

Jag hade den stora förmånen att genom Stomisektionens generösa stipendium för första gången delta i de nationella dagarna för stomiintresserad vårdpersonal. Det var tilltalande att temat var "Kolorektal omvårdnad med fokus på snabb kirurgisk återhämtning". Det gör att kompetensområdet vidgas och att fler personer blir intresserade. Konferensanläggningen var fantastisk. Trevliga lokaler och mat som anstår en gourmet restaurang. Utställningsbesök av olika firmor, kaffe, godis och frukt fanns möjlighet till hela tiden. Tillsammans med företagarna var vi fler än 130 stycken deltagare.

Torsdag: 15 mars



Efter välkomnande från Stomisektionens styrelse startade föreläsningarna. Dessa inleddes av **Anna Johansson, stomiterapeut i Skövde**. Hon berättade om deras "Fast Track" koncept. Man hade gjort ett gediget förarbete med studiebesök samt diskussioner om hur det bäst kunde anpassas till det egna sjukhuset.

Innan start hade ett PM, skriftlig patientinformation utarbetats och personalen fått information. Syftet var att i första hand att patienterna skulle må bättre, att de postopkomplikationerna skulle minska och ev. förkorta vårdtiderna. Man valde endast planerad kolonkirurgi.

Patienter med inflammatorisk tarmsjukdom, levermetastaser eller för övrigt svårt sjuk patient exkluderades. Patienterna skrevs in veckan innan och man hade utarbetat ett schema med preoperativ dryck och direkt efter operation dryck och mobilisering.

Sedan kom en målande beskrivning om vad som hände på sjukhuset. Kontentan var att det är viktigt att alla är med på noterna men trots allt var resultatet sådant att man ville fortsätta. Samarbetet med serviceavdelningarna förbättrades, patientinformationen och informationen till avdelningspersonalen utvecklades. Rutiner förbättrades så idag ser det bra ut med gott samarbete, välfungerande rutiner, personalen är trygg med arbetssättet och det har utarbetats ett nytt PM.

Anna avslutade med tankar om vad man lärt sig

- informera och utbilda
- börja småskaligt
- utarbete bra patientinformation
- arbeta fram rutiner på avdelningen
- temaarbete, även över gränserna är viktigt
- låt det få ta lite tid
- utvärdera

Framtiden kanske även inkluderar patienter för rectumkirurgi, stomipatienter och kanske även alternativ till EDA utvecklas. 100-150 patienter/år ingår i Fast Track. I 5 år har man använt systemet.



Vilka upplevelser av "tidig hemgång" patienter har föreläste **Monica Silebäck från Östra sjukhuset i Göteborg**. Hon hade gjort en uppsats i ämnet. Bakgrunden var att kortare vårdtider blir allt vanligare. Många studier har gjorts men ingen artikel kunde hittas som handlade om patienternas upplevelser.

Syftet med studien var att kunna beskriva patientens upplevelser. Det gjordes intervju av 10 patienter där intervjun spelades in på bandspelare. Resultatet visade att **tillit** är viktigt. Närstående är viktigast för patienten och patienten tror att personalen gör det som är bäst.

Bekräftelse och **kontroll** är betydelsefullt. Allt för många olika personer i personalen ger otrygghet = bristande kontroll. Vidare gav studien att begreppet **hälsa/livskvalité** har stor betydelse.

Avslutningsvis fortsätter Monica att berätta att patienterna inte upplever det negativt att skrivas ut tidigt från sjukhuset även om de hade cancerdiagnos. De tyckte att ett uppföljande telefonsamtal var värdefullt och sågs som en bekräftelse på att någon brydde sig. Patienterna kunde kontakta avdelningen direkt om något hände ex. sårinfektion. Men.... *Största stödet får patienterna av närstående.* Kanske skulle en ny studie se på om det behövs speciell planering för ensamstående patienter.



Anne-Marie Hallén, Östra sjukhuset; fortsatte torsdagen med att redovisa sin D-uppsats: "hur den stomiopererade patienten lär sig hantera sin stomi". Anne-Marie hade intervjuat 6 män och 6 kvinnor 2 månader efter operationen. De huvudkategorier som kom fram var:

Kroppsuppfattning: Här framkom psykiska reaktioner exempelvis acceptans, humor och påverkan av sexlivet. Fysiska förändringar exempelvis äckelkänslor, ovilja att spegla sig.

Pedagogiska metoder "jag gör det, lär mig genom att göra det" var ett citat. Diskuterade undervisning, det stegvisa lärandet, litteratur där bl.a. informationsbroschyr ansågs som viktigt. Utvärderingar är en form av undervisning där frågor och diskussioner förstärker lärandet.

Behovet av stöd. Även här framkom närståendes betydelse men även bemötande bl.a. från stomiterapeut. Behovet av att prata, diskutera, lyssnandet men också att det är betydelsefullt att vara lyhörd. Mötet med andra är viktigt exempelvis med annan stomiopererad. För patienten betyder det att han/hon inte är ensam.

Anne-Marie avslutade med att påpeka att uppfattningen av kroppen är betydelsefullt för hur man ska kunna uppfatta sin nya livssituation.



Dagen fortsatte med **Eva Perssons** föreläsning om "Att leva med ökad risk för att utveckla colorektal cancer. Eva kommer också från **Östra sjukhuset i Göteborg.**

Eva inledde med att prata om hereditär non-polypös kolorektal cancer som är den vanligaste formen av hereditära colonicarcinom syndromet.

Syftet med studien var att få en fördjupad förståelse. När gruppen hade identifierats djupintervjuades totalt 29 personer.

Två teman framkom

Att leva med ett hot. Där personerna hade en medvetenhet om hotet men också att man undvek att tala om det.

Känslomässig påverkan på familjen. Här framkom oroliga anhöriga. Att känslor väcks av undersökningarna. Men också positiva tankar som " hittar de cancer så blir det i ett tidigt skede" eller "jag vill ha bevis på att jag är frisk".

Positiva och negativa känslor inför hälso- och sjukvården sågs.

Det var viktigt med delaktighet i beslut. Alla var medvetna om att de levde med en risk. Yngre personer hade större medvetenhet om risken än vad äldre generationen trodde. Unga var också medvetna om föräldrarnas oro. Flera hade ju släktingar som avlidit eller var sjuka.

Yngre ville veta mer om ex. familjens cancerhistoria. Patienterna hade stark tilltro till undersökningar och ville delta. De flesta hade också stark tilltro till vården.

Senare under torsdagen hade vi grupparbeten. Vi var 8 grupper och vi skulle tala om preoperativ information, träning, utskrivning och uppföljning. Vi hade långa och många diskussioner. Det var jättekul. Sedan skulle vi redovisa. Vi hade inte så många punkter men vi var rörande överens. Stomisektionens styrelse sammanställer vad vi kom fram till och skickar ut till deltagarna.

På kvällen hade vi fantastiskt god middag med underhållning. Vi tog till och med en svängom med varandra innan det blev sängdags så vi skulle orka med en dag till.

Fredag: 16 mars



Fredag 16 mars startade vi 8:30 med **Gun Westlunds** arbete "Psykosociala aspekter på GI cancer" som hon skrev när hon läste onkologi. Gun arbetar i **Falun**.

Gun började med att prata om ordet cancer och vilken påverkan det har på människor sedan diskuterade hon begreppet kris. Redogjorde också för olika specifika fysiska problem vid GI cancer ex. avföringsläckage, stomi, ätandet, sonder, hårkvalite och perianala såret.

Talade sedan om olika tankar runt dessa begrepp. Hur kommer patienten vidare?

Kommer då in på coping., vilket är att bemästra en situation, att tampas med, tackla och övervinna något.

Det har betydelse vem patienten är
personligheten
närstående
patientens sociala sammanhang och
sjukvårdens förmåga att stödja

Gun berättade att hon funderat en del över vilket stöd patienter har som inte fått en stomi och därmed en specifik mottagning att gå till. Kanske skulle det finnas mottagningar för tarmpatienter?

Copingstrategier består av olika metoder
känslomässigt orienterad
kognitiv coping
problemorienterat - "hitta nya lösningar"

Det visar sig att hos patienten minskade problemen över tid men hos anhöriga minskade varken diskrepans (motsägelse) eller oro. Kanske skulle det finnas mer stöd för de anhöriga.

Gun tipsar om www.roc.se "omvårdnad vid kolorektalcancer" i Uppsala/Örebroregionen. Detta arbete var klart 070228.



Förmiddagspasset fortsatte med att **Lena Toft från Helsingborg** pratar om arbetet med stomiträning som är en viktig uppgift.

I Helsingborg har man ett pågående projekt med stomiundervisning till personalen. Det är viktigt med kunnig vårdpersonal. Litteratursökning gav inget förslag till modell. I Helsingborg har man bl.a. använt sig av Dorotea Oreams omvårdnadsteori och hennes egenvårdsbalans.

Målet är att patienten ska kunna utföra alla moment i träningen själv och bli trygg.

Stomiterapeut har ett preoperativt möte med information, sedan när patienten kommer till avdelningen görs stomimarkeringen.

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska ansvarar för träningen och stomiterapeutens uppgift är att stötta och vägleda.

Stomiterapeut håller i utskrivningssamtalet.

Patienter har ibland varit kritiska eftersom personalen ger olika budskap.

Stomiterapeut ska informera alla nya sjuksköterskor på kliniken men det har hittills varit svårt att få till en bra struktur. Men nu har en modell utarbetats som ännu inte är i fullt bruk

All personal ska få utbildning i ett första steg sedan kommer varje nyanställd att få utbildning.

Utbildningen ska innehålla:

Stomiomvårdnad Allmänt samt om dokumentation, suturtagning, förhållningssätt och kroppsspråk.

Stomiträning. Utförligt och för pat. ska det ske i 6 steg med ett nytt moment/dag. Checklista ska finnas

Stomityper

Kost. Alla patienter får sjukhus kost men personalen ska tipsa om det som finns på bricken. Ex. "dela på bönorna de kan ge dig besvär" etc.

Tanken är att samla 3-4 personer max 1 timme. Utbildningen ska ge ett slags körkort. Personalen ska ha en egen checklista så de vet att "nu kan jag ex. ta suturer". Stomiterapeut är med vid träning och suturtagning.

Den här modellen ska göra att patienten får en samstämmig information som leder till trygghet och säkerhet.



Förmiddagens föreläsningar fortsatte med **Jeanette Fingren** som föreläste om sin D-uppsats som strax är klar. Jeanette arbetar också på **Östra sjukhuset**.

Uppsatsen handlar om Fantomfenomen efter rectumamputation. I Sverige upptäcks ca 1800 fall av rectumcancer varje år. Det är äldre personer, 75 % är över 65 år.

Fantomfenomen är ett välkänt problem som upplevs vid olika typer av amputationer ex. bröst, ben, tunga, penis och inre organ. Behöver inte vara smärtsamt. Skulle det förekomma smärtor är den i sig mycket svårbehandlad.

Vanliga fantomfenomen är en känsla av att behöva tömma tarmen på avföring eller gas. Det kan även visa sig som sveda, klåda eller en brännande känsla.

I aktuell studie om fantomfenomen har Jeanette fokuserat på upplevelse, frekvens och livskvalitet. I undersökningsgruppen ingick 25 patienter (18 män och 7 kvinnor).

92 %! upplevde fantomfenomen och 56% uppgav smärtsamma fenomen.

Vanligast var att patienterna hade en känsla av avföring i ändtarmen (19 st).

Konklusioner:

23 av 25 patienter har fenomen. Kan den högre siffran bero på att metoden är intervjuer i stället för ex. enkät?

4 av 25 patienter tyckte det påverkar det dagliga livet

frekvensen var 1 gång/dag till någon gång/vecka

10 av 25 patienter uppgav att de fått preoperativ information om fantomfenomen.

Sent debuterade fantomfenomen kan tyda på recidiv.

Jeanette diskuterar informationen till patient om fantomfenomen. Det är mycket information inför en rectumamputation och det är troligen så att den här informationen behöver upprepas flera gånger. Ev. kan man ha en checklista till hjälp.



Ina Berntsen redogör för ett arbete som alla stomiterapeuterna på Östra gjort. Här har man tittat på stomirelaterade komplikationer hos akutopererade patienter. Dessa patienter har sällan eller aldrig träffat stomiterapeut innan operation och de har inte fått stomiläget markerat. Syftet var att se på frekvensen och typ av stomirelaterade problem.

Materialet var patienter som opererats mellan 2003- 2005. Det var 144 patienter där diverticulit var vanligaste orsaken till operation. Det var företrädesvis sigmoideostomier även som loop-stomi.

Regelbunden uppföljning har gjorts upp till 1år postoperativt även en 2-årsuppföljning planeras. Stomidiameter, form och hudkomplikationer har undersökts. Hudkomplikationer är vanligt ff. hos patienter med loop-ileostomier (uppåt 70% vid någon mätning)

Slutsatsen blir att det är värdefullt att följa upp patienterna regelbundet, behandla stomikomplikationer och justera alt. utprova specialförband.

Många av de här patienterna avlider i sin sjukdom och har alltså sin stomi livslångt andra får den nedlagd. Gruppen patienter kräver engagemang av stomivården.

Efter kaffebreak ägnades 2 timmar åt Erstamodellen för snabb kirurgisk återhämtning, där vi fick en strålande genomgång av deras arbete ur olika perspektiv där kirurg, stomisköterska/stomiterapeut, mottagningsköterska och avdelningssköterska redogjorde för sina delar i vårdprogrammet.



Jonas Nygren, colorectalkirurg inledde. Han redogjorde för metaanalyser som gjorts vilka talar till fördel för snabb kirurgisk återhämtning. 1995 startade modellen på Hvidovre i Danmark. De hade 5 dagars vårdtid vid sigmoideumkirurgi. Det är viktigt att man tittar brett på "hela resan genom vårdförloppet".

Preoperativt har ofta "Eminence" använts trots "evidence" som Nygren uttryckte det. Tanken med vårdprogram uttrycker en vilja att gå mot evidence i stället för erfarenhet. Ibland är det rätt väg och ibland inte med erfarenhetskunskap.

Med nytt vårdprogram på Ersta har vårdtiden sjunkit och utskrivningskriterierna är klara ett par dagar innan patienten skrivs ut.

Numera har man inga tarmförberedelser, kolhydratdryck ges, droppet tas bort dag 1 och man jobbar med tidig mobilisering. Ersta sjukhus har nu 5 dagars vårdtid eller mindre vid colonkirurgi. Rectumkirurgi har 6 dagars vårdtid. Det totala antalet komplikationer har minskat exempelvis illamående och ileustendenser. Vårdprogrammet är indelat i olika delar - pre- per och postoperativt.

Malnutrition ökar de postoperativa komplikationerna, infektioner exempelvis. På Ersta ges näring innan operation. Det sätts in 2 veckor före. Minst 500 kcal/d och minst 30 gram protein ges. Har patienten striktur ges hela energibehovet som näringsdryck. Det har visat sig att patienterna ökar i vikt och har mindre smärtor i buken.

Laxering De metaanalyser som gjorts visar att laxering före operation inte minskar komplikationerna. Anastomosläckagen ökar om patienten är tarmförberedd. På Ersta får patienter som opereras med låga anastomoser tarmrengöring och övriga patienter får ett Klyx.

Nutrition i samband med op Kvällen före operation ges 800 ml oral kolhydratnäring och 2 timmar före narkos ges 400 ml. Då krävs mindre peroperativ vätska vilket minskar riskerna för övervätskning som i sig kan öka komplikationerna. Patienten äter från dag 1. Målsättningen är normalt kaloriintag snarast efter operationen och patienterna får även näringsdryck

Smärtlindring Patienterna har EDA som tas ut utan nedtrappning. Som regel 2:a postoperativa dygnet. Man använder sedan med fördel Reliflex som är NSAID, men som inte påverkar blödningstiden.

Laxering efter operationen ges till colonpatienterna med Salilax 1-2 postopdagen. Rectumpatienterna ges inte vid låg anastomos. Stomipatienterna får också Salilax.

Mobilisering sker enligt schema. Patienten ska komma upp från dag 1. Då handlar det om att komma ur sängen 4 timmar med ökande tid dag för dag.

Utskrivningsplanering

Patienten är hemfärdig då han/hon kan äta och dricka och att magen är igång.

Ofta fungerar detta från 2:a postoperativa dagen men att det sedan är andra orsaker till att patienten inte skrivs hem. Planen är att colonpatient ska skrivas ut dag 3 och rectumpatient dag 5.

Det måste finnas organisation så patienten kan ta kontakt med sjukhuset efter utskrivningen. De ska inte behöva sitta på akutmottagningarna. Det ska finnas en "Fast Track" tillbaka till avdelningen.



Mottagningsköterskan Marja Höök fortsatt med att beskriva planeringen av vårdkedjan.

Mottagningsköterskan är spindeln i nätet. Hon bokar in tider för läkarbesök, patientundervisning och narkosbedömning. Inläggningen brukar ske dagen innan operationen på eftermiddagen.

När operationstiden bestäms bokar mottagnings- sköterskan alla steg i kedjan. Hela teamet träffar patienten: Läkare, mottagningsköterskan (som blir patientens kontaktsköterska). Vid behov kopplas dietist, kurator och stomisköterska in.

Avdelningen ringer upp patienten 2 dagar efter utskrivning och tid för återbesök finns planerat 10-12 dagar efter op. Efter 30 dagar kommer ytterligare ett telefonsamtal

Marja trycker på att det är viktigt att alla säger samma sak. Närstående ska kopplas in. De är en mycket viktig resurs.

Samma regler ska följas och man ska inte improvisera. Följer man konceptet ger det trygghet delaktighet möjlighet att påverka



Siv-Inger Holmgren som jobbar på avdelning talade om patientundervisningens betydelse.

Grundidén är att en välinformerad patient klarar vårdtiden bättre, minskar oro- analgetikabehov - tarmparalys. Patienten återhämtar sig snabbare. Första undervisning sker vid ett annat tillfälle än mottagningsbesöket annars är det risk för att det blir för mycket information vid ett tillfälle.

Avdelningsköterskan är väl insatt i avdelningens vård och patienten får möjlighet att hälsa på avdelningen innan inläggningen.

Undervisningen sker på avdelningen, beräknad tidsåtgång är 1 timme. Patienten ska helst ha med sig en närstående. Informationen ges muntligt och skriftligt. Den innehåller alla delarna från vårdprogrammet

- **nutrition** Informerar patienten om fast föda, näringsdrycker. Visar patientkylskåpet. Patienten vägs varje dag.

- **mobilisering** Patienten ska komma ur sängen 8 timmar/dag samt gå promenader 2 gånger dagligen. Måltiderna serveras i matsalen. Patienten har en egen loggbok där det antecknas hur det gått under dagen.

- **smärtlindring** Viktig med bra information. Informerar om att man inte kan lova smärtfrihet men väl fungerande smärtlindring. Det är en förutsättning för att det övriga programmet ska fungera.

- **förväntad vårdtid.** Viktigt att vara tydlig här så att alla inklusive anhöriga vet hur planen ser ut och när patienten kan väntas hem.

- **utskrivningskriterier.** Informerar om att man ska kunna äta själv, magen ska vara i gång och smärtlindringen ska fungera. Då är patienten också klar för utskrivning.

Ankomstsamtal görs vid detta besök. Eventuellt kan speciella vårdbehov fångas upp redan här och utskrivningsplaneringen kan starta tidigt.



Patienten och stomivården

Här pratade **Annica Wistedt** och **Britt Marie Olsson**, stomisjuksköterskor. De får remiss från PAL när det kan bli aktuellt med stomioperation.

De brukar ringa upp och skickar sedan kallelse tillsammans med ett välkomstbrev.

Den preoperativa informationen brukar ge inblick i stomisjuksköterskornas arbeten och omvårdnadsanamnes tas upp. Patienten får en mapp med specifik information utifrån stomityp. Patienterna får också muntlig information samt en praktisk genomgång av stomimaterialet. På Ersta används en speciell loggbok för stomiopererade.



Dagen före operationen sker en uppföljning. Då görs även stomimarkering och necessär med produkter lämnas. Till de patienter där det är tveksamt om de ska få en stomi ges bara en enkel information och stomin markeras.

Efter operationen sker träningen enligt schema. Från dag 1 ska påsen bytas x 2 oberoende av om det finns innehåll eller ej. När magen är igång och stomiskötsel fungerar är patienten hemgångsklar. Återbesök till stomimottagningen sker 2veckor efter utskrivningen sedan 3-4 veckor efter 1:a återbesöket slutligen 4-5 veckor efter 2:a återbesöket sedan v.b.



Den här fantastiska kongressen avslutas med **Lisbet Carlborg**, En präst som sadlat om och nu handleder chefer och föreläser. En mycket färgstark kvinna som serverade kunskapen om att erövra sin glädje. Det skedde med humor och skratt, skratt som ibland satte sig på tvären.

Hon pratade om surkorvar och russin. Hon menade att typen surkorvar inte tar ansvaret för sina liv. De anser att ansvaret är någon annans. I surkorvarnas liv finns avund, avundsjuka och missundsamhet med. Russinen är de här människorna som trots sin utsida luktar gott och smakar gott.

Lisbet Carlborg pratade om att vi ska stå pall och sluta jämföra oss med andra. "För inte vill vi bli sura gamla käringar som Gud tar allra sist?" Det är också viktigt att lära sig läsa andra människor, ha koll på proportionerna och på bitterheten. Bitterhet är bara obearbetad sorg menar Lisbet. Ni som inte var där - om ni någon gång har möjlighet så lyssna på denna kvinna så gör det!

Tack till stomisektionens styrelse för deras arbete med att få till en så givande och trevlig kongress. Tack till företagen som hade trevliga montrar med hjälpmedel både nytt och sådant vi kände till.

Inger Lauridsen Towestam
Stomiterapeut
Torsby Sjukhus
Inger.lauridsen@liv.se