåda och rodnad under stomibandaget, och för att förebygga läckage, sår och infektioner (1,10).

Acceptans och kunskap om sin stomi var faktorer som bidrog till att patienterna var kapabla till att hantera den på ett effektivt sätt. Detta stärkte upplevelsen av god livskvalitet hos patienterna. Lärdom om den praktiska skötseln kan minska oron och risken för läckage samt andra fysiska komplikationer som hudirritation och utslag (11).

FÖRSKRIVNING AV HJÄLPMEDEL

Den som förskriver, utlämnar eller tillför en medicinteknisk produkt till en patient ska identifiera dennes behov och ansvarar att produkten motsvarar behoven (12). Behoven kan ändras genom tid relaterat till att kroppen kan förändras.

FLÖDE VID ILEOSTOMI ELLER TARMRESERVOAR

Patienter som inte har kolon kvar och har en ileostomi eller kontinent ileostomi kan drabbas av postoperativt flöde, vilket för dem innebär att de förlorar stora mängder vätska och salter genom avföringen.

När hela tunntarmen finns kvar är oftast en normal dygnsmängd 500-700 ml vilket gör att de flesta upplever ett naturligt behov av att inta mer vätska och salter. Symtom som uppstår vid stora vätskeförluster kan bland annat vara: minskade urinmängder, muntorrhet, hjärklappning, domningar i händer och fötter samt trötthet.

Denna patientgrupp kan få samma symtom om de insjuknar i exempelvis tillfälligt stopp i stomin/reservoaren, magsjuka eller turistdiarré. Behandling och observation av patienten sker på samma sätt (22).

MÖJLIGA KOMPLIKATIONER

Den friska stomin karakteriseras av röd färg och tillräckligt hög från hudnivå som gör att stomiinnehall rinner ner i påsen. Beroende på typ av stomi kan ett antal komplikationer förekomma. Det är vanligt att patienten får problem efter en stomioperation. De vanligaste problemen strax efter operation är hudirritation, gasbildning, läckage och partiell nekros (3). I ett senare skede är komplikationer som hudirritation, prolaps och stenosis vanligast förekommande. Personer med en loopileostomi drabbas oftare av komplikationer än personer med andra slags stomier (14). Personer med urostomi kan drabbas av urinvägsinfektion. Granulom på stomislemhinnan är vanligt. Strålbehandlade, äldre, rektumamputerade samt akut opererade har större komplikationsrisk (15).

Komplikationer kan få stora konsekvenser för den enskilde individen i form av hudproblem, bandageringsproblem, funktionsproblem och smärtor. Dessa kan få konsekvenser för det sociala livet och det kan påverka patientens copingstrategier i anpassningen till den nya livsstilssituationen som en stomioperation innebär (1).

Tidiga komplikationer: de tre vanligaste är – retraktion (40 %), separation (24 %) och nekroser (9 %) (16). Sena komplikationer: peristomalt bräck som kan leda till svårbandagerade stomier (17).

Hudirritation under stomiplattan beror oftast på läckage. Lätta och måttliga irritationer åtgärdas genom anpassning av stomimaterial. Svåra irritationer som övergår till inflammationer och allergier kan åtgärdas genom förskrivning av steroider (9,18,19).

Nekros, separation, stenosis, prolaps, parastomalt bräck, fistlar och trycksår är också förekommande komplikationer. Dessa komplikationer kräver oftast kirurgiska åtgärder eller bandageringsåtgärder samt noggranna dagliga observationer. De vanligaste komplikationerna av urostomi är stenosis och stenobildning (1). Problem med att sköta huden i området kring stomin framhölls. Det uttrycktes svårt att hålla huden intakt på grund av fukt

och irritation från stomimaterial samt för att avföring var i nära kontakt med huden. Detta resulterade i utslag, irriterad hud, rodnad, smärta och svampinfektioner (20). Vidare uppgavs bekymmer med diarré eller förstoppning som orsakades av viss kost.

Sjuksköterskan kan också med hjälp av uppföljning och utvärdering erbjuda stöd, komma med förslag på insatser samt upptäcka och förhindra eventuella komplikationer (21).

URINVÄGSINFEKTION (UVI)

Vanligt förekommande vid urostomi. Första tecken på UVI är bl.a. ökad produktion av tarmludd/slem. Urinen är då mer grumlig och illaluktande. Patienten känner sig lätt frusen och är ofta subfebril. Urinprov från stomat ska tas med kateter. Kontrollera med urinsticka och vid behov ska urinodling skickas (10,23).

FYSISK REHABILITERING

Den fysiska hälsan upplevdes med en negativ påverkan på aktivitet, kosthållning och förmågan till egenvård. Förändrad kroppsuppfattning och självbild gjorde att livet med stomi upplevdes som påfrestande för den psykiska hälsan. Många av stomipatienterna upplevde att deras sociala relationer begränsades relaterat till rädsla och osäkerhet inför andra (13).

NUTRITION

Efter en stomi-/tarmoperation uppstår en tillfällig svullnad i tarmen och runt stomin som oftast har gått tillbaka efter en månad. Under dessa veckor är det bra om alla stomi- och tarmopererade är försiktiga med vissa livsmedel. Därefter går det oftast bra att fortsätta äta som tidigare. Var och en måste prova sig fram till vilka kostvanor som fungerar bäst.

För alla gäller att äta långsamt, tugga väl och undvika att svälja luft. Dricka rikligt. Det är viktigt att kroppen får tillräckligt med vätska. Äta allsidig kost och äta på regelbundna tider(1).

PSYKOSOCIALA ASPEKTER

En studie på nyopererade personer som fått en kolostomi visade att 10 veckor efter operationen mådde personer som hade fått träffa en stomiterapeut psykiskt bättre än de som inte hade träffat någon (24). Andra faktorer som påverkar livskvalitén är hur nöjd patienten är med vården samt hur säker patienten känner sig på stomiskötseln (25).

Patienter som strax efter operation i hög grad bedömer sig klara av sin egenvård, drabbas i lägre grad av psykosociala problem (26). Rädslan inför operation och att erhålla stomi kan

uttryckas olika känslomässigt som ilska, depression, förnekelse, regression, låg självkänsla, oro inför hur samlivet och det sociala samspelet ska bli.

Patientens psykiska tillstånd före samt efter stomioperation är beroende av orsak till stomi, ålder och tidigare livserfarenheter. Att få en stomi kan innebära ett psykiskt trauma med känslor av djup frustration och förlust (27).

Flera artiklar fann att deltagarna upplevde livet som meningsfullt när de hade möjlighet att behålla sina gamla vanor och aktiviteter. När motivation, mening och värde med livet kunde ses behölls de sociala relationerna och en känsla av tillhörighet och att betyda något för andra människor skapades. I flera artiklar upplevde patienterna att livet blev mer begripligt, hanterbart och meningsfullt när denne klarade sin egenvård vilket främjade välbefinnandet.

Stödet från partner, familj samt sjukvårdspersonal spelade stor roll för det psykiska välbefinnandet och anpassningsförmågan. Befintlighet eller avsaknad av sådant stöd medförde konsekvenser för patientens självuppfattning och förmågan att leva ett socialt liv (9,19,28).

BODY CHANGE IMAGE

Wiel beskriver att det tar minst ett år innan den stomiopererade kan acceptera sin nya kropp och body image, somliga gör det aldrig. Patienten kan uppleva en stor sorg och saknad av att förlora en del av sin kropp och dess funktion (29). När människor får en stomi förändras deras kroppsuppfattning och självbild. Många upplever sina kroppar som främmande, obehagliga och annorlunda med stomi.

SEX OCH SAMLEVNAD

Stomiterapeutens uppgift är att stödja den stomiopererade och dennes familj att anpassa sig till de psykologiska och psykosexuella effekterna i samband med en stomioperation (30). De sexuella problemen behöver inte vara ett resultat av själva operationen, utan det kan handla om dåligt självförtroende och förändrad kroppsuppfattning (31).

Olika operationsmetoder påverkade sexualiteten på olika sätt. Ju större operation och ju lägre ner i tarmen tumören satt desto mer påverkades sexualiteten (32,33).

ÅTERBESÖKSMALL

Följande riktlinjer har tagits fram av arbetsgruppen och rekommenderas nationellt gällande återbesök för kontroll efter en stomioperation. Riktlinjerna är baserade på den litteratur och de artiklar i ämnet som bearbetats av arbetsgruppen. Dessa riktlinjer tydliggör behovet av upprepade återbesök/kontroller under det första året efter en stomioperation, för att stödja bästa tänkbara återhämtning för patienten- sett ur flera aspekter.

Rekommendationen är att ha 4-5 st återbesök under det första året.

Individuella bedömningar görs vid varje återbesök.

Återbesök 1 Ca 1-2 v efter utskrivning	Patientcentrerat status Följande kontroller rekommenderas göras och är oberoende av när det tas upp r/t tid efter stomioperationen och patientens status:
	Anatomi, tarmens- och urinvägarnas funktion
	Avföringsmängd/konsistens/gaser
	Hudkontroll
	Irrigations-, proppinformation vid kolostomi
	Kroppsbild/kläder
	Nutrition
	Nyttillkomna förändringar/komplikationer
	Psykosocial status
	Sex och samlevnad
	Social rehabilitering
	Stomibandagering
	Stomiutseende
	Suturborttagning (ev)
	Urinmängd och färg
	Vikt
	Välbefinnande
Återbesök 2 Ca 1 mån efter operation	Uppföljning av besök 1 – Status – se ovan
Återbesök 3 Ca 3 mån efter operation	Uppföljning av besök 2 – Status – se ovan
Återbesök 4 Ca 6 mån efter operation	Uppföljning av besök 3 – Status – se ovan
Återbesök 5 Ca 1 år efter operation	Uppföljning av besök 4 – Status – se ovan
Besök vid behov	Patienten uppmanas att höra av sig vid uppkomna problem

DISKUSSION

Litteraturen tydliggör att det är av yttersta vikt att stödja den stomiopererade patienten postoperativt under längre tid, minst i ett år – för att följa patientens återhämtning och säkerställa att patienten blir trygg i sin nya livssituation med stomi sett ur olika synvinklar: en god stomivård med trygg bandagering för att kunna återgå i livet, och om att kunna återgå till arbete – en samhällsekonomisk viktig aspekt. Ett komplement till återbesöken kan vara telefonuppföljning.

Återbesöksmallen är inte statisk. Innehållet växlar utifrån en personcentrerad vård där patienten befinner sig i från gång till gång.

Detta är ett levande dokument då nya råd och rön angående rubrikernas innehåll kan ändras och förbättras. Detta är ett första steg till nationella riktlinjer vid återbesök efter stomioperation för stomimottagningarna i Sverige, att kunna användas som en utgångspunkt. Denna mall ska ses som en del i att kunna ge en likvärdig vård av stomipatienter i hela landet.

Ett nära framtida scenario är att utveckla den redan befintliga tekniken som finns, t ex via mobiltelefoni/bild, Skype för att förenkla kontakt och därmed stomivården mellan patienten och stomiterapeuten.

I detta projektarbete har vi inte bearbetat hur man på stomimottagningarna följer upp *efter* första året. Detta vore intressant som ett vidare projekt då det ser olika ut i landet då en del stomimottagningar hänvisar till distriktsjuksköterska medan andra tar hand om den uppföljningen själva.

REFERENSER

1. Persson, I., Berndtsson, E., Carlsson, E. (2008). Stomi - och tarmopererad - ett helhetsperspektiv. Lund: Studentlitteratur.
2. Hälso-och sjukvårdslag (1982:763)
3. Klang Söderkvist, B., (2013) *Patientundervisning*. Studentlitteratur. Stockholm.
4. Millan M, Tegido M, Biondo S, Garcia-Granero E. Preoperative stoma siting and education by stomatherpists of colorectal cancer patients: a descriptive study in twelve Spanish colorectal surgical units. *Colorectal diseases: the official journal of the Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland*. Jul 2010; 12(7 Online): e 88-92.
5. Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., Carlsson, J., Dahlin-Ivanoff, S., Johansson, I.-L. & Kjellgren, K. 2011. Person-centered care— Ready for prime time. *European journal of cardiovascular nursing*, 10(4):248-251.
6. Eldh, A-C. (2006). Patient participation- what it is and what it is not. Doctoral dissertation: Örebro Universitet.
7. Senaste version av SOSFS 2008:14. Socialstyrelsens föreskrifter om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården (patientdelaktighet)
8. Kjaergaard Danielsen, A., Elgaard Soerensen, E., Burcharth, K., & Rosenberg, J. (2013). Learning to live with a permanent intestinal ostomy; Impact on everyday life and educational needs. *Journal of Ostomy Care* 40(4), 407-412.
9. Sinclair, L.G. 2009. Young adults with permanent ileostomies: Experiences during the first 4 years after surgery. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*, 36(3):306-316.
10. European Association of Urology Nurses (EAUN), *Incontinent Urostomy- Good Practice in Health Care*. Edition presented at the 10th International EAUN meeting, Stockholm 2009. ISBN: 978-90-79754-13-7.
11. Lynch, B. M., Hawkes, A. L., Steginga, S. K., Leggett, B., & Aitken, J. F. (2008). Stoma surgery for colorectal cancer: a population-based study of patient concerns. *Journal of Wound, Ostomy & Continence Nursing*, 35(4), 424-428 425p.
12. SOSFS 2013:6 om användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården
13. Person, B., Ifargan, R., Lachter, J., Duek, SD., Kluger, Y., Assalia, A. (2012). The impact of preoperative stoma site marking on the incidence of complications, quality of life, and patient's independence. *Br J Nurs* Jul;55(7):783-7.
14. Park, J.J., del Pino, A., Orsay, C.P., Nelson, R.L., Pearl, R.K., Cintron, J.R. & Abcarian, H. (1999). Stoma complications: The Cook county hospital experience. *Diseases of the Colon & Rectum*, 42(12), 1575-1580.
15. Wells, M. & MacBride, S. (2003). Supportive care in radiotherapy. S. Faithfull & M. Wells (Red.), *Radiation skin reactions* (pp 135-159). New York: Churchill Livingstone.
16. Cottam J & Richards K (2006) National audit of stoma complications within 3 weeks of surgery. *Gastrointestinal Nursing*. 4(8):34-9.

17. Brooke BN (1952) The management of an ileostomy including its complications. *The Lancet*. 2(3):102-4.
18. Honkala, S. & Berterö, C. 2009. Living with an ostomy: Women's long term experiences. *Vård i Norden*, 29:19-22.
19. Sun, V., Grant, M., McMullen, C.K., Altschuler, A., Mohler, M.J., Hornbrook, M.C., Herrinton, L.J., Baldwin, C.M. & Krouse, R.S. 2013. Surviving colorectal cancer: longterm, persistent ostomy-specific concerns and adaptations. *Journal of wound, ostomy, and continence nursing*, 40(1):61-72.
20. McMullen, C.K., Hornbrook, M.C., Grant, M., Baldwin, C.M., Wendel, C., Mohler, M., Altschuler, A., Ramirez, M. & Krouse, R. 2008. The greatest challenges reported by long-term colorectal cancer survivors with stomas. *J Support Oncol*, 6(4):175-182.
21. Carlsson, E., & Persson, E. (2012). Omvårdnad av patienter med kolorektala sjukdomar. I L. Lindwall (Red.), *Omvårdnad vid kirurgiska sjukdomar* (s. 75-90). Lund: Studentlitteratur AB.
22. Person, B., Ifargan, R., Lachter, J., Duek, SD., Kluger, Y., Assalia, A. (2012). The impact of preoperative stoma site marking on the incidence of complications, quality of life, and patient's independence. *Br J Nurs* Jul;55(7):783-7.
23. Lee, Richard K., Abol-Enein, Hassan., Artibani, Walter., Bochner, Bernard., Dalbagni. Guido., Daneshmand, Siamak., Fradet, Yves., Hautmann, Richard E., Lee, Cheryl T., Lerner, Seth P., Pycha, Armin. , Sievert, Karl-Dietrich., Stenzl, Arnulf., Thalmann, Georg., Shariat, Shahrokh F. Urinary diversion after radical cystectomy for bladder cancer: options, patient selection and outcome. *Bju Int*. 2014 Jan: 113(1)11-23.
24. Wade, B.E. (1990). Colostomy patients: psychological adjustment at 10 weeks and 1 year after surgery in districts which employed stoma-care nurses and districts which did not. *Journal of Advanced Nursing*, 15(11), 1297-1304.
25. Marquis, P., Marrel, A., Jambon, B. (2003). Quality of life in patients with stomas: The Montreux study. *Ostomy Wound Manage*, 49(2), 48-55.
26. Bekkers, M.J.T.M., van Knippenberg, F.C.E., van den Borne, H.W.&van Berge-Henegouwen, G.P. (1996). Prospective evaluation of psychosocial adaptation to stoma surgery: The role of self-efficacy. *Psychosomatic Medicine*, 58, 183-191.
27. Nielsen, C. (2011). Omvårdnad vid stomi. I H. Almås, D.-G. Stubberud, & R. Grønseth (Red.), *Klinisk omvårdnad* (s. 104-132). Stockholm: Liber.
28. Ramirez, M., McMullen, C., Grant, M., Altschuler, A., Hornbrook, M., & Krouse, R. (2009). Figuring out sex in a reconfigured body: experiences of female colorectal cancer survivors with ostomies. *Women & Health*, 49(8), 608-624.
29. Wiel H. Weijmar Schultz W, Hengeveld M, W., Staneke A. Sexual functioning after ostomy surgery. *Sexual and Marital Therapy* 6 (2): 195-209, 1991.
30. Borwell B (1997) The psychosexual needs of stoma patients. *Professional Nurse*. 12(4):250-5.
31. Comb J (2003) Role of the stoma care nurse: patients with cancer and colostomy. *British Journal of Nursing*. 12(14):852-6.

32. Schmidt, C. D., Daun, A., Malchow, B., Kuchler, T. (2010). Sexual Impairment and Its Effects on Quality of life in Patients with Rectal Cancer. *Deutsches Ärzteblatt International*, 107 (8), 123-130. 32.
33. Bloemen, J. G., Visschers, R.G. J., Turin, W., Beets. L. G., Konsten, J. L. M. (2009). LongTerm Quality of Life in Patients with Rectal Cancer: Association with Severe Postoperative Complications an Presence of a Stoma, *Dis Colum Rectum*, 52 (7), 1251-1258.
34. Svensk sjuksköterskeförening personcentrerad vård. December 2010