

 SØRLANDET SYKEHUS		Somatikk Kristiansand		Generelt dokument
Cancer Recti, Kirurgiske Senger SSK, Post 3A				Side 1 av 5
Dokument ID: II.SOK.KSK.3A.2..2-10		Godkjent dato: 08.04.2024	Gyldig til: 08.04.2026	Revisjon: 4.05

Somatikk Kristiansand/Kirurgiske senger SSK/Post 3A/Pasienter og brukere/S - Sykepleiefaglig

Omfang

Prosedyren omhandler sykepleie til pasienter som opereres for rectumcancer, og gjelder for sykepleiere og hjelpepleiere på Kirurgiske senger SSK, post 3A.

Hensikt

Sikre at pasienter som gjennomgår rectumreseksjon / rectumamputasjon får forsvarlig og god behandling.

Ansvar

Enhetsleder har ansvar for at prosedyren er tilgjengelig og kjent i avdelingen. Sykepleier og hjelpepleier med ansvar for pasienter som opereres for rectumcancer, har ansvar for å følge prosedyren.

Bakgrunn

Pasienter som opereres for rectumcancer har vært på en poliklinisk forundersøkelse (FUS) hvor de får informasjon om diagnose og planlagt behandling. Hvis det ikke er planlagt anleggelse av stomi, får pasienten utdelt heftet [Til deg som skal gjennomgå tarmkirurgi \(rectumreseksjon uten stomi\) Pasientinformasjon SSHF](#) på FUS. Ved planlagt stomi får pasienten utdelt heftet [Til deg som skal gjennomgå tarmkirurgi \(rectumamputasjon og annen tarmreseksjon med stomi\) - Pasientinformasjon SSHF](#). På FUS går sykepleier gjennom heftet sammen med pasienten. På 3A følger vi ERAS-prinsippene pre- og postoperativt. ERAS-prinsippene er sentrale i informasjonsheftet og pleiepersonellet på 3A skal legge til rette for at pasienter som opereres, følger dagsplanene som beskrives i heftet og i denne prosedyren. Målet er å forebygge komplikasjoner og at pasientene kommer seg raskest mulig etter inngrepet.

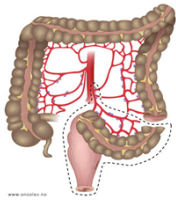
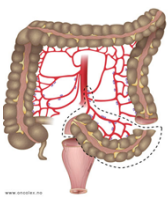
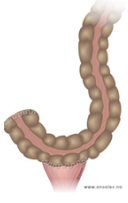
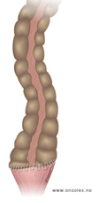
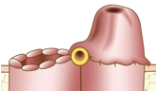
UTREDNING OG MOTTAK AV PASIENT	
Symptomer	Symptomer på rectumcancer står beskrevet i diagnoseveileder helsedirektoratet
Utredning	Utredningforløpet av tykk- og endetarmskreft står beskrevet i behandlingslinje for tykk- og endetarmskreft
Mottak av pasient	- Pasientene kommer til poliklinisk forundersøkelse. På FUS går sykepleier gjennom heftet "Til deg som skal gjennomgå tarmkirurgi" sammen med pasienten. Pasienten stomimarkeres og får stomimappe hvis det planlegges stomi. Det avgjøres om pasienten legges inn kvelden før eller operasjonsdagen - Har pasienten kommunal hjelp ved innleggelse: - Registrer PLO-kommune - Send PLO-helseopplysning (innen 24 timer)

Kirurgisk behandling	
Preoperative forberedelser	Følg prosedyren Klargjøring av gastrokirurgiske pasienter til operasjon, Kirurgiske Senger SSHF
Planlegging av utskrivelse	- Kartlegge behov for kommunal hjelp - Trenger pasienten kommunal hjelp eller har pasienten kommunal hjelp ved innleggelse: - Send PLO-helseopplysning - Send PLO- utskrivningsrapport

Utarbeidet av: Arbeidsgruppe POP-prosjekt	Fagansvarlig: Hans Joachim Hauss	Godkjent av: Paula Axelsen	
---	--	--------------------------------------	--

 SØRLANDET SYKEHUS	Cancer Recti, Kirurgiske Senger SSK, Post 3A				Side: 2 Av: 5
Dokument-id: II.SOK.KSK.3A.2..2-10	Utarbeidet av: Arbeidsgruppe POP-prosjekt	Fagansvarlig: Hans Joachim Hauss	Godkjent dato: 08.04.2024	Godkjent av: Paula Axelsen	Revisjon: 4.05

Somatikk Kristiansand/Kirurgiske senger SSK/Post 3A/Pasienter og brukere/S - Sykepleiefaglig

Operasjon	- Inngrepet gjøres i narkose, enten som kikkhullskirurgi eller som åpen operasjon. Den affiserte delen av tarmen fjernes. Pasienten får innlagt EDA v/åpen operasjon. Eksempler på inngrep:  Rectumamputasjon  Hartmanns operasjon  Ende-til-side-anastomose Lav fremre reseksjon  Ende-til-ende-anastomose Lav fremre reseksjon - Stomi legges ofte ut ved behandling av endetarmskreft. Stomien er enten permanent eller midlertidig. Permanent stomi er nødvendig når det gjøres rectumamputasjon. Det anlegges da endesigmoideumstomi. Midlertidig stomi anlegges for å avlaste en anastomose. Når det er nødvendig med en midlertidig stomi, legges det som regel ut en avlastende bøyleileostomi.  Endesigmoideumstomi  Bøyleileostomi - Se oncolex.no for mer informasjon om den kirurgiske behandlingen
Komplikasjoner	- Anastomosesevikt - vil si at det lekker tarminnhold fra skjøten som er laget under operasjonen. Reoperasjon er ofte nødvendig - Postoperativ ileus - Sårruptur - Lungebetennelse, hjerteproblemer, slag, blodpropp og sårinfeksjon.

POSTOPERATIV SYKEPLEIE	
Kunnskap/ utvikling	Oppfordre pasienten til å fylle ut pasientdagboken
Sirkulasjon	- Observere med tanke på blødning - NEWS ved ankomst sengepost. Videre målinger avhengig av NEWS-score, oftere v/klinisk forverring
Respirasjon	- Lungefysioterapi (v/åpen operasjon) - CPAP hver 3.time (åpen operasjon) 10 dype pust x 1 hver våkne time - Administrere oksygen som forordnet av lege
Ernæring/ væske/ elektrolytt-balanse	- Lett fordøyelig kost de første postoperative dagene - Administrere iv som forordnet, unngå unødvendig iv - Måle drikke - Tilby næringsdrikk (1 operasjonsdagen, 2 f.o.m 1.postoperative dag) - Føre væskeregnskap - Blodprøver som forordnet av lege - Vekt daglig
Eliminasjon	- Observere og dokumentere tarmfunksjon - Måle mengde på KAD - KAD fjernes så tidlig som mulig (etter legens forordning) - Blærescannepasienter som ikke klarer å late vannet spontant postoperativt - Kateterisere ved behov. Blærevolumet bør ikke overstige 400ml Kateterisering - steril intermitterende - SIK - SSHF

 SØRLANDET SYKEHUS		Cancer Recti, Kirurgiske Senger SSK, Post 3A			Side: 3 Av: 5
Dokument-id: II.SOK.KSK.3A.2..2-10	Utarbeidet av: Arbeidsgruppe POP-prosjekt	Fagansvarlig: Hans Joachim Hauss	Godkjent dato: 08.04.2024	Godkjent av: Paula Axelsen	Revisjon: 4.05

Somatikk Kristiansand/Kirurgiske senger SSK/Post 3A/Pasienter og brukere/S - Sykepleiefaglig

Stomi	- Følg prosedyren Stomipleie, SSHF - Skrive blå resept og bestille stomiutstyr Bestilling av stomiutstyr, Kirurgiske Senger SSK, Post 3A - Vurdere om pasienten vil trenge kommunal hjelp i forhold til stomien i samråd med pasienten Plan for stomitrening: 1. p.o dag: Pasienten ser på bytting av stomipose første dagen, men bør prøve å fjerne pose og vaske rundt stomi under veiledning. Bør gjennom dagen øve seg på å tømme posen selv. 2. p.o dag og videre: Pasienten utfører stomistellet selv under veiledning og tømmer pose selv med assistanse hvis det er behov.
Hud/vev/sår	Laparoskopisnitt - Sårene dekkes med steril bandasje minimum 24 timer - Bandasjen forsterkes ved gjennomsviv første 24 timer - Dusjing tillates etter 24 timer - Bytt bandasje og inspiser såret utskrivelsesdagen Laparotomisnitt - Såret dekkes av steril bandasje minimum 48 timer - Bandasjen forsterkes ved gjennomsviv første 24 timer - Dusjing tillates etter 48 timer - Bytt bandasje og inspiser såret utskrivelsesdagen Perinealt operasjonssår (rectumamputasjon) - Såret dekkes med absorberende bandasje - Bandasjen observeres hver vakt og byttes ved behov - Såret avlastes ved sitting - Bytt bandasje og inspiser såret utskrivelsesdagen
Aktivitet	- Standard overvåkingstid på po er 4 timer. Hvis pasienter blir på po > 4 timer, mobiliseres pasienten der - Pleier er hos pasienten ved første mobilisering - Pasienten følger dette mobiliseringprogrammet: Operasjonsdagen: - Sitte oppe 2 timer 1.postoperative dag: - Være ute av sengen 6 timer - Gangtrening x 4 - Spise måltider på spiserom F.o.m 2.postoperative dag: - Være ute av sengen 8 timer - Gangtrening x 4 - Spise måltider x 4
Smerte	- Kartlegge smerte og evaluere effekt av smertestillende ved hjelp av NRS - Mål: NRS ≤ 3 i ro og i aktivitet Epidural smertebehandling (åpen operasjon) - Følg prosedyren Epidural smertebehandling Kirurgiske Senger SSK ERAS - Anestesi til laparoskopisk colon- og rectumkirurgi ERAS - Anestesi til åpen colorectal og øvre abdominal kirurgi

 SØRLANDET SYKEHUS	Cancer Recti, Kirurgiske Senger SSK, Post 3A				Side: 4 Av: 5
Dokument-id: II.SOK.KSK.3A.2..2-10	Utarbeidet av: Arbeidsgruppe POP-prosjekt	Fagansvarlig: Hans Joachim Hauss	Godkjent dato: 08.04.2024	Godkjent av: Paula Axelsen	Revisjon: 4.05

Somatikk Kristiansand/Kirurgiske senger SSK/Post 3A/Pasienter og brukere/S - Sykepleiefaglig

Planlegging av utskrivelse	Pasienten kan utskrives når utskrivelseskriteriene oppfylles Utskrivelseskriterier: • Pasienten er oppegående og selvhjulpen • Pasienten spiser og drikker • Pasienten er ikke kvalm og er tilfredsstillende smertelindret av tabletter • Pasienten har hatt luftavgang (eller avføring) • Såret på magen er tørt og uten infeksjonstegn Tilleggs-kriterier for pasienter som har fått stomi: • Pasienten mestrer stomistell eller kommunal hjelp er bestilt • Stomiutstyr er bestilt og levert • Bestilt kontroll hos stomisykepleier Annet: • Behov for sykmelding? • Behov for resepter? • Behov for henvisning til fysio eller andre instanser?
Oppfølging	• Kontroll på gastrolab 3-4 uker etter utskrivelse (pasienten får informasjon om histologisvar) • Kontroll hos stomisykepleier ca. 2-3 uker etter utskrivelse • Videre oppfølging står beskrevet i informasjonsskrivet Oppfølging av endetarmskreft - Pasientinformasjon SSK Dette skrivet skal deles ut til pasienten utskrivelsesdagen • Bøyleileostomier legger normalt tilbake etter 3 måneder

Kryssreferanser

I.3.8-1	Stomipleie, SSHF
I.3.11-17	Kateterisering - steril intermitterende - SIK - SSHF
I.4.FEL.5-12	Klargjøring av gastrokirurgiske pasienter til operasjon, Kirurgiske Senger SSHF
I.5.1.2-18	Oppfølging etter tykk- og endetarmskreft - Pasientinformasjon SSK
I.5.1.2-21	Til deg som skal gjennomgå tarmkirurgi (Colonreseksjon uten stomi), Pasientinformasjon - SSHF
I.5.1.2-22	Til deg som skal gjennomgå tarmkirurgi (rectumreseksjon uten stomi) Pasientinformasjon SSHF
I.5.1.2-23	Til deg som skal gjennomgå tarmkirurgi (rectumamputasjon og annen tarmreseksjon med stomi) - Pasientinformasjon SSHF
II.SOK.AIO.SSK.2.a-47	ERAS - Anestesi til laparoscopisk colon- og rectumkirurgi
II.SOK.AIO.SSK.2.a-48	ERAS - Anestesi til åpen colorectal og øvre abdominal kirurgi
II.SOK.KSK.3A.2..2-3	Bestilling av stomiutstyr, Kirurgiske Senger SSK, Post 3A
II.SOK.KSK.3A.2..2-5	Utskrivelseskriterier colonreseksjon / rectumreseksjon / rectumamputasjon - Kirurgiske Senger SSK, Post 3A
II.SOK.KSK.3A.2.4-1	Behandlingslinje - Colorectalcancer - Forside
II.SOK.KSK.3A.7-8	Telefonkonsultasjon etter utskrivelse, colonreseksjon - ERAS, Kirurgiske Senger SSK, Post 3A

Eksterne referanser

Nygren J, Thacker J, Carli F, Fearon KCH, Norderval S, Lobo DN, Ljungqvist O, Soop M, Ramirez J. Guidelines for Perioperative care in Elective Rectal / Pelvic Surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society Recommendations

Tilgjengelig fra: [Guidelines for Perioperative care in Elective Rectal / Pelvic Surgery: Enhanced Recovery After Surgery \(ERAS\) Society Recommendations](#)

 SØRLANDET SYKEHUS	Cancer Recti, Kirurgiske Senger SSK, Post 3A				Side: 5 Av: 5
Dokument-id: II.SOK.KSK.3A.2..2-10	Utarbeidet av: Arbeidsgruppe POP-prosjekt	Fagansvarlig: Hans Joachim Hauss	Godkjent dato: 08.04.2024	Godkjent av: Paula Axelsen	Revisjon: 4.05

Somatikk Kristiansand/Kirurgiske senger SSK/Post 3A/Pasienter og brukere/S - Sykepleiefaglig

Lassen K, Soop M, Nygen J, Cox BW, Hendry PO, Spies C, Von Meyenfeldt M, Fearon K, Revhaug A, Norderval S, Ljungqvist O, Lobo D, Dejong C, for the Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Group. Consensus of Optimal Perioperative Care in Colorectal Surgery. Arch.surg/vol 144 (No10), Oct 2009

Prosedyrer hentet fra fagprosedyrer.no – Nasjonalt nettverk for fagprosedyrer

[Fagprosedyrer.no - håndtering av kirurgiske sår, primært lukket](#)

[Fagprosedyrer.no - perioperativ hypotermi - forebygging hos voksne](#)