

 Fagspesifikke prosedyrer		Generelt dokument	
Tilbakelegging av stomi, Kirurgiske Senger SSHF		Side 1 av 3	
Dokument ID: I.4.FEL.5-15	Godkjent dato: 06.09.2024	Gyldig til: 06.09.2026	Revisjon: 1.06

Fagspesifikke prosedyrer/Fellesdokumenter kirurgiske /somatiske senger/Gastro/gen

Omfang

Prosedyren omhandler sykepleie til pasienter som skal legge tilbake stomi.

Hensikt

Sikre at pasienter som skal legge tilbake stomi 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 skal tilbakelegge stomi, har ansvar for å følge prosedyren.

Bakgrunn

Utlagt tarm (stomi) er i mange tilfeller midlertidig. Ved denne operasjonen gjenopprettes normal tarmfunksjon.

UTREDNING, OBSERVASJONER OG BEHANDLING	
Aktuelle undersøkelser	• Rektoskopi / koloskopi for å kontrollere at forholdene i tarmen ligger til rette for tilbakelegging
Mottak av pasient	Følg avdelingens prosedyre for mottak av elektive pasienter, eventuelt Mottak av gastrokirurgiske pasienter -øyeblikkelig-hjelp Kirurgiske Senger SSHF Har pasienten kommunal hjelp ved innleggelse: • Registrer PLO-kommune • Send PLO-helseopplysning (innen 24 timer)
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
Kunnskap/ utvikling	• Del ut informasjonsskrivet Tilbakelegging av stomi - Pasientinformasjon SSHF

Kirurgisk behandling	
Preoperative forberedelser	• Følg prosedyren Klargjøring av gastrokirurgiske pasienter til operasjon, Kirurgiske Senger SSHF
Operasjon	Tilbakelegging av avlastende bøylestomi: Stomien løsnes fra feste i huden og bukvegg, og tarmen skjøtes sammen igjen. Inngrepet gjøres lokalt rundt stomien uten ytterligere åpning av bukhulen. Tilbakelegging av endecolostomi med skjøt til endetarm: De to tarmendene kobles sammen. Dette er et større inngrep enn førstnevnte. Som regel er det nødvendig med åpen operasjon. Begge inngrepene gjøres i narkose. Ved laparotomi får pasienten Epidural.
Komplikasjoner	Ved alle kirurgiske inngrep er det alltid en risiko for komplikasjoner. De vanligste er sårinfeksjon, lungeproblemer og unntaksvis blodpropp. Ved tilbakelegging av stomien får noen problemer med å få tarmfunksjonen i gang. Tarmslyng og anastomoselekkasje kan forekomme. Er mye av endetarmen eller tykktarmen fjernet i forkant, kan noen få problemer med løs avføring, hyppige tømninger eller problemer med å holde på avføringen. Mange opplever en bedring av dette i løpet av det første året.

POSTOPERATIV SYKEPLEIE

Utarbeidet av: Tverrgående arbeidsgruppe gastro	Fagansvarlig: Hauss	Godkjent av: Tone Kristin Hansen	
---	-------------------------------	--	--

 SØRLANDET SYKEHUS		Tilbakelegging av stomi, Kirurgiske Senger SSHF			Side: 2 Av: 3
Dokument-id: I.4.FEL.5-15	Utarbeidet av: Tverrgående arbeidsgruppe gastro	Fagansvarlig: Hauss	Godkjent dato: 06.09.2024	Godkjent av: Tone Kristin Hansen	Revisjon: 1.06

Fagspesifikke prosedyrer/Fellesdokumenter kirurgiske /somatiske senger/Gastro/gen

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) • SSK: CPAP hver 3.time (åpen operasjon) • SSA: Minipep x 1 pr time • 10 dype pust x 1 hver våkne time • Administrere oksygen hvis forordnet av lege
Ernæring/ væske/ elektrolyttbalanse	• Lett kost og drikke etter eget ønske • Administrere iv som forordnet, unngå unødvendig iv • Blodprøver som forordnet av lege Åpen operasjon: • Måle drikke • Tilby næringsdrikk (1 operasjonsdagen, 2 f.o.m 1.postoperative dag) • Føre væskeregnskap
Eliminasjon	• Observere og dokumentere tarmfunksjon • Måle mengde på KAD • KAD fjernes så tidlig som mulig (1.postoperative dag hvis pasienten ikke har EDA) • Blærescannet pasienter som ikke klarer å late vannet spontant postoperativt • Kateterisere ved behov. Blærevolumet bør ikke overstige 400ml Kateterisering - steril intermitterende - SIK - SSHF
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
Aktivitet	• 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 Unngå tunge løft og sit-ups de to første ukene etter operasjonen
Smerte	• Kartlegge smerte og evaluere effekt av smertestillende ved hjelp av NRS • Mål: NRS ≤ 3 i ro og i aktivitet Epidural smertebehandling (åpen operasjon)

 SØRLANDET SYKEHUS		Tilbakelegging av stomi, Kirurgiske Senger SSHF			Side: 3 Av: 3
Dokument-id: I.4.FEL.5-15	Utarbeidet av: Tverrgående arbeidsgruppe gastro	Fagansvarlig: Hauss	Godkjent dato: 06.09.2024	Godkjent av: Tone Kristin Hansen	Revisjon: 1.06

Fagspesifikke prosedyrer/Fellesdokumenter kirurgiske /somatiske senger/Gastro/gen

	- SSK: Følg prosedyren Epidural smertebehandling Kirurgiske Senger SSK - SSA: Følg prosedyren Epiduralanestesi postoperativt - Praktisk håndtering
Planlegging av utskrivelse	Pasienten kan utskrives når utskrivelseskriteriene oppfylles Utskrivelseskriterier: - Pasienten har god allmenntilstand - 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 Annet: - Behov for sykmelding? - Behov for resepter? - Behov for henvisning til fysio eller andre instanser?
Oppfølging	Videre kontroll ved kirurgisk poliklinikk avhenger av grunnsykdommen. For de pasientene som har stomi i forbindelse med kreftsykdom, er det spesielt viktig at man kommer inn i det planlagte kontrollopplegget igjen.

Kryssreferanser

[I.3.11-17](#)

[I.4.FEL.5-12](#)

[I.4.FEL.5-13](#)

[I.5.1.2-16](#)

[II.SOA.AIO.SSA.2.4.2-2](#)

[II.SOK.AIO.SSK.2.a-47](#)

[II.SOK.AIO.SSK.2.a-48](#)

[II.SOK.KSK.3A.2..2-5](#)

[Kateterisering - steril intermitterende - SIK - SSHF](#)

[Klargjøring av gastrokirurgiske pasienter til operasjon, Kirurgiske Senger SSHF](#)

[Mottak av gastrokirurgiske pasienter -øyeblikkelig-hjelp Kirurgiske Senger SSHF](#)

[Tilbakelegging av stomi - Pasientinformasjon SSHF](#)

[Epiduralanestesi postoperativt - Praktisk håndtering](#)

[ERAS - Anestesi til laparoscopisk colon- og rectumkirurgi](#)

[ERAS - Anestesi til åpen colorectal og øvre abdominal kirurgi](#)

[Utskrivelseskriterier colonreseksjon / rectumreseksjon / rectumamputasjon - Kirurgiske Senger SSK, Post 3A](#)

Eksterne referanser