



ERFARINGER VED BRYST-REKONSTRUKSJON

Pasientopplevelser. Halvparten av kvinnene oppga lite smerter og kvalme etter operasjonen.

SPØRREUNDERSØKELSE:

Artikkelen bygger på
60% praksis
40% teori



DOI-NUMMER:

10.4220/sykepleiens.2014.0148



Linda Årnes Stoen, Sykepleier, master i Klinisk sykepleievitenskap, Plastikkirurgisk sengepost, Oslo universitetssykehus

I 2012 var det om lag 700 kvinner som ventet på brystrekonstruksjon etter brystkreft ved Oslo universitetssykehus (OUS). Den lengste ventetiden var for rekonstruksjon med DIEP (Deep Inferior Epigastric Perforator)-lapp. Helseforetakene fikk økte midler for å redusere ventetiden (1) og antall operasjoner ved Avdeling for plastikk- og rekonstruktiv kirurgi OUS ble økt fra en til fire operasjoner i uken. Vi har gjennomført en anonym spørreundersøkelse der hensikten var å få mer kunnskap om pasientgruppens erfaringer før og etter operasjon.



Nina Lindberg, Fagutviklings-sykepleier, master i ernærings, helse og miljøfag, Plastikkirurgisk sengepost, Oslo universitetssykehus

REDUSERT SELVBILDE. I 2011 fikk 3094 kvinner i Norge brystkreft (2). Mange opplever å måtte fjerne et eller begge bryst. Å fjerne bryst kan føre til redusert selvbilde, engstelse, depresjon og frykt. Brystrekonstruksjon er viktig for langtidshelse og velvære for mange kvinner (3). Det eksisterer ulike rekonstruksjonsmetoder: implantat, stilket lapp eller fri lapp. Den mest anvendte metoden på vår avdeling der vi benytter fri lapp, kalles DIEP. Her blir huden på magen brukt til å danne nytt bryst. Det er en tidkrevende operasjon der kirurgene benytter mikrokirurgisk teknikk (3,4).



Marie Bergkåsa, Sykepleier, Plastikkirurgisk sengepost, Oslo universitetssykehus

PASIENTFORLØP. Pasientene får tilsendt informasjonsbrosjyre om

forløpet før innleggelsen. På innleggelsesdagen får de samtale med sykepleier, mottakslege, fysioterapeut, anestesilege og kirurg. Det blir tatt blodprøver, CT angio av magen og foto. Tømmeregime består av preoperativ lett kost og klyx kvelden før operasjon. Pasientene skal dusje og faste fra midnatt. Under operasjonen blir det lagt inn dren i mage og bryst. Pasientene får urinkateter og arteriekran. Første natten er pasientene på postoperativ avdeling. Det nye brystet blir overvåket hyppig de første dagene for å kontrollere sirkulasjonen. Vi tilstreber mobilisering så raskt som mulig, og pasientene skal helst stå ved sengen første postoperative dag. Smertebehandlingen er standardisert og består av Paracet og ofte Oxycontin og Oxynorm. Ved kvalme erstattes Oxycontin med Tramadol. Før hjemreise får pasientene på seg en støttende BH og kompresjonspanty (4).

SPØRREUNDERSØKELSE. Et spørreskjema med 16 spørsmål om informasjon, smerter, mobilisering, fordøyelse, kvalme, innleggelseslengde og opplevelse av å være ivaretatt ble utarbeidet. Svaralternativene var organisert på en Likert-skala fra 1 til 6, der 1=liten grad og 6=stor grad. I tillegg var det åpne kommentarfelder til hvert tema. Spørreundersøkelsen var anonym og frivillig. Pasientene fikk skriftlig informasjon om

spørreundersøkelsen. Personvernombudet på OUS ble konferert angående hensynet til personvern, og undersøkelsen ble godkjent av avdelingsleder.

Pasientene leverte utfylte skjemaer i en låsbar postkasse i avdelingen før hjemreise. Utvalget besto av norskspråklige pasienter som ble operert med DIEP-lapp ved Avdeling for plastikk- og rekonstruktiv kirurgi, i perioden oktober 2012 til november 2013. Alle pasienter som ble operert med bilateral eller kontralateral DIEP-lapp ble fortløpende inkludert i undersøkelsen. Tre pasienter ønsket ikke å delta. 85 spørreskjema ble utdelt og 75 ble besvart. Resultatene ble lagt inn i Excel. Svarskalaen ble slått sammen der 1 og 2 ble organisert som «liten grad», 3 og 4 som «moderat grad» og 5 og 6 som «stor grad».

INFORMASJON. Ifølge Pasientrettighetsloven har pasienter rett til medvirkning og informasjon om innhold i helsehjelpen (5). Videre har sykepleiere ansvar for å gi tilstrekkelig tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått (6). Resultatene i denne undersøkelsen viste at 93 prosent (n=69) av pasientene opplevde høy grad av tilfredshet når det gjaldt informasjonen de fikk av sykepleierne under sykehusoppholdet, mens 7 prosent (n=5) var moderat tilfredse. På spørsmål om informasjonen de mottok før

Fakta ●●●

Hovedbudskap

Brystrekonstruksjon etter brystkreft er viktig for langtidshelse og velvære for mange kvinner. En anonym spørreundersøkelse har gitt økt innsikt i hvordan pasienter som gjennomgår brystrekonstruksjon med DIEP-lapp erfarer sykehusoppholdet. Resultatene skal brukes til å videreutvikle praksis slik at pasientene får den beste behandlingen.

Nøkkelord

Les mer og finn litteraturhenvisning på våre nettsider.

- Kreft
- Kvinne
- Operasjon



Informasjon: De fleste pasientene syntes de fikk god informasjon under innleggelsen. Arkivfoto: Marit Fonn

operasjonen samsvarte med erfaringene de hadde postoperativt, svarte 81 prosent (n=59) i stor grad og 16 prosent (n=12) moderat grad. 3 prosent (n=2) syntes informasjonen samsvarte i liten grad.

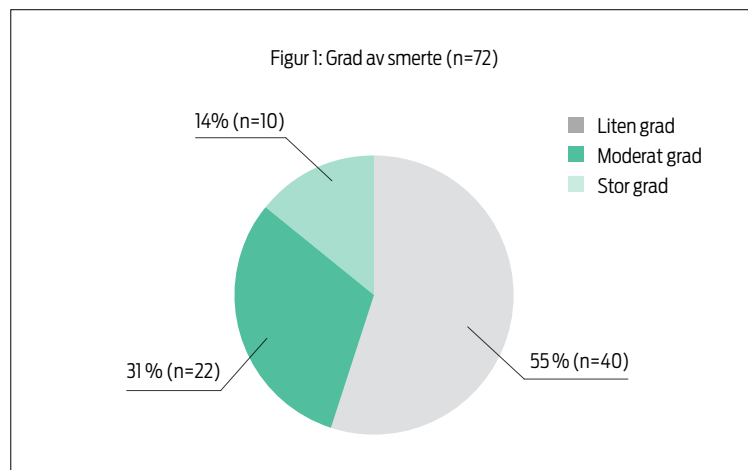
SKRIFTELIG OG MUNTLLIG. For å bedre pasienters oppfatning av informasjon i forbindelse med kirurgiske inngrep, blir det anbefalt å benytte både skriftlig og muntlig informasjon (7,8). En svensk studie om kvinners erfaringer etter brystrekonstruksjon, viser at kvinnene erfarte at informasjonen var mangelfull i hele prosessen (9). Videre viser en norsk studie at brystkreftpasienter kan bli overveldet av for mye informasjon (10). Tilbakemeldingene fra pasientene i vår undersøkelse kan tyde på at den skriftlige informasjonen de mottok var hensiktsmessig: «Flott informasjonsbrosjyre som kom på forhånd, veldig bra brosjyre. Fikk svar der».

FORBEREDT. En årsak til at pasientene rapporterte om høy grad av

tilfredshet med informasjonen kan være at de har ventet lenge på operasjon og hatt tid til å forberede seg. Det er i tråd med Tørstad og Iversen (2004) som viser at elektive pasienter, som var forberedt på operasjon både mentalt og praktisk, var mer fornøyd med informasjonen enn øyeblikkelig-hjelp-pasienter (8). Selv om pasientenes tilbakemeldinger er positive, viser kommentarene at det også kan være vanskelig å forberede seg: «Ingen kan helt forestille seg hvordan det vil bli før en har vært oppi det selv».

Kommentarene viser også at pasientene selv er aktive med å etterspørre informasjon: «Det er viktig å spørre mye selv for å få svar». Det er i tråd med det Grønnestad og Blystad har funnet; at pasientenes egne ressurser og initiativ er avgjørende for å få dekket informasjonsbehovet (11).

FORMÅL. Behandling av postoperativ smerte har flere formål. Det skal fremme pasientens velvære, legge til rette for mobilisering og forebygge



postoperative komplikasjoner knyttet til lunge og hjerte (12). God postoperativ smertebehandling ser også ut til å senke risikoen for å utvikle kroniske postoperative smerter (13). I vår undersøkelse opplevde litt over halvparten av pasientene liten grad av smerte, mens resten av pasientene opplevde smerte i moderat eller stor grad (figur 1): «Har nesten ikke

hatt smerter, så veldig bra medisinert.» Og: «Bedre etter hvert. Fremdeles meget vondt ved hoste spesielt».

De fleste pasientene i undersøkelsen mente at smertelindrende behandling hadde effekt i stor grad (figur 2, se neste side): «Sykepleiere var tydelig på at smertestillende må





tas før toppene nås. Veldig bra! Det trengte jeg».

SMERTER. Man kan se resultatet i relasjon til en norsk tverrsnittsstudie, der 215 inneliggende pasienter fordelt på 14 sykehus ble undersøkt for smerte det første postoperative døgnet (14). Til tross for at mange opplevde høy grad av smerte, viste resultatene at mer enn 90 prosent av pasientene var fornøyd med den postoperative smertebehandlingen. Forfatterne av studien mener at fornøyd pasienter ikke må brukes som et argument for at behandlingen er god nok og at ulike forhold kan ha betydning for pasientenes tilfredshet (14). I vår undersøkelse fylte pasientene ut skjemaet rett før hjemreise, noe som kan bety at de på det tidspunktet hadde fått avstand til de sterkeste smertene.

Figur 3 viser hvor på kroppen pasientene hadde smerter. De fleste hadde vondt i operasjonssåret på magen mens operasjonssåret på brystet var mindre vondt. En stor andel av pasientene hadde vondt i ryggen, noe som kan ha sammenheng med leiring under operasjonen, lang tid på operasjonsbordet og mange timer uten mobilisering. Eventuelle ryggplager før operasjonen ble ikke registrert.

MOBILISERING. Undersøkelsen viste at 83 prosent (n=61) av pasientene var oppe og sto ved sengen første postoperative dag. De aller fleste var oppe 20 minutter til sammen på andre eller tredje dag. Tidlig mobilisering etter operasjon er viktig for forebygging av postoperative komplikasjoner og for en hurtigere rehabilitering, eller rekonvalesens (15). De fleste pasientene i denne undersøkelsen ble mobilisert første postoperative dag, noe som er i tråd med vår prosedyre. Likevel er det 16 prosent som ikke var oppe dagen etter operasjon. Vår erfaring er at det kan være komplikasjoner eller plager som smerte, kvalme og svimmelhet som gjør at pasientene ikke mobiliseres første postoperative dag.

FORDØYELSE. Tabell 1 viser at de fleste av pasientene hadde lite plager

med fordøyelsen før innleggelse og operasjon, men at plagene økte etter operasjonen. Det kan tyde på at faktorer knyttet til innleggelse og operasjon påvirket pasientenes fordøyelse. Fordøyelsesbesvær kan tolkes ulikt. Det er imidlertid kjent at luftsmarter og obstipasjon forekommer relativt ofte etter kirurgiske inngrep (16). Flere av pasientene kommenterte at de måtte få ulike typer avføringsmidler postoperativt: «Fikk miniklyx 1 uke etter operasjonen».

For å forebygge fordøyelsesbesvær skal pasientene ifølge prosedyren ta klyx kvelden før operasjon. I undersøkelsen svarte 74 (n=74) pasienter at de hadde tatt klyx preoperativt. Seks pasienter rapporterte at klyx ikke hadde effekt. Flere kommenterte at de ønsket hjelp til å administrere klyx: «Men tror ikke jeg fikk full effekt, fordi jeg satt det selv»: Og: «Kunne tenke meg å få hjelp til dette».

Berntzen (16) mener at tarmtømming før tarmoperasjoner og andre inngrep gjøres sjeldnere nå enn tidligere, og at det ikke er holdpunkter for at tømming av tarmen reduserer omfanget av postoperative komplikasjoner. På bakgrunn av dette og funn i undersøkelsen, må vi vurdere om klyx preoperativt er et hensiktsmessig tiltak.

POSTOPERATIV KVALME. Postoperativ kvalme og oppkast (POKO) er et av de hyppigste og mest plagsomme problemene hos pasienter etter kirurgi. Forekomsten av POKO varierer fra 20 prosent til 80 prosent i løpet av første postoperative døgn. Årsakene kan relateres til pasienten selv, til inngrepet og til behandlingen (17). I vår undersøkelse rapporterte 25 prosent (n=18) av pasientene om stor grad av kvalme, 18 prosent (n=13) om moderat grad av kvalme, mens 57 prosent (n=40) i liten grad var plaget av kvalme. Det viste at forekomsten av postoperativ kvalme og oppkast var i tråd med ovennevnte studie og at pasientene erfarte plagene i ulik grad: «Kvalmen var det verste. Smertene var marginale sammenliknet med ubehaget ved å kaste opp på operert mage». Og: «Har vært så heldig å unngå

kvalme, etter operasjonen. Har vanligvis ikke lett for å bli kvalm».

Langvarige inngrep og bruk av opioider som smertelindrende medikamenter disponerer også for POKO (18). Kommentarer i undersøkelsen tyder på slike erfaringer: «Men fant ut at jeg ble kvalm av opiat, helt fin når jeg sluttet».

På spørsmål om kvalmestillende medikamenter hadde effekt, svarte 59 prosent (n=31) at medisinene de fikk mot kvalme i stor grad hadde effekt, 15 prosent (n=8) oppnådde moderat effekt og 26 prosent (n=14) hadde effekt i liten grad: «Fikk lindring med en gang jeg sa jeg var kvalm, og ble aldri liggende kvalm lenge.»

Ræder (2005) gir uttrykk for at ingen medikamenter alene har fullgod effekt på postoperativ kvalme. Det beste man kan oppnå er effekt hos 20–50 prosent fra ett medikament. Effekten kan imidlertid økes ved å kombinere flere forskjellige medikamentelle prinsipper (17). I tillegg til ubehaget postoperativ kvalme medfører, kan brekninger også gi økt belastning på sårflater med risiko for smerter og blødning (18).

IVARETATT. Funnene i undersøkelsen viste at pasientene opplevde å bli godt ivaretatt av sykepleierne under oppholdet (96 prosent, n=69). Kommentarene ga utfyllende informasjon om hva pasientene la vekt på. Trygghet var et begrep som ble gjentatt: «De tar seg tid, svarer utfyllende på spørsmål, var faglige trygge og viser omsorg». Og: «Fantastisk ivaretatt av «engler i hvitt. Trygghet fra første dag, noe som for meg er viktig i en slik situasjon. Ingen ting å klage på».

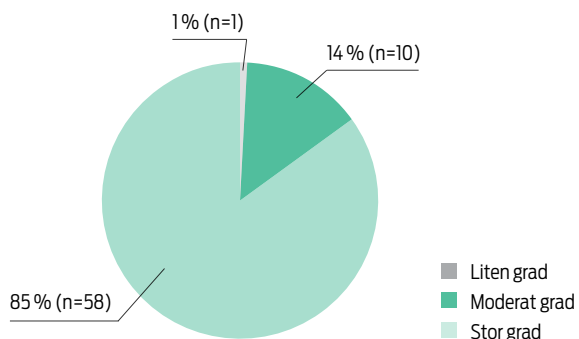
Kommentarene viser igjen betydningen av god informasjon, og at det er knyttet til trygghet. Det blir bekreftet i tidligere studier som viser at det viktigste med god informasjon er at det gir trygghet og håp (8,10). Profesjonalitet og positivitet blir også trukket frem i kommentarene: «Jeg har sjelden møtt en så positiv og profesjonell stab som her: de

«Det er viktig å spørre mye selv for å få svar.»

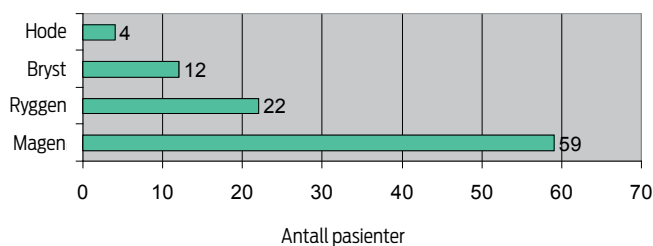
FAGARTIKLER:

Fagartikler kan sendes til torhild.apall@sykepleien.no

Figur 2: Effekt av smertestillende (n=69)



Figur 3: Lokalisasjon av smerteområde



Tabell 1: Rapportert fordøyelsesbesvær pre- og postoperativt.

	Før operasjon (n = 73)	Etter operasjon (n = 72)
Lite plager	78 % (n = 57)	37 % (n = 27)
Moderate plager	10 % (n = 7)	32 % (n = 23)
Store plager	12 % (n = 9)	31 % (n = 22)

har tid til den enkelte, alt blir fulgt opp umiddelbart, alle er positive, hyggelige og medmennesker og veldig trygge og profesjonelle i jobben».

OMSORG. En norsk spørreskjemaundersøkelse med 528 pasienter fra medisinske og kirurgiske avdelinger viser at det er personrelaterede forhold som er de sterkeste prediktorer for pasienters erfaringer med helsetjenestekvalitet og pasienttilfredshet (19). Vår undersøkelse viser at det er noen spesielle mellommenneskelige kvaliteter som betyr mye. At sykepleierne viste omsorg, var hyggelige og serviceminded ble framhevet. Latter og glede ved sykesengen ble også kommentert: «Jeg

følte meg godt ivaretatt under hele innleggelsen. Takk for at dere fins. Mye latter og glede i all smerten underveis. Serviceminded og mye omsorg hos dere til kravstore pasienter. Tusen takk, vil aldri glemme dette».

Studier som fokuserer på brystrekonstruksjon, har vist at sykepleiere har en viktig rolle i å ivareta fysiske og psykososiale behov, samt være støttespillere (20, 21). Sykepleiere har et ansvar i å utøve helhetlig omsorg for den enkelte pasient (6). Tilbakemeldingen fra pasientene kan tyde på pasientene fikk denne erfaringen.

Å føle seg godt ivaretatt kan være et uttrykk for lettelse over at

operasjonen er over, og at det nye brystet oppleves som en avslutning på kreftsykdommen. De positive kommentarene kan også tyde på at pasientene ønsket å takke, noe som de da fikk anledning til: «Stor takk til alle på denne posten – jeg vil huske oppholdet som bare positivt når glemselens velsignelse har visket ut alt som var vondt».

LIGGEDØGN. Antall liggedøgn varierte fra fire til elleve, mens gjennomsnittet var sju dager. De fleste var innlagt i seks og sju dager (n=42), mens 19 pasienter var innlagt i ti dager. Det kan tyde på at pasienter som var innleggende i ti dager, eller mer, hadde inkludert dagen før operasjon og eventuell permisjon i helg. Alder, tilleggsdiagnoser og komplikasjoner kan erfaringsmessig påvirke antall liggedøgn.

BEGRENSNINGER. Vi har ikke registrert pasientenes alder, eventuelle tilleggsdiagnoser, legemidler eller om det har oppstått komplikasjoner underveis. Videre har spørsmål og svarskala gitt premisser for pasientenes svar og kommentarer. Spørreskjemaet ble besvart under innleggelse og rett før hjemreise. Svarene og kommentarene kan derfor være farget av den følelsesmessige tilstanden pasientene var i på det tidspunktet. Disse faktorene begrenser undersøkelsens gyldighet. Undersøkelsen har allikevel hatt betydning for avdelingen og har gitt oss verdifulle tilbakemeldinger.

OPPSUMMERING. Undersøkelsen har gitt oss innsikt i noen av pasientenes pre- og postoperative erfaringer i forbindelse med sykehusoppholdet etter en DIEP-operasjon. Pasientene var fornøyde med skriftlig informasjon preoperativt, og informasjonen de fikk av sykepleierne under sykehusoppholdet. Informasjonen de fikk før operasjonen, samsvarte i stor grad med deres egne erfaringer. Litt over halvparten av pasientene hadde lite smerter og lite kvalme postoperativt. Mobilisering foregikk i tråd med prosedyren. Pasientene hadde mer fordøyelsesbesvær etter operasjonen enn før. Å

få hjelp til å administrere klyx var etterspurt. De følte seg godt ivaretatt av postens sykepleiere. Pasientenes skriftlige kommentarer bidro i stor grad til å nyansere svarene.

Vi ser behov for at vi i større grad baserer vår praksis på kunnskap, slik at vi tilbyr pasientene den beste behandlingen. Resultatene fra undersøkelsen skal benyttes til å revidere tverrfaglige rutiner, prosedyrer og informasjonsmaterieil. Videre vil vi arbeide for en systematisk registrering og dokumentasjon av postoperativ smerte, samt å få økt fokus på håndtering av kvalme og fordøyelsesbesvær. ●

REFERANSER:

1. Nye tiltak for brystrekonstruksjon. Helse- og omsorgsdepartementet, Oslo: Pressemelding, 22. (23.03.2013).
2. Cancer Registry of Norway. Cancer in Norway 2011 – Cancer incidence, mortality, survival and prevalence in Norway. Oslo: Cancer Registry of Norway, 2013.
3. Tindholt T, Tønseth KA, Solberg US, Mesic H, Busic V, Begic A. Brystrekonstruksjon etter mastektomi. Tidsskrift for Den norske legeforening 2004;12:1629–32.
4. E-håndbok / Prosedyre. Kirurgi og nevrofag / Avd plastikk og rekonstruktiv kirurgi. Brystrekonstruksjon med fri lapp av eget vev 2012.
5. LOV 1999-02-07-63 Lov om pasient- og brukerrettigheter
6. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. ICN's etiske regler. 2011. Norsk Sykepleierforbund, Oslo.
7. Gabrielsen AK, Nord R. Kreftpasienters erfaringer med preoperativ informasjon. Nordisk sykepleieforskning 2012;01.
8. Tørstad S, Iversen ES. Informasjonsbehov ved utskrivning fra kirurgisk avdeling. Sykepleien 2004;92:44–8.
9. Fallbjørk U, Frejeus E, Rasmussen B H. A preliminary study into women's experiences of undergoing reconstructive surgery after breast cancer. European Journal of Oncology Nursing 2012; 16:220–226.
10. Dragset S. Mestring før kreftoperasjon. Sykepleien 2013;14:60–2.
11. Grønnestad B K, Blystad A. Pasienters opplevelse av informasjon i forbindelse med en operasjon – En kvalitativ studie. Vård i Norden 4/2004;74:24–8.
12. Jensen TS, Dahl JB, Arent-Nielsen L. Smerter – baggrund, evidens og behandling. København: FADLs Forlag; 2013.
13. Kehlet H, Jensen TS, Woolf C. Persistent postoperative pain: risk factors and prevention. Lancet 2006;367:1618–25.
14. Fredheim OMS, Kvarstein G, Undall E, Stubhaug A, Rustøen T, Borchgreving PC. Postoperativ smerte hos pasienter innlagt i norske sykehus. Tidsskr Nor Legeforen 2011;131:763–7.
15. Fearon KCH, Ljungqvist O, Von Meyenfeldt M, Revhaug A, Dejong CHC, Lassen K, Nygren J, Hausel J, Soop M, Andersen J, Kehlet H. Enhanced recovery after surgery: A consensus review of clinical care for patients undergoing colorectal resection. Clinical Nutrition 2005;24:466–77.
16. Berntzen H, Almås H, Bruun AMG, Dørve S, Giskemo A, Dávøy G, Grønseth R. Perioperativ og postoperativ sykepleie I: Almås H, red. Stubberud DG, Grønseth R. Klinisk sykepleie 1. 4 utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS; 2010.
17. Ræder J. Postoperativ kvalme og oppkast. Tidsskr Nor Legeforen 2005;125:1831–2.
18. Valeberg B.T. Postoperativ kvalme og oppkast I: Anestesi-sykepleie. 2 opplag. Hovind IL, red. Oslo: Akribe forlag; 2004. s. 278–84.
19. Grøndahl VA. Pasientens oppfatning av pleieforhold og tilfredshet med pleiens kvalitet i sykehus. Sykepleien Forskning 2012; 7:96.
20. Hill O, White K. Exploring women's experiences of TRAM flap breast reconstruction after mastectomy for breast cancer. Oncology nursing forum 2008;25:81–8.
21. Hughes S, Edward K-L, Hyett B. Enhancing nursing practice potential: breast free flap reconstruction following mastectomy. Australian Nursing Journal 2011;19:30–3.