



# Prosjektrapport

Kirurgisk behandling av tykktarmskreft i Helgelandssykehuset  
Juni 2021

## 1 Innhold

1	Innhold.....	1
2	Oppsummering.....	3
3	Bakgrunn .....	3
3.1	Historikk.....	3
3.2	Styrevedtak / foretaksmøte oktober 2020.....	4
3.2.1	Styrets vedtak i sak 127-2020:.....	4
3.3	Tilrådingen i rapport fra eksterne fagpersoner.....	4
3.3.1	Øyeblikkelig hjelp operasjoner .....	6
3.3.2	Pasienter med høy operasjonsrisiko .....	6
3.3.3	Funksjonsfordeling / Avtaler .....	6
4	Helsetilsynets rapport .....	7
5	Prosjektet .....	7
5.1	Beskrivelse.....	7
5.2	Prosjektforutsetninger .....	7
5.3	Prosjektets mål:.....	7
5.3.1	Effekt mål: .....	7
5.3.2	Resultatmål (prosjekt mål):.....	8
5.4	Arbeidsgruppen gis følgende føringer.....	8
5.5	Prosjektgruppens sammensetning:.....	8
5.6	Styringsgruppe:.....	8
5.7	Møter i prosjektgruppen .....	8
5.8	Møter i styringsgruppen.....	8
5.9	Prosess – driverdiagram .....	8
6	Kvalitet /Robusthet .....	9
6.1	Pasientforløp .....	9
6.1.1	Felles prosedyrer .....	9
6.1.2	MDT-møter .....	13
6.1.3	Seleksjonskriterier .....	14
6.1.4	Øyeblikkelig hjelp .....	14
6.2	Robusthetskrav.....	15
6.3	Kontinuerlig kvalitetsarbeid .....	16
6.3.1	Komplikasjonsmøter.....	16
6.3.2	Melderutiner .....	16
6.3.3	ERAS-gruppe .....	17
6.3.4	Deltakelse i kvalitetsnettverk .....	17

6.3.5	Kvalitetsregistre.....	17
7	Kompetanse.....	17
7.1	Hospitering .....	17
7.2	Vikariater hos hverandre.....	18
7.3	Felles undervisning.....	18
7.4	Telementoring .....	19
7.5	Spesialistutdanning .....	19
7.6	Rekruttering / stabilisering.....	19
7.6.1	Regional handlingsplan.....	19
7.6.2	Intern rekrutteringsstrategi.....	19
8	Arbeidsmiljø .....	20
9	Samarbeid.....	20
9.1	Samarbeid internt.....	20
9.2	Samarbeid regionalt .....	20
10	Organisering .....	21
10.1	Organisering .....	21
10.2	ROS-analyse.....	21
10.3	Kompenserende tiltak .....	21
10.4	Anbefaling.....	22
11	Referanser .....	23
12	Vedlegg.....	24

## 2 Oppsummering

Styret i Helse Nord RHF og foretaksmøte besluttet 15.10.2020 midlertidig flytting av planlagt tarmkreftkirurgi i Helgelandssykehuset (HSYK) til Nordlandssykehuset (NLSH). Styret ba også Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) bidra med et tverrfaglig team som kan understøtte Helgelandssykehusets videre arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet innen tarmkreftkirurgi. Styret ba videre administrerende direktør (i Helse Nord) komme tilbake med en ny beslutningssak når forholdene tilsier tilbakeføring av planlagte tarmkreftkirurgioperasjoner til Helgelandssykehuset.

Som ledd arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet i HSYK ble det etablert et prosjekt med følgende mål:

Effekt mål:

- Pasienter fra Helgeland med tykktarmskreft som krever kirurgisk behandling skal ivaretas på best mulig måte i tråd med nasjonale og regionale krav og standarder.
- Kirurgisk behandling av tarmkreftkirurgi skal fortsatt utføres i Helgelandssykehuset.

Resultat mål:

- Fremlegge ett eller flere forslag til faglig organisering av tarmkreftkirurgi i HSYK, som er innenfor nasjonale og regionale krav til kvalitet og robusthet, uten å ta stilling til lokalisasjon.

Prosjektgruppen har foreslått en rekke tiltak som skal legge forholdene til rette for at elektiv kirurgisk behandling av tykktarmnskreft kan gjenopptas i HSYK. Tiltakene og robusthetskrav til sykehus som skal utføre denne type kirurgi er ROS-analysert og prosjektgruppen anbefaler at elektiv kirurgisk behandling av tykktarmskreft samles ved én lokasjon i HSYK.

Det er utarbeidet et forslag til prosedyre for håndtering av kirurgisk øyeblikkelig hjelp for pasienter med tykktarmskreft, basert på den midlertidige prosedyren som har vært gjeldende siden 19.10.2020.

Prosjektgruppen anbefaler også at utnyttelse av den samlede kapasiteten innen kirurgi både internt i HSYK og regionalt vurderes. Dette vil kunne utgjøre kompenserende tiltak for den avdelingen som ikke skal utføre elektiv kirurgisk behandling av tykktarmskreft.

## 3 Bakgrunn

### 3.1 Historikk

I Helgelandssykehuset (HSYK) opereres i gjennomsnitt ca. 40 pasienter med tykktarmskreft per år, fordelt på to sykehusenheter i helseforetaket, Mo i Rana (MiR) og Sandnessjøen (Ssj). Dette antallet pr avdeling er under robusthetskravene angitt i Helsedirektoratets rapport [Kreftkirurgi i Norge \(2015\)](#).

Som en del av prosessen i HSYK og Helse Nord RHF knyttet til kirurgisk behandling av tykktarmskreft i HSYK, ble det som et kvalitetsforbedringsprosjekt besluttet å gå gjennom journalene til alle pasienter operert for tykktarmkreft i Helgelandssykehuset i årene 2016 – 2019 (vedlegg 1 – Prosjektbeskrivelse journalgjennomgang). Gjennomgangen ble først utført av interne fagpersoner ved sykehusenhetene i Mo i Rana og Sandnessjøen, deretter av eksterne fagpersoner. Endelig rapport fra de eksterne fagpersonene forelå 08.01.2021 (vedlegg 2 – Sluttrapport fra eksterne faggruppe 08.01.2021).

Avvik i foreløpige resultater ble meldt Statens Helsetilsyn, og Helsetilsynet utførte stedlig tilsyn 8. - 9.10.2020. Foreløpig rapport fra tilsynet mottatt 8.6.2021, (se kap. 4)

Det ble startet en prosess for økt internt samarbeid med deltakelse fra fagmiljø ved HSYK Mo i Rana og Sandnessjøen. Det ble nedfelt punkter for videre arbeid i møte 10.09.20 (vedlegg 3 - møtetreferat 10.09.2020 – Fagmiljø og ledelse tarmkreftkirurgi).

### 3.2 Styrevedtak / foretaksmøte oktober 2020

Etter beslutning i HSYK 10.10.2020 om at all elektiv kirurgi for tykktarmskreft i helseforetaket midlertidig skulle foregå i Mo i Rana t.o.m. uke 2/2021, besluttet styret i Helse Nord RHF 15.10.2020 i styresak 127-2020, at planlagt tarmkreftkirurgi i Helgelandssykehuset midlertidig skulle flyttes til Nordlandssykehuset, Bodø. Det ble også fattet vedtak om å be Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) bidra med et tverrfaglig team som kan understøtte HSYKs videre arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet innen tarmkreftkirurgi. Videre ba styret UNN og Nordlandssykehuset (NLSH) legge til rette for hospitering for aktuelt fagmiljø fra HSYK. Styrets vedtak ble stadfestet i foretaksmøte 15.10.2020 (vedlegg 4 og 5).

#### 3.2.1 Styrets vedtak i sak 127-2020:

1. Styret i Helse Nord RHF beslutter midlertidig flytting av planlagt tarmkreftkirurgi i Helgelandssykehuset til Nordlandssykehuset. All øyeblikkelig hjelp på tarmkreftkirurgiområdet som må opereres i Helgelandssykehuset, skal, som følge av flyttingen, skje etter forutgående konsultasjon med Nordlandssykehuset og/eller Universitetssykehuset Nord-Norge.
2. Det holdes foretaksmøte mellom Helse Nord RHF og Helgelandssykehuset HF for å iverksette beslutningen.
3. Styret ber Nordlandssykehuset inntil videre opererer planlagte tarmkreftoperasjoner fra nedslagsfeltet til Helgelandssykehuset fra og med 19. oktober 2020.
4. Styret ber Universitetssykehuset Nord-Norge bidra med et tverrfaglig team som kan understøtte Helgelandssykehusets videre arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet innen tarmkreftkirurgi.
5. Styret ber Universitetssykehuset Nord-Norge og Nordlandssykehuset legge til rette for hospitering for aktuelt fagmiljø fra Helgelandssykehuset i perioden de elektive tarmkreftoperasjonene er overført til Nordlandssykehuset.
6. Styret ber administrerende direktør kalle inn til foretaksmøte med Universitetssykehuset Nord-Norge og Nordlandssykehuset for å gjennomføre beslutningene i vedtaks punkt 3, 4 og 5.
7. Styret ber administrerende direktør legge frem egen styresak når arbeidet med ny regional kreftplan er ferdigstilt, tentativt våren 2021.
8. Styret ber administrerende direktør komme tilbake med en ny beslutningssak når forholdene tilsier tilbakeføring av planlagte tarmkreftkirurgioperasjoner til Helgelandssykehuset.

### 3.3 Tilrådinger i rapport fra eksterne fagpersoner

Den endelige rapporten fra de tre eksterne fagpersonene forelå 08.01.2021. De tre var prof. emeritus dr. med Arild Nesbakken, Oslo Universitetssykehus, klinikkjef, prof. dr. med. Rolv-Ole Lindsetmo, UNN og seksjonsoverlege dr. med. Tore Stornes, St. Olavs hospital. Rapporten er vedlagt, vedlegg 2.

Rapportens tilrådinger:

Det har i mange år vært klare føringer fra fagmiljøene og myndighetene om en omorganisering av kreftkirurgi slik at denne utføres ved færre sykehus enn tidligere. For tarmkreft kan det vises til anbefalinger fra Norsk Gastrointestinal Cancer gruppe (NGICG); Referansegruppen i Colorectal cancer registeret; Helsedirektoratet; flere utredninger / rapporter. Dette har man i stor grad klart å gjennomføre for kirurgisk behandling av endetarmkreft, men i noe mindre grad når det gjelder tykktarmkreft.

I Helsedirektoratets publikasjon «Kreftkirurgi i Norge», utgitt: 03/2015 (IS-2284) ga man følgende **hovedforslag** for de nærmeste årene:

- I Norge bør hvert sykehus som behandler tykktarmskreft ha **minst 30 operasjoner per år**.
  - o Det tilsvarer 10-15 operasjoner for tykktarmskreft per gastrokirurg per år.
- Opptaksområdet for sykehuset bør være minimum 100 000 innbyggere.
- Videre bør spesialist i gastroenterologisk kirurgi operere eller veilede kirurg under utdanning i alle operasjoner for tykktarmskreft. Dette anbefales også i Nasjonalt Handlingsprogram for behandling av pasienter med tykktarmskreft

Det er videre utarbeidet forslag om minstekrav til virksomheten ut fra behovet for tilstrekkelig volum og robusthet (se vedlegg 2 i rapport fra eksterne fagpersoner).

I **oppdragsdokument fra Helsedirektoratet til Helse Nord** av 16.01.16 står det at «Følgende strategier og handlingsplaner skal legges til grunn for utvikling av tjenesten» - herunder er opplistet ovennevnte rapport (Kreftkirurgi i Norge. Rapport IS-2284 (03/2015) fra Helsedirektoratet)

I følge Kreftregisterets «Årsrapport for tykk- og endetarmkreft» i 2015 var det i alt 44 sykehus som på det tidspunktet fortsatt gjennomførte operasjoner for tykktarmkreft i Norge, syv av disse hadde kun gjort 1-2 inngrep pr år, sannsynligvis på pasienter som kom akutt til sykehuset. Hos de som opererte elektive pasienter varierte antall pasienter pr år fra ca 10 til over 150. Kun to sykehus i Norge opererte fortsatt med et volum på kun ca 10 pasienter, det var Sandnessjøen og Kongsvinger sykehus. Alle andre tidligere lav-volum sykehus hadde da gjennomført at elektive pasienter ble henvist til sykehus med høyere volum.

Ut fra de svært klare overordnede føringer som lå til grunn i 2016 er det bemerkelsesverdig at Helseforetak Nord ikke allerede har gjennomført en omorganisering av tarmkreftkirurgien på Helgeland slik at den er mer i tråd med anbefalingene fra Helsedirektoratet. Vi kan heller ikke se at det er planlagt eller gjennomført risikoreducerende tiltak i regi av lokalt HF eller RHF'et når en velger å se bort fra føringer i oppdragsdokumentet.

Vår gjennomgang bekrefter at virksomheten ved SSj har hatt et lavt volum og synes å ha vært lite robust. Blant annet på grunn av dette har man ikke oppnådd ønsket kvalitet i perioden 2016-19.

**Det er vår klare anbefaling at kirurgi for tykktarmkreft snarest samles til ett geografisk sted på Helgeland. Den bør utføres av 3-4 gastrokirurger som bor på stedet slik at det er kontinuitet i pasientoppfølgingen de første kritiske 1-2 uker etter operasjonen og at gastrokirurg kan tilkalles på kort varsel ved tegn til komplikasjoner.**

Vi mener at et samarbeid mellom gastrokirurger med hovedarbeidsplass på to forskjellige steder og som møtes på ett sted (evt. ambulerer slik at operasjoner vekselvis utføres på to lokalisasjoner), er en langt mindre robust løsning, og er sårbart både i forhold til preoperative overveielser, gjennomføring av operasjonen (jmfr. også alt annet personell som deltar i behandlingen) og for god postoperativ oppfølging og behandling av komplikasjoner.

Dersom man samler operativ virksomhet på ett sted, vil man fortsatt ikke fylle alle anbefalinger for virksomheten, men vi mener likevel det er tilrådelig at **elektive operasjoner** på pasienter **uten høy risiko** kan gjennomføres ved Helgelandssykehuset.

### 3.3.1 Øyeblikkelig hjelp operasjoner

Det blir ofte fremført som argument for å opprettholde elektiv kreftkirurgi-virksomhet ved mindre lokalsykehus at de trenger denne virksomheten for å opprettholde kompetanse til å ta seg av øyeblikkelig hjelp tarmkreft-pasienter. Dette er etter vår oppfatning ikke et godt argument. Cirka 15 % av tykktarmkreft-pasienter kommer akutt til sykehuset, av disse har ca 1/3 perforasjon av tarmen og ca 2/3 har tarmobstruksjon (tarmslyng). Det store flertallet av pasientene har vært syke i mange dager før de blir innlagt og de er i redusert allmenntilstand, er uttørret, og kan ha infeksjonsproblemer. Det er høy forekomst av alvorlige komplikasjoner etter akutt operasjon, og ca 10 % dør postoperativt (nasjonalt gjennomsnitt). De har ofte mer avansert kreftsituasjon enn de som blir elektivt innlagt, og selv om de overlever operasjonen har de på sikt vesentlig dårligere prognose.

Alle pasienter som blir akutt innlagt trenger en initial stabilisering før de tas til operasjon, det vil si at de trenger umiddelbar oppstart av intravenøs væskebehandling, sonde i magesekken, eventuelt antibiotika og en CT-undersøkelse for å kartlegge forholdene. Noen pasienter med obstruksjon skal ikke behandles med operasjon, men med stent innført gjennom koloskop; dette gjøres vanligvis av gastromedisiner. Dersom det skal gjøres operasjon er det vanlig at denne kommer i gang innen 3-4 timer hos pasienter med perforasjon, mens man hos pasienter med obstruksjon oftest kan vente lenger. Det er videre anbefalt å gjøre operasjonen på dagtid av gastrokirurg dersom man ikke forventer at obstruksjonen fører til perforasjon mens man venter.

Vurderinger og behandling av pasienter som blir innlagt akutt er således svært krevende og det er nødvendig med høy kompetanse innen radiologi, gastrokirurgi, anestesi-/intensivmedisin, noen ganger gastromedisin, og operasjonen skal praktisk talt aldri gjennomføres i løpet av de første 3-4 timene. Det er derfor etter vår oppfatning langt tryggere at man hos akutt-pasienter starter umiddelbar stabilisering ved lokalsykehuset og **uten opphold overfører pasienten til sentralsykehus** for videre behandling.

Selv om man samler elektiv tarmkreftkirurgi til en lokalisasjon på Helgeland, vil vår anbefaling være at man legger rutiner for at akutt-pasientene skal behandles ved sentralsykehus/regionsykehus.

### 3.3.2 Pasienter med høy operasjonsrisiko

Enkelte typer operasjon ved tykktarmkreft krever spesiell stor kompetanse innen laparoskopi, for eksempel kreft i tverrgående del av tykktarm inkludert venstre fleksur. Det bør diskuteres om man skal sentralisere slike inngrep.

Kirurgi på tykktarmen er beheftet med høy risiko for komplikasjoner, og minst 10-15 % får en alvorlig komplikasjon. Pasienter i god allmenntilstand uten vesentlig komorbiditet tåler slike komplikasjoner og overlever vanligvis etter et betydelig forlenget sykehusopphold og rekonvalesens, forutsatt korrekt håndtering av komplikasjonene. Eldre, skrøpelige pasienter med komorbiditet og reduserte funksjonelle reserver kan dø av slike komplikasjoner, eventuelt få et svært forlenget forløp med varig redusert funksjonsnivå. Dersom disse pasientene får en alvorlig komplikasjon trenger de ofte umiddelbar diagnostikk, intensivbehandling, tverrfaglige vurderinger og sykehuset må ha kompetanse og beredskap til å takle komplikasjoner døgnet rundt. Det er derfor tryggere at slike høyrisiko-pasienter opereres ved sentral- eller regionsykehus, og vi vil klart tilrå dette.

### 3.3.3 Funksjonsfordeling / Avtaler

Dersom akutt-pasienter og pasienter med høy operasjonsrisiko skal opereres sentralt kreves det klare rutiner som er godt kjent, etterleves og med tilpasset kapasitet ved henvisende og mottakende sykehus.

Det er avgjørende viktig at kreftpasienter drøftes i tverrfaglige team, og at kirurger både lokalt og sentralt deltar i felles møte for å drøfte situasjonen, herunder overveielser om hvor pasienten bør opereres.

Den endelige beslutningen om pasienten bør anbefales radikal kirurgi eller tilbys et mer begrenset inngrep bør foretas i det kirurgiske kollegium sammen med anestesilegene ved sykehuset der pasienten skal opereres, etter en grundig vurdering av sykdomsutbredelse, komorbiditet, alder og allmenntilstand og derav antatt operasjonsrisiko.

## 4 Helsetilsynets rapport

Foreløpig rapport etter stedlig tilsyn 8.-9.10.2021 ble mottatt fra Helsetilsynet 8.6.2021. Frist for tilbakemelding på rapporten er 1.9.2021. Rapporten fra Helsetilsynet er foreløpig ikke behandlet internt i HSYK, og eventuelle konsekvenser for den herværende prosjektrapporten må tilføres i ettertid.

## 5 Prosjektet

### 5.1 Beskrivelse

Som følge av vedtaket i styret i Helse Nord RHF i sak 127-2020 ble det etablert et kvalitetsforbedringsprosjekt: Kirurgisk behandling av tykktarmskreft i Helgelandssykehuset. I tråd med styrevedtaket ble prosjektet etablert en prosjektgruppe med tverrfaglig deltakelse fra UNN, i tillegg til representanter fra HSYK. Nordlandssykehuset ble også invitert til å delta i prosjektgruppen, men fant ikke anledning til dette. Styringsgruppen har representasjon fra HSYK, NLSH og UNN. Prosjektmandatet er vedlagt (vedlegg 6).

Formålet med prosjektet har vært å tilrettelegge for at elektiv kirurgisk behandling av tykktarmskreft kan gjenopptas i Helgelandssykehuset, jfr punkt 8 i vedtaket fra styret Helse Nord i sak 127-2020.

### 5.2 Prosjektforutsetninger

- Prosjektet skal ta utgangspunkt i:
  - Nasjonale og regionale retningslinjer
  - Resultater og tilrådinger fra rapporten fra eksterne fagressurser
  - Resultater og tilrådinger fra Statens Helsetilsyn når deres rapport foreligger
  - Gjennomført kvalitetsforbedringsarbeid regionalt og lokalt
  - Påbegynt samarbeid mellom sykehusenhetene i Helgelandssykehuset, (10 punkter)
  - Vedtak i Helse Nord RHF styresak 127-2020

Parallelt med prosjektet foregår arbeidet med Regional Kreftplan Helse Nord. Det må avklares i hvilken grad dette arbeidet vil influere på prosjektarbeidet.

- Prosjektet ledes av Helgelandssykehuset ved ekstern prosjektleder
- UNN og Nordlandssykehuset anmodes om å delta i tråd med vedtak i Helse Nord styresak 127-2020.
- Arbeidet må tilpasses restriksjoner i reise-og møtevirksomhet som følge av Covid-19-epidemien, noe som også vil kunne påvirke omfang av hospitering.

### 5.3 Prosjektets mål:

#### 5.3.1 Effektmål:

- Pasienter fra Helgeland med tykktarmskreft som krever kirurgisk behandling skal ivaretas på best mulig måte i tråd med nasjonale og regionale krav og standarder.



- Kirurgisk behandling av tarmkreftkirurgi skal fortsatt utføres i Helgelandssykehuset.

#### 5.3.2 Resultatmål (prosjekt mål):

- Fremlegge ett eller flere forslag til faglig organisering av tarmkreftkirurgi i HSYK, som er innenfor nasjonale og regionale krav til kvalitet og robusthet, uten å ta stilling til lokalisasjon.

#### 5.4 Arbeidsgruppen gis følgende føringer

- Tilrådingene skal omfatte hele pasientforløpet: Preoperativt, peroperativt, postoperativt, etterbehandling og kontroll
- Tilrådingene skal beskrive hvordan Helgelandssykehusets samlede ressurser innen fagområdet kan benyttes, og hvordan felles prosedyrer og rutiner kan utarbeides og iverksettes.
- Tilrådingene skal være risiko- og sårbarhetsanalysert.

#### 5.5 Prosjektgruppens sammensetning:

Prosjektleder:	Divisjonsdirektør Øyvind Graadal, Sykehuset Innlandet
Kirurger:	Stefan Dehof , HSYK Mo i Rana Jarek Skrzypek, HSYK Sandnessjøen
Gastrokirurg:	Trond Dehli, UNN Tromsø
Anestesileger:	Zoltan Kacska, HSYK Mo i Rana Svein Arne Monsen, HSYK Sandnessjøen Anestesilege UNN har ikke møtt i prosjektgruppen
Intensivsykepleiere:	Trude Paulsen, Helgelandssykehuset Mo i Rana Jim Roger Fagerdal, Helgelandssykehuset Sandnessjøen
Sykepleier gastrokir. sengepost:	Anna Mohn Sneve, UNN Tromsø
Prosessveileder:	Mette Fredheim, UNN
Sekretær:	Marte Præsteng, HSYK Administrasjon

#### 5.6 Styringsgruppe:

Medisinsk direktør HSYK:	Fred A. Mürer,
Enhetsdirektør HSYK:	Beate Aspdal (fram til 1.6.2021). Jeanette Pedersen (stedfortreder for Ole Johnny Pettersen), Mo i Rana
Enhetsdirektør HSYK:	Tanja Pedersen, Sandnessjøen
Fagsjef UNN:	Haakon Lindekleiv
Klinikkoverlege/avdelingsleder, NLSH:	Torunn Nestvold

#### 5.7 Møter i prosjektgruppen

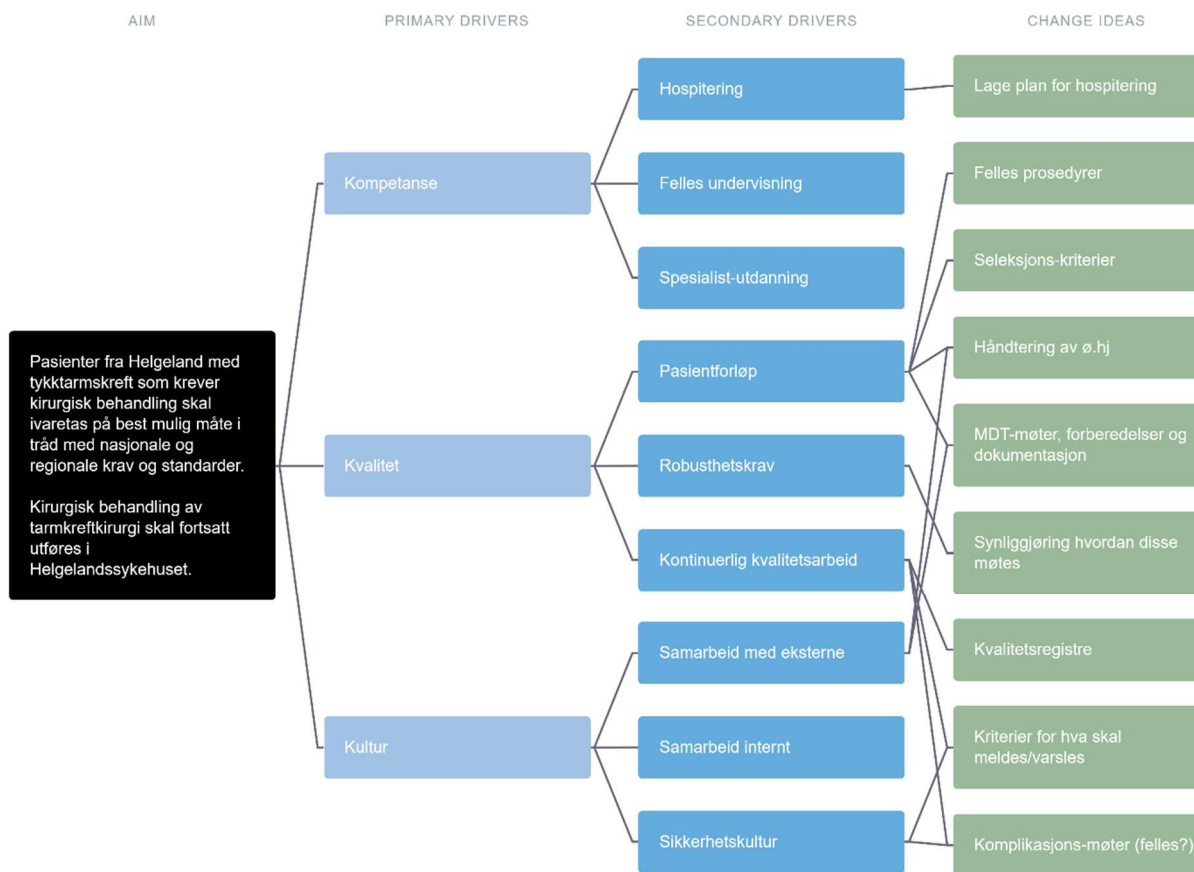
Prosjektgruppen har avholdt seks møter. 5.3., 24.3., 14.4., 29.4., 28.5. og 11.6.2021. Møtene har vært gjennomført over Teams pga. smittevern. Leder av styringsgruppen har også deltatt i prosjektgruppemøtene.

#### 5.8 Møter i styringsgruppen

Styringsgruppen deltok på oppstartsmøtet den 5.3. og har hatt møter 27.4. og 15.6.2021.

#### 5.9 Prosess – driverdiagram

For å strukturere arbeidsgruppens arbeid, ble det utarbeidet et driverdiagram. Driverdiagrammet er et arbeidsverktøy som justeres fortløpende og som viser sammenhengen mellom mål og tiltak som skal til for å nå målet. Her fremkommer den siste versjonen.



## 6 Kvalitet /Robusthet

### 6.1 Pasientforløp

Et sentralt punkt i prosjektarbeidet har vært å utarbeide felles prosedyrer for Helgelandssykehuset knyttet til de ulike trinnene i pasientforløpet for kirurgisk behandling av tykktarmskreft.

#### 6.1.1 Felles prosedyrer

Arbeidet har bestått i å justere og sammenstille prosedyrene fra de to fagmiljøene til ett sett felles prosedyrer for de ulike trinnene i pasientforløpene.

For pasienter med mistanke eller bekreftet kreft i tykk- og endetarm følges [Nasjonalt Handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av kreft i tykk- og endetarm](#).

<b>HENVISNING</b>	
Henvvisning fra fastlege til pakkeforløp.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Henvisning til felles inntakskontor som fordeler henvisningene til arbeidsgrupper.</li> <li>• Intern melding til forløpskoordinator.</li> <li>• Vurderes daglig av vakthavende kirurgisk overlege.</li> <li>• Tilbakemelding til henviser, med oppsett til time for videre utredning.</li> </ul>
Henvisningskriterier for pakkeforløp <a href="#">Helsedirektoratet. Tykk- og endetarmskreft</a>	Tilstedeværelse av ett eller flere av følgende kriterier hos pasienter over 40 år gir inngang til pakkeforløp for tykk- og endetarmskreft:

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uavklart blødning fra tarmen.</li> <li>• Funn av tumor eller polypp ved rektal undersøkelse/ano-/rektoskopi.</li> <li>• Endring av et ellers stabilt avføringsmønster i over fire uker.</li> </ul> <p>Kreft i tykk- og endetarm forekommer også hos personer under 40 år, selv om det er sjeldent. Diagnosen bør imidlertid overveies ved tilsvarende symptomer eller funn, og henvises til vurdering av spesialist med høy prioritet. I tillegg må man også være årvåken for endringer i allmenntilstand, smerter, hemoglobin-fall og tilfeller av tarmkreft hos 1.- og 2.-gradsslektninger.</p>
Henvisning for coloskopi / rektoskopi uten pakkeforløp fra fastlege	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Henvisning til felles inntakskontor som fordeler henvisningene til arbeidsgrupper.</li> <li>• Vurderes daglig av vakthavende overlege kirurgi og gastroenterolog.</li> <li>• Ved behov for ytterligere opplysninger opprettes dialogmelding med fastlege.</li> <li>• Dersom kriterier for pakkeforløp er oppfylt opprettes dette av vurderende overlege med kopi til forløpskoordinator, inntakskontor og henviser.</li> <li>• Ved mistanke om sykdom som krever rask utredning, men ikke oppfyller overnevnte kriterier får pasienten en prioritert hastetime.</li> </ul>
Coloskopi med tilfeldig funn som gir mistanke om malignitet	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intern melding til forløpskoordinator med opptak i pakkeforløp.</li> <li>• Pasient henvises til rutinemessig utredning for tykk- og endetarmskreft.</li> </ul>
<b>UTREDNING OG DIAGNOSTIKK</b>	
Utredning og diagnostikk	<p>Forløpskoordinator følger veileder for pakkeforløp for tykk- og endetarmskreft med tidsfrister. <a href="#">Helsedirektoratet. Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av kreft i tykktarm og endetarm pkt. 3.2.</a></p> <p>Frister i pakkeforløpene fremgår av veileder.</p>
Endoskopi	<p>Krav til endoskopi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fullstendig coloskopi.</li> <li>• Rektoskopi ved behov.</li> <li>• Eksakt lokalisasjon av tumor.</li> <li>• Blekkmerking.</li> <li>• Billedokumentasjon.</li> <li>• Adekvate biopsier sendes til NLSH Patologisk avdeling merket som pakkeforløp/CITO.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dersom obstruerende tumor hvor skopet ikke lar seg passere, må fullstendig coloskopi gjøres postoperativt. Alternativt CT colografi.</li> </ul>
Radiologi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CT thorax/abdomen/bekken og karmapping.</li> <li>• Supplerende MR rectum ved NLSH ved tumor i rectum.</li> <li>• Supplerende bildediagnostikk av mistenkt metastase (tre-fase CT lever, MR lever, PET-CT, ultralyd).</li> <li>• Radiologisk veiledet biopsi av metastase dersom nødvendig.</li> </ul>
Blodprøver	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CEA.</li> <li>• Kir.rutine inkl. INR.</li> <li>• Albumin.</li> <li>• Leverprøver.</li> <li>• Screening og typing.</li> </ul>
Ytterligere diagnostikk angående operabilitet	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ernæringsfysiolog med ernæringscreening.</li> <li>• Fysioterapeut med funksjonsvurdering.</li> <li>• <a href="#">Anestesiologisk vurdering (PR55981)</a>.</li> <li>• <a href="#">Anemiutredning (PR54032)</a>.</li> </ul>
Oppmelding til colorektal MDT-møte med Nordlandssykehuset i Bodø	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Meldes til MDT så snart diagnostikk er komplett.</li> <li>• <a href="#">MDT-møte hver torsdag kl. 14:30. (SJ15500)</a></li> <li>• Deltagere fra lokalt sykehus: Pakkeforløpskoordinator og kirurg(er).</li> <li>• Pasient informeres samme dag om beslutning.</li> <li>• MDT-notat opprettes av ansvarshavende kirurg i DIPS.</li> </ul>
Særskilte unntak	Ved helligdager/høytider hvor MDT-møter ikke er nært forestående, diskuteres kasus med vakthavende gastrokirurg NLSH for videre plan og behandling.
<b>PREOPERATIV FORBEREDELSE</b>	
Kirurgisk poliklinikk / forberedelse før innleggelse / eventuelt preoperativ habilitering	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">ERAS protokoll/sjekkliste (PR 53159)</a>.</li> <li>• Samtale og preoperativ informasjon om inngrepet.</li> <li>• Notat fra kirurg med kopi til driftskontoret for operasjonsdato.</li> <li>• <a href="#">Innkomstjournal LIS (RL9211)</a>.</li> <li>• <a href="#">NoRGast samtykkeskjema (SJ8295)</a>.</li> <li>• <a href="#">Anestesiologisk vurdering (PR55981)</a>.</li> <li>• <a href="#">Samtale med sykepleier (RL9212)</a>.</li> <li>• Opprettelse av pasientjournal og medisinkurve.</li> <li>• Pasienten får med seg informasjonsskriv (<a href="#">PI1876</a> og <a href="#">PI1877</a>), <a href="#">Dagbok (PI1878)</a> og</li> </ul>

	<p>eventuelt klyster, mini-PEP og tromboseprofylakse.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ved behov preoperativ innleggelse for habilitering (fysioterapi, ernæring, etc.).</li> </ul>
<b>OPERASJON</b>	
Før oppstart av operasjon	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oppmøte på operasjonsdag for ECOG 0-1.</li> <li>• Oppmøte dagen før operasjonsdag for ECOG 2 og høyere.</li> <li>• <a href="#">ERAS protokoll/sjekkliste (PR53159)</a>.</li> <li>• Ny samtale med kirurg på operasjonsdag, evt. merking av stomi og ny gjennomgang av planlagt inngrep og mulige komplikasjoner.</li> <li>• <a href="#">Antibiotikaprofylakse ved elektiv gastrointensial kirurgi (PR47793)</a>.</li> <li>• <a href="#">Antibiotika ved akutt gastrointestinal kirurgi (PR47792)</a>.</li> </ul>
Operasjon	Nasjonale og internasjonale retningslinjer for tykktarmskreft kirurgi. Viser til <a href="#">standardiserte operasjonsprotokoller (PR14840)</a> fra Helse Nord kolon-nettverk prosjekt (UNN) og <a href="#">prosedyre for trinnsvis tilnærming til radikal cancerkirurgi (PR41699)</a> .
Anestesi	Valg av anestesi baserer seg på retningslinjer for perioperative care ERAS, 2018. PR55987
<b>POSTOPERATIVT FORLØP</b>	
Operasjonsdag	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasienten legges på Intensivavdeling, følger prosedyre for <a href="#">ERAS postoperativt på intensiv (PR55989)</a>.</li> <li>• <a href="#">ERAS protokoll/sjekkliste (PR53159)</a>.</li> <li>• NEWS (PR48246)</li> <li>• Muntlig informasjon om gjennomgått operasjon fra kirurg.</li> </ul>
Første postoperative dag	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Visitt etter morgenmøte.</li> <li>• Tverrfaglig team inkludert kirurger, anestesi, intensivpersonell.</li> <li>• <a href="#">ERAS protokoll/sjekkliste (PR53159)</a>.</li> <li>• <a href="#">NEWS (PR48276)</a></li> <li>• Eventuelt stomiopplæring.</li> <li>• Fysioterapi, ernæringsfysiolog.</li> <li>• Overflytting til sengepost.</li> </ul>
Resterende postoperative dager	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">ERAS/protokoll sjekkliste (PR53159)</a>.</li> <li>• Daglig visitt og fortløpende vurdering.</li> <li>• Eventuelt stomiopplæring.</li> <li>• <a href="#">NEWS (PR48276)</a></li> <li>• Ved komplikasjoner, håndtering etter god medisinsk praksis og i henhold til retningslinjer.</li> </ul>

UTSKRIVELSE / KONTROLLREGIME	
Utskrivelse	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">Utskrivingssamtale (PR43659)</a>.</li> <li>• Videre plan.</li> <li>• Informasjonsskriv (<a href="#">PI1879</a> og <a href="#">PR55813</a>).</li> <li>• Epikrise, resepter.</li> <li>• Kommunal sykepleier, fysioterapi, ergoterapeut, ved behov.</li> </ul>
Komplikasjoner	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Komplikasjoner rapporteres i henhold til gjeldende melderutiner og håndteres fortløpende på komplikasjonsmøter.</li> <li>• <a href="#">Varsel om alvorlige hendelser (RL2016)</a>.</li> <li>• <a href="#">Melding om avvik i Docmap (PR12311)</a>.</li> <li>• <a href="#">Avvik i pakkeforløp (PR44877)</a>.</li> <li>• <a href="#">Avviksbehandling av pasienthendelse (PR54515)</a>.</li> <li>• <a href="#">Hendelsesgjennomgang (PR49743)</a>.</li> <li>• <a href="#">Hendelsesanalyse (PR42296)</a>.</li> </ul>
Oppfølging	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 4 uker postoperativ kontroll hos operatør.</li> <li>• Gjennomgang av histologi, mulige konsekvenser (evt. adjuvant kjemoterapi).</li> <li>• Klinisk undersøkelse. CEA.</li> <li>• Skriftlig oppfølgings skjema av Helsedirektoratets nasjonale retningslinjer.</li> <li>• Henvising til genetisk veiledning</li> </ul>
Videre oppfølging eksternt	<p>Viser til <a href="#">Helsedirektoratet, Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av kreft i tykktarm og endetarm</a>.</p>

Alle prosedyrer i eget vedlegg (inkludert avvik og melderutiner) vedlegg 7.

Det gjenstår noe arbeid med å omgjøre de valgte lokale prosedyrene til å være gjeldende som felles prosedyrer for HSYK.

Forklaring forkortelser:

MDT – Multidiplinære team (tverrfaglige team)

ERAS – Enhanced recovery after surgery (forbedret rekonvalesens etter kirurgi)

NEWS – National early warning score (et hjelpemiddel for å sikre tidlig advarsel om mulig klinisk forverring hos voksen pasient)

ECOG performance status – Eastern Cooperative Oncology Group (funksjonsstatus)

Forløpskoordinators rolle er nærmere beskrevet i pakkeforløp for kreft i [PR55398](#), og i pakkeforløp for kreft i tykk- og endetarm i [PR55397](#).

### 6.1.2 MDT-møter

MDT - møter er møter mellom representanter fra ulike relevante kliniske faggrupper og skal anbefale behandling og oppfølging av enkeltpasienter. MDT-møter inngår i pakkeforløpene for behandling av kreftsykdommer.

MDT-møter skal bidra til:

- Ensartethet og tverrfaglig vurdering ved utredning, behandling og oppfølging

- Godt koordinerte overganger mellom sykehus, avdelinger og spesialiteter

MDT-møter for tykk- og endetarmskreft med representanter fra NLSH og HSYK avholdes én gang pr uke. Deltakere er kirurger, radiolog(er), onkolog(er), patolog. Mal for rapportering fra møtene bør være felles regional, og foreligge i DIPS Arena. Prosjektgruppen fremmer et forslag til regional mal for rapportering fra MDT-møtene ([SJ15500](#)).

### 6.1.3 Seleksjonskriterier

Den eksterne rapporten påpekte at noen av pasientene med høy risiko og komorbiditet burde vært operert på et høyere nivå, enn ved Helgelandssykehuset. Som følge av dette kommer prosjektgruppen med følgende anbefaling:

Helseforetakene i Helse Nord bør være enig om hvilke seleksjonskriterier som skal gjelde for elektive operasjoner av tykktarmskreft. Prosjektgruppa foreslår at følgende pasienter skal opereres ved NLSH eller UNN:

- Pasienter vurdert til risiko ASA 4
- Pasienter som er vurdert til stadium T4b

Hvis det gjøres unntak må dette være godt dokumentert i referat fra MDT- møte e.l. Siden dette er et forslag til regionale retningslinjer vil dette bli spilt inn til fagavdelingen i Helse Nord RHF.

### 6.1.4 Øyeblikkelig hjelp

Cirka 15 % av tykktarmkreft-pasienter innlegges som øyeblikkelig hjelp. Av disse har ca 1/3 perforasjon av tarmen og ca 2/3 har tarmobstruksjon (tarmslyng). Rapporten fra de eksterne fagpersonene anfører at denne pasientgruppen er svært krevende og tilrå at disse pasientene som hovedregel skal opereres ved UNN eller NLSH etter initial diagnostisering og stabilisering ved HSYK.

Da de elektive operasjonene ble flyttet til Nordlandssykehuset i oktober 2020, ble det laget en midlertidig prosedyre som tilsa at disse pasientene kunne opereres ved HSYK under forutsetning av forutgående konferanse mellom den kirurgiske overlegen som har ansvaret for pasienten i HSYK og vakthavende gastrokirurg ved NLSH. Det har ikke vært rapport avvik ift denne prosedyren siden 19.10.2020.

Arbeidsgruppen mener, etter en helhetsvurdering, at denne praksisen kan videreføres hvis elektive tarmkreftoperasjoner gjenopptas ved HSYK. Basert på den midlertidige prosedyren som har vært gjeldende siden oktober 2020 foreslås det følgende prosedyre:

- Tilstander som inngår under øyeblikkelig hjelp skal i utgangspunktet håndteres på lokalsykehus. Eksempler vil være blødning, ileus og perforasjoner.
- Vakthavende overlege ved sykehuset der pasienten er innlagt, er pasientansvarlig lege inntil evt. overflytting er gjennomført.
- Ved behov for øyeblikkelig hjelp operasjoner for pasienter i Helgelandssykehusets nedslagsfelt som har påvist kreftsykdom i tarmkanalen, skal vakthavende overlege konferere med vakthavende gastrokirurg ved Nordlandssykehuset Bodø fortrinnsvis i kjernearbeidstiden.
- Hvis pasienten ikke vurderes stabil nok til overflytting fra Helgelandssykehuset HF (Mo i Rana og Sandnessjøen) til Nordlandssykehuset Bodø HF, og at man etter konferering konkluderer med at pasienten skal opereres, skal inngrepet utføres av vakthavende overlege og vakthavende LIS 2. Om vakthavende har behov for faglig bistand innhentes kollega.

## 6.2 Robusthetskrav

Anbefalte robusthetskrav til sykehus som opererer pasienter med tykktarmskreft, Kreftkirurgi i Norge 2015. Kravene foreligger i 2 alternativer:

Alt. 1: Opptaksområde rundt 100 000, alt. 2: Opptaksområde rundt 200 000.

Alt. 1 er valgt.

Robusthetskrav	Kommentar	Status	Tiltak
Minst tre spesialister i gastroenterologisk kirurgi	Pr i dag er det 1 gastrokirurg i full stilling (Ssj) samt en i 90 % permisjon (Ssj). En søknad om godkjenning (MiR). Lite sannsynlig med tre spesialister på to steder.	Pt. ikke oppfylt	Iverksette tiltak for å få generelle kirurger ansatt i foretaket godkjent Rekruttere eksterne Rekruttere interne LIS 2/3
Intensivenhet med døgntilbud		Oppfylt	
Regelmessige tverrfaglige møter, min. ukentlig med kirurg, onkolog, patolog, forløpskoordinator	MDT-møter	Oppfylt	
Spesialist i gastroenterologisk kirurgi i døgnberedskap	Vaktberedskap 24/7? Tilkalling?	Ikke oppfylt	Iverksette tiltak for å få generelle kirurger ansatt i foretaket godkjent Rekruttere eksterne Rekruttere interne LIS 2/3
Patologiservice tilgjengelig	Telematikk	Oppfylt	Patolog tilgjengelig pr telefon og deltar på MDT-møter, der operasjonssted avgjøres. Reduserer behov for frysesnitt peroperativt.
Urolog tilgjengelig	Telematikk	Pt ikke på stedet	Vil finnes ved én lokasjon i nye HSYK. Elektiv kirurgi som forventer behov for urolog vil selekteres til NLSH/UNN ved MDT-møte
Utdanningsfunksjon i gastrokirurgi	Avh. av spesialist i gastrokir.	Pt. ved én lokasjon	Søkt om godkjenning i



			HSYK. Fagavtaler med NLSH og UNN
Dedikert onkolog	Onkolog deltar i MDT-møter	Pt. ikke oppfylt	Rekruttering av onkolog HSYK «Egne» onkologer ved NLSH/UNN
Sikker logistikk til avd. som utreder og behandler levermetastaser		Oppfylt	
Deltakelse i forskningsnettverk innen sykdomsgruppen		Oppfylt	
Anvendelse av nasjonale retningslinjer		Oppfylt	
Komplett rapportering til nasjonalt register		Oppfylt	
Rapportering til Norgast		Oppfylt	
Praktisering av ERAS	Jfr. felles prosedyrer	Oppfylt	
Min. størrelse opptaksområde ca. 100 000	Tilpasning?	Ikke oppfylt	Bør ikke være et absolutt krav
Min. antall operasjoner pr avdeling: 30		P.t. ikke oppfylt	Kan oppfylles ved sentralisering til én lokasjon
Min. antall operasjoner pr kirurg: 15			Kan oppfylles ved sentralisering til én lokasjon og færre kirurger opr. tarmkreft

Rapporten Kreftkirurgi i Norge inneholder også generelle krav til sykehus som skal utføre kreftkirurgi, uansett kreftform. Disse generelle kravene er fremstilt i tabells form og kommentert i vedlegg 8.

### 6.3 Kontinuerlig kvalitetsarbeid

I følge Spesialisthelsetjenesteloven og Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, skal det arbeides systematisk og kontinuerlig med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i virksomheten. Noen tiltak skisseres her:

#### 6.3.1 Komplikasjonsmøter

Systematikk for registrering og håndtering av komplikasjoner:

- Prosedyre på hendelsesgjennomgang [PR42296](#)
- Prosedyre for hendelsanalyse [PR49743](#)
- Melding om avvik i Docmap. [PR12311](#)

Det vurderes å få denne type prosedyrer mer samkjørt i Helse Nord.

#### 6.3.2 Melderutiner

Helse Nord har utarbeidet en felles varslingsprosedyre om alvorlige hendelser, retningslinjer [RL2016](#). Vår prosedyre: [PR54515](#). Samkjøres med UNN sin prosedyre [PR31377](#).

### 6.3.3 ERAS-gruppe

Tiltakene i ERAS er sentrale i kirurgiskbehandling av tykktarmskreft, og prosjektgruppen ønsker å ta initiativ til en ERAS-gruppe i Helse Nord der kjernepersonell fra sykehusene som opererer tykktarmskreft deltar. Det skal være årlige telemedisinske møter og annet hvert år skal man møtes fysisk i forkant av NoRGast-møte. Gruppen skal ledes av UNN Tromsø.

### 6.3.4 Deltakelse i kvalitetsnettverk

I januar 2018 ble det igangsatt et kvalitetssikringsprosjekt for kirurgisk behandling av tykktarmskreft i Helse Nord. Prosjektet gikk over en 2-års periode til januar 2020. Deltakere var kirurger fra alle sykehus i Helse Nord som opererer tykktarmskreft elektivt. Hovedmålet med prosjektet var å bidra til kvalitetssikring og heving av kvalitet på kirurgi for tykktarmskreft ved nordnorske sykehus og samtidig bidra til å styrke utdanningen av yngre kolleger i denne type kirurgi.

Det er besluttet at arbeidet i prosjektet fortsetter på permanent basis som Kvalitetsnettverk tykktarmskreft Helse Nord. Gruppen skal ledes av UNN, Tromsø.

### 6.3.5 Kvalitetsregistre

Helgelandssykehuset rapporterer kirurgisk behandling av tykktarmskreft til følgende kvalitetsregistre:

#### 6.3.5.1 NoRGast

Norsk register for Gastrokirurgi har som mål å sikre kvaliteten på gastrokirurgi ved norske sykehus. Målgruppen er for registrering er pasienter som blir operert for tilstander i bukhulen. Registeret skal gi hvert sykehus en mulighet til å holde oversikt over egne resultater (ønskede og uønskede behandlingseffekter) og også kunne presentere samlede nasjonale data som referanse.

Informasjonen skal komme pasientene til nytte i form av en bedre og mer oversiktlig helsetjeneste.

Hentet fra: [unn.no](http://unn.no) – [NorGast – Norsk register for gastrokirurgi](#)

#### 6.3.5.2 Medisinsk kvalitetsregister for tykk- og endetarmskreft

Tykk- og endetarmskreftregisteret inneholder informasjon om alle pasienter som får tykk- og endetarmskreft og mottar opplysninger fra sykehusene om utredning, behandling og oppfølging av pasientene. Tykk- og endetarmskreftregisteret er en del av Kreftregisteret.

Tykk- og endetarmskreftregisteret skal bidra med å styrke kvaliteten på helsehjelpen som gis pasientene. Registeret skal også drive, fremme og gi grunnlag for forskning for å utvikle ny viten om kreftsykdommens årsaker, diagnose og sykdomsforløpet, samt behandlingseffekter.

Hentet fra: [Nasjonalt kvalitetsregister for tykk- og endetarmskreft](#) og [Kreftregisteret](#)

## 7 Kompetanse

Vedlikehold og økning kompetanse er sentrale punkter for å gjenoppta elektiv kirurgisk behandling av tykktarmskreft i Helgelandssykehuset. Her skisseres ulike tiltak:

### 7.1 Hospitering

Tilrettelegging for hospitering fra aktuelt fagmiljø i HSYK til UNN og NLSH er nevnt spesielt i vedtaket i Helse Nords styrevedtak i sak 127-2020.

Som en del av dette prosjektet, planlegges bla hospiteringsordninger for kirurger, anestesileger, operasjonssykepleiere og intensivsykepleiere.

Ordningen vil bestå i at disse faggruppene i noen perioder hvert år skal hospitere ved avdelingene ved NLSH og UNN, evt ved andre større avdelinger, sammen med overlegene/spesialsykepleierne ved de aktuelle avdelingene.

Ved en slik ordning vil fagpersonell fra HSYK både kunne få delta ved et større volum av tarmkreftkirurgi (både operativ virksomhet og anestesi/intensiv virksomhet) og i tillegg hospitere i et større fagmiljø.

**Kirurger:** De 2 (eller 3) kirurgene som skal operere tykktarmskreft skal årlig hospitere minst en uke hver. Hospiteringen skal primært skje på samarbeidende avdelinger (UNN Tromsø eller NLSH Bodø). Større sentra andre steder kan også være aktuelle. Det skal legges til rette for at kirurgene skal kunne være operatører og ikke kun observatører.

**Anestesileger:** Anestesileger 2 (eller 3) med hovedansvar for disse operasjonene skal hospitere minst en uke annet hvert år. Hospiteringen skal primært skje på samarbeidende avdelinger (Tromsø eller Bodø). Større sentra andre steder kan også være aktuelle. Hospiteringen kan også skje på operasjonsstuer ved øvre gastro.

**Operasjonssykepleiere:** Det skal være minst 4 operasjonssykepleiere som skal ha hovedansvaret for disse operasjonene. Minst en av disse 4 skal alltid stå i feltet ved slike operasjoner. Disse skal hospitere minst en uke annet hvert år. Hospiteringen skal primært skje på samarbeidende avdelinger (UNN Tromsø eller NLSH Bodø).

**Anestesisykepleiere:** Det skal være minst 2 anestesisykepleiere som skal ha hovedansvaret for fagutvikling innen ERAS anestesi. Disse skal hospitere minst en uke annet hvert år. Hospiteringen skal primært skje på samarbeidende avdelinger (UNN Tromsø eller NLSH Bodø).

**Oppvåkning/intensiv:** Det skal være minst 2 oppvåknings-/intensivsykepleiere som skal ha hovedansvaret for fagutvikling innen ERAS. Disse skal hospitere minst en uke annet hvert år. Hospiteringen skal primært skje på samarbeidende avdelinger (UNN Tromsø eller NLSH Bodø).

**Kirurgisk sengepost:** Det skal være minst 2 sykepleiere fra kirurgisk sengepost som skal ha hovedansvaret for fagutvikling innen ERAS. Disse skal hospitere minst en uke annet hvert år. Hospiteringen skal primært skje på samarbeidende avdelinger (UNN Tromsø eller NLSH Bodø).

- Enhetene må planlegge sammen når man sender personell på hospitering
- Juridisk avklaring vedrørende operasjonsvirksomhet ved annet sykehus
- Nettverksbygging og faglig kontakt er et viktig moment for kvalitet
- Det må legges planer i samarbeid med NLSH og UNN
- Hospiteringens innhold og varighet dokumenteres i kompetansemodulen
- Kompetanseheving ved hospitering krever tid

Covid-19-situasjonen har vært medvirkende til at hospitering ikke har vært gjennomført i første halvår 2021, men dette vil bli planlagt for høsten 2021. Det er også ønskelig at kirurger/anestesileger/operasjons sykepleiere/anestesisykepleiere fra NLSH og UNN kan hospitere ved HSYK. Dette vil både føre til et tettere samarbeid mellom virksomhetene samt sikre kvaliteten ved HSYK.

## 7.2 Vikariater hos hverandre

Arbeidsvikariater hos hverandre er også en meget viktig del av kompetansebygging og etablering og vedlikehold av faglig kontakt.

## 7.3 Felles undervisning

De større avdelingene ved NLSH og UNN vil ha et større undervisningstilbud enn HSYK. Det er derfor viktig og naturlig at HSYK kan få tilgang til/kople seg til aktuell internundervisning fra UNN og NLSH. HSYK skal også kunne bidra med ansvar for deler av programmet.

## 7.4 Telementoring

Telementoring er veiledning/opplæring ved bruk av telematikk-teknologi. Anskaffelser av utstyr til bruk ved kirurgiske prosedyrer har vært vurdert i Helse Nord.

De kirurgiske avdelingene i Mo i Rana og Sandnessjøen er nå invitert til å delta i et PhD-prosjekt som utgår fra kirurgisk klinikk, NLSH Bodø, som innebærer sammenlikning av telementorbasert kirurgisk opplæring med konvensjonell kirurgisk opplæring, knyttet til laparoskopisk fjerning av galleblære.

Telementoring gir store muligheter for veiledning under kirurgiske prosedyrer fra UNN eller NLSH til HSYK.

## 7.5 Spesialistutdanning

Spesialistutdanning er en av helseforetakenes hovedoppgaver, og er svært viktig for faglig utvikling og rekruttering av fremtidige spesialister. Elektive tarmkreftoperasjoner inngår som en viktig del av læringsmålene innen gastroenterologisk kirurgi.

HSYK har søkt om godkjenning som utdanningsinstitusjon av deler av utdanningen i denne spesialiteten, det er søkt om godkjenning for 58 av 106 læringsmål. For de aller fleste spesialitetene er det pt. ikke gitt tilbakemelding fra Helsedirektoratet på søknad om godkjenning enda.

Det er inngått fagavtaler med NLSH og UNN om tjeneste for å oppnå de resterende læringsmålene innen gastrokirurgi.

## 7.6 Rekruttering / stabilisering

### 7.6.1 Regional handlingsplan

Helseforetakene i nord strever med å tiltrekke seg helsepersonellet de trenger. Som et ledd i arbeidet med å sikre riktig og tilstrekkelig kompetanse har Helse Nord utarbeidet en regional handlingsplan for rekruttering og stabilisering (vedlegg 10). Handlingsplanen inneholder en rekke tiltak som skal gjøre jobben litt lettere og er først og fremst et verktøy for ledere og HR-personell i møte med rekrutteringsutfordringene. Helse Nord's overordnede rekrutteringsstrategier er:

- Profesjonalisering av rekruttering
- Informasjon og markedsarbeid
- Stabiliserende organisasjon
- Utdanning og kompetanseutvikling

### 7.6.2 Intern rekrutteringsstrategi

Helgelandssykehusets strategi for rekruttering og stabilisering tar utgangspunkt i Helse Nord's Handlingsplan for rekruttering og stabilisering med de fire strategiområdene. Helse Nord RHF er i prosess med å utvikle en ny delstrategi for personell, utdanning og kompetanse. Et viktig område er herunder å rekruttere, engasjere og beholde, og arbeidet sluttføres innen 1.5.2022. Dette vil også bli retningsgivende for Helgelandssykehuset videre arbeid.

#### 7.6.2.1 Rekruttering og stabilisering av overleger i Helgelandssykehuset

Samlet prosentandel overleger over 55 år i alle de somatiske enhetene er p.t. 30 %. Dette utgjør 26 personer. Dette innebærer at en betydelig andel overleger i Helgelandssykehuset vil gå av til pensjon de neste 5-15 årene. Det setter krav til systematisk arbeid for å rekruttere og beholde LIS-leger og utdanne fremtidens spesialister som skal ha sitt virke i Nye Helgelandssykehuset. Det er også viktig med særskilt oppmerksomhet på å stabilisere overleger i interimsfasen i Nye Helgelandssykehuset.

Det er utfordrende å rekruttere legespesialister, og mange av de særskilt rekrutteringssvake spesialitetene er både et nasjonalt og et europeisk rekrutteringsproblem, som også merkes på

Helgeland. Hovedsakelig må HSYK utdanne legespesialister som skal bli fremtidens overleger i foretaket. De fagområdene som har stabile LIS 2 og 3 leger lykkes noe bedre. HSYK kjennetegnes generelt av sårbare og små fagmiljø på legesiden, og HSYK må jobbe systematisk med å utdanne legespesialister innen de spesialitetene foretaket har behov for fremover. Det å tilby kvalitet, forutsigbarhet og god gjennomstrømming i spesialistutdanning for leger er viktig både for å rekruttere og engasjere LIS- leger i HSYK fremover, og det er viktig for å lykkes med å utdanne våre egne legespesialister.

#### 7.6.2.2 Tid til å leve

HSYK har utarbeidet egen kommunikasjonsstrategi for rekruttering med konseptet *Tid til å leve*. Denne forsøker å beskrive det unike med HSYK som arbeidsgiver for og hva som gjør Helgeland til et attraktivt sted å bo og leve. Strategien differensierer mellom ulike budskap som er relevante for ulike faggrupper, og har definert hvilke budskap som sannsynligvis er mest relevante for overleger.

#### 7.6.2.3 Stipendordninger

Spesielle rekrutteringstiltak, som for eksempel stipend, kan komme til anvendelse i forbindelse med ekstern rotasjon når det foreligger et rekrutteringsbehov de nærmeste årene for overleger innenfor det aktuelle fagområdet.

## 8 Arbeidsmiljø

Arbeid med arbeidsmiljø er nevnt som en sentral premiss i Helse Nords styresak 127 - 2020. HSYK gjennomfører under ledelse av direktør for organisasjon og administrasjon et eget arbeid tilknyttet utfordringer og oppfølging av arbeidsmiljø foranlediget av prosessen rundt tarmkreftkirurgi i HSYK. Rapport om arbeidsmiljø i HSYK ble behandlet i styresak 17- 2021 (vedlegg 11).

## 9 Samarbeid

### 9.1 Samarbeid internt

Som følge av prosessen rundt tarmkreftkirurgi i HSYK ble det høsten 2020 tatt initiativ til et samarbeid på tvers i HSYK med tiltak knyttet til tarmkreftkirurgi, disse tiltakene er beskrevet i møtereferrat 10.09.2020. Ny organisering med klinisk gjennomgående ledelse (se avsnitt nedenfor) vil innebære en tverrgående klinikkstruktur som vil legge til rette for tverrgående samhandling i større grad enn tidligere.

### 9.2 Samarbeid regionalt

Under arbeidet i prosjektet er det fremkommet behov for retningslinjer for regionalt samarbeid knyttet til kapasitet og pasientforløp. Regional operasjonskapasitet bør kunne utnyttes i større grad for å kunne gi UNN og NLSH større kapasitet til å ivareta de komplisert pasientene som skal behandles på deres nivå, jfr forslag om seleksjonskriterier i punkt 5.1.2.

Prosjektgruppen har følgende forslag:

- Forpliktelse fra UNN og NLSH til å ivareta de pasientene som regionale seleksjonskriterier tilsier.
- Utarbeidelse av retningslinjer for utnyttelse av samlet regional operasjonskapasitet, for å avhjelpe utfordringer i kapasitet ved NLSH og UNN.
- Disse problemstillingene spilles inn til Helse Nord RHF v/fagdirektør.

## 10 Organisering

### 10.1 Organisering

Fra 23. august 2021 endres organisering i HSYK til klinisk gjennomgående ledelse. Denne organiseringen legger ansvaret for tverrgående samarbeid og samhandling direkte i linjeorganisasjonen og vil innebære at tverrgående fagområder i større grad ses samlet.

Målene som skal oppnås i denne nye organisasjonsmodellen:

Effekt mål:

- Helgelandssykehuset skal sikre befolkningen i hele opptaksområdet en godt organisert spesialisthelsetjeneste, med god kvalitet, rett kompetanse og rett kapasitet

Resultat mål:

- Den nye organisasjonsmodellen skal være robust og funksjonell, å synliggjøre foretaket som ett virksomhetsområde
- Pasientforløpene både internt, og i forhold til eksterne aktører, skal være gode og sammenhengende
- Organisasjonsmodellen skal fremme et godt arbeidsmiljø
- Med den nye strukturen skal vi oppnå økonomisk handlingsrom gjennom optimal ressursutnyttelse
- Toppledelsen skal ha god forankring i den kliniske virksomheten

### 10.2 ROS-analyse

Det er av prosjektgruppen gjort ROS-analyse av robustetskriterier og foreslåtte tiltak med sammenlikning av alternativene elektiv tarmkreftkirurgi ved to lokasjoner i HSYK (mål 1) og én lokasjon (mål 2), vedlegg 9.

I ROS-analysen er ingen konsekvenser satt lavere enn moderat. Dette medfører at risikonivåene ikke blir lavere enn middels (gult) uansett om sannsynligheten for manglende måloppnåelse er svært lav.

Ved sammenlikning av de to alternativene for organisering, kommer det frem forskjeller i sannsynlighet for manglende måloppnåelse og antall krav (suksessfaktorer) som får risikonivå «høy», (rødt). Mål 1 (to lokasjoner) har høyere sannsynlighet for manglende måloppnåelse på flere punkter enn mål 2 (én lokasjon), og får flere krav med høyt risikonivå enn mål 2.

Alternativet med fortsatt flytting av elektiv tarmkreftkirurgi fra HSYK til NLSH er ikke ROS-analysert, siden prosjektets mandat er å legge forholdene til rette for tilbakeføring til HSYK.

### 10.3 Kompenserende tiltak

Som følge av ROS-analysen er det skissert kompenserende tiltak, også for alternativet med elektiv tarmkreftkirurgi ved én lokasjon.

Ved samling av elektiv tarmkreftkirurgi ved én lokasjon i HSYK er det viktig at det sees på fordeling av aktivitet innen kirurgisk virksomhet, for også ivareta den avdelingen som ikke skal utføre elektive tarmkreftoperasjoner. Dette kan gjøres ved at den kirurgiske virksomheten i HSYK gjennomgås mtp å utnytte den samlede kirurgiske kapasiteten i HSYK best mulig.

Begge avdelingene skal ha akuttfunksjon i generell kirurgi.

HSYK ønsker også å være aktiv ift å hente hjem gjestepasienter som kan få et tilbud i HSYK, samt at prosjektgruppen i pkt. 8.2. påpeker at samlet regional operasjonskapasitet må utnyttes bedre. Disse faktorene vil også kunne bidra til å ivareta den kirurgiske virksomheten på den lokasjonen som ikke skal utføre elektive operasjoner for tarmkreft.

#### 10.4 Anbefaling

Prosjektgruppen har foreslått en rekke tiltak som skal legge forholdene til rette for at kirurgisk behandling av tykktarmskreft kan gjenopptas i Helgelandssykehuset. Hovedinnholdet i disse tiltakene og robusthetskravene for sykehus som skal utføre slik kirurgi er ROS-analysert med alternativene elektiv tarmkreftkirurgi ved én vs. to lokasjoner i HSYK. ROS-analysen viser at risikonivået for manglende måloppnåelse er klart høyere ved å lokalisere elektiv tarmkreftkirurgi ved to lokasjoner vs. én lokasjon i HSYK.

Prosjektgruppen anbefaler at elektiv tarmkreftkirurgi samles ved én lokasjon i HSYK.

Det er utarbeidet et forslag til prosedyre for håndtering av kirurgisk øyeblikkelig hjelp for pasienter med tykktarmskreft, basert på den midlertidige prosedyren som har vært gjeldende siden 19.10.2020.

## 11 Referanser

Helsedirektoratet (2014). Tykk- og endetarmskreft [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 17. august 2018, lest 18. juni 2021). Tilgjengelig fra <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/pakkeforlop-for-kreft-diagnoseveiledere/diagnoseveiledere/tykk-og-endetarmskreft>

Helsedirektoratet (2015). Kreftkirurgi i Norge [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (lest 18. juni 2021). Tilgjengelig fra <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter?typetema=6c07e7e7-7653-4c10-9fb9-855579ca8ff9>

Helsedirektoratet (2017). Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk behandling og oppfølging av kreft i tykktarm og endetarm [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 04. mai 2021, lest 18. juni 2021). Tilgjengelig fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/kreft-i-tykktarm-og-endetarm-handlingsprogram>

Kreftregisteret (2021). Norsk kvalitetsregister for tykk- og endetarmskreft [nettside] (lest 18. 1. juni 2021). <https://www.kreftregisteret.no/Registrene/Kvalitetsregistrene/Tykk-og-endetarmskreftregisteret/>

Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre (2021). Nasjonalt kvalitetsregister for tykk- og endetarmskreft [nettside] (lest 18. juni 2021). Tilgjengelig fra <https://www.kvalitetsregistre.no/register/kreft/nasjonalt-kvalitetsregister-tykk-og-endetarmskreft>

UNN (2021). NoRGast – Norsk register for gastrokirurgi [nettside] (lest 18. juni 2021). Tilgjengelig fra <https://unn.no/fag-og-forskning/medisinske-kvalitetsregistre/norgast-norsk-register-for-gastrokirurgi>



## 12 Vedlegg

- 1 Styresak 127-2020 Tarmkreftkirurgi Helgelandssykehuset HF
- 2 Styremøte 15102020 - protokoll
- 3 Prosjektbeskrivelse
- 4 Sluttrapport fra ekstern faggruppe – offentlig utgave
- 5 Møtereferat 10.9.2020 – Fagmiljø og ledelse tarmkreftkirurgi
- 6 Prosjektmandat
- 7 Prosedyrer (28 stk)
- 8 Generelle krav til sykehus som skal utføre kreftkirurgi
- 9 ROS-analyse
- 10 Helse Nord. Rekruttering og stabilisering. Regional handlingsplan 2020-2024
- 11 Arbeidsmiljø i Helgelandssykehuset – en rapport til intern saksforberedelse. – utfordringer og oppfølging av arbeidsmiljø fra januar 2020 til februar 2021, foranlediget av tarmkreftkirurgisaken i Helgelandssykehuset



**HELGELANDSSYKEHUSET**  
HELGELAANTEN SKIEMTJEGÅETIE



# Gjennomgang av journaler for pasienter operert for kreft i tykktarm ved Helgelandssykehuset 2016 – 2019.

## PROSJEKTBEKRIVELSE:

### Metode og prosjektgruppe:

Prosjektgruppe:

*Ida Bukholm (fagsjef i Helgelandssykehuset, gastrokirurg, leder av gruppen)*

*Stefan Dehof (seksjonsoverlege kirurgisk avdeling Mo i Rana, generellkirurg)*

*Lukasz Maciej Krajnik (kirurgisk overlege Mo i Rana, generellkirurg)*

*Petter Stausland Dahle (avdelingsleder kirurgiske leger Sandnessjøen, LIS-2/3)*

*Jarle Norstein (kirurgisk overlege Sandnessjøen, gastrokirurg)*

Prosjektgruppen er satt sammen med representanter fra både Helgelandssykehuset Sandnessjøen og Mo i Rana. Sammensetningen er forankret i foretaksledelsen.

### Innledning

I perioden april-mai 2020 vil det bli gjennomført en journalgjennomgang av pasienter med diagnosen tykktarmskreft. Det vil bli gjort analyse av journaler både for de som er operert ved HSYK og de som er overført til andre sykehus.

Ved siden av de nasjonale kvalitetsparametere vil det også bli sett på om det er forskjell i pasientsammensetning, og seleksjon av pasienter i forhold til om de skal opereres. Hvilket nivå de skal opereres ved er også en viktig problemstilling som skal være sentralt i analysen. Det er også viktig å kartlegge komplikasjoner knyttet til inngrepene, både kirurgiske og ikke kirurgiske, ikke minst forbruk av antibiotika ved inngrepene. I tillegg har det vært mye diskusjon i forhold til at tykktarmskreft bør primært opereres av en spesialist i gastrokirurgi. Det er derfor viktig å finne ut hvor stor andel av pasientene ved enheten i Sandnessjøen som er operert av en spesialist i gastrokirurgi, og om det er forskjell i postoperativ morbiditet i forhold til om inngrepet er utført av en spesialist i generell kirurgi eller med spesialitet gastrokirurgi i tillegg.

Når det gjelder dødelighet, er det viktig å vite om det har vært tilknyttet en komplikasjon ved eventuelt dødsfall innen 100 dager, som kunne tenkes å ha vært unngått hvis pasienten ble håndtert på et høyere omsorgsnivå.

### Formål

Formålet med gjennomgangen er å kvalitetssikre Helgelandssykehusets virksomhet innen kolonkreftkirurgi, siden flere parametere har vært avvikende, til dels svært avvikende, mellom de to enhetene ved Mo i Rana og Sandnessjøen som håndterer disse pasientene.

### Metode og datainnhenting

Retrospektiv gjennomgang av pasientjournaler hos (alle) pasienter som har vært behandlet/håndtert ved Helgelandssykehuset Mo i Rana eller Sandnessjøen med ny diagnose tykktarmskreft i årene 2016 til 2019. Det innhentes data for både opererte og ikke-

opererte pasienter. Datauttrekk gjøres ut ifra hoveddiagnose C18 (alle) og C19. Supplerende datauttrekk på prosedyrekodene JFB20-97, JFH00-96, JFC00-51, JFF13-31 og JFF50-97. Supplerende data innhentes fra kreftregisteret av alle pasienter bosatt på Helgeland, med ny diagnose for tykktarmskreft i perioden 2016-2019 uansett behandlingssted (opererte og ikke-opererte).

### Parameterkategorier og parametere

Det er definert parameterkategorier som hver har mellom 3 og 15 parametere. Totalt er det 44 parametere som skal registreres per pasient i eget excel-skjema som er utarbeidet av gruppen. Parameterkategorier og parametere er gjengitt i tabellen under.

<b>Parameterkategori</b>	<b>Parameter</b>
Informasjon om pasienten	Sykehus
	NPR-nummer
	Kommunenummer
	Alder ved primæroperasjon
	Kjønn
	Diagnose
	ASA
	ECOG
Preoperativt	MDT-møte
	Operert i annet HF (*=se kommentarfelt)
	Nyoppdaget cancer ikke operert (*=se kommentarfelt).
	Akutt/elektiv operasjon
	Dager fra akuttinnleggelse til operasjon
	Kurativ / Palliativ operasjon
Operasjonsspesifikke	Operasjonsdato
	Operasjonsvarighet (knivtid)
	Intraoperative komplikasjoner
	Reseksjonstype
	Operasjonstilgang
	Anastomose
	Kirurgisk team
Operasjonspreparat	T
	N
	M
	R

	Antall vurderte lymfeknuder i preparatet
	Quirke-skår
Postoperative komplikasjoner	Postoperativ infeksjon
	Postoperative komplikasjoner
	Anastomoselekkasje
	Anastomose inntakt etter 30 dager
	Pneumoni
	DVT
	Hjertekomplikasjoner
	UVI
	Nyresvikt
	Andre
	Reoperasjon
	Reoperert postoperative dag
	Postoperativ antibiotika
	Postoperativt overflyttet til annet sykehus
	LOS
Mortalitet	30 dg. Mortalitet
	100dag. Mortalitet
	Tilbakefall metastase
	Kommentarer

## Etikk

Prosjektet er fremlagt personvernombudet ved HSYK, som har gitt tillatelse til å utføre undersøkelsen, også med eksterne fagpersoner, som et kvalitetsforbedringsprosjekt. Resultatene fra denne undersøkelsen er kun for forbedringshensikt, og skal ikke publiseres/gjøres tilgjengelig for annet bruk. Ny søknad må sendes ved evt. endring i «hensikten med undersøkelsen»

## Tidsplan og konklusjon

To fagpersoner fra enheten på Mo i Rana går gjennom journaler knyttet til pasientene ved Sandnessjøen og omvendt, for de aktuelle parameterne.

Etter at det interne arbeidet er ferdig, skal eksterne fagpersoner (UNN og St. Olavs hospital) gå gjennom alle journaler for alle aktuelle pasienter ved HSYK.

Det utarbeides en foreløpig rapport som presenteres sykehusledelsen HSYK før en endelig rapport ferdigstilles. Forventet levering ultimo mai.

**Merknad til offentlig versjon!** Rapporten er som utgangspunkt råd innhentet for intern saksbehandling i Helgelandssykehuset og unntatt offentlighet, jfr. offentlighetslovens § 15. Etter vurdering av meroffentlighet er foretaket kommet til at sluttrapporten kan utgis med unntak for enkelte opplysninger som er underlagt lovfestet taushetsplikt etter forvaltningslovens § 13 om personlige forhold. Helgelandssykehuset HF, 11.1.21.

## Kvalitetskontroll av den kirurgiske behandlingen av pasienter med tykktarmkreft ved Helgelandssykehuset i perioden 2016-2019.

### Forslag til fremtidig organisering av tarmkreft-kirurgien ved Helgelandssykehuset

#### Sluttrapport fra oppnevnte eksterne fagpersoner

Prof. Rolv-Ole Lindsetmo, Universitetssykehuset i Nord-Norge  
 Overlege, PhD Tore Stornes, St Olavs hospital  
 Prof. em. Arild Nesbakken, Oslo Universitetssykehus

**Rapport dato:** 08.01.21

**Oppdragsgiver:** Foretaksledelsen ved Helgelandssykehuset HF

Den eksterne faggruppen leverer herved sin endelige rapport. Saksgangen i forbindelse med utarbeiding av våre tidligere rapporter og denne endelige rapporten, kan leses i vedlegg 1 (side 13).

#### I. Bakgrunnen for kvalitetskontrollen:

Foretaksledelsen ønsket å foreta en kvalitetskontroll som kunne gi grunnlag for kvalitets-forbedring av behandlingen for tykktarmkreft ved Helgelandssykehuset, blant annet på bakgrunn av rapporter fra Kreftregisteret som kunne tyde på variasjon mellom de to sykehusene som har ansvaret for den kirurgiske behandlingen.

I henhold til «Årsrapport 2018 fra Nasjonalt kvalitetsregister for tykk- og endetarmkreft» (utgitt 2019) gjorde man følgende funn:

	Landsgjennomsnitt	Mo i Rana	Sandnessjøen
Andel pasienter rapportert til registeret (Periode 2017-18)	82 %	71 % (15/21)	63 % (10/16)
Dødelighet innen 100 dager fra operasjon (Periode 2016-18)	3.3 %	0 % (0/60)	<b>14 %</b> (5/35)
5- års relativ overlevelse* hos opererte (Periode 2013-18)	88 %	90 %	<b>81 %</b>

\* surrogat-markør for kreftspesifikk overlevelse hvor man tar hensyn kun til død av kreftsykdommen

Dette er observerte tall. Det er knyttet en statistisk usikkerhet til disse på grunn av et relativt lite antall pasienter som inngår i analysene. Men det er 95 % sikkert (95 % konfidensintervall) at tallet for 100 dagers dødelighet ved SSJ ligger mellom 6 % og 32 % og dette er signifikant forskjellig fra landsgjennomsnittet (3.0 -3.6 %).

Kreftregisteret har siden 2011 laget årsrapporter for tykktarmkreft, og disse viser at SSJ også i perioden 2010-2015 hadde høyere 100-dagers dødelighet enn landsgjennomsnittet; for perioden

2010-12 var den 15 %, og i 2013-15 syv prosent (tilsvarende tall fra MiR var 8 % og 0 %). Samlet for hele perioden 2011-2019 gir dette tall omtrent som landsgjennomsnittet for MiR og klart over landsgjennomsnittet for SSj (ca 12%).

Det kan legges til at 100-dagers mortalitet ved SSj i siste fireårs periode var fire av 16 pasienter (4/16) i 2016, 0/5 i 2017, 1/14 i 2018 og 1/14 i 2019.

Det er ikke statistisk signifikant forskjell i 5-års relativ overlevelse etter operasjon (med fjerning av primærsvulsten) mellom landsgjennomsnittet og Helgeland-sykehusene.

## II. Metode for vurdering av resultatene

Den interne prosjektgruppen hadde hentet ut en rekke data fra journalene og disse var registrert i et excel-ark, i alt 44 parametre vedrørende bl. a sykdomsutbredelse, type operasjon og komplikasjoner. Den samlede eksterne faggruppe har lest gjennom alle journaler og vurdert kvaliteten av følgende:

1. Utredning foretatt før operasjon
2. Beslutning i tverrfaglige (multidisiplinære) møter før operasjon
3. Supplerende utredning før operasjon for å vurdere operasjonsrisiko (ekstern faggruppe har vurdert kun pasienter med øket risiko)
4. Overveielser i forhold til å operere ved lokalsykehus eller ved sentral-/regionsykehus
5. Planlegging og gjennomføring av operasjonen
6. Postoperative komplikasjoner; forekomst, diagnostisering og tiltak
7. Vurderinger av operasjonspreparat makro- og mikroskopisk
8. Vurderinger i forhold til supplerende behandling etter operasjonen

I «**Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av kreft i tykktarm og endetarm**» er alle aspekter ved behandlingen utførlig beskrevet og en rekke anbefalinger er gitt og tydelig presentert. Dette handlingsprogrammet oppdateres minst hvert annet år, oftere om nødvendig. Vi har lagt til grunn at versjon 4 som ble publisert 02/2015 (ISBN 978-82-8081-367-1) skulle være godt kjent og implementert som grunnlag for virksomheten fra 01.01.16. Det kom oppdaterte handlingsprogram 02/2017, 04/2019 og 09/2019.

I tillegg til opplysningene om komplikasjoner (jmf de 44 parametre i excel-ark til interne leger), har vi altså foretatt en langt bredere analyse av virksomheten ved sykehusene og sammenlignet med de klare anbefalinger man finner i nasjonalt handlingsprogram. Disse omfatter alle ovenstående punkter (1-8) med unntak av punkt 6 om postoperative komplikasjoner. I spørsmål som ikke besvares i nasjonalt handlingsprogram, har vi lagt til grunn hva vi oppfatter er tradisjonelle, bredt aksepterte retningslinjer i norsk medisinsk praksis. Vi har tidlig i prosessen avklart med Helseforetaket at vårt mandat er å evaluere virksomheten så bredt som ovenfor anført.

Etter at vi la fram vår første felles (foreløpige) rapport 29.10.20, fikk vi skriftlige tilbakemeldinger fra sykehusene med tilleggsopplysninger og ønske om fornyet gjennomgang av forløpet hos i alt 46 pasienter. Vi leverte vår endelige rapport 21.12.20, men fagmiljøene ønsket å se gjennom denne før den ble endelig ferdigstilt. Som vedlegg til rapporten den 21.12 fikk foretaksledelsen og fagmiljøene ved sykehusene egne dokumenter (unntatt offentlighet) med detaljerte opplysninger om hver enkelt pasient. Vi presenterte da detaljert resultatene av vår fornyede journal-gjennomgang og våre endelige tolkninger, vurderinger og konklusjoner. I tillegg ble det ført excel-skjemaer med detaljerte anmerkninger til alle pasientforløp ved begge enheter. Rapporten 21.12.20 er gjennomgått av

fagmiljøene som har kommet med ytterligere kommentarer. Disse er vurdert av den eksterne faggruppen før vi nå leverer vår endelige rapport. Flere detaljer om prosessen kan ses i vedlegg 1.

Vi har kategorisert avvik i mindre alvorlige og alvorlige; sistnevnte inkluderer da både avvik som vi vet medførte alvorlige konsekvenser, men også avvik som vi ikke vet konsekvensen av, men som vi mener er potensielt alvorlige. Dette gjelder avvik fra prinsipper for radikal kreftkirurgi, det vil si at pasienten har fått en mindre radikal form for kirurgi enn anbefalt og således kan ha øket risiko for tilbakefall av sykdommen. I **vedlegg 2** presenteres en oversikt over klassifisering av avvik.

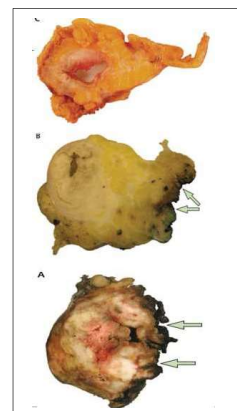
Vedr pkt 5:

Når det gjelder planlegging og gjennomføring av operasjonen, den kanskje viktigste del av evalueringen som vi har foretatt, er det tre hovedelementer som er viktige for å oppnå helbredelse av sykdommen, dvs gjennomføre en kurativ operasjon:

**1: Korrekt disseksjon i anatomiske plan** på utside av fettvev og bindevev som omslutter tarmen og tarmkrøset (tarmopphenget, her går blodårer og lymfeårer / lymfeknuter), circumferensiell disseksjon.

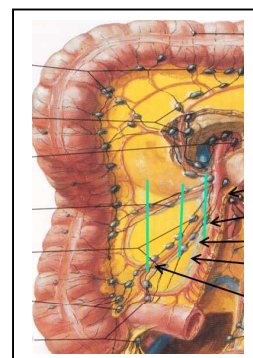
Dette kan vurderes ut fra:

1: Kirurgens beskrivelse 2: Patologens beskrivelse – preparatets utseende samt måling av avstanden fra svulstens dypeste vekst og planet der kirurgen har dissekert (Fig til høyre, fra øverst til nederst: God, middels, dårlig). Figurene i større format, kan ses i vedlegg 5.



**2. Korrekt deling av tilførende blodårer og fraførende lymfeårer og fjerning av lymfeknuter.** Dette skal foregå sentralt, dvs nær inntil hovedårene slik at man sikrer at alle regionale lymfekjertler, potensielt med kreftspredning, blir fjernet. Man bruker terminologien D3-disseksjon (avsetning nær hovedårene, som anbefalt), D1 disseksjon (fjerner kun lymfeknutene nærmest tarmen, lite radikal operasjon) og D2 disseksjon (en intermedier avsetning av karene ikke helt inne ved hovedårene, dette er illustrert med grønne streker i figuren).

Retningslinjene og mange diskusjoner i faglige fora de siste årene har konkludert med at tilstrekkelig radikal karavsetning ved cancer i cøcum/ascendens er at arterien(e) settes av tilsvarende høyre kant av vena mesenterica superior. Dette betyr at man ikke setter av arterien helt sentralt, og mange kaller dette for **D2**-reseksjon, hvilket altså er akseptert i Norge. Ved kreft i høyre fleksur og lenger distalt er det anbefalt at arteriene settes av sentralt, (henholdsvis art colica media og art mesenterica inferior, avhengig av tumor lokalisasjon), og dette benevnes da D3-disseksjon/reseksjon.



Grunnlag for vurdering: 1: Kirurgens beskrivelse av plan og gjennomføring. 2: Antall lymfeknuter i preparatet; det avhenger både av hvor mange kirurgen har fjernet og hvor godt patologen har leitt etter lymfeknuter i operasjonspreparatet for undersøkelse i mikroskop, med andre ord en ganske usikker parameter for kirurgisk kvalitet.

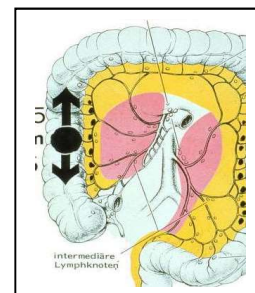
Det er anbefalt at minst 12 lymfeknuter skal undersøkes; dersom færre er undersøkt, kan man overse spredning til lymfeknuter. Hvis færre enn 12 lymfeknuter er undersøkt, og svulsten har vokst gjennom tarmveggen, er det anbefalt å gi cellegift-behandling etter operasjonen for sikkerhets skyld.



Denne behandlingen (og eventuelle bivirkninger av den) er potensielt unødvendig dersom man hadde gjort adekvat kirurgi og det ikke ble påvist spredning i minst 12 undersøkte lymfeknuter.

### 3. Korrekt fjerning av tarmrøret /tarmopphenget (krøset) i tarmens lengderetning.

Anbefalingen er å fjerne minst 10 cm til hver side av svulsten for å få med eventuell spredning i lymfekjertlene som ligger rett utenfor tarmveggen. Unntaket er svulster som ligger i overgangen til endetarmen, der er 5 cm margin nedenfor svulsten ansett som tilstrekkelig radikalt. Grunnlaget for vurderingen er 1) Kirurgens beskrivelse / måling og 2) patologens måling på fiksert operasjonspreparatet (skrumper ca 30 % etter fiksering i formalin)



## III. Resultater 2016-2019 og tolkning av funnene

### 1. Forhold som gjelder både Sandnessjøen og Mo i Rana.

**MDT-møter:** I 2016-17 virker det som man ikke hadde velfungerende tverrfaglige møter, i hvert fall ikke ved SS, men fra 2018 ser det ut til at slike møter er gjennomført sammen med onkologer og kirurg(er) i Bodø. Dokumentasjonen fra disse møtene er imidlertid tilfeldig og jevnt over for dårlig. Man bør tilstrebe at notatene fra disse møtene inneholder opplysninger om hvem som deltok, relevant komorbiditet ( ledsagende sykdommer) og tidligere operasjoner, en sammenfatning av all utredning som er foretatt og om det gjenstår nødvendig utredning, og konkluderende møtevedtak og hvem som har ansvar for videre gjennomføring, herunder om behandlingsmålet er kurativt eller palliativt, om det er nødvendig med forbehandling før operasjon, hvor og når operasjon skal gjennomføres, og ved fler-seanse behandling - hvor, når og i hvilken rekkefølge behandlingen skal gjennomføres

**MDT-møter og detaljert planlegging av operasjonen:** For flere av de pasientene som etter vår oppfatning ikke er operert med metode som anbefalt i retningslinjene, anføres det i kirurgens notat at dette er bestemt i MDT-møtet. Generelt er det faggruppens oppfatning at MDT-møtet ikke er rett forum for å ta definitiv beslutning om dette. I dette møtet deltar ofte få kirurger, ikke alltid de med mest kompetanse, og beslutningsgrunnlaget – det vil si komorbiditet og andre forhold som kan ha betydning for valget mellom standard radikal operasjon og mer begrenset kompromiss-operasjon, er ikke alltid klart, eller blir godt definert i MDT-møtet. Etter vår oppfatning bør endelig beslutning vedr. operasjonen fattes av pasientansvarlig kirurg sammen med øvrige kirurgiske (over)leger i avdelingen og i dialog med anestesilegene. Vi mener at pasientansvarlig kirurg bærer ansvaret for det endelige valget etter informasjon og samtykke fra pasienten. Det er viktig at overveielser blir dokumentert i operasjonsbeskrivelsen.

**Kontroll etter operasjon:** Det synes som sykehusene har hatt gode rutiner og god legekontinuitet når det gjelder tidlig kontroll etter operasjon med gjennomgang av svar på vevsprøver, beslutning vedrørende etterbehandling, og i så fall henvisning videre, samt for planlegging av kontroller med tanke på tilbakefall av sykdommen.

**Arv / Familiær disposisjon:** Ved begge sykehusene synes det som man har lite fokus på å spørre om familiær opphopning av tarmkreft og relaterte kreftformer slik at man kan avdekke eventuell arvelig disposisjon. Vi har ikke sett noen eksempler på at pasienter henvises til medisinsk genetiker for vurdering og eventuell testing. Hos de (få) som man har spurt og fått bekreftet opphopning av krefttilfeller, har man (korrekt) lagt opp til tettere koloskopi-kontroller enn vanlig, men genetisk

utredning som konkluderer med arvelig kreft / familiær disposisjon vil jo også være viktig slik at pasienten eventuelt kan informere slektninger.

**Melderutiner:** Vi har ikke funnet i journalnotater at man noen gang ved unaturlig dødsfall som følge av feil, forsømmelse eller uhell ved undersøkelse eller behandling av sykdom, eller ved død av ukjent årsak når døden har inntrådt plutselig og uventet, har overveiet å sende melding til internt kvalitetsutvalg, politiet eller Helsetilsynet. Om dette likevel har skjedd uten at det er anført i journalen, er ukjent for oss. Dersom det ikke meldes i henhold til gjeldende regler, mener vi dette er et alvorlig avvik.

**Obduksjon / Komplikasjonsmøte:** Ingen av pasientene som døde, heller ikke de hvor dødsårsaken var uklar, ble obdusert for å avklare dødsårsaken. Vi mener dette er alvorlig avvik fra god praksis. Vi kan heller ikke finne dokumentasjon på at man i etterkant har drøftet kompliserte / fatale pasientforløp internt i kollegiet, hvilket er sterkt å anbefale som ledd i intern kvalitetskontroll. Vi fikk opplyst i møtet på Mo 29.10.20 at man nå har etablert regelmessige komplikasjonsmøter.

**Henvising til sentralsykehus av pasienter med høy risiko for komplikasjoner:** Vi mener at minst 5-6 pasienter fra hvert sykehus burde ha vært henvist til og operert ved sentralsykehus fordi de hadde stor risiko for å utvikle komplikasjoner som man sannsynligvis hadde bedre beredskap og kompetanse til å håndtere sentralt. Dette anslaget tar kun i betraktning komorbiditet, og er uavhengig av øyeblikkelig hjelp situasjon; vi kommer senere tilbake til at vi anbefaler at alle øyeblikkelig-hjelp pasienter bør opereres sentralt. Hvor mange pasienter som i samme periode de facto ble henvist, vet vi ikke.

## 2. Sandnessjøen sykehus

I perioden 2016-2019 ble 49 pasienter operert med reseksjon (fjerning av svulsten) av tarmkreft, herav ble 7 akutt operert. Tre pasienter var i en palliativ situasjon, det vil si det forelå spredning som ikke kunne kureres.

**Halvparten av alle** opererte pasienter hadde **ett eller flere avvik** fra nasjonale retningslinjer for behandling av tarmkreft. Dette inkluderer avvik i forhold til den preoperative utredningen, vurdering av hvor operasjonen burde foretas, forberedelse av pasienten til operasjon, gjennomføring av det kirurgiske inngrepet, diagnostikk og behandling av komplikasjoner og oppfølging, samt eventuell etterbehandling av kreftsykdommen.

Seks pasienter (**12 %**) døde innen 100 dager etter operasjonen. De var i alder [redacted] ASA skår var III-IV, og fem av dem burde etter vår oppfatning ha vært henvist til operasjon ved sentralsykehus på grunn av komorbiditet. [redacted] skulle ha vært henvist i henhold til gjeldende avtale om funksjonsfordeling.

Hos fem av seks pasienter som døde var det ett eller flere alvorlige avvik ved forberedelse til operasjonen, gjennomføring av operasjonen og/eller adekvat diagnostikk og behandling av alvorlig komplikasjon. Etter vår vurdering bidro avvikene i **vesentlig grad** til dødelig utgang hos to pasienter [redacted] Vi er usikre på konklusjonen vedrørende årsakssammenheng mellom avvik og dødsfall hos ytterligere en pasient. Hos to pasienter ble alvorlig komplikasjon ikke erkjent, men vi tror ikke pasientene ville ha overlevd selv om komplikasjonen hadde blitt diagnostisert. Hos en pasient var det ingen sammenheng mellom operasjonen og dødsfall to måneder senere.

Totalt hadde **19 (39 %) av pasientene alvorlige (inkludert potensielt alvorlige) avvik** i forhold til nasjonale retningslinjer og /eller veletablerte kliniske retningslinjer. En samlet fremstilling av antall pasienter og prosentandel med de ulike avvik er presentert i Tabell 1, og vi gir i det følgende en mer detaljert beskrivelse:

### **Kirurgisk radikalitet**

Disseksjonen langs sentrale karstamme med fjerning av alle lymfeknuter, inklusive de sentrale, synes ikke å ha vært gjennomført iht retningslinjene hos **27 %** av pasientene. Gjennomgående ble alle pasienter med cancer i høyre fleksur operert med høyresidig hemikolektomi i stedet for anbefalt **utvidet** høyresidig hemikolektomi med sentral avsetning av art. colica media. Radikalitet vurdert ut fra antall undersøkte lymfeknuter viser at dette tallet var ukjent hos 2 og lavere enn anbefalingen hos 9 (19%) av pasientene. Reseksjonsmarginen langs tarmrøret var mindre enn anbefalt hos **20 %** av pasientene.

Enkelte ganger kan det hos skrøpelige pasienter med kort forventet levetid og med høy risiko for komplikasjoner, være aktuelt å gjøre et mer begrenset kirurgisk inngrep. Inngrepet blir da et kompromiss mellom risiko for komplikasjon og risiko for at operasjonen ikke kurerer pasienten for kreft. I dette materialet var det en del pasienter som fikk begrenset operasjon av denne grunn, og disse er **ikke** inkludert i tallene ovenfor. Det betyr at de henholdsvis 27 % og 20 % med avvik fra retningslinjene var pasienter som man ville forvente ville tåle (standard) radikal operasjon. Hvorfor dette likevel ikke ble utført er ukjent, og det er ikke redegjort for det i journalene. Grunnen kan være at ansvarlig kirurg ikke hadde kunnskap om norske, nasjonale retningslinjer, evt var uenig i retningslinjene, evt ikke hadde kompetanse til å utføre et så radikalt (omfattende) inngrep som er anbefalt.

Kvaliteten på disseksjonen omkring tarmens fettvev/bindevev (circumferensiell disseksjon) er svært vanskelig å vurdere ut fra operasjonsbeskrivelsen; for å evaluere dette må man være til stede ved operasjonen eller se et godt video-opptak av den. Vi klarte heller ikke å forstå operasjonsbeskrivelsen og hvordan operasjonen egentlig ble gjennomført hos ca 20 % av pasientene. I noen tilfeller er det anført at det var vanskelig å definere korrekt disseksjonsplan.

Kvaliteten kan også (med store forbehold) vurderes ut fra patologens beskrivelse av hvordan operasjonspreparatet så ut, dvs om det var intakte anatomiske flater omkring svulsten, samt om det var adekvat avstand mellom svulstens dypeste vekst og reseksjonsflaten (circumferensiell reseksjonsmargin). Samlet sett synes vi det er meget vanskelig å vurdere kvaliteten på den circumferensielle disseksjonen.

I noen tilfelle var det vanskelig å definere korrekte anatomiske plan og få tilstrekkelig oversikt ved kikkeshull-operasjon, og man kunne trolig hos flere ha konvertert til åpen operasjon på et tidligere tidspunkt, jmf svært lang operasjonstid (5 timer eller mer) hos 7 pasienter, herav hadde 2 pasienter en operasjonstid over 10 timer, hvilket er ekstremt.

Hos 25 % av pasientene var operasjonsbeskrivelsen mangelfull, enten på grunn dårlig beskrivelse / språk eller fordi årsaken til avvik fra standard operasjon ikke var dokumentert.

**Intraoperativ skade:** Det oppstod iatrogen (kirurg-påført) tarmperforasjon, klassifisert som avvik, hos tre pasienter.

## Komplikasjoner

I alt 37 % av pasientene fikk en eller annen komplikasjon. Av disse hadde 7 (14 %) en kirurgisk komplikasjon (ikke medregnet overflatisk sårinfeksjon og forlenget tid før tarmen kom i gang). Herav hadde 2 intraabdominal blødning, 2 anastomoselekkasje, 3 sårruptur. Syv pasienter ble reoperert.

Vi mener at forekomsten av både intraoperativ skade og postoperative komplikasjoner var akseptabel og nær det man ser i de fleste større materialer.

**Forbehold**, gjelder analyse begge sykehus: På grunn av høyt pasientantall og begrenset tid til disposisjon for granskningen, har ikke den eksterne faggruppes gjennomgang av postoperative komplikasjoner hos pasienter som overlevde vært så grundig og godt kvalitetssikret som ønskelig. Det kan foreligge mindre feil i tallene som presenteres.

### Diagnostikk og behandling av komplikasjoner

Hos **6 av 18 (33 %)** pasienter som fikk komplikasjoner mener vi at komplikasjonene ikke ble utredet og/eller behandlet i tråd med god medisinsk praksis.

## 3. Mo i Rana

I alt 105 pasienter ble operert, herav 14 (13 %) akutt. Intensjonen var kurativ hos 85 %, palliativ hos 15 %.

Fem pasienter (5 %) døde innen 100 dager etter operasjonen. Alle pasientene var gamle [redacted], tre hadde fjernspredning. Alle hadde betydelig komorbiditet, ASA-skår III-IV, og burde etter vår oppfatning vært operert ved sentralsykehus. Vi mener det var grunnlag for å operere alle til tross for høy risiko.

Hos tre av fem pasienter som døde mener vi det var alvorlige avvik; [redacted]  
[redacted]  
[redacted]

Vi konkluderer med at avviket i vesentlig grad bidro til fatal utgang hos to av pasientene.

I alt **33 pasienter (31 %)** av pasientene hadde ett eller flere avvik fra nasjonale retningslinjer og/eller vanlig akseptert praksis. Etter vår vurdering var avvikene **alvorlige / potensielt alvorlige hos 17 %** av de opererte (Tabell 1).

**Kirurgisk radikalitet:** Disseksjonen langs sentrale karstamme med fjerning av alle lymfeknuter, inklusive de sentrale, synes ikke å ha vært gjennomført iht retningslinjene hos 7 % av pasientene. Radikalitet kan (med store forbehold som anført tidligere) også vurderes ut fra antall undersøkte lymfeknuter; dette tallet var ukjent hos 2 og lavere enn anbefalingen hos 9 % av pasientene.

Reseksjonsmarginen langs tarmrøret var mindre enn anbefalt hos 4 % av pasientene.

Jevnt over var det gode og forståelige operasjonsbeskrivelser, men totalt 10% var mangelfulle enten på grunn dårlig beskrivelse/språk eller at årsaken til avvik fra standard operasjon ikke var dokumentert.

**Intraoperativ skade:** Det oppstod iatrogen skade klassifisert som avvik hos 2 % av pasientene

Hos fire pasienter var operasjonen svært langvarig (mer enn 5 timer), men lengste operasjonstid oversteg ikke 5 ½ timer.

**Komplikasjoner:** I alt 29 % av pasientene fikk en eller annen komplikasjon. Av disse hadde 17 (16 %) av pasientene en kirurgisk komplikasjon, herav 2 med intraabdominal blødning, 7 med lekkasje fra tarmskjøten, 2 med sårruptur og 1 med lekkasje fra bukspyttkjertelen.

Tyve pasienter (19%) ble reoperert, og vi tviler på om det var godt grunnlag for reoperasjon hos seks av disse. I disse tilfellene gjorde man diagnostisk laparoskopi for å undersøke uklar bukstatus, heller enn å utrede med CT som første tiltak. CT ville trolig avdekket forhold som tilsa at man kunne behandlet med antibiotika og observasjon.

**Diagnostikk og behandling av komplikasjoner:** Vi mener at komplikasjonene ble håndtert i tråd med god medisinsk praksis med unntak for de seks pasientene hvor det ikke var klart grunnlag for reoperasjon.

## Konklusjoner

Sandnessjøen sykehus opererte i gjennomsnitt 12 pasienter per år i perioden 2016-2019. Ved sykehuset var det signifikant høyere 100-dagers dødelighet enn landsgjennomsnittet. Ved Mo i Rana opererte man i snitt 26 pasienter pr år og med dødelighet lik landsgjennomsnittet.

Årsaken til dødsfallene ved begge sykehus var dels at man valgte å operere pasienter som ut fra alder, komorbiditet, skrøpelig og derav følgende risiko for svært alvorlig forløp dersom det oppstod en komplikasjon, burde ha vært henvist til sentral- eller regionsykehus for operasjon. Grunnen til at de ble operert lokalt skyldtes delvis at det ikke er etablert gode samarbeidsrutiner og regler for hvilke pasienter som skal sentraliseres, og at sentral- og regionsykehus hadde problemer med å ta imot pasienter pga dårlig kapasitet.

I tillegg skyldes noen dødsfall at alvorlige komplikasjoner ikke ble korrekt diagnostisert og behandlet,

[redacted] Vi konkluderer med at avvik i behandlingen bidro vesentlig til fatalt forløp hos 2 (muligens 3) av 49 opererte pasienter ved SSj og hos 2 av 105 pasienter ved MiR. Vi mener dette reflekterer alvorlige avvik fra god medisinsk praksis.

Videre synes det som om legene ved begge enheter ikke har hatt gode rutiner for melding av unaturlig dødsfall til politiet / Helsetilsynet, heller ikke til internevaluering av pasientforløp med alvorlig komplikasjoner. Dersom dette ikke ble gjort, anser vi det som alvorlig avvik på god medisinsk praksis.

Vi har evaluert om det ble foretatt radikal kreftkirurgi i tråd med de nasjonale retningslinjene som ble etablert av Helsedirektoratet for mer enn 10 år siden. Ved SSj gjorde man mindre radikal disseksjon av sentrale lymfeknuter / sentral karavsetning hos 27 % av pasientene, og mindre radikal operasjon med adekvat reseksjonsmargin langs tarmrøret hos 20 % av pasientene. Vi mener dette representerer alvorlig avvik fra retningslinjene og kan få en potensiell alvorlig konsekvens (øket risiko for tilbakefall av kreft). De tilsvarende tall for MiR var langt lavere, henholdsvis 7 % og 4 %.

Hvorvidt avvikene fra radikal kreftkirurgi vil føre til lavere sykdomsfri overlevelse enn om inngrepene hadde vært gjennomført i tråd med retningslinjene, er umulig å svare på. For det første er observasjonstiden foreløpig for kort; den bør være minimum 4-5 år fra operasjons-tidspunktet. I

tillegg er pasientserien så liten, og den statistiske usikkerheten i estimatene av overlevelse så stor, at det aldri vil bli mulig å si sikkert (med 95 % sikkerhet) om langtidsresultatene ved SSj er dårligere enn landsgjennomsnittet.

Vi mener likevel det er bekymringsfullt når det påvises så hyppige avvik fra nasjonale retningslinjer som vi har funnet ved SSj. Vi antar at avvikene er betydelig hyppigere enn det som er et gjennomsnitt ved norske sykehus, men det er så langt vi kjenner til ikke gjennomført tilsvarende detaljerte studier ved andre sykehus. Forekomsten av avvik ved MIR vil vi tro er på linje med et snitt ved norske sykehuset, og vi konkluderer med at kvaliteten på kreftkirurgien samlet sett var vesentlig bedre ved MiR enn ved SSj i den perioden vi har vurdert.

Ved begge sykehus mener vi at forekomsten av intraoperative og postoperative komplikasjoner ligger innenfor det som vanligvis presenteres i studier av store pasientserier.

**Tabell 1: Kvalitet av colon-cancer-kirurgi ved Helgelandssykehusene 2016-2019**

Tallene er antall pasienter / prosentandel

	Sandnessjøen (49)		Mo i Rana (105)	
<b>Avvik fra nasjonale retningslinjer</b>				
Ja	24	49 %	33	31 %
Herav alvorlige	19	39 %	18	17 %
Nei	25		79	
<b>Død innen 100 dager</b>	6	12 %	5	5 %
<b>Sentral disseksjon kar / lymfeknuter</b>				
Ikke iht retningslinjene	13	27 %	7	7 %
Usikker	2		2	
Adekvat	35		96	
<b>Få undersøkte lymfeknuter (&lt; 12)</b>	9	18 %	9	9 %
<b>Reseksjonsmargin langs tarmrøret</b>				
Ikke iht retningslinjer	10	20 %	4	4 %
Adekvat	40		100	
<b>Iatrogen skade under opr, avvik</b>	3	6 %	2	2%
<b>Iatrogen skade totalt</b>	5		7	
<b>Uforståelig eller mangelfull operasjonsbeskrivelse</b>	12	24 %	11	10 %
<b>Postoperative komplikasjoner</b> (registrert av kirurgene)				
Postopr. komplikasjoner, i alt	18	37 %	30	29 %
Kirurgisk komplikasjon	8	16 %	17	16 %
Lekkasje i tarmskjøten*	2	4.8 %	8	8.6 %
Reoperasjon	7	14 %	20	19 %
<b>Behandling av komplikasjoner</b>				
Ikke iht god praksis	6	12 %	6**	6 %

Adekvat	12	27
<b>Unødvendig reoperasjon</b>	0	<b>6** 6 %</b>

\* Antall m tarmskjøt som kan evalueres: SS 42, MiR 93

\*\* de samme 6 pasientene

#### IV. Anbefalinger vedr fremtidig organisering av tarmkreftkirurgi ved Helgelandsykehuset

Det har i mange år vært klare føringer fra fagmiljøene og myndighetene om en omorganisering av kreftkirurgi slik at denne utføres ved færre sykehus enn tidligere. For tarmkreft kan det vises til anbefalinger fra Norsk Gastrointestinal Cancer gruppe (NGICG); Referansegruppen i Colorectal cancer registeret; Helsedirektoratet; flere utredninger / rapporter. Dette har man i stor grad klart å gjennomføre for kirurgisk behandling av endetarmkreft, men i noe mindre grad når det gjelder tykktarmkreft.

I Helsedirektoratets publikasjon «Kreftkirurgi i Norge», utgitt: 03/2015 (IS-2284) ga man følgende **hovedforslag** for de nærmeste årene:

- I Norge bør hvert sykehus som behandler tykktarmskreft ha **minst 30 operasjoner per år**.
  - o Det tilsvarer 10-15 operasjoner for tykktarmskreft per gastrokirurg per år.
- Opptaksområdet for sykehuset bør være minimum 100 000 innbyggere.
- Videre bør spesialist i gastroenterologisk kirurgi operere eller veilede kirurg under utdanning i alle operasjoner for tykktarmskreft. Dette anbefales også i Nasjonalt Handlingsprogram for behandling av pasienter med tykktarmskreft

Det er videre utarbeidet forslag om minstekrav til virksomheten ut fra behovet for tilstrekkelig volum og robusthet, se vedlegg 3.

I **oppdragsdokument fra Helsedirektoratet til Helse Nord** av 16.01.16 står det at «Følgende strategier og handlingsplaner skal legges til grunn for utvikling av tjenesten» - herunder er opplistet ovennevnte rapport (Kreftkirurgi i Norge. Rapport IS-2284 (03/2015) fra Helsedirektoratet)

I følge Kreftregisterets «Årsrapport for tykk- og endetarmkreft» i 2015 var det i alt 44 sykehus som på det tidspunktet fortsatt gjennomførte operasjoner for tykktarmkreft i Norge, syv av disse hadde kun gjort 1-2 inngrep pr år, sannsynligvis på pasienter som kom akutt til sykehuset. Hos de som opererte elektive pasienter varierte antall pasienter pr år fra ca 10 til over 150. Kun to sykehus i Norge opererte fortsatt med et volum på kun ca 10 pasienter, det var Sandnessjøen og Kongsvinger sykehus. Alle andre tidligere lav-volum sykehus hadde da gjennomført at elektive pasienter ble henvist til sykehus med høyere volum.

Ut fra de svært klare overordnede føringer som lå til grunn i 2016 er det bemerkelsesverdig at Helseforetak Nord ikke allerede har gjennomført en omorganisering av tarmkreftkirurgien på Helgeland slik at den er mer i tråd med anbefalingene fra Helsedirektoratet. Vi kan heller ikke se at

det er planlagt eller gjennomført risikoreducerende tiltak i regi av lokalt HF eller RHF'et når en velger å se bort fra føringer i oppdragsdokumentet.

Vår gjennomgang bekrefter at virksomheten ved SSJ har hatt et lavt volum og synes å ha vært lite robust. Blant annet på grunn av dette har man ikke oppnådd ønsket kvalitet i perioden 2016-19.

**Det er vår klare anbefaling at kirurgi for tykktarmkreft snarest samles til ett geografisk sted på Helgeland. Den bør utføres av 3-4 gastrokirurger som bor på stedet slik at det er kontinuitet i pasientoppfølgingen de første kritiske 1-2 uker etter operasjonen og at gastrokirurg kan tilkalles på kort varsel ved tegn til komplikasjoner.**

Vi mener at et samarbeid mellom gastrokirurger med hovedarbeidsplass på to forskjellige steder og som møtes på ett sted (evt ambulanser slik at operasjoner vekselvis utføres på to lokalisasjoner), er en langt mindre robust løsning, og er sårbart både i forhold til preoperative overveielser, gjennomføring av operasjonen (jmf også alt annet personell som deltar i behandlingen) og for god postoperativ oppfølging og behandling av komplikasjoner.

Dersom man samler operativ virksomhet på ett sted, vil man fortsatt ikke fylle alle anbefalinger for virksomheten, men vi mener likevel det er tilrådelig at **elektive operasjoner** på pasienter **uten høy risiko** kan gjennomføres ved Helgelandsykehuset.

#### **Øyeblikkelig hjelp operasjoner**

Det blir ofte fremført som argument for å opprettholde elektiv kreftkirurgi-virksomhet ved mindre lokalsykehus at de trenger denne virksomheten for å opprettholde kompetanse til å ta seg av øyeblikkelig hjelp tarmkreft-pasienter. Dette er etter vår oppfatning ikke et godt argument. Cirka 15 % av tykktarmkreft-pasienter kommer akutt til sykehuset, av disse har ca 1/3 perforasjon av tarmen og ca 2/3 har tarmobstruksjon (tarmslyng). Det store flertallet av pasientene har vært syke i mange dager før de blir innlagt og de er i redusert allmenntilstand, er uttørret, og kan ha infeksjonsproblemer. Det er høy forekomst av alvorlige komplikasjoner etter akutt operasjon, og ca 10 % dør postoperativt (nasjonalt gjennomsnitt). De har ofte mer avansert kreftsituasjon enn de som blir elektivt innlagt, og selv om de overlever operasjonen har de på sikt vesentlig dårligere prognose.

Alle pasienter som blir akutt innlagt trenger en initial stabilisering før de tas til operasjon, det vil si at de trenger umiddelbar oppstart av intravenøs væskebehandling, sonde i magesekken, eventuelt antibiotika og en CT-undersøkelse for å kartlegge forholdene. Noen pasienter med obstruksjon skal ikke behandles med operasjon, men med stent innført gjennom koloskop; dette gjøres vanligvis av gastromedisiner. Dersom det skal gjøres operasjon er det vanlig at denne kommer i gang innen 3-4 timer hos pasienter med perforasjon, mens man hos pasienter med obstruksjon oftest kan vente lenger. Det er videre anbefalt å gjøre operasjonen på dagtid av gastrokirurg dersom man ikke forventer at obstruksjonen fører til perforasjon mens man venter.

Vurderinger og behandling av pasienter som blir innlagt akutt er således svært krevende og det er nødvendig med høy kompetanse innen radiologi, gastrokirurgi, anestesi-/intensivmedisin, noen ganger gastromedisin, og operasjonen skal praktisk talt aldri gjennomføres i løpet av de første 3-4 timene. Det er derfor etter vår oppfatning langt tryggere at man hos akutt-pasienter starter umiddelbar stabilisering ved lokalsykehuset og **uten opphold overfører pasienten til sentralsykehus** for videre behandling.

Selv om man samler elektiv tarmkreftkirurgi til en lokalisasjon på Helgeland, vil vår anbefaling være at man legger rutiner for at akutt-pasientene skal behandles ved sentralsykehus/regionsykehus.

#### **Pasienter med høy operasjonsrisiko**



Enkelte typer operasjon ved tykktarmkreft krever spesiell stor kompetanse innen laparoskopi, for eksempel kreft i tverrgående del av tykktarm inkludert venstre fleksur. Det bør diskuteres om man skal sentralisere slike inngrep.

Kirurgi på tykktarmen er beheftet med høy risiko for komplikasjoner, og minst 10-15 % får en alvorlig komplikasjon. Pasienter i god allmenntilstand uten vesentlig komorbiditet tåler slike komplikasjoner og overlever vanligvis etter et betydelig forlenget sykehusopphold og rekonvalesens, forutsatt korrekt håndtering av komplikasjonene. Eldre, skrøpelige pasienter med komorbiditet og reduserte funksjonelle reserver kan dø av slike komplikasjoner, eventuelt få et svært forlenget forløp med varig redusert funksjonsnivå. Dersom disse pasientene får en alvorlig komplikasjon trenger de ofte umiddelbar diagnostikk, intensivbehandling, tverrfaglige vurderinger og sykehuset må ha kompetanse og beredskap til å takle komplikasjoner døgnet rundt. Det er derfor tryggere at slike høyrisiko-pasienter opereres ved sentral- eller regionsykehus, og vi vil klart tilrå dette.

### **Funksjonsfordeling / Avtaler**

Dersom akutt-pasienter og pasienter med høy operasjonsrisiko skal opereres sentralt kreves det klare rutiner som er godt kjent, etterleves og med tilpasset kapasitet ved henvisende og mottakende sykehus.

Det er avgjørende viktig at kreftpasienter drøftes i tverrfaglige team, og at kirurger både lokalt og sentralt deltar i felles møte for å drøfte situasjonen, herunder overveielser om hvor pasienten bør opereres.

Den endelige beslutningen om pasienten bør anbefales radikal kirurgi eller tilbys et mer begrenset inngrep bør foretas i det kirurgiske kollegium sammen med anestesilegene ved sykehuset der pasienten skal opereres, etter en grundig vurdering av sykdomsutbredelse, komorbiditet, alder og allmenntilstand og derav antatt operasjonsrisiko.

Til slutt:

**Det er full enighet mellom de tre eksterne fagpersoner om resultater, tolkninger og konklusjoner om kvaliteten på virksomheten i perioden 2016-2019, og om anbefalingene vedrørende fremtidig organisering av tarmkreftkirurgi ved Helgelandsykehuset**

08.01.21

Rolv-Ole Lindsetmo

Tore Stornes

Arild Nesbakken

## Vedlegg 1. Saksgang ved utarbeiding av den eksterne faggruppens rapport

Helseforetakets kvalitetskontroll ble innledet med at kirurgene / anestesilegene ved Sandnessjøen sykehus (SSJ) evaluerte pasientbehandlingen ved Mo i Rana sykehus (MiR) og vise versa. Det ble gjort en registrering av pasient- og sykdomskaraktistika samt komplikasjoner, i tillegg ble det gjort notater i fritekst-område av et excel-ark for de pasientene der man mente det forekom avvik i utredningen, preoperativ forberedelse av pasienten, gjennomføring av operasjonen eller i håndteringen av komplikasjoner. Bruken av dette fritekstfeltet hadde blitt forstått ulikt av fagpersonene ved sykehusene; MiR hadde gitt innspill på samtlige forløp der de mente det kunne være avvik, mens man fra SSJ ikke noterte ned alle avvik

Deretter fikk to kirurger fra St Olavs Hospital (Tore Stornes og Tommy B. Johnsen), samt Rolv-Ole Lindsetmo fra UNN i oppdrag å foreta en uavhengig gjennomgang av journalene for de pasientene der det var notert avvik ved den interne gjennomgangen av kirurgene ved SSJ og MiR. Oppdraget ble oppfattet noe ulikt og ROL konsentrerte vurderingen omkring pasientene som fikk utført elektiv (planlagt) operasjon med kurativt siktemål og der det fra kirurgene ved SSJ/MiR var notert mulig avvik. Han gikk derfor gjennom journalene til mindre enn 20 av 49 pasienter operert i SSJ og et fåtall av pasientene ved MiR. Kirurgene fra St Olav gikk gjennom journalene til ca 100 av 154 pasienter ved de to sykehusene, herunder de aller fleste av de som var operert ved SSJ

Resultatene, tolkningen av funnene og konklusjoner når det gjaldt kvaliteten av virksomheten ble ganske forskjellig, jmf de tidligere rapportene.

Helseforetaket ønsket derfor en kvalitetsvurdering av ytterligere minst en ekstern fagperson, og kontaktet derfor klinikkisjef Morten Tandberg-Eriksen ved Oslo Universitetssykehus (OUS) med forespørsel om lege fra OUS kunne ta et slik oppdrag. Klinikksjefen anmodet den 20.07.20 nypensjonert Prof. Arild Nesbakken og han påtok seg da oppdraget, og avleverte rapport 20.08.20. I oppdraget til han ble det klart presisert at det skulle foretas journalgjennomgang og vurdering av samtlige 154 pasientforløp i perioden 2016-19. Hans funn og konklusjoner var i stor grad sammenfallende med vurderingene fra St Olav-kirurgene.

Foretaksledelsen ønsket på bakgrunn av dette at alle vi tre eksterne fagpersoner skulle foreta en felles og samlet vurdering og oppdraget ble akseptert. Vi fikk først tilgang til hverandres fulle rapporter og studerte disse nøye. Alle notater fra gjennomgangen av journalene ble utvekslet, det betyr blant annet at alle Nesbakkens notater med fakta-informasjon om alle pasientforløp ble oversendt til de andre. Vi møttes så til heldagsmøte 19.10.20 og gikk da gjennom den samlede fakta-informasjon for samtlige pasientforløp, og justerte våre oppfatninger om hva som de facto hadde skjedd under utredning, operasjon og post-operativt. Etter denne grundige gjennomgangen for å etablere konsensus om faktagrunnlaget, drøftet vi om det var avvik i forhold til anbefalingene i etablerte nasjonale retningslinjer (Helsedirektoratets «Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av kreft i tykktarm og endetarm», versjon

2015). Både Nesbakken og Lindsetmo hadde i sine opprinnelige rapporter brukt disse retningslinjene som bakgrunn for å vurdere virksomheten og eventuelle avvik.

Vi oppnådde under denne gjennomgangen konsensus om praktisk talt samtlige pasientforløp. Vi fant at hovedårsaken til de sprikende funn og konklusjoner i tidligere rapporter var at pasientgrunnlaget som ble studert grundig av de eksterne fagpersonene, uavhengig av den interne granskningen, var forskjellig – spesielt at ROL hadde gått gjennom kun en mindre del av materialet.

Etter at vi hadde oppnådd konsensus om faktagrunnlaget og registrert alle funn i database, diskuterte vi hvordan funnene skulle tolkes og hvilke konklusjoner man kunne trekke. Vi drøftet også hvilke anbefalinger vi kunne gi til Helseforetaket om framtidig organisering av denne virksomheten.

Vår foreløpige rapport ble levert den 29.10.20, samme dag som vi hadde felles møte med kirurgene og anestesilegene ved Sandnessjøen og Mo i Rana samt medisinsk direktør og fagsjef ved Helgelandssykehuset. I det møtet la vi fram resultatene fra vår gjennomgang og vi drøftet i alt 12 pasientforløp og fikk tilbakemeldinger fra behandlende kirurger. Det ble så bestemt at kirurger/anestesileger ved sykehusene skulle gå gjennom vår rapport grundigere og komme med ytterligere skriftlig tilbakemelding dersom de mente det var feil i vår rapport om faktisk hendelsesforløp eller de var uenige i våre tolkninger og konklusjoner.

SSj ønsket utsatt frist for tilbakemelding, dessuten at de først ønsket å gi muntlige tilbakemeldinger før de leverte sine skriftlige synspunkter. Dette ble imøtekommet; møter på Skype ble avholdt 01.12 og 02.12 med hhv MIR og SSj. Skriftlig tilbakemelding ble mottatt hos oss 07.12.20; fra SSj ønsket man at vi vurderte i alt 45 pasienter på nytt, herav 15 operert ved SSj og 30 operert ved MiR. Fra MIR kom innspill vedr 1 pasient operert ved eget sykehus.

Etter dette gikk faggruppen på nytt gjennom disse 46 pasientforløpene, gjorde supplerende oppslag i journal for faktasjekk og vi hadde ett heldags Skype-møte, deretter mailutvekslinger og ytterligere ett Skypemøte, og oppnådde konsensus om våre endelige vurderinger og konklusjoner. Deretter ble sluttrapporten omarbeidet og oversendt ledelsen ved Helseforetaket 21.12.20.

I tillegg til hovedrapporten fikk begge sykehus en meget fyldig tilbakemelding i et eget word-dokument om våre konklusjoner etter gjennomgang av samtlige pasientforløp som sykehusene ønsket at vi skulle vurdere på nytt, dessuten oppdatert excel-fil med spesifiserte notater om våre vurderinger vedr. kvalitet på behandlingen av samtlige 105 + 49 pasienter. Disse tilbakemeldinger er unntatt offentlighet og kan brukes av fagmiljøene for å forstå konklusjonene i rapporten, dessuten håpet vi at de kunne være nyttige i det videre arbeidet med kvalitetsforbedrende tiltak i Helseforetaket.

Sykehusene ønsket å lese gjennom vår felles sluttrapport for eventuelt å gi ytterligere kommentarer før rapporten ble ferdigstilt. Dette ble imøtekommet med frist for tilbakemelding 05.01.21. Legene ved Mo i Rana hadde ingen ytterligere kommentarer; legene ved Sandnessjøen mente det fortsatt var faktafeil for tre av pasientene, og disse har vi regravert. Vår konklusjon ble endret hos kun en pasient (avvik var klassifisert som alvorlig, men skulle vært klassifisert som mindre alvorlig). Rapporten med tabell ble rettet i henhold til dette. Legene ved SSj hadde en rekke andre kommentarer og ønsker om justeringer av rapporten; hver enkelt av disse ble vurdert av den eksterne faggruppen og vi gir skriftlig tilbakemelding til fagmiljøene (unntatt offentlighet) om hvordan vi har vurdert innspillene. Disse førte ikke til nevneverdige endringer av faggruppens rapport.

Vår felles sluttrapport samt tilbakemeldingen til SSj oversendes så ledelsen ved Helseforetaket 08.01.21.

## **Vedlegg 2: Klassifisering av avvik**

### **Alvorlig / potensielt alvorlig avvik:**

- Ikke sentral karavsetning / lymfeknudedisseksjon iht nasjonal retningslinje
- Ikke tilstrekkelig reseksjonsmargin langs tarmrøret; mindre enn 5 cm distal margin (colon og rektum)
- Åpenbar alvorlig komorbiditet, reduserte funksjonelle reserver, høy risiko for alvorlig komplikasjon og pasienten blir ikke henvist sentralsykehus  
..
- Iatrogen skade på tarm/organ som ikke blir oppdaget under operasjonen og deretter håndtert korrekt; medfører reoperasjon eller ny prosedyre pga komplikasjon
- Iatrogen tarmperforasjon nær eller ved svulsten
- Postoperative komplikasjoner ikke diagnostisert / behandlet i tråd med god medisinsk praksis
- Unødvendig reoperasjon, laparoskopisk eller åpen, hos pasient med betydelig komorbiditet

### **Avvik, men de klassifiseres ikke som alvorlige / potensielt alvorlige**

- Reseksjonsmargin langs colon er kun 5-10 cm (anbefalt er mer enn 10 cm)
- Mangelfull operasjonsbeskrivelse; enten uforståelig fremstilling eller mangelfull dokumentasjon av karavsetning eller andre sentrale elementer i operasjon, og/eller det er ikke dokumentert hvorfor man velger å avvike fra standard operasjon / retningslinjer
- Glemt å kartlegge arv / familiær disposisjon
- Iatrogen skade som medfører behov for konvertering til åpen operasjon

### **Komplikasjoner som ikke registreres som avvik (hendelige / påregnelige komplikasjoner)**

- Skader på tarm, milt, lever, pankreas - hos pasient med vanskelig disseksjon pga adheranser eller andre forhold, og når skaden oppdages og håndteres korrekt under primær-operasjonen

- Dersom vi mener at pasienten prinsipielt skulle ha vært operert ved sentral-/regionsykehus, (men ikke alvorlig komorbiditet), forøvrig ikke avvik ved behandlingen, har vi ikke registrert avvik

**Vedlegg 3: Fra Kreftkirurgi i Norge», utgitt: 03/2015. Krav til robusthet**

Tabell 32. Anbefalte robusthetskrav krav til sykehus som opererer pasienter med tykktarmskreft

Robusthetskrav	Kommentar
Minste antall spesialister i gastroenterologisk kirurgi	Tre
Intensivsenhet med døgntilbud	
Regelmessige tverrfaglige møter	Minimum ukentlig med kirurg, onkolog, patolog, forløpskoordinator
Spesialist i gastroenterologisk kirurgi i døgnerberedskap	
Patologiservice til stede	Tilgjengelig
Urolog tilgjengelig	
Utdanningsfunksjon i gastrokirurgi	
Dedikert onkolog	
Sikker logistikk til avd. som utreder og behandler levermetastaser	
Deltakelse i klinisk forskning	
Anvendelse av nasjonale retningslinjer*	
Komplett rapportering til nasjonalt register**	
Rapportering til NoRGast***	Når nasjonal godkjenning er oppnådd
Praktisering av ERAS****	
Minimum størrelse opptaksområde	Rundt 100 000
Minimum antall operasjoner per avdeling	30
Minimum antall operasjoner per kirurg	15

\*Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av kreft i tykktarm og endetarm. Helsedirektoratet 2013

\*\* Nasjonalt kvalitetsregister for tykk -og endetarmskreft. [www.kreftregisteret.no](http://www.kreftregisteret.no)

\*\*\* Norsk kvalitetsregister for gastrokirurgi. [www.norgast.no](http://www.norgast.no)

\*\*\*\*Enhanced Recovery After Surgery

## Gjennomgang av journaler for pasienter med tykktarmskreft i Helgelandssykehuset for perioden 2016-2019

### Prosjektgruppe

*Ida Bukholm (fagsjef i Helgelandssykehuset, gastrokirurg, leder av gruppen)*

*Stefan Dehof (seksjonsoverlege kirurgisk avdeling Mo i Rana, generellkirurg)*

*Lukasz Maciej Krajnik (kirurgisk overlege Mo i Rana, generellkirurgi)*

*Petter Stausland Dahle (avdelingsleder kirurgiske leger i Sandnessjøen, LIS-2/3)*

*Jarle Norstein (kirurgisk overlege Sandnessjøen, gastrokirurg)*

Prosjektgruppen er bestående av overnevnte personer som er satt sammen fra både Helgelandssykehuset Sandnessjøen og Mo i Rana. Gruppen er forankret i foretaksledelsen.

### Innledning

I perioden april-mai 2020 vil det bli gjennomført en journalgjennomgang av pasienter med diagnosen tykktarmskreft. Det vil bli gjort analyse av journaler både for de som er operert ved HSYK og de som er overført til andre sykehus.

Ved siden av de nasjonale kvalitetsparametere vil det også bli sett på om det er forskjell i pasientsammensetning, og seleksjon av pasienter i forhold til om de skal opereres. Hvilket nivå de skal opereres ved er også en viktig problemstilling som skal være sentralt i analysen. Det er også viktig å kartlegge komplikasjoner knyttet til inngrepene, både kirurgiske og ikke kirurgiske, ikke minst forbruk av antibiotika ved inngrepene. I tillegg har det vært mye diskusjon i forhold til at tykktarmskreft bør primært opereres av en spesialist i gastrokirurgi. Det er derfor viktig å finne ut hvor stor andel av pasientene ved enheten i Sandnessjøen som er operert av en spesialist i gastrokirurgi, og om det er forskjell i postoperativ morbiditet i forhold til om inngrepet er utført av en spesialist i generell kirurgi eller med spesialitet gastrokirurgi i tillegg.

Når det gjelder dødelighet, er det viktig å vite om det har vært tilknyttet en komplikasjon ved eventuelt dødsfall innen 100 dager, som kunne tenkes å ha vært unngått hvis pasienten ble håndtert på et høyere omsorgsnivå.

### Formål

Formålet med gjennomgangen er å kvalitetssikre Helgelandssykehuset sin virksomhet innen kolonkreftkirurgi, siden flere parametere har vært avvikende, til dels svært avvikende, mellom de to enhetene ved Mo i Rana og Sandnessjøen som håndterer disse pasientene.

### Metode og datainnhenting

Retrospektiv gjennomgang av pasientjournaler hos (alle) pasienter som har vært behandlet/håndtert ved Helgelandssykehuset Mo i Rana eller Sandnessjøen med ny diagnose tykktarmskreft i årene 2016 til 2019. Det innhentes data for både opererte og ikke-opererte pasienter. Datauttrekk gjøres ut ifra hoveddiagnose C18 (alle) og C19. Supplerende datauttrekk på prosedyrekodene JFB20-97, JFH00-96, JFC00-51, JFF13-31 og JFF50-97. Supplerende data innhentes fra kreftregisteret av alle pasienter bosatt på Helgeland, med ny diagnose for tykktarmskreft i perioden 2016-2019 uansett behandlingssted (opererte og ikke-opererte).

### Parameterkategorier og parametere

Det er definert parameterkategorier som hver har mellom 3 og 15 parametere. Totalt er det 44 parametere som skal registreres per pasient i eget excel-skjema som er utarbeidet av gruppen. Parameterkategorier og parametere er gjengitt i tabellen under.

Parameterkategori	
-------------------	--

	<b>Parameter</b>
Informasjon om pasienten	Sykehus
	NPR-nummer
	Kommunenummer
	Alder ved primæroperasjon
	Kjønn
	Diagnose
	ASA
	ECOG
Preoperativt	MDT-møte
	Operert i annet HF (*=se kommentarfelt)
	Nyoppdaget cancer ikke operert (*=se kommentarfelt).
	Akutt/elektiv operasjon
	Dager fra akuttinnleggelse til operasjon
	Kurativ / Palliativ operasjon
Operasjonsspesifikke	Operasjonsdato
	Operasjonsvariget (kivittid)
	Intraoperative komplikasjoner
	Reseksjonstype
	Operasjonstilgang
	Anastomose
	Kirurgisk team
Operasjonspreparat	T
	N
	M
	R
	Antall vurderte lymfeknuter i preparatet
	Quirke-skår
Postoperative komplikasjoner	Postoperativ infeksjon



	Postoperative komplikasjoner
	Anastomoselekkasje
	Anastomose inntakt etter 30 dager
	Pneumoni
	DVT
	Hjertekomplikasjoner
	UVI
	Nyresvikt
	Andre
	Reoperasjon
	Reoperert postoperative dag
	Postoperativ antibiotika
	Postoperativt overflyttet til annet sykehus
	LOS
Mortalitet	30 dg. Mortalitet
	100dag. Mortalitet
	Tilbakefall metastase
	Kommentarer

#### Etikk

Prosjektet er fremlagt personvernombudet ved HSYK, som har gitt tillatelse til å utføre undersøkelsen, med også eksterne fagpersoner, som et kvalitetsforbedringsprosjekt. Resultatene fra denne undersøkelsen har kun for forbedringshensikt, og skal ikke publisere/gjøres tilgjengelig for annet bruk. Ny søknad må sendes ved evt endring i «hensikten med undersøkelsen»

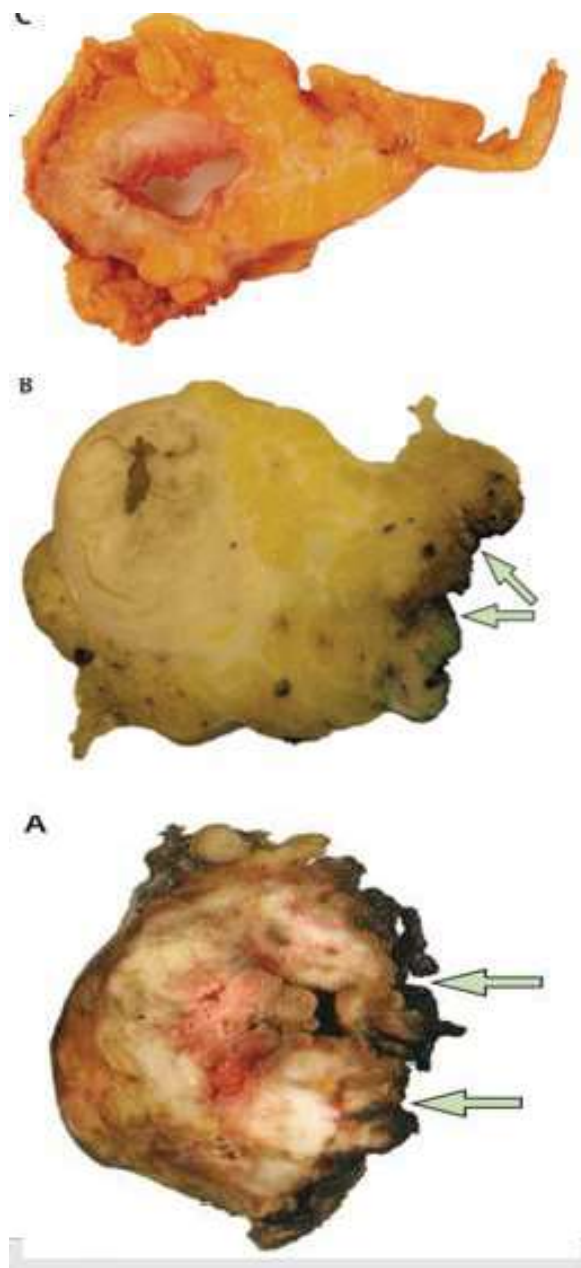
#### Tidsplan og konklusjon

To personer fra enheten på Mo i Rana går gjennom journaler knyttet til pasientene ved Sandnessjøen og omvendt, for de aktuelle parameterne.

Etter at det interne arbeidet er ferdig, skal eksterne fagpersoner (UNN og St. Olavs hospital) gå gjennom alle journaler for alle aktuelle pasienter ved HSYK.

Det utarbeides en foreløpig rapport som presenteres sykehusledelsen HSYK før en endelig rapport ferdigstilles. Forventet levering ultimo mai.

Vedlegg 5. Illustrasjoner av onkologisk kirurgi



**Kvalitet på circumferensiell disseksjon**

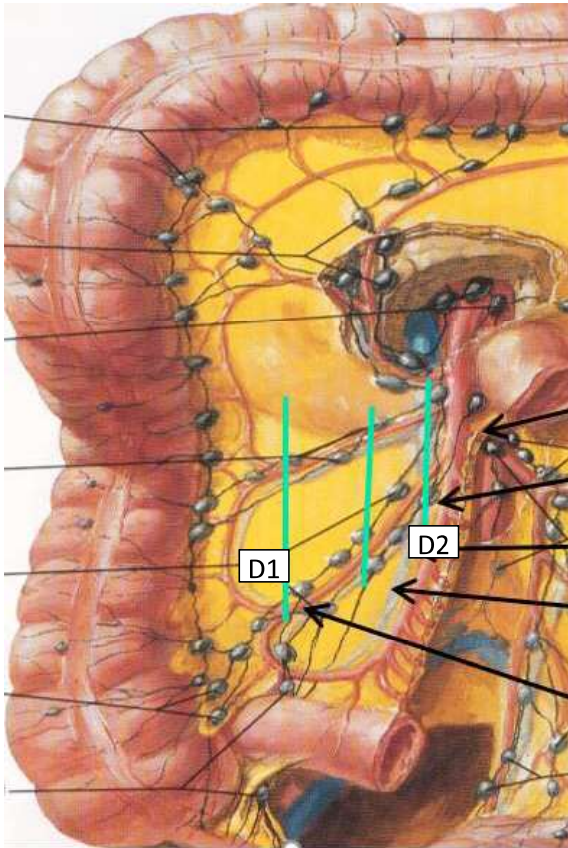
1: GOD = korrekt disseksjonsplan

2. Intermediær

Se ved pilene – disseksjon inn i fettputen som omgir tarm/tramkrøs, her kan det befinne seg lymfeknuter og depositter av kreftceller som lates tilbake og kan gi opphav til tilbakefall av kreftsykdom

3: Dårlig

Det er dissekert inn i fettvevet som omgir tarmen og helt inn mot tarmens yttervegg og dermed svært nær svulsten. Sannsynligvis er svulsten ikke radikalt fjernet og pasienten vil få tilbakefall



**Nivå for karavsetning /lymfeknute-fjerning ved kreft i høyre del av tykktarmen**

Innerste grønne linje – kar og lymfeknuter er satt av ved høyre kant av vena mesent inf, tilstrekkelig radikalt iht norske retningslinje.

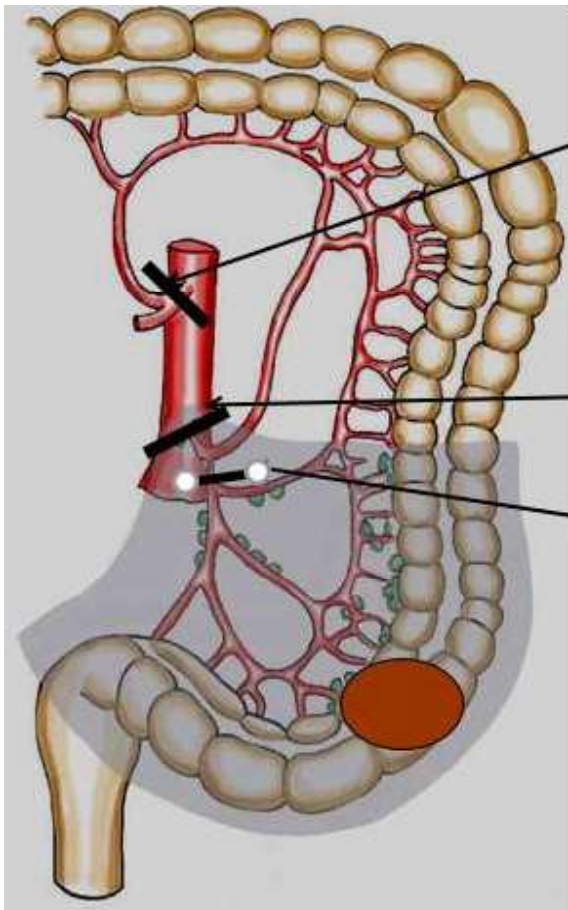
Mange kaller dette D2-disseksjon, noen kaller det D3

Midterst grønne linje – intermediær avsetning, D2-minus reseksjon, ikke anbefalt

Grønn linje lengst ut, D1-disseksjon, ikke anbefalt ved radikal, kurativ operasjon, tillates ved palliativ prosedyre hos skrøpelige pasienter

**NESTE BILDE:**

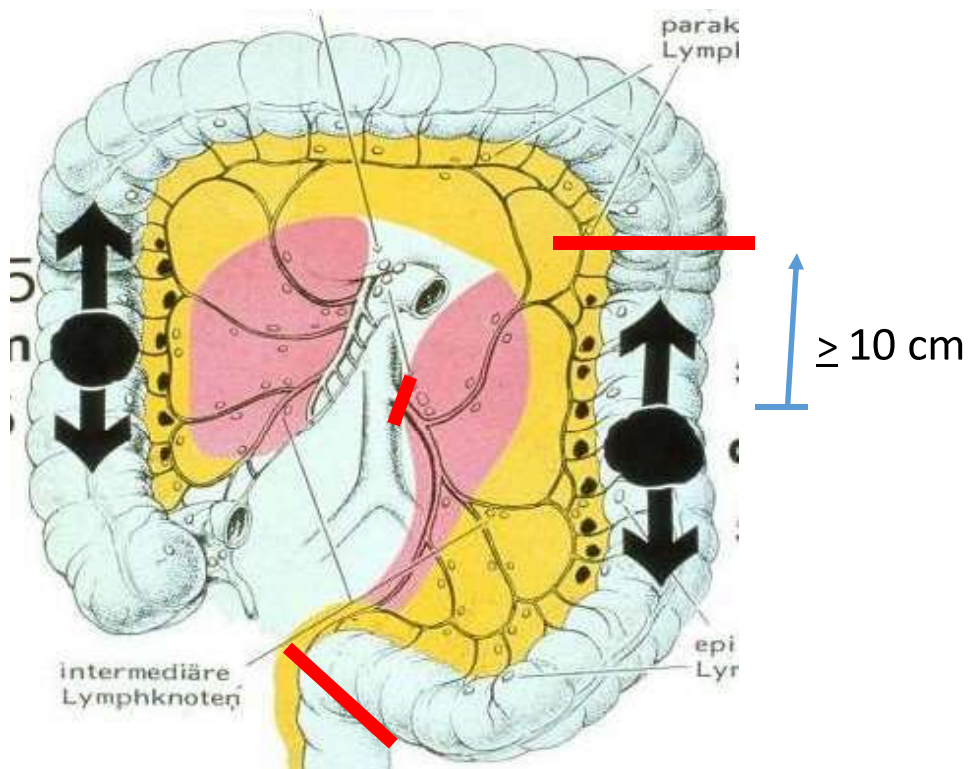
Tilsvarende på midtre og venstre del av tykktarmen



**D3- disseksjon colica media v transversum - ca**

D3- disseksjon sigmoideum-cancer

D2 – disseksjon



Deling av tarmen til sidene for svulsten (**langs tarmrøret**). Illustrasjonen med svarte piler viser for snau margin, i tykktarmen er det anbefalt minimum 10 cm avstand fra kanten av svulsten til delingsstedet på tarmen. Ved svulster på overgangen til endtarmen og i dennes øvre del aksepteres 5 cm fri margin fra svulsten til nederste delingssted (nærmes endetarmåpningen).

Hvor delingen av tarmen kan foretas, avhenger også av blodforsyningen til tarmen etter sentral avsetning av blodårene

Røde streker illustrerer standard reseksjon ved sigmoideum- cancer

## Møtereferat

<i>Møtetype</i>	Møte vedr tarmkreftkirurgi
<i>Møtedato</i>	10.09.2020
<i>Møtested</i>	Milano Mat og Vinhus, Mosjøen
<i>Tilstede</i>	Hulda Gunnlaugsdottir (møteleder og referent), Arne Benjaminsen, Leszek Markiewicz, Knut Magne Augestad, Jarle Norstein, Roar Sandøy, Kristine Talseth, Stefan Dehof, Lucasz Krajnik, Jeanette Pedersen, Rose Rølvåg, Rachel Berg, Beate Aspdal, Ida Bukholm, Fred A. Mürer

### Agenda

Hvordan kan fagmiljøene i Sandnessjøen og Mo i Rana samarbeide om bedre kvalitet og pasientsikkerhet inne tarmkreft kirurg. Innen:

- Pasientforløp
- Diagnostikk/utredning
- Preoperativ vurdering og klargjøring
- Operativt forløp
- Postoperativt forløp og vurderinger
- Kontroll og oppfølging

Andre punkter til refleksjon og diskusjon:

- Prosedyrer
- Faglig ledelse – innhold - ansvar og myndighet
- Veien videre med prosessen

Administrerende direktørs mål er at tiltakene skal gi trygghet for pasienter og skape ro rundt situasjonen, og reduksjon av stress for kirurgene og alt personell i HSYK.

Fagmiljøene har hatt gode og konstruktive diskusjoner om flere temaer enn punktene ovenfor og kommet fram til bl.a.:

1. Variasjon innen kirurgi ble diskutert. Fagmiljøene har ulike meninger om dette. Det er viktig med teambygging.
2. Det er sammenheng mellom volum av opererte pasienter og kvalitet. Operasjoner skal være på færre hender i Helgelandssykehuset, to til tre fra hver enhet. Mo i Rana har allerede innarbeidet en ordning med 3 faste overleger som utfører operasjoner. Sandnessjøen kommer med navn på 2/3 operatører til neste møte. Operatørene velges med bakgrunn i kompetanse og omfang av gjennomførte operasjoner.
3. Det skal være samarbeid om bygging av core team, kvalitet og pasientsikkerhet.
4. Det skal alltid være to kirurger som deltar ved tarmkreftoperasjonene.

5. Viktig med seleksjon av pasienter. Seleksjonen skal ikke utelukkende gjøres ut fra kirurgisk kompetanse, men også intensivkapasitet og kompetanse.
6. Øyeblikkelig hjelp-pasienter (ØHJ) - felles prosedyrer. Begge enhetene har prosedyrer for håndtering av ØHJ. Disse skal brukes som utgangspunkt for felles prosedyrer.
7. For å bygge team, kvalitet og pasientsikkerhet skal det etableres lokale «MDT-møter». Ved behov arrangeres disse lokale møtene i etterkant av MDT-møtene ved Nordlandssykehuset i Bodø. De lokale «MDT-møtene» vil være en arena der en drøfter pasientene og planlegger behandlingen. Ved etableringen av lokale møter må det utarbeides en egen prosedyre. Dette skal gjelde også inkluderingen av andre fagmiljøer som er viktig å ha med i møtene, som anestesileger, kardiologer, radiologer m. fl. Prosedyren må også avklare hvem som leder møtene. Dette arbeidet starter opp snarest.
8. MDT-møtene må ha tydelige mål, både for kort og lang sikt. Målet med MDT-møtene er å minimalisere risiko.
9. Behov for et større kvalitetsarbeid der en ser på hele pasientforløpet (diagnostikk, preoperativt, kirurgi, postoperativt).
10. Gjennomgang av rapportene. Det er et sterkt ønske fra fagmiljøet i Sandnessjøen om snarlig gjennomgang av rapportene sammen med de eksterne fagekspertene. De tre eksterne har satt seg villig til å delta i møte med Helgelandssykehuset.
11. Helsetilsynet må få gjennomført tilsynet uten forstyrrelser.
12. Medisinsk direktør vil utarbeide et forslag til rapport som oversendes enhetsdirektører 11.09, slik at de har mulighet til å komme med innspill innen mandag 14 sept. kl. 10.00.

Punkter som IKKE var konkludert og som man må komme tilbake til i neste møte:

Fagledelse: Innhold, myndighet og ansvar.

Utdanningsløp: Hvilke oppgaver kan LIS-leger utføre. Hvordan trygge læringsmål, der det er få operasjoner på hver lokalisasjon.

Tilføyelse 14.09.20:

Det er ikke satt opp operasjoner i Sandnessjøen uke 38 og 39.

Neste møte mellom fagmiljøene blir i uke 40, mandag 28 sept. eller tirsdag 29 sept.

Møtedato: 15. oktober 2020  
Saksnr.:

Saksbeh./tlf.:  
Geir Tollåli, 75 51 29 00

Sted/dato:  
Bodø, 14.10.2020

## Styresak 127-2020 Tarmkreftkirurgi i Helgelandssykehuset – oppfølging

*Saksdokumentene ble ettersendt*

### Formål

Styret i Helse Nord RHF har bedt om regelmessig oppdatering på status i saken om tarmkreftkirurgi i Helgelandssykehuset. Styret blir i denne saken invitert til å fatte vedtak om midlertidig å flytte planlagte tarmkreftoperasjoner til Nordlandssykehuset samt øvrige forslag til tiltak.

### Bakgrunn

Styret i Helse Nord RHF behandlet 20. januar 2020 *styresak 1-2020 Helgelandssykehuset Sandnessjøen tarmkreftkirurgiske operasjoner*. Saken ble fulgt opp i styresak 12-2020/3 i styremøte 5. februar. Saken er deretter fulgt opp gjennom muntlige orienteringer i styremøte 9. september i sak 112-2020 og 30. september i sak 123-2020/3.

### Status for tarmkreftkirurgien Helgelandssykehuset

Mandag 12. oktober 2020 offentliggjorde administrerende direktør i Helgelandssykehuset beslutning om midlertidig å flytte alle planlagte tarmkreftoperasjoner i Helgelandssykehuset Sandnessjøen til Helgelandssykehuset Mo i Rana med virkning fra lørdag 9. oktober til og med uke 2 i 2021. Kirurger fra Sandnessjøen skal delta i de planlagte operasjonene i Mo i Rana. Håndtering av akutt kirurgi og øyeblikkelig hjelp skal fortsette uendret, men der Sandnessjøen skal konferere med Mo i Rana ved akutte tilfeller der en kan mistenke underliggende tarmkreftsykdom.

Det interne kvalitetsarbeidet som er igangsatt i Helgelandssykehuset skal fortsette. Administrerende direktør i Helgelandssykehuset redegjorde for eget styre i ekstraordinært styremøte 12. oktober for kvalitetsarbeidet, som tar tid og ikke har hatt ønsket fremdrift. Det skal være et møte med de eksterne fagekspertene 29. oktober. Denne prosessen vil ventelig resultere i nye forslag til videre arbeid med tarmkreftkirurgiområdet i Helgelandssykehuset. Helgelandssykehuset vil gjennomføre et felles møte for fagmiljøene, ledelsen i enhetene, administrerende direktør, medisinsk direktør og fagsjef 11. november, der oppfølging av vedtatte punkter og ferdigstillelse av handlingsplanen vil være tema.

Helsetilsynet gjennomfører, som tidligere orientert om, tilsyn med hele tarmkreftkirurgiområdet i Helgelandssykehuset som følge av at Helgelandssykehuset i løpet av kort tid sendte tre varsler i henhold til § 3-3 a i spesialisthelsetjenesteloven<sup>1</sup>.

Det stedlige tilsynet ble holdt 8. og 9. oktober i Sandnessjøen. Helsetilsynets konklusjoner vil ventelig være klar tidligst om seks måneder. Foreløpige tilbakemeldinger, ifølge styremøte i Helgelandssykehuset 12. oktober, understreket betydningen av sammenheng mellom arbeidsmiljø og risiko knyttet til ivaretagelse av pasientsikkerhet.

Kreftregisterets årsrapport for 2019 med resultater for tykk- og endetarmskreft, publisert i september 2020, har aktualisert at pågående kvalitetsarbeid knyttet til tarmkreftoperasjoner samlet i Helgelandssykehuset er nødvendig og vil kreve videre fokus fra ledelse og fagmiljø.

Både ledelsen i Helgelandssykehuset og Helse Nord RHF har vært tydelige på at kreftkirurgisaken må skilles fra prosessen med Nye Helgelandssykehuset. Det har likevel vært betydelig oppmerksomhet både i media og i befolkningen rundt ulike forhold relatert til diskusjonen om tarmkreftkirurgi der disse to sakene knyttes sammen.

### **Forbedringsarbeidet i Helgelandssykehuset**

Helgelandssykehuset har påbegynt nødvendige prosesser for å sikre ledelse og godt samarbeid mellom fagmiljøene i Mo i Rana og i Sandnessjøen. Helgelandssykehuset har samtidig vært opptatt av å avvente Helsetilsynets tilbakemelding som et ledd i forbedringsarbeidet, men har ikke avvventet arbeidet med oppstart av nødvendige aktiviteter.

Proessen for å iverksette tiltakene som til nå er identifisert krever ifølge adm. direktør i Helgelandssykehuset mer tid enn tidligere forutsatt. Fagmiljøene skal finne gode løsninger sammen. Beslutningen om midlertidig å samle operasjonene i Mo i Rana begrunnes av Helgelandssykehuset blant annet i at kvalitetsarbeidet ikke har kommet så langt som ønsket og at det er behov for tydelige avklaringer for pasienter og pårørende om hvordan kvalitet og pasientsikkerhet ivaretas innen tarmkreftkirurgien på Helgeland.

I styremøte 12. oktober i Helgelandssykehuset var arbeidsmiljøet tema. Det ble fremholdt at både ledere og ansatte over lang tid har vært under betydelig press og

---

<sup>1</sup> § 3-3 a. Varsel til Statens helsetilsyn om alvorlige hendelser: Virksomheter som er omfattet av loven her, skal straks varsle Statens helsetilsyn og Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten om dødsfall eller svært alvorlig skade på pasient eller bruker som følge av tjenesteytelsen eller ved at en pasient eller bruker skader en annen, (...). Varslingsplikten gjelder dersom utfallet er uventet ut fra påregnelig risiko.



situasjonen ble beskrevet som svært krevende og opplevd som tung. Det er iverksatt prosesser for å forbedre dette, og det betegnes som langsiktig og krevende arbeid.

### **Medbestemmelse**

Konserntillitsvalgte og konsernverneombud i Helse Nord RHF er overordnet informert om administrerende direktørs vurderinger den 14. oktober 2020.

### **Brukermedvirkning**

Saken er ikke behandlet i Regionalt Brukerutvalg.

### **Adm. direktørs vurdering**

Den nye beslutningen om midlertidig å samle all planlagt tarmkreftkirurgi i Mo i Rana, setter det skisserte målet til ledelsen i Helgelandssykehuset om felles ledelse og operasjoner på to lokalisasjoner under press, og det er uenighet knyttet til tiltaket. Helse Nord RHF ser behov for å finne en annen midlertidig løsning som sikrer forutsigbarhet for pasienter og pårørende mens arbeidet med videreutvikling av pasientsikkerhet innenfor tarmkreftkirurgiområdet og arbeidsmiljø pågår.

Regelmessig og stort mediefokus bidrar også til å skape usikkerhet og utrygghet i befolkningen. Helse Nord RHF har fått flere bekymringsmeldinger om dette.

Det pågår nå flere parallelle prosesser i Helgelandssykehuset:

- Helsetilsynet skal slutføre sitt tilsyn med all tarmkreftkirurgi på Helgeland.
- Kvalitetsarbeidet med tiltak som skal implementeres.
- Tiltak for å bedre arbeidsmiljøet både på kort og lang sikt.

Samlet sett er administrerende direktør ikke trygg på at løsningen som nå er besluttet av ledelsen i Helgelandssykehuset i tilstrekkelig grad ivaretar Helse Nord RHF's «sørge for»-ansvar. Det viktigste i dette ansvaret er å oppfylle pasientenes rett til øyeblikkelig og nødvendig helsehjelp. Dette omfatter å sørge for et trygt og forutsigbart tilbud for pasienter og pårørende.

Diskusjonene knyttet til tarmkreftkirurgiområdet har skapt stor uro som følge av en rekke ulike og uforutsette hendelser over lang tid. Saken preger arbeidsmiljøet og et anstrengt arbeidsmiljø utfordrer pasientsikkerhet. Manglende fremdrift med tiltakene som skal iverksettes, forsterker behov for ytterligere prosesser som ventelig vil ta tid. Situasjonen er krevende og skader tilliten til Helgelandssykehuset og Helse Nord.

Det synes foreløpig som om det vil ta tid å sikre et velfungerende samarbeid mellom de to aktuelle enhetene med overordnet mål om å ha et godt kvalitativt tilbud på to lokalisasjoner, som er det som har vært formidlet til Helse Nord RHF fra ledelsen i Helgelandssykehuset som målet for prosessene.

Administrerende direktør mener det er avgjørende at fagmiljøene konsentrerer seg om å benytte tiden fremover til å utarbeide en omforent plan samt implementere tiltak som skaper et bedre og tettere samarbeid enn det som hittil har vært tilfelle. Dette må også ivareta tilbakemeldinger fra de tre eksterne fagekspertene og de foreløpige tilbakemeldingene fra Helsetilsynet.

Ansvar for å fremme beslutning om fag- og funksjonsdeling regionalt ligger hos det regionale helseforetaket. Administrerende direktør mener det er viktig å ivareta et forutsigbart tarmkreftkirurgitilbud for pasientene som sokner til Helgelandssykehuset. Adm. direktør foreslår derfor at det inntil videre inngås et samarbeid med Nordlandssykehuset for disse pasientene slik at:

- All planlagt tarmkreftkirurgi utføres ved Nordlandssykehuset med virkning fra 19. oktober 2020.
- All øyeblikkelig hjelp knyttet til mistanke om tarmkreft som må opereres i Helgelandssykehuset skal skje etter forutgående konsultasjon med Nordlandssykehuset og/eller Universitetssykehuset Nord-Norge.

I tillegg foreslår administrerende direktør at Universitetssykehuset Nord-Norge bidrar med et tverrfaglig team som kan understøtte videreutvikling av kvalitetsarbeid knyttet til tarmkreftkirurg i Helgelandssykehuset.

Tiden som frigis som følge av at operasjoner flyttes midlertidig til Nordlandssykehuset kan benyttes til hospitering for fagmiljøet både ved Universitetssykehuset Nord-Norge og Nordlandssykehuset.

Revisjonen av regional kreftplan pågår. De nasjonale retningslinjene fra Helsedirektoratet i rapport *IS-2284 Kreftkirurgi i Norge*, er utgangspunktet. Slik tarmkreftkirurgien utføres i dag i Helgelandssykehuset ivaretar den ikke direktoratets krav til volum, og det er behov for å se hvordan dette skal håndteres i det videre. Helsetilsynet vil ventelig også ha innspill knyttet til dette som oppfølging av det pågående tilsynet. Den største andelen av disse operasjonene har over år vært utført ved Helgelandssykehuset Mo i Rana.

Helse Nord RHF vil komme tilbake til styret med en beslutningssak om fremtidens funksjonsdeling når det gjelder tarmkreftkirurgi i Helgelandssykehuset som del av ferdigstillingen av en revidert regional kreftplan for Helse Nord.

Styret i Helse Nord RHF inviteres til å fatte følgende vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF beslutter midlertidig flytting av planlagt tarmkreftkirurgi i Helgelandssykehuset til Nordlandssykehuset. All øyeblikkelig hjelp på tarmkreftkirurgiområdet som må opereres i Helgelandssykehuset, skal, som følge av flyttingen, skje etter forutgående konsultasjon med Nordlandssykehuset og/eller Universitetssykehuset Nord-Norge.
2. Det holdes foretaksmøte mellom Helse Nord RHF og Helgelandssykehuset HF for å iverksette beslutningen.
3. Styret ber Nordlandssykehuset inntil videre opererer planlagte tarmkreftoperasjoner fra nedslagsfeltet til Helgelandssykehuset fra og med 19. oktober 2020.
4. Styret ber Universitetssykehuset Nord-Norge bidra med et tverrfaglig team som kan understøtte Helgelandssykehusets videre arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet innen tarmkreftkirurgi.
5. Styret ber Universitetssykehuset Nord-Norge og Nordlandssykehuset legge til rette for hospitering for aktuelt fagmiljø fra Helgelandssykehuset i perioden de elektive tarmkreftoperasjonene er overført til Nordlandssykehuset.
6. Styret ber administrerende direktør kalle inn til foretaksmøte med Universitetssykehuset Nord-Norge og Nordlandssykehuset for å gjennomføre beslutningene i vedtakspunkt 3, 4 og 5.
7. Styret ber administrerende direktør legge frem egen styresak når arbeidet med ny regional kreftplan er ferdigstilt, tentativt våren 2021.
8. Styret ber administrerende direktør komme tilbake med en ny beslutningssak når forholdene tilsier tilbakeføring av planlagte tarmkreftkirurgioperasjoner til Helgelandssykehuset.

Bodø, 14. oktober 2020

Cecilie Daae  
adm. direktør

## Presseprotokoll

Vår ref.:  
2019/210

Saksbehandler/dir.tlf.:  
Tina Eitran, 915 79 783

Sted/dato:  
Bodø, 15.10.2020

<b>Møtetype:</b>	Ekstraordinært styremøte i Helse Nord RHF
<b>Møtedato:</b>	15. oktober 2020- kl. 14.00
<b>Møtested:</b>	Teams

### Tilstede

<b>Navn:</b>	
Renate Larsen	styreleder
Inger Lise Strøm	styrets nestleder
Beate Rahka-Knutsen	styremedlem
Fredrik Sund	styremedlem
Kari Jørgensen	styremedlem
Kari B. Sandnes	styremedlem
Sissel Alterskjær	styremedlem
Svenn Are Jenssen	styremedlem
Hans Jacob Bønå	styremedlem
Tom Erik Forså	styremedlem
Knut Georg Hartviksen	observatør fra Regionalt brukerutvalg

### Forfall

<b>Navn:</b>	
Hans Jacob Bønå	styremedlem

### Fra administrasjonen

<b>Navn:</b>	
Cecilie Daae	adm. direktør
Tina Eitran	fung. stabsdirektør
Anne May Knudsen	kommunikasjonsdirektør
Geir Tollåli	fagdirektør
Janny Helene Aasen	revisjonssjef
Hanne Husom Haukland	med. rådgiver

I forbindelse med behandling av *styresak 126-2020 Godkjenning av innkalling og sakliste* spurte styreleder Larsen om det foreligger habilitet eller andre særegne forhold som er egnet til å svekke tilliten til styremedlemmenes upartiskhet i noen styresaker som skal behandles i dagens styremøte.

## **Styresak 126-2020    Godkjenning av innkalling og saksliste**

Sak 126-2020	Godkjenning av innkalling og saksliste
Sak 127-2020	Tarmkreftkirurgi – Helgelandssykehuset HF, oppfølging
Sak 128-2020	Eventuelt

### Styrets vedtak:

Innkallingen og sakslisten godkjennes.

## **Styresak 127-2020    Tarmkreftkirurgi i Helgelandssykehuset HF, oppfølging**

### **Adm. direktør la frem følgende forslag til styrets vedtak:**

1. Styret i Helse Nord RHF beslutter midlertidig flytting av planlagt tarmkreftkirurgi i Helgelandssykehuset til Nordlandssykehuset. All øyeblikkelig hjelp på tarmkreftkirurgiområdet som må opereres i Helgelandssykehuset, skal, som følge av flyttingen, skje etter forutgående konsultasjon med Nordlandssykehuset og/eller Universitetssykehuset Nord-Norge.
2. Det holdes foretaksmøte mellom Helse Nord RHF og Helgelandssykehuset HF for å iverksette beslutningen.
3. Styret ber Nordlandssykehuset inntil videre opererer planlagte tarmkreftoperasjoner fra nedslagsfeltet til Helgelandssykehuset fra og med 19. oktober 2020.
4. Styret ber Universitetssykehuset Nord-Norge bidra med et tverrfaglig team som kan understøtte Helgelandssykehusets videre arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet innen tarmkreftkirurgi.
5. Styret ber Universitetssykehuset Nord-Norge og Nordlandssykehuset legge til rette for hospitering for aktuelt fagmiljø fra Helgelandssykehuset i perioden de elektive tarmkreftoperasjonene er overført til Nordlandssykehuset.
6. Styret ber administrerende direktør kalle inn til foretaksmøte med Universitetssykehuset Nord-Norge og Nordlandssykehuset for å gjennomføre beslutningene i vedtakspunkt 3, 4 og 5.
7. Styret ber administrerende direktør legge frem egen styresak når arbeidet med ny regional kreftplan er ferdigstilt, tentativt våren 2021.
8. Styret ber administrerende direktør komme tilbake med en ny beslutningssak når forholdene tilsier tilbakeføring av planlagte tarmkreftkirurgioperasjoner til Helgelandssykehuset.

### Styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF beslutter midlertidig flytting av planlagt tarmkreftkirurgi i Helgelandssykehuset til Nordlandssykehuset. All øyeblikkelig hjelp på tarmkreftkirurgiområdet som må opereres i Helgelandssykehuset, skal, som følge av flyttingen, skje etter forutgående konsultasjon med Nordlandssykehuset og/eller Universitetssykehuset Nord-Norge.
2. Det holdes foretaksmøte mellom Helse Nord RHF og Helgelandssykehuset HF for å iverksette beslutningen.
3. Styret ber Nordlandssykehuset inntil videre opererer planlagte tarmkreftoperasjoner fra nedslagsfeltet til Helgelandssykehuset fra og med 19. oktober 2020.
4. Styret ber Universitetssykehuset Nord-Norge bidra med et tverrfaglig team som kan understøtte Helgelandssykehusets videre arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet innen tarmkreftkirurgi.
5. Styret ber Universitetssykehuset Nord-Norge og Nordlandssykehuset legge til rette for hospitering for aktuelt fagmiljø fra Helgelandssykehuset i perioden de elektive tarmkreftoperasjonene er overført til Nordlandssykehuset.
6. Styret ber administrerende direktør kalle inn til foretaksmøte med Universitetssykehuset Nord-Norge og Nordlandssykehuset for å gjennomføre beslutningene i vedtakspunkt 3, 4 og 5.
7. Styret ber administrerende direktør legge frem egen styresak når arbeidet med ny regional kreftplan er ferdigstilt, tentativt våren 2021.
8. Styret ber administrerende direktør komme tilbake med en ny beslutningssak når forholdene tilsier tilbakeføring av planlagte tarmkreftkirurgioperasjoner til Helgelandssykehuset.

### **Styresak 128-2020      Eventuelt**

*Ingen saker ble fremmet.*

Tromsø, den 15. oktober 2020

*Godkjent elektronisk av Renate Larsen,  
i etterkant av styremøtet,  
den 15OKT2020 - kl. 15.31*

---

Renate Larsen

## Prosjektmandat kirurgisk behandling av tykktarmskreft i Helgelandssykehuset

Oppdatert 21.04.2021

### Bakgrunn:

I Helgelandssykehuset (HSYK) opereres i gjennomsnitt ca. 40 pasienter med tykktarmskreft per år, fordelt på to sykehusenheter i helseforetaket, Mo i Rana (MiR) og Sandnessjøen (Ssj).

Som et kvalitetsforbedringsprosjekt ble det besluttet å gå gjennom journalene til alle pasienter operert for tykktarmkreft i Helgelandssykehuset i årene 2016 – 2019. Gjennomgangen ble først utført av interne fagpersoner, deretter av eksterne fagpersoner, (vedlegg: Rapport datert 08.01.2021)

Avvik i de foreløpige resultatene ble meldt Statens Helsetilsyn, og Helsetilsynet utførte stedlig tilsyn 08. - 09.10.2020. Rapport foreligger foreløpig ikke.

Det er startet en prosess for økt internt samarbeid med deltakelse fra fagmiljø ved HSYK Mo i Rana og Sandnessjøen. Det ble nedfelt punkter for videre arbeid i møte 10.09.20, (vedlegg: Møtereferat 10.09.2020).

Styret i Helse Nord RHF besluttet 15.10.2020 i styresak 127-2020, midlertidig flytting av planlagt tarmkreftkirurgi i Helgelandssykehuset til Nordlandssykehuset. Det ble også fattet vedtak om å be Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) bidra med et tverrfaglig team som kan understøtte Helgelandssykehusets videre arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet innen tarmkreftkirurgi. Videre ba styret UNN og Nordlandssykehuset (NLSH) legge til rette for hospitering for aktuelt fagmiljø fra HSYK, (vedlegg: Helse Nord RHF styresak 127-2020 + styreprotokoll 15.10.2020 ).

De eksterne fagpersonenes samlede rapport forelå 08.01.2021. Den inneholder deres vurdering av pasientforløpene i årene 2016 – 2019 i forhold til nasjonale retningslinjer. Rapportene inneholder også forslag til organisatoriske tiltak.

Med bakgrunn i vedtaket i styret i Helse Nord RHF, den interne prosessen som er startet med deltakelse fra fagmiljøene og rapporten fra de eksterne fagpersonene, etableres det et samlet kvalitetsforbedringsprosjekt for tarmkreftkirurgi i Helgelandssykehuset.

### Prosjektforutsetninger

- Prosjektet skal ta utgangspunkt i:
  - Nasjonale og regionale retningslinjer
  - Resultater og tilrådinger fra rapporten fra eksterne fagressurser
  - Resultater og tilrådinger fra Statens Helsetilsyn når deres rapport foreligger

- Gjennomført kvalitetsforbedringsarbeid regionalt og lokalt
- Påbegynt samarbeid mellom sykehusenhetene i Helgelandssykehuset, (10 punkter)
- Vedtak i Helse Nord RHF styresak 127-2020

Parallelt med prosjektet foregår arbeidet med Regional Kreftplan Helse Nord. Det må avklares i hvilken grad dette arbeidet vil influere på prosjektarbeidet.

- Prosjektet ledes av Helgelandssykehuset ved ekstern prosjektleder
- UNN og Nordlandssykehuset anmodes om å delta i tråd med vedtak i Helse Nord styresak 127-2020.
- Arbeidet må tilpasses restriksjoner i reise- og møtevirksomhet som følge av Covid-19-epidemien, noe som også vil kunne påvirke omfang av hospitering.

### **Prosjektets mål:**

#### **Effektmål:**

- Pasienter fra Helgeland med tykktarmskreft som krever kirurgisk behandling skal ivaretas på best mulig måte i tråd med nasjonale og regionale krav og standarder.
- Kirurgisk behandling av tarmkreftkirurgi skal fortsatt utføres i Helgelandssykehuset.

#### **Resultatmål (prosjektmål):**

- Fremlegge ett eller flere forslag til faglig organisering av tarmkreftkirurgi i HSYK, som er innenfor nasjonale og regionale krav til kvalitet og robusthet, uten å ta stilling til lokalisasjon.

#### **Arbeidsgruppen gis følgende føringer**

- Tilrådingene skal omfatte hele pasientforløpet: Preoperativt, peroperativt, postoperativt, etterbehandling og kontroll
- Tilrådingene skal beskrive hvordan Helgelandssykehusets samlede ressurser innen fagområdet kan benyttes, og hvordan felles prosedyrer og rutiner kan utarbeides og iverksettes.
- Tilrådingene skal være risiko- og sårbarhetsanalysert.



## Organisering:

Prosjektet organiseres med en prosjektgruppe med ekstern prosjektleder. I prosjektgruppen inngår også prosessveileder/kvalitetsmedarbeider fra UNN. Styringsgruppe skal inkludere representasjon fra UNN og NLSH.

Vurdere å bruke de tre eksterne fagpersonene som referansegruppe

## Prosjektgruppens sammensetning:

Prosjektleder:	Divisjonsdirektør Øyvind Graadal, Sykehuset Innlandet
2 Kirurger HSYK:	Stefan Dehof , MiR Jarek Skrzypek, Ssj
Gastrokirurg UNN:	Tond Dehli, Tromsø
2 Anestesileger HSYK:	Zoltan Kacska, MiR Svein Arne Monsen, Ssj
1 Anestesilege UNN:	Geir Ivar Elgjo, Tromsø
2 Intensivsykepleier HSYK :	Trude Paulsen, MiR Jim Roger Fagerdal, Ssj)
1 sykepleier Gastrokir. sengepost,UNN	Anna Mohn Sneve
Prosessveileder:	Mette Fredheim, UNN
Sekretærbistand:	Marte Præsteng, HSYK

## Styringsgruppe:

Medisinsk direktør HSYK:	Fred A. Mürer
Enhetsdirektør MiR:	Beate Aspdal
Enhetsdirektør Ssj:	Tanja Pedersen
Fagsjef UNN:	Haakon Lindeklev
Representant NLSH:	Torun Nestvold

## Mandat styringsgruppe

Styringsgruppen skal påse at arbeidet i prosjektet er i tråd med mandatet og at fremdrift er i tråd med plan.

## Øvrige aktiviteter:

- Workshoper tilknyttet delproblemstillinger for aktuelle i alle profesjoner
- Hospitering fra HSYK til UNN og NLSH
- Felles undervisning for alle ansatte innen fagområdet
- Revisjon av prosedyrer og rutiner
- Eventuelle andre aktiviteter utgående fra prosjektgruppen.

## Fremdrift:

- Oppstart primo mars 2021 , orientering til styret i HSYK i februar
- Prosjektarbeid mars - april, orientering til styret i mars og april.
- Konklusjoner mai 2021
- Leveranse 01.06.2021.
- Ledermøtebehandling HSYK juni

- Styrebehandling HSYK juni

**Økonomi:**

Helseforetakene i Helse Nord dekker selv medgått arbeidstid i prosjektet.  
HSYK dekker eventuelle direkte reise- og møtekostnader samt utgifter til ekstern prosjektleder.

Vedlegg:

- Rapport 20210108 – Kvalitetskontroll av kirurgisk behandling av pasienter med tykktarmskreft i Hegelandsykehuset
- Møtereferat 20200910
- Helse Nord RHF Styresak 127-2020
- Helse Nord RHF Styreprotokoll 15.10.2020

## Prosedyrer

Prosedyre	Prosedyrenummer
Anestesivurdering colonkirurgiske pasienter ved Helgelandssykehuset	<a href="#">PR55981</a>
Preoperativ Anemi- Utredning og behandling	<a href="#">PR54032</a>
MDT skjema	<a href="#">SJ15500</a>
ERAS sjekklister tarmkirurgi	<a href="#">PR53159</a>
Innkomsjournal av turnuslege	<a href="#">RL9211</a>
NoRGast skjema	<a href="#">SJ8295</a>
Samtale med sykepleier	<a href="#">RL9212</a>
Informasjon til deg som skal opereres ved kirurgisk avdeling i Helgelandssykehuset	<a href="#">PI1876</a>
Informasjon til deg som skal gjennomgå kirurgi i tykktarmen	<a href="#">PI1877</a>
Dagbok til deg som skal gjennomgå kirurgi i tykktarmen	<a href="#">PI1878</a>
Antibiotikaprofylakse ved elektiv gastrointestinal kirurgi	<a href="#">PR47793</a>
Antibiotika ved akutt gastrointestinal kirurgi	<a href="#">PR47792</a>
Standardiserte operasjonsprotokoller	<a href="#">PR14840</a>
Trinnvis tilnærming til radikal cancerkirurgi	<a href="#">PR41699</a>
ERAS Postoperativt på intensiv	<a href="#">PR55989</a>
NEWS	<a href="#">PR48276</a>
Utskrivingsamtale	<a href="#">PR43659</a>
Informasjon til deg som har fått fjernet hele eller deler av tykktarmen	<a href="#">PI1879</a>
Utskrivningsnotat til de som har fått utført Hartmann	<a href="#">PR55813</a>
Varsel om alvorlige hendelser	<a href="#">RL2016</a>
Avvikshåndtering i Docmap	<a href="#">PR12311</a>
Pakkeforløps avvik saksgang	<a href="#">PR44877</a>
Pasienthendelse - avviksbehandling	<a href="#">PR54515</a>
Hendelsesgjennomgang	<a href="#">PR49743</a>
Hendelsesanalyse	<a href="#">PR42296</a>
Pakkeforløp for kreft	<a href="#">PR55398</a>
Pakkeforløp for kreft tykk- og endetarmskreft	<a href="#">PR55397</a>
Alvorlige og utilsiktede pasienthendelser: håndtering av pasienter, pårørende, helsepersonell og korrekt melding og varsling - UNN	<a href="#">PR31377</a>

## Preoperativ forløp anestesi tarmkreftpasienter.

Det skal i hele forløpet være de fast ansatte anesthesiologene som har ansvaret for preoperativ utredning og gjennomføring av anestesi på elektivt tarmopererte pasienter. Hovedprinsippet er at all utredning skal være gjort i forkant av MDT-møte. Dette betyr at pasienten så raskt som mulig må henvises for henvises til anestesivurdering etter at diagnose er stillet og det er sannsynlig at pasienten skal opereres. Den anesthesiologiske preoperative utredningen skal dokumenteres i eget journalnotat (egen mal)

Fokusområder for samtale med pasient:

	Tema
Anestesilege	Anestesisyn. Vurdering om henvisning til annen preoperativ utredning. Informasjon om betydningen av lungeproteksjon, ernæring og mobilitet. Vurdering anemi. Pasienter med behov skal være henvist til ernæringsfysiolog, fysioterapi og/eller til infusjonspoliklinikk for jerntransfusjon

Det er i utgangspunktet kirurg som rekvirerer aktuelle undersøkelser (for eksempel blodprøver, indremedisinske tilsyn, ernæringsfysiolog), slik at pasienten før kirurgi er godt utredet. Dette forutsetter god kommunikasjon mellom ansvarlig kirurg og ansvarlig anestesilege.

Det forutsettes at pasientens ernærings situasjon, eventuell anemi og fysiske funksjonsnivå er kartlagt i forkant og at pasienten er vurdert henvist til henholdsvis ernæringsfysiolog, infusjonspoliklinikk og fysioterapeut av kirurg.

Anestesilege er ansvarlig for å rekvirere eventuelle ekstra prøver/undersøkelser man ser er nødvendig hvis noen av disse er utglemt.

Både anestesilege og kirurg er ansvarlig for å vurdere prøvene før anestesi og kirurgi startes.

### FREMGANGSMÅTE

#### 1.1 Blodprøver (forhåndsdefinert blodprøvepakke)

##### Screening/Blodtyping

Se egen prosedyre

**Husk:** INR ved Antikoagulasjonsbehandling.

**Husk:** Blodgass ved lungelidelser.

**EKG** Arytmier, mistanke om / kjent hjerte- og karsykdom (eks. hypertensjon, angina pectoris, gjennomgått hjerteinfarkt, hjertesvikt, claudicatio intermittens, apoplexia cerebri etc.).

### 1.3 Indremedisinsk tilsyn

Der det foreligger **koronarsykdom** med unntak av de som ikke har symptomer i det hele tatt med god arbeidskapasitet (DASI Index >5) eller helt stabil angina i NYHA klasse 1-2.

**Dekompensert hjertesvikt** eller **hjertesvikt NYHA klasse  $\geq 3$  / EF < 40 %**.

**Bilyd over hjerte** der det foreligger EKG- og/eller Rtg. thorax-patologi som ikke er vurdert siste 12 mnd. eller der det er økt symptomatologi grunnet klaffefeil siden siste kardiologiske vurdering.

**Arytmier** som påvirker sirkulasjonen eller pulsfrekvens >100 eller <50 uansett årsak.

Uttalt **KOLS** (GOLD klasse  $\geq 3$ ), uttalt astma eller respirasjonssvikt. Hvis pasienten har vært innlagt 2 eller flere ganger siste år pga KOLS – forverring.

**Alvorlig hypertensjon** (målt flere ganger > 110 mmHg diastolisk og >200 mmHg systolisk).

**Annen organsvikt** som ikke er optimalt behandlet eller er fulgt opp av spesialist regelmessig. Betydelige **elektrolyttforstyrrelser** eller **anemi**.

### 1.4. GENERELT

#### 1.5 NYHA-klassifisering

**NYHA-klasse**, funksjonell klassifisering av pasienter med hjertesykdom.

Klasse I: Ingen symptomer ved fysisk aktivitet Klasse II: Lett begrensning i fysisk aktivitet

Klasse III: Uttalt begrensning i fysisk aktivitet Klasse IV: Symptomer i hvile

#### 1.5 GOLD-klassifisering

**GOLD-klasse**, klassifisering av lungedysfunksjon.

Stage 1 - Mild KOLS FEV1% < 70, eller FEV1 > 80% av forventet

Stage 2 - Moderat KOLS FEV1% < 70 og >50% FEV1 < 80% av forventet

Stage 3 - Alvorlig KOLS FEV1% < 70 og >30% FEV1 < 50% av forventet










Stage 4 - Veldig alvorlig KOLS FEV1% <70 og FEV1 < 30% av forventet eller FEV1 <50% av forventer med kronisk respirasjonssvikt (BIPAP-bruk, Kontinuerlig O2, PaO2 <8 kPa).

## 2. FUNKSJONSnivå

- **Fysisk funksjonsnivå** beskrives med **DASI index** (3.) Hvis det er under 4-5 MET (gjennomsnittlig verdi), vurder ProBNP, 6 min gangtest, spirometri med diffusjonskapasitet). **Dukes activity status index (DASI)** er et spørreskjema om

aktiviteter som kan utrykke pasientens fysiske funksjonsevne i MET (metabolsk enhet). Det er tilgjengelig kalkulator på nett: <https://www.mdcalc.com/duke-activity-status-index-dasi> En funksjonell kapasitet som er mindre enn 4-5 MET betyr økt sjanse på komplikasjoner, ved elektiv kirurgi kan disse pasientene trenge ytterligere undersøkelser (BNP, evt. spirometri med diffusjonskapasitet) for å kartlegge kardiorespiratorisk status

- **Clinical frailty scale over 65 år** Eldre personer som ikke nødvendigvis har relevant sykdom kan ha betydelig forhøyet risiko for komplikasjoner. **Frailty / skrøpelighet** hos eldre (>65 års alder) kan kategoriseres med hjelp av forskjellige verktøy. Vi har fått tillatelse til å bruke clinical frailty scale ved non-profit formål. 1-3: robust, 4: veldig mild skrøpelighet, 5 og over: skrøpelig. Viser god sammenheng med komplikasjoner samt sykehusopphold etter operasjoner.

CLINICAL FRAILTY SCALE	
	<b>1</b> <b>VERY FIT</b> People who are robust, active, energetic and motivated. They tend to exercise regularly and are among the fittest for their age.
	<b>2</b> <b>FIT</b> People who have <b>no active disease symptoms</b> but are less fit than category 1. Often, they exercise or are very <b>active occasionally</b> , e.g., seasonally.
	<b>3</b> <b>MANAGING WELL</b> People whose <b>medical problems are well controlled</b> , even if occasionally symptomatic, but often are <b>not regularly active</b> beyond routine walking.
	<b>4</b> <b>LIVING WITH VERY MILD FRAILTY</b> Previously "vulnerable," this category marks early transition from complete independence. While <b>not dependent</b> on others for daily help, often <b>symptoms limit activities</b> . A common complaint is being "slowed up" and/or being tired during the day.
	<b>5</b> <b>LIVING WITH MILD FRAILTY</b> People who often have <b>more evident slowing</b> , and need help with <b>high order instrumental activities of daily living</b> (finances, transportation, heavy housework). Typically, mild frailty progressively impairs shopping and walking outside alone, meal preparation, medications and begins to restrict light housework.
	<b>6</b> <b>LIVING WITH MODERATE FRAILTY</b> People who need help with <b>all outside activities</b> and with <b>keeping house</b> . Inside, they often have problems with stairs and need <b>help with bathing</b> and might need minimal assistance (cuing, standby) with dressing.
	<b>7</b> <b>LIVING WITH SEVERE FRAILTY</b> <b>Completely dependent for personal care</b> , from whatever cause (physical or cognitive). Even so, they seem stable and not at high risk of dying (within ~6 months).
	<b>8</b> <b>LIVING WITH VERY SEVERE FRAILTY</b> Completely dependent for personal care and approaching end of life. Typically, they could not recover even from a minor illness.
	<b>9</b> <b>TERMINALLY ILL</b> Approaching the end of life. This category applies to people with a <b>life expectancy &lt;6 months</b> , who are <b>not otherwise living with severe frailty</b> . (Many terminally ill people can still exercise until very close to death.)

#### SCORING FRAILTY IN PEOPLE WITH DEMENTIA

The degree of frailty generally corresponds to the degree of dementia. Common **symptoms in mild dementia** include forgetting the details of a recent event, though still remembering the event itself, repeating the same question/story and social withdrawal.

In **moderate dementia**, recent memory is very impaired, even though they seemingly can remember their past life events well. They can do personal care with prompting. In **severe dementia**, they cannot do personal care without help. In **very severe dementia** they are often bedfast. Many are virtually mute.



Clinical Frailty Scale ©2005-2020 Rockwood, Version 2.0 (EN). All rights reserved. For permission: [www.geriatricmedicine.ca](http://www.geriatricmedicine.ca)  
Rockwood K et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ 2005;173:489-495.

## PR 54032 PREOPERATIV ANEMI – utredning og behandling

### 1. HENSIKT

Normalisere pasientens blodstatus før stor elektiv kirurgi da preoperativ anemi og blodtransfusjoner er assosiert med økt forekomst av morbiditet og mortalitet.

### 2. ANSVAR

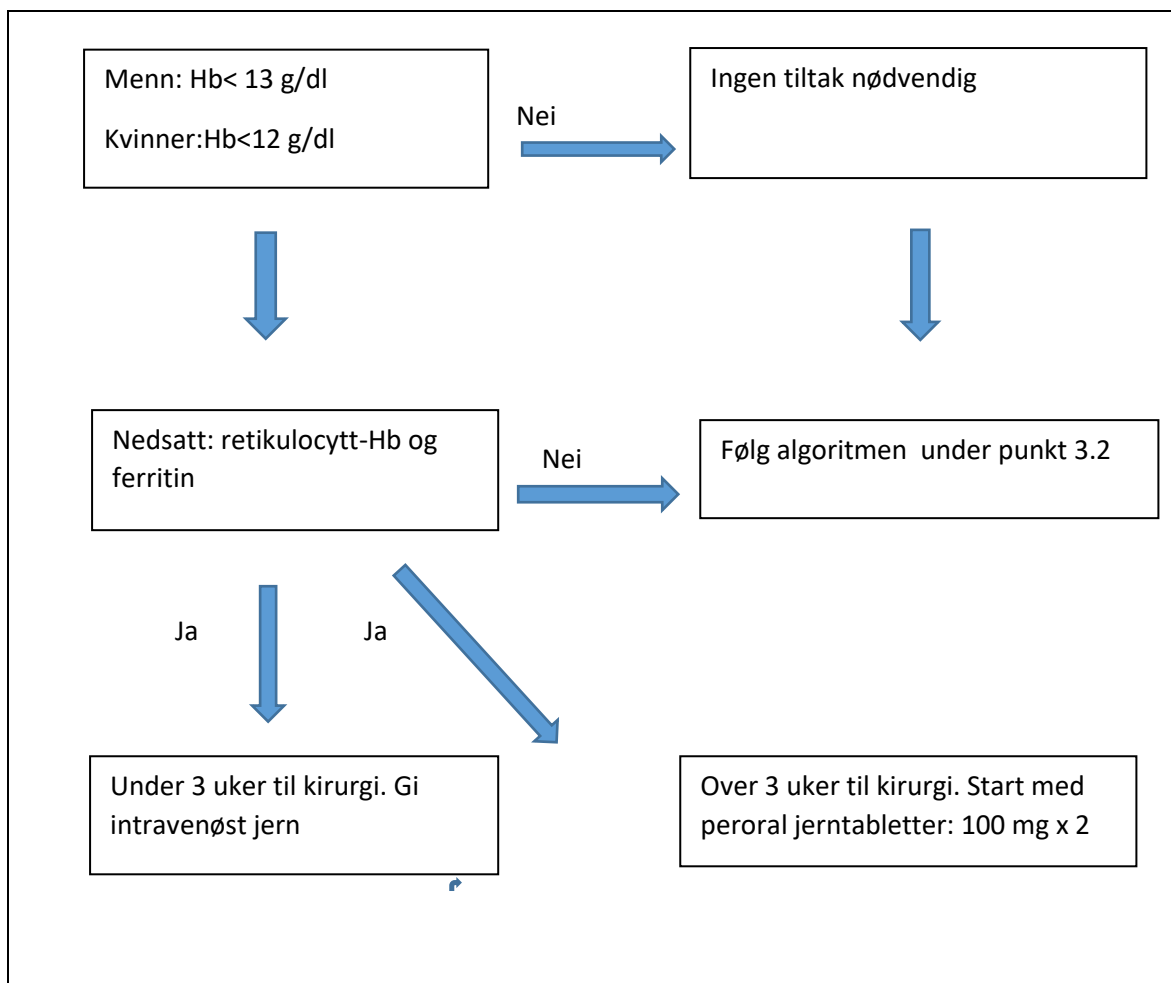
Legen som bestemmer at pasienten skal opereres samt anestesilege er ansvarlig for å optimalisere pasientens egne blodreserver. Ved preoperativ anemi skal pasienten utredes/behandles før stor elektiv kirurgi.

### 3. FREMGANGSMÅTE

- Pasienten bør optimalt sett undersøkes 4 uker før elektiv kirurgi slik at man får tid til å oppdage og behandle preoperativ anemi.
- Husk å seponere blodfortynnende medikamenter tidsnok før kirurgi der dette er indisert og ulemper er vurdert opp mot fordeler.

#### 3.1 Jernmangelanemi

- Understående algoritme følges dersom preoperativ anemi oppdages:

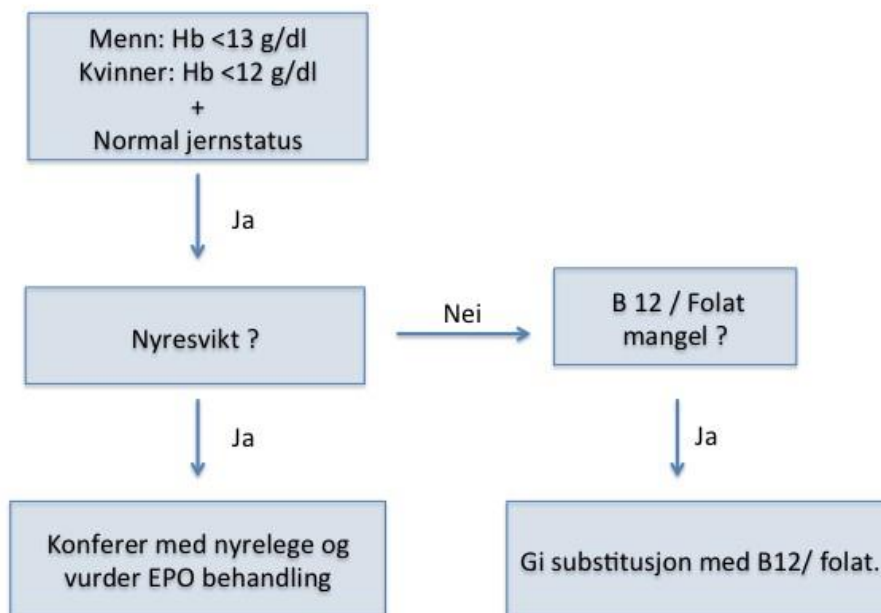


- **Ved alvorlig jernmangelanemi:** Man bør vurdere å henvises pasienten til videre utredning i tillegg til å sette pasienten på jernsubstitusjon behandling.
- **Valget mellom tablett behandling og intravenøs behandling** avhenger av tidsvindu mellom oppstart av behandling og kirurgi.
  - **Preoperativ peroral jerntilførsel;** f.eks Ferroretard® 100 mg, 1x2 bør velges der tidsvinduet tillater dette.
  - **Preoperativ intravenøs jerntilførsel** kan effektivt korrigere jernmangelanemi og bør velges der det er <3 uker til kirurgi.

Avtal tidspunkt for iv jern behandling. Monofer 500 mg infunderes over 20 min.

### 3.2 B12-mangel (pernisiøs anemi)/Folatmangel/ kronisk årsak til anemi:

Følg understående algoritme ved anemi med normal jernstatus:



### B12 mangel

Gi Vitamin B12 Depot injeksjoner. Preoperativt gis 1 injeksjon im à 1 mg hver dag eller annen hver dag, inntil totalt 5 injeksjoner (5 mg). Ny vurdering av Hb-verdi på nytt etter minst 2 uker.



## Folatmangel

Gi f.eks TrioBe® folsyre (Vitamin B9) i tablettform. 1 tbl daglig. Ny vurdering av Hb-verdi på nytt etter minst 2 uker.

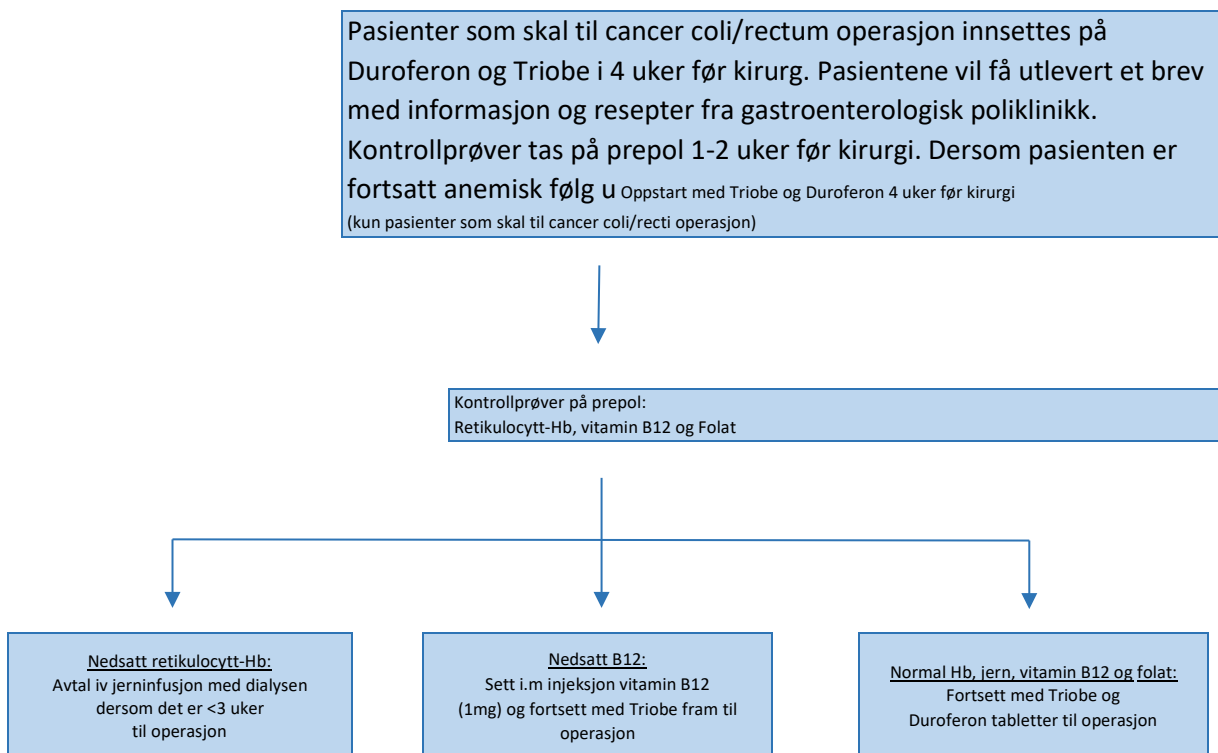
## Erythropoietin behandling

Ved indikasjon for **erythropoietin behandling**, er det optimale å behandle pasienten 3 uker i forkant av kirurgi. Ved erythropoietin administrering: Røde blodceller tilsvarende ca. én enhet er produsert etter én uke og en mengde tilsvarende ca. fem enheter etter fire uker

- Der elektiv kirurgi kan vente 3 uker: Erythropoietin (for eksempel Eprex®) kan gis i dose 600 E/kg subkutant én gang per uke i tre uker før operasjonen samt på operasjonsdagen.
- Dersom man oppdager anemi 1-2 dager før kirurgi har en enkeldose med erythropoietin på 80000E vist seg å være effektiv nok til å redusere transfusjonsbehovet

## 3.3 Anemi og cancer coli

Pasienter som skal til cancer coli/rectum operasjon innsettes på Duroferon og Triobe i 4 uker før kirurg. Pasientene vil få utlevert et brev med informasjon og resepter fra kirurgisk poliklinikk. Kontrollprøver tas 1-2 uker før kirurgi. Dersom pasienten er fortsatt anemisk følg understående algoritme



#### 4. GENERELT

Preoperativ anemi er individuell faktor for økt mortalitet og morbiditet.

Prevalensen av jernmangel ved preoperativ anemi ved elektiv kirurgi er 25-30%.

Utsatte grupper:

- Eldre med suboptimal ernæringsstatus
- Kreftpasienter
- Pasienter med tarmsykdom
- 

Ved inflammatoriske tilstander kan ferritin (akutt fase protein) være forhøyet til tross for jernmangelanemi.

#### 6. EKSTERNE REFERANSER

- Ø. Høiseth et al. Større kirurgiske inngrep hos Jehovas vitner. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126:2658 – 61
- Håndbok i transfusjonsmedisin. 2. reviderte utgave 2011. IS-1669.  
<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/215/Handbok-itransfusjonsmedisin-IS-1669.pdf>
- Goodnough LT, Maniatis A, Earnshaw P, et al. Detection, evaluation, and management of preoperative anaemia in the elective orthopaedic surgical patient: NATA guidelines. British Journal of Anaesthesia. 2011;106(1):13-22.  
doi:10.1093/bja/aeq361.
- Weltert, L., Rondinelli, B., Bello, R., Falco, M., Bellisario, A., Maselli, D., Turani, F., De Paulis, R. and Pierelli, L. (2015), A single dose of erythropoietin reduces perioperative transfusions in cardiac surgery: results of a prospective single-blind randomized controlled trial. Transfusion, 55: 1644–1654. doi: 10.1111/trf.13027
- A. A. Klein et al. AAGBI guidelines: the use of blood components and their alternatives 2016. doi:10.1111/anae.13489
- Felleskatalogen 2016. <http://felleskatalogen.no/medisin>



## Møtereferat

<i>Møtetype</i>	Multidisiplinære team (MDT)
<i>Møtedato</i>	
<i>Møtested</i>	
<i>Tilstede</i>	Kirurger: Onkologer: Radiologer: Patolog:

<b>Utredning/diagnostikk</b>	
Komorbiditet, relevant	
Arvelig disposisjon	
Aktuell sykehistorie	
Koloskopi	
Biopsi/histologi	
CEA	
CT Thorax	
CT Abdomen/bekken	
Andre us:	
TNM-klassifisering	
<b>Konklusjoner</b>	
Ferdig utredet	
Behandlingsintensjon (kurativ/palliativ)	
Neoadjuvant behandling, beskriv	
Kirurgisk behandling, beskriv	
Neste trinn i utredning/behandling	
Henvisning/rekvisisjoner, ansvar	

## ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) Sjekkliste

Pasients navn/fødselsnummer:

Poliklinisk ved innskrivning.

Dato:

Utfylt av:

Tiltak	Utført	Hvis ikke, hvorfor
Samtale med operatør, evt merking av stomi		
Journalopptak av LIS 1		
Lab prøver + Screening. Urinprøve kun ved symptomer på UVI		
Hb < 13? Turnuslege må avgjøre om det er en mikrocytisk anemi, om ja skal pas få IV Jern tilskudd (kreftpol)		
EKG, BT, puls, SpO2 temp, høyde, vekt		
Ernæringscreening + Behov for KEF?		
Norgastskjema underskrevet av pasienten		
LIS 1 fylt ut sjekkliste tarmoperasjoner		
Anestesitilsyn		
Behov for tidligere innleggelse mtp medisinsk komorbiditeter?		
Fysioterapi screening		
Samtale med sykepleier		
Få informasjons brosjyre og info om Pep – fløyte, næringsdrikke, hygiene, (antibiotika po operasjonsdag kl 06, kun om pasienten sover hjemme)		
Info om tømming (ved venstresidige colektomi og sigmareseksjon)		
Profylaktisk kvelden før Klexane 40 mg sc kl 20.		
Dersom pasienten sover hjemme, få med: Klexane 40 mg + 4 tbl Doksycylin 100 mg		

Operasjonsdag

Dato:

Utfylt av:

Tiltak	Utført	Hvis ikke, hvorfor
Pas tatt antibiotika per os kl 06 (ved oppkast innen 1 time få den iv)		
Samtale med kirurg		
Legge inn urinkateter		
Legge inn 2 veneflon. Antibiotika I.V – 1 time før. Noter på kurve klokkeslett for når antibiotika er gitt		

Gi premedikasjon etter kurve		
Gjennomgå generell sjekkliste før opr		
NEWS		
Har pasienten dusjet		

Postoperativt på intensiv

Dato:

Utfylt av:

Tiltak	Utført	Hvis ikke, hvorfor
Fått mekanisk støttestrømpe under operasjon		
Vekt		
Væske balanse under operasjon	Inn                      Ut	
Væske balanse på intensiv	Inn                      Ut	
Drikke inntil 800 ml væske inkl. 1 stk proteinrik næringsdrikk		
Spise fast føde		
Mobiliseres 2 timer(stol)		
Trene med Pep-fløyte		
1 g Magnesia DAC		
Fått tyggegummi		

1. postoperative dag

Dato:

Utfylt av:

Tiltak	Utført	Hvis ikke, hvorfor
Daglig vekt		
Drikke inntil 2 liter væske inkludert 2 proteinrike næringsdrikker		
Spise fast føde		
Støttestrømper		
Mobiliseres 6 timer		
Trappe ned EDA		
Vurdere seponering blærekateter		
Trene med Pep - fløyte		
1 g Magnesia DAC x 2		
NEWS minimum x 4		
Observasjon av sår/bandasjer		
Evt. stomitrening		
Føre drikke/diurese, evt kostregistering		
Fått tyggegummi		

2. postoperative dag

Dato:

Utfylt av:

Tiltak	Utført	Hvis ikke, hvorfor
Daglig vekt		
Drikke inntil 2 liter væske		
Drikke 2 proteinrike næringsdrikker		
Spise fast føde på dagligstua		
Trappe ned EDA – dosering ytterligere, evt fjerne EDA-kateter		

på ettermiddagen		
Seponere blærekateter		
Evt. stomitrening		
Støttestrømper		
Mobilisering 6 timer		
NEWS minimum x 4		
Føre drikke/diurese, evt kostregistering		
Observasjon av sår/bandasje		
Planlegge utskrivelse		
1 g Magnesia DAC x 2		
Trene med Pep - fløyte		
Fått tyggegummi		

## 3.postoperative dag

Dato:

Utfylt av:

Tiltak	Utført	Hvis ikke, hvorfor
Daglig vekt		
Normal aktivitet		
Fysioterapeut funksjonsnivå		
Evt utskrivelse etter lunsj		
Trene med Pep - fløyte		
Selvhjulpen med evt stomi?		
Infoskriv ved utreise.		

**Samtale med kreft koordinator etter 3 dager.**

4 uker postoperativ kontroll hos operatør

Antall dager på sykehuset?	
Når fast føde?	
Når kom tarmene i gang?	
Komplikasjoner?	
Gjennomgang av patologiresultat.	
Aktuelt med adjuvant kjemoterapi/stråling?	
CEA	
Undersøkelse av buken med inspeksjon av operasjonssår.	
Muntlig og skriftlig informasjon om videre oppfølging i henhold til nasjonale retningslinjer.	

**Delta på ortopedisk morgenmøte og ansvar for røntgenlista:**

- Når du har innskrivingsdag skal du møte på ortopedisk morgenmøte. Du har ansvar for røntgenlista. Dette innebærer følgende:
  - o Du har ansvar for at røntgenbildene til pasientene som har gul lapp i «ORT Røntgenmøte TEAM HSYK» demonstreres på morgenmøte.
  - o Ringe pasienter for å informere om eventuelle endringer i behandlingsplanen.
  - o Når dagen er slutt skal alle gule lapper i mappen «ORT Røntgenmøte TEAM HSYK» være lest, altså fjernet fra mappen.
- I tiden før kl. 09:15 har du tid til å følge opp arbeid knyttet til røntgenlista.

**Kreftcallingen:**

- Du vil bli callert for å fornye resepter til pasienter som er knyttet opp mot kreftpoliklinikken. Det enkleste er å be kreftsykepleier om å sende deg en gul lapp om pasienten og medikamentet som krever ny resept. Dette er ikke en hastesak, og skal gjøres i løpet av dagen når du har tid. Sjekk alltid om medikamentene kan gis på blåresept §2 (-90 for palliative pasienter, -53 for kurative pasienter).
- Som LIS1 skal du **ikke** skrive resepter på nye medikamenter eller gjøre doseendringer. I slike tilfeller er det pasientansvarlig lege her på sykehuset eller vakthavende på kirurgen/medisin som skal gjøre dette. Dersom du blir bedt om å gjøre dette, be kreftsykepleier henvende seg til de som har ansvaret.
- Dersom kreftsykepleier ringer og ønsker tilsyn av kreftpasient av ulike årsaker, er dette også noe som skal gjøres av pasientansvarlig lege her på sykehuset eller vakthavende på kirurgen/medisin. Du skal altså **ikke** involveres i dette.

**Journalopptak:**

- Informasjon om hvem som skal skrives inn finnes i timebøkene KIRPMO og RAKKMO2.
- En sykepleier er alltid tilknyttet innskriving. Navnet på sykepleier står på oversiktsarket som henger på personalrommet på kir.pol. De vil ta seg av **alt** av koordinering.
- Pasientene som kommer til innskriving har oppmøtetid fra kl.08:45 og utover.
- Før pasienten kommer til LIS1 har de tatt blodprøver og sykepleier har tatt vitale parameter (føres inn i kurve) og eventuelt EKG.
- Det forventes at du bruker ca. 30 min per pasient.
- Vi ser helt at du dikterer innkomstjournalen, ettersom vi vet at dette går fortere enn å skrive.
- Se «Journalmal for elektiv innskriving» for å se hva du skal fokusere på under journalopptaket.
- Egenmeldingsskjemaer som pasienten har fylt ut i forkant finner du i pasientens mappe. Her vil du finne en del informasjon du kan fylle direkte inn i innkomstjournalen.
- Før kl. 12:00 **må** du ha sett over blodprøvesvarene. Du skal ikke signere blodprøvesvarene, men må ta stilling til eventuelle avvik.
- Noen av pasienten skal ta nye røntgenbilder, men dette er ikke noe du trenger å ta stilling til.

- Dersom du har funnet avvik ved anamnese/undersøkelse/blodprøver skal dette skrives på oversiktsarket som ligger fremst i pasientkurven. Kryss av for om du ønsker å snakke personlig med operatør eller anestesilege om dette. Gjør sykepleier oppmerksom på at du har funnet et avvik, slik at de kan ta kontakt med operatør/anestesilege.
- Det finnes en oversikt som vi har kalt for «Problemer som kan dukke opp underveis». Her vil du finne svar på hva du skal gjøre ved funn av diverse avvik ved anamnese/undersøkelse. Vær klar over at det i en del tilfeller er ditt ansvar å bestille tilsyn/sende brev til fastlege. Dette vil du i så fall få informasjon om av operatør eller anestesilege.
- På fredagene er det som regel ingen pasienter som skal skrives inn, eventuelt bare en pasient. Tanken er at du skal da skal bruke tiden frem mot oppstart skadepoliklinikk til å gjøre kurs i kompetanseportalen.
- Du skal fylle ut regningsark på pasienten og sende til automat slik at pas får betalt for seg før hjemreise. (bruk hoveddiagnose og Z51,4 som bidiagnose) Sykepleier setter inn prosedyrekode for EKG der det er aktuelt.

#### **ERAS-skjema og NoRGast-samtykkeskjema**

- NoRGast-samtykkeskjema blir framstilt for pasienten av sykepleier. Du har ingenting med dette å gjøre.
- ERAS-skjemaet (sjekklister for tarmoperasjoner) har du ansvar for å fylle ut. Sykepleier har lagt skjemaet i mappen til pasientene som er ERAS-pasienter. Dersom pasienten har Hb<13 må man bestille anemiprøver og avgjøre hvilken type anemi pasienten har. Pasienter som har mikrocytær anemi skal henvises til kreftpoliklinikken for jerninfusjon. Dersom dette er aktuelt kan du be sykepleier om å kontakte kreftpoliklinikken for å avtale når pasienten kan få infusjon.

#### **12-møtet:**

- Du skal ikke delta på 12-møtet, men det er viktig at sykepleier er klar over de avvikene du har funnet, slik at driftssykepleier kan informeres før møtet.

#### **Skadepoliklinikk:**

- Kl. 12:30 forventes det at du har gjort ferdig papirarbeidet og har spist lunsj. Du skal da calle Ort.LIS3/koordinator i akuttmottaket. Du vil da få tildelt polikliniske ortopediske pasienter fra akuttmottaket. Du skal fortsette å bruke kontoret ditt på «gamle legevakten» til dette arbeidet.

## **1. JOURNALMAL FOR ELEKTIV INNSKRIVING**

En elektiv inntakstjournal har gyldighet i 3 mnd.

**Innleggingsårsak:** Elektiv innleggelse for \*planlagt operasjon\* grunnet \*diagnose\*.

#### **Familie/Sosialt:**

- Sivil status
- Arbeidssituasjon
- Boforhold (Trapper/Heis)
- Daglig funksjonsnivå (Ganghjelpemiddel)
- Kommunal hjelp



## Tidligere sykdommer:

- Nevn alle vesentlige tidligere sykdommer.
- Spesielt viktig å få med hjertesykdom, lungesykdom, magesår, lever/nyresykdom, kreft, blodpropp, slag, diabetes og tidligere operasjoner.
- **Ortopediske pasienter:** Viktig å få med tidligere ortopediske operasjoner som er relevante for den aktuelle problemstillingen.
- **Kirurgiske pasienter:** Viktig å få med tidligere operasjoner som er relevante for den aktuelle problemstillingen.
- **Gynekologiske pasienter:** Gravida/Para. Viktig å få med tidligere gynekologiske plager/sykdommer/operasjoner.

Noen pasienter har vært tilsett av anestesilege i poliklinikken i forkant av at de kommer til innskriving. Se alltid etter slike notat i journalen.

## Aktuell sykehistorie:

### ORTOPEDISKE PASIENTER

Elektiv innleggelse for protesekirurgi (hoft/kne), ryggkirurgi (prolaps/spinalstenose) og pasienter som grunnet funksjonsnivået må legges inn i forkant av en operasjon.

- «Viser til poliklinisk epikrise \*dato\*». Spør pasienten om det har tilkommet forandringer i plagene siden han/hun ble søkt inn til operasjon. Vi er spesielt interessert i:
  - Varighet av plager
  - Lokalisasjon/Utstråling
  - Ganglengde
  - Ganghjelpemiddel
  - Hvilesmerter
  - Nattesmerter
  - Nevrologiske utfall hos ryggpasientene
- Viktig å fange opp at pasienten ikke lenger er like plaget eller om det har tilkommet forandring i symptombildet. Operatør må i så fall varsles.
- Spør også om de har hatt klinikk på infeksjon de siste ukene. Dette kan føre til utsettelse av operasjonen. Operatør må derfor varsles.

### KIRURGISKE PASIENTER

Elektiv innleggelse for cancerkirurgi (ca.coli), større bukkirurgi (Større brokkoperasjoner, tarmreseksjon, tilbakelegging av stomi) og pasienter som grunnet funksjonsnivået må legges inn i forkant av en operasjonen.

- «Viser til poliklinisk epikrise \*dato\*». Spør pasienten om det har tilkommet forandringer i plagene siden han/hun ble søkt inn til operasjon. Vi er spesielt interessert i:
  - Smertebildet
  - Avføringsendringer
  - B-symptomer hos kreftpasientene
- Viktig å fange opp om det har tilkommet forandring i symptombildet. Operatør må i så fall varsles.

- Spør også om de har hatt klinikk på infeksjon de siste ukene. Dette kan føre til utsettelse av operasjonen. Operatør må derfor varsles.

### **GYNEKOLOGISKE PASIENTER**

Elektiv innleggelse for sectio, større gynekologiske operasjoner og pasienter som grunnet funksjonsnivået må legges inn i forkant av en operasjon.

- Gynekologisk anamnese:
  - o Gravida. Para.
  - o Menstrasjonsforhold. Menopause.
  - o Forløp i svangerskap og fødsler.
  - o Prevensjonsbruk
- «Viser til poliklinisk epikrise \*dato\*». Spør pasienten om det har tilkommet forandringer i plagene siden han/hun ble søkt inn til operasjon.
- Viktig å fange opp om det har tilkommet forandring i symptombildet. Operatør må i så fall varsles.
- Spør også om de har hatt klinikk på infeksjon de siste ukene. Dette kan føre til utsettelse av operasjonen. Operatør må derfor varsles.

*De gynekologiske pasientene tilses alltid av operatør på post samme dag som de kommer til innskrivning.*

**Naturlige funksjoner:** Som ved en vanlig inntakstjournal

**Stimulantia:** Som ved en vanlig inntakstjournal

### **Medisiner:**

- Se over det polikliniske notatet fra da pasienten ble søkt inn til operasjon. Noen ganger har operatør notert endringer i medisinering knyttet til operasjonen.
- Pasienten har fått beskjed om å medbringe medisinalliste. Se også etter egenmeldingsskjema som er scannet inn i journalen. Det forsøkes så langt det lar seg gjøre at sykepleier skriver kurve og hjelper til med samstemming, men det er ditt ansvar å se over og signere at alt er korrekt, samt signere medisinalisten.
- Bruk kjernejournal som kilde når du samstemmer.
- Registrer «Samstemt inn» i Dips.
- **Antibiotikaprofylakse:**
  - o Gon-/Coxartrose- og ERAS-pasienter har egen kurve mal med standard medikamentpakke. Dersom pasienten har penicillinallergi eller annen CAVE, må man ta hensyn til dette. Slå opp i nasjonale retningslinjer i kapittel 1 antibiotikaprofylakse ved kirurgi.
  - o For kirurgiske pasienter som ikke er ERAS-pasienter skal antibiotikaprofylakse i henhold til veilederen også føres inn i kurven.
  - o For de gynekologiske pasientene rekvireres eventuell antibiotikaprofylakse av operatør.
- **Artrosepasientene:**
  - o Dersom pasienten tidligere har hatt ulcus, har nyresvikt eller av andre grunner ikke tåler NDSAIDs, må Celecoxib seponeres. Er du usikker kan du be operatør ta stilling til dette.

- Husk å ta stilling til hva pasienten bruker fra før av smertestillende legemidler, noe som bør nulles/seponeres?
- Dersom samtidig bruk av NSAIDS og ACE-hemmer/A2-blokker skal du nulle den aktuelle blodtryksmedisinen på innleggelsesdagen og dagen etter. Når dette er tilfelle er det ønskelig at anestesi får beskjed. Noter det derfor i oversiktsarket fremst i pasientkurven og gi sykepleier beskjed.
- **Blodfortynnende:**
  - Dersom pasienten bruker blodfortynnende medikament skal dette som regel nulles i forkant av operasjonen. Spør pasienten hvilken informasjon han har fått om dette. Man kan også sjekke innkallingsbrevet til pasienten som ligger i journalen. Se også etter notat fra anestesi og operatør.
  - Dersom det kommer klart fram at medikamentet skal nulles, må du nulle det videre på kurven de første 3 dagene av innleggelsen. Dersom det er uklarerhet rundt bruken av blodfortynnende knyttet til operasjonen må dette meldes videre til operatør/anestesi.
- **Immunsuppresiva:**
  - Viser til revmatologene sine retningslinjer som finnes i DocMap nr. DS12236 «Medikamentinformasjon til primærleger». Ofte står det konkret hva man bør gjøre ved mindre/større kirurgiske inngrep både pre- og post-operativt. Ta kontakt med operatør etter at du har slått opp i DocMap.

### Status presens:

- Som ved en vanlig inntakstjournal. **Husk å få med vekt og høyde.**
- Det er ikke nødvendig å gjøre funksjonsundersøkelse av f.eks. hofta for pasienter som skrives inn for protesekirurgi.
- Nevrologisk u.s. på ryggpasientene bare dersom pasienten oppgir endring i symptombildet. Eventuelle endringer siden pasienten ble søkt inn til kirurgi må meldes i fra om til operatør.
- Vi ønsker at du sjekker huden der pasienten skal opereres. Eventuelle utslett/sår må meldes i fra om til operatør. Husk å sjekke lyskene hos pasienter som skal få protese og pasienter som skal bukopereres.

### Supplerende undersøkelser:

- Urinstiks:
  - Bare ved indikasjon. Svar på urinstiks noteres i inntakstjournalen.
- Blodprøver:
  - Avvikende blodprøver noteres i inntakstjournalen.
- EKG
  - De fleste pasienter skal ha EKG og dette skal beskrives som ved en vanlig inntakstjournal.
  - Se på oversiktsarket som ligger fremst i pasientkurven. Her krysser sykepleier av for om det er tatt EKG eller om det ikke er nødvendig.

### Resymé:

Som ved en vanlig inntakstjournal

### Tiltak/Videre plan:

Eventuelle endringer/funn av avvik/ behov for videre utredning.

## 2. PROBLEMER SOM KAN DUKKE OPP UNDERVEIS I ELEKTIV INNSKRIVING

- **Overliggere**
  - Pasienter som i utgangspunktet er dagkirurgiske blir i noen tilfeller gjort om til overliggere dersom det har vært kompliserende forhold ved operasjonen. Man vil da noen ganger bli callt på fra sykepleier på dagkirurgen eller LIS 2/3 med beskjed om at disse pasientene må skrives inn. Overliggere skal IKKE skrives inn. Dersom det oppstår en diskusjon rundt dette, vis til prosedyre i DocMap der det står skrevet at LIS 2/3 eller operatør skal skrive et innkomstnotat og fyller ut medisinkurve.
- **Endring av symptombildet**
  - Funnet noteres på oversiktsarket som ligger fremst i pasientkurven og sykepleier informeres. Sykepleier varsler videre operatør.
- **Pasienten har hatt klinikk på infeksjon de siste ukene.**
  - Funnet noteres på oversiktsarket som ligger fremst i pasientkurven og sykepleier informeres. Sykepleier varsler videre operatør og anestesilege.
  - Rekvirer urinstiks og uricult av pasienter med symptomer på urinveisinfeksjon.
- **Uklarhet rundt medisiner**
  - Det er uklart hvordan nulling av blodfortynnende skal foregå.
    - Funnet noteres på oversiktsarket som ligger fremst i pasientkurven og sykepleier informeres.
    - Sykepleier tar i første omgang kontakt med driftskontoret. Ved fortsatt uklarhet skal anestesilege, eventuelt operatør kontaktes.
  - Pasienten har ikke med seg oppdatert medisinliste/har ikke oversikt over egne medisiner. Forsøk i slike tilfeller å fremskaffe medisinliste via fastlege, pårørende, hjemmesykepleie e.l.
  - Husk at vi har farmasøyt på sykehuset!
- **Funnet av sår/utslett i huden der pasienten skal opereres:**
  - Funnet noteres på oversiktsarket som ligger fremst i pasientkurven og sykepleier informeres. Sykepleier varsler videre operatør.
- **Funnet av tilkommet bilyd over cor.:**
  - Funnet noteres på oversiktsarket som ligger fremst i pasientkurven og sykepleier informeres. Sykepleier varsler videre anestesilege.
- **Funnet av hypertensjon**
  - Funnet noteres på oversiktsarket som ligger fremst i pasientkurven og sykepleier informeres. Sykepleier varsler videre anestesilege.
- **Avvik i blodprøver**
  - Funnet noteres på oversiktsarket som ligger fremst i pasientkurven og sykepleier informeres. Sykepleier varsler videre operatør.

- **Tilkommet EKG-forandringer**
  - Sammenligne alltid først med gammelt EKG!
  - Funnet noteres på oversiktsarket som ligger fremst i pasientkurven og sykepleier informeres. Sykepleier varsler videre anestesilege.
  
- **Pasienten ønsker å snakke med operatør**
  - De gynekologiske pasientene tilses uansett av operatør på post samme dag. For ortopediske og kirurgiske pasienten tilses ikke rutinemessig av operatør på innskrivingsdagen.
  - Noter dette på oversiktsarket som ligger fremst i pasientkurven og informer sykepleier. Sykepleier varsler videre operatør.
  
- **Andre problemer som ikke ble nevnt her**
  - Spør sykepleier om hvordan man vanligvis løser et slik problem.
  - Husk at du kan calle opertør eller anestesilege dersom du er usikker på noe. Dersom det er vanskelig å få tak i de overnevnte, kan du eventuelt kontakte vakthavende LIS2/3.

Dersom du får tilbakemelding av operatør, anestesilege eller driftsykepleier om at pasienten må henvises videre i spesialisthelsetjenesten, må du skrive henvisning. Dikter henvisning, eller skriv henvisning i eget dokument og send gul lapp til skrive-tjenesten om at henvisning må sendes til riktig avdeling. Be mottaker om å melde fra tilbake til aktuell avdeling når pasienten er klarert for elektiv kirurgi.

Dersom du får tilbakemelding av operatør, anestesilege eller driftsykepleier om at pasienten trenger utredning i regi av fastlegen, må du skrive brev til fastlegen der du forklarer problemstillingen. Be fastlegen om å melde fra tilbake til aktuell avdeling når pasienten er klarert for elektiv kirurgi.

# NoRGast

## Norsk register for Gastrokirurgi

## Samtykkeskjema

### Informasjon og forespørsel om samtykke til deltakelse i Norsk register for Gastrokirurgi (NoRGast)

#### Bakgrunn og hensikt

Det nasjonale fagmiljøet har opprettet Norsk kvalitetsregister for Gastrokirurgi – NoRGast. Hensikten er å kartlegge, sikre og forbedre kvaliteten for alle pasienter som får utført operasjon på bukorganer, spiserør eller bukvegg. Databehandlingsansvarlig for registeret er Universitetssykehuset Nord-Norge HF v/administrerende direktør.

#### Hva skal registreres?

De opplysninger som inngår i registeret er ditt personnummer og navn, hvilken behandling du får i forbindelse med din bukoperasjon, din rekonvalesens og eventuelle komplikasjoner. Det blir ikke tatt noen ekstra prøver eller undersøkelser.

#### Hvor skal opplysningene i registeret hentes fra?

Din behandlende lege fyller ut et skjema basert på opplysninger som framkommer i forbindelse med innleggelse, behandling og utskrivelse. Opplysninger kan også innhentes fra annen helseinstitusjon, fastlege etc., f. eks. ved komplettering av data etter 30 dager. Det skal rutinemessig innhentes supplerende opplysninger fra Norsk Pasientregister og Folkeregisteret som skal inngå i registeret.

#### Hvem kan få tilgang til opplysningene?

Opplysningene blir lagret i et eget dataregister som er godkjent av Datatilsynet. Alle opplysninger behandles konfidensielt, det vil si at bare personer som jobber med registeret kan lese dem. Alle som har tilgang til registeret har taushetsplikt. Opplysninger vil bli overført fra ditt behandlende sykehus til et nasjonalt register der de lagres i aidentifisert form. Data i registeret vil bli oppbevart så lenge det er gitt konsesjon til registeret. Alle data vil bli slettet dersom konsesjonen opphører.

#### Forskning og kvalitetssikring

For å kunne kvalitetssikre helsetjenesten ved bruk av registre er det nødvendig å bruke forskningsmetoder for å analysere data. Forskere vil for eksempel kunne bruke registeret til å evaluere hva som har betydning for gode eller dårlige behandlingsresultater, eller hvilken betydning behandlingen har i forhold til sosialmedisinske og helseøkonomiske forhold. For spesielle forskningsprosjekter kan det derfor være aktuelt å knytte sammen informasjon fra registeret med andre offentlige registre (se baksiden av arket). Sammenstilling av data fra andre registre krever forhåndsgodkjenning fra de offentlige instanser loven krever. Ved at andre sykehus i Norge registrerer de samme opplysningene vil det også være mulig å sammenligne resultater, både for kvalitetssikring og i forskning på følger av kirurgisk behandling. Resultater basert på analyser fra registeret vil ikke kunne tilbakeføres til enkeltindivider. Forskningsprosjekter skal godkjennes av Regional komité for forskningsetikk. Ved å samtykke til å delta i NoRGast aksepterer du at registrerte opplysninger kan benyttes både til kvalitetssikring og forskningsformål, og du samtykker også til at du kan kontaktes på nytt utenom sykehuskontroller.

#### Rettigheter

Det er frivillig å registrere seg i dette registeret, og for at registrering skal skje må det gis et skriftlig samtykke. Hvis du ikke ønsker å samtykke vil ikke dette ha noen konsekvenser for behandlingen du får på sykehuset. Du har rett til å få vite hva som står om deg i registeret, og du kan kreve at opplysninger som står om deg blir slettet eller rettet på, i henhold til Personopplysningsloven. Mer informasjon om registeret og dine rettigheter finner du på [www.kvalitetsregistre.no](http://www.kvalitetsregistre.no)

### Dekningsgradsanalyser

Opplysningene vil årlig bli sammenstilt med opplysninger fra norsk pasientregister (NPR) for å beregne registerets dekningsgrad.

Det kan være aktuelt å sammenstille informasjon fra registeret med følgende offentlige registre og befolkningsundersøkelser:

Medisinsk fødselsregister  
Norsk Pasientregister  
Kreftregisteret  
Reseptregisteret  
Registeret i Statistisk sentralbyrå(FD-Trygd)  
Befolkningsundersøkelsene som inngår i Cohort of Norway (Conor)  
Norsk intensivregister  
Befolkningsundersøkelsene som inngikk i Statens Helseundersøkelser (SHuS)  
Skattedirektoratets databaser  
Hjerte-/Karregisteret  
Folkeregisteret  
Dødsårsaksregisteret

Det kan også være aktuelt å bruke opplysninger om deg fra din sykejournal.

Alle slike sammenstillinger krever forhåndsgodkjenning av de offentlige instanser loven krever, for eksempel Personvernombudet, Regional komité for medisinsk forskningsetikk og Datatilsynet.

All informasjon vil bli behandlet med respekt for personvern og privatliv og i samsvar med lover og forskrifter.

### Samtykkeerklæring

Jeg samtykker til at mine opplysninger inngår i dette kvalitetsregisteret og at de kan inngå i forskningsprosjekter innefor formålet til registeret.

Pasientens signatur og dato: \_\_\_\_\_

Stedfortredende samtykke når berettiget

(Signert av nærstående, dato): \_\_\_\_\_

### Pasient ID/Barkode

## Sykepleier sine oppgaver ved journalopptak/innleggelser

Sykepleier som har innskrivning en dag gjør klart papirer til dagen etter:

- Skriver ut etiketter og navnebånd, klistrer det på sjekklapp, medisinkurve, omslagsark, anestesikurve og sjekklister (ERAS)
- Egne medisinkurve for kneprotese, hofteprotese og ERAS pasienter
- Sykepleier skriver på pasientens medisiner på med.kurve når egenopplysningskjema for innleggelser er på plass.
- Bestiller blodprøver, egen liste over hvilke bl.pr, operatør settes som rekvirent
- Sjekker om rtg er ok(hofte og kneprotese) til pasientene som skal innskrives dagen etter. Hvis ikke ok, gi beskjed til Drift, de ordner rekvisisjon og time.

Hvis det ikke blir tid å gjøre dette dagen før, må sykepleier som har innskrivning gjøre alt samme dag. Noen pasienter kommer for journalopptak samtidig som de legges inn, de fleste får journalopptak poliklinisk og kommer fastende til innleggelse samme dag som operasjon.

### Poliklinisk journalopptak:

1. Pasienten står i timeboka til sykepleier. RAKKMO2
2. Sykepleier sjekker at pårørende opplysninger og fastlege til pasienten er riktig.
3. Sykepleier bruker «sjekklapp» til alle pasientene og fyller ut aktuelle felt.
4. Sykepleier sørger for å ta vitale parameter, BT, puls, temp, vekt, høyde, SpO2, dette skrives på medisinkurven til pas. I tillegg tas det EKG på alle damer over 55 år og alle menn over 60 år. Ved kjent hjerteproblematikk eller ved store kirurgiske inngrep ønskes det EKG av alle uansett alder.
5. Sykepleier sørger for at pasienten får tatt blodprøver, pasienter som går til lab selv kan bruke knapp for «pasienter henvist fra akuttmottak». Hvis pasienten er skrøpelig kan lab.vakt ringes, da kommer de til kir.pol og tar blodprøver.
6. LIS1 gjør sine oppgaver.
7. Hvis det er noen uregelmessigheter med pasienten som er blitt oppdaget av sykepleier eller LIS1 skal det tas opp med operatør eller anestesilege, se LIS1 sin liste over hvilken lege som skal kontaktes ved hvilken problemstilling. Sykepleier skal i hovedsak kontakte lege, med mindre LIS1 selv ønsker å prate med vedkommende.
8. Sykepleier sier fra til driftskontoret før 12-møtet om pasientene er klarert eller om det er sannsynlig at pasienten strykes.
9. Sykepleier forsikrer seg om at pasienten som skal opereres hofte - , kneprotese eller rygg har fått med seg hibiscrub og informasjonsskriv.
10. Sykepleier caller anestesilege, helst når bl.prøvesvar foreligger. Alle gynekologiske pasienter kan få sitt anestesitilsyn på Kvinne –føde posten, der snakker de også med operatør.
11. LIS1 fyller i og sender regningsarket til pasienten.

### Journalopptak ved innleggelse

- Pasient står på innleggesliste til kirurgisk poliklinikk/timebok KIRPMO
- Sykepleier starter innleggelse i DIPS.
- Sykepleier gjør samme oppgaver som punkt 2 – 8 ved poliklinisk journalopptak og følger pasienten til sengepost, gir rapport til sykepleier. Pasienten blir tilsett av anestesilege på post.
- Sykepleier flytter pasient til riktig sengepost i DIPS



### Løyper

- Protese pasienter som kommer fastende til operasjon skal til DAKIMO
- Ryggpasienter, generellkirurgiske pasienter og «ikke –oppegående gyn.pas» som kommer fastende til operasjon skal til KIMO.
- «Oppegående» gyn pasienter som kommer fastende til operasjon skal til KVIFØ.

### Annet

**Ortopediske pasienter** får tilbud om å være med på PROM spørreundersøkelse som de utfører på IPad. Hvis pas sier ja skal ark underskrives. Kode til spørreundersøkelsen fås av Lene, Marit eller Kristine.

**Til ERAS** pasientene lager vi egen pose med artikler og informasjonsskriv som de skal ha med seg.

- ERAS pas har egen sjekklister for sykepleier og LIS1 og eget Norgast samtykkeskjema (hvis pasienten ikke ønsker å skrive under på Norgast sender sykepleier en gullapp i DIPS til Omid om dette).
- LIS1 skal ved Hb<13 avgjøre om det er en mikrocytisk anemi, om ja skal pasienten få IV jerntilskudd kreft pol. Sykepleier ringer kreftpol og avtaler tidspunkt for infusjon.
- Sykepleier skal gjøre Ernæringscreening og henvise pasienten til fysio. I tillegg skal sykepleier gå gjennom informasjonsskrivet med pasienten og forklare ang Klexane, Peepfløyte, ernæringsdrikke og evt tømning.



HELGELANDSSYKEHUSET  
HELGELAANTEN SKIEMTJEGÅETIE



# Til deg som skal opereres

ved Kirurgisk avdeling,  
Helgelandssykehuset HF

Kvalitet

Trygghet

Respekt

Omsorg

## Kjære Pasient

Dette er en brosjyre laget for deg som skal opereres på Helgelandssykehuset og til dine pårørende.

Vi anbefaler deg å lese gjennom denne brosjyren med dine nærmeste og ta den med deg når du legges inn. Du vil få flere muligheter til samtale med leger og pleiepersonell når du kommer til oss.

Dersom du har spørsmål til oss før innleggelsen kan du henvende deg til oss på tlf.

**75125100 (Mo i Rana)**

**75065100 (Sandnessjøen)**

Ukedager mellom kl 08.00 – 15.00.

# Før innleggelse

## *Forberedelser til operasjon*

- Dersom du bruker blodfortynnende og ikke har fått beskjed om hvordan du skal forholde deg til disse, ber vi deg om å kontakte oss for å avklare det.
- Røyking øker risikoen for komplikasjoner etter kirurgi, som forsinket sårheling, sårinfeksjon og komplikasjoner i hjerte, blodkar og lunger. Gevinsten av røykestopp er stor. Vi råder på det sterkeste totalt røykestopp i fire uker før inngrepet-. Dette reduserer risikoen for komplikasjoner markant. Inntaket av alkohol bør også i samme periode reduseres til et minimum.
- Drikk ikke alkohol 24 timer før din operasjon.
- Å bli operert er en belastning for kroppen, og det er viktig at du har et variert kosthold i tiden før operasjon. Ernæringstilskudd kan fås kjøpt på apoteket.
- Fysisk aktivitet gjør at kroppen din er i bedre stand til å tåle det kirurgiske inngrepet. Om du trener, fortsett med det. Om du ikke trener, vær så aktiv som du klarer. En tur på 15 minutter daglig er mye bedre enn ingenting.

- Det er bra at du allerede før din operasjon planlegger din hjemkomst. Vi anbefaler at du de første dagen etter utskrivelse får hjelp av familie eller bekjente til å handle, lage mat og rydde.
- Du vil i utgangspunktet bli utskrevet 3-5 dager etter din operasjon. Gi beskjed til pleiepersonalet så snart som mulig dersom det er noe du bekymrer deg for med tanke på hjemreise.

### **Hva skal du ta med deg?**

- » Den her brosjyren.
- » Behagelige klær og sko/tøfler som er lett å ta på og av.
- » Toalettsaker som tannbørste og tannkrem, deodorant og barbermaskin.
- » Brillor og/eller kontaktlinser, samt høreapparat dersom du bruker dette.
- » Om du bruker rullestol, rullator eller stokk/krykke, ta det med til sykehuset. Husk å merke det godt med navn.
- » Aktuell medisinliste, samt medisiner du eventuelt nylig har sluttet med. Ta gjerne med egne medisiner, og framfor alt inhalasjonsmedisiner, insulin og legemidler som du vet er uvanlig.
- » Telefon. Husk å merke den godt med navn.

**Legg igjen verdisaker, smykker/ringer og store pengesummer hjemme. Sykehuset tar ikke ansvaret for mistet eller stjålet verdisaker.**

## **Innleggelsesdagen**

- Møte opp på kirurgisk avdeling.
- Du vil i løpet av dagen få samtale med lege og sykepleier for informasjon om hva som skal skje før og etter operasjon, samt narkoselegen som gjør en medisinsk vurdering.

## **Kvelden før operasjonen**

- Du vil få en sprøyte med blodfortynnende legemiddel for å forebygge blodpropp under operasjon.
- Du vil få 4 næringsrike drikker for at kroppen skal være best mulig ernært under operasjon.
- Noen av operasjonene krever tarmtømming. Dersom dette er aktuelt for deg vil du få informasjon.
- Du skal dusje med en bakteriedrepende såpe (HibiSkrub). Ta deretter på deg rene klær fra sykehuset.
- Du får ikke spise fast føde, røyke, snuse eller tygge tyggegummi etter kl 24.00. Du får derimot drikke små mengder klare væsker fram til 2 timer før operasjonen.
- Få innlagt PVK (venflon)
- Få engangsdose antibiotika

## Operasjonsdagen

På morgenen operasjonsdagen skal du nok en gang dusje og ta på deg et nytt sett med rent tøy som du har fått fra avdelingen.

- Vask håret med vanlig sjampo.
- Ikke bruk kremer, lotions eller parfyme
- Ikke bruk sminke eller neglelakk
- Neglene skal være kortklipte.
- Ringer, smykker, øredobber og klokke må tas av
- Få innlagt urinkateter
- Få 2 næringsdrikker

Tingene dine låser vi inn på et kontor så lenge du ikke er i avdelingen.

En portør vil trille deg til operasjonsavdelingen. På operasjonsstuen vil du bli tatt imot av en anestesisykepleier. Noen pasienter vil få innlagt et kateter i ryggen hvor man under og etter operasjon vil få smertestillende (epidiuralkateter). Deretter vil du bli lagt i narkose.

## Etter operasjonen

Etter operasjonen kjøres du til oppvåkningsavdelingen. Der har du overvåkningsutstyr og flere slanger koblet til kroppen.

- Venekanyle til en blodåre hvor du får væske og medisiner.
- Urinkateter
- Oksygen på et nesekateter
- Eventuelt epidural

Blodtrykket tas ofte. Sykepleier kontrollerer operasjonsbandasjen din og spør om du har det bra eller har vondt. Du blir liggende på oppvåkningsavdelingen til du har fått satt inn et godt smerteregime, og man ser at lungefunksjon og blodtrykk er stabilt.

## Informasjon om avdelingen

Kirurgisk sengepost behandler pasienter med sykdommer i blant annet fordøyelsessystemet. Her opereres både pasienter som har behov for øyeblikkelig hjelp og de som skal gjøre planlagte operasjoner. Avdelingen har flere firesengsrom, tomannsrom og noen få enerom. Forbered deg på at du må dele rom med andre pasienter da enerommene er forbeholdt kritisk syke pasienter og pasienter med isolasjonsbehov.

Besøkende må alltid henvende seg til avdelingen for å avtale besøk. Dette er viktig fordi din sykepleier må avgjøre om det passer med besøk. Det er fint om du avtaler med dine nærmeste at kun en av dem tar kontakt med avdelingen for informasjon for så å videreformidle til resten av familien. Dette sparer tid for sykepleierne slik at de får muligheten til å være mer hos pasientene. De fleste som er operert hos oss reiser hjem tre til fem dager etter operasjonen. Dette avhenger av hvilken operasjon du har gjort.

Før du reiser hjem fra oss skal du være kommet i gang med å spise og drikke. Du skal være kommet i gang med magen ved enten å ha hatt luftavgang eller avføring, og du skal være smerte lindret på tabletter. Dersom du trenger videre hjelp av hjemmetjenesten eller sykehjem hjelper vi deg med å avtale dette. Om du har hjelp fra før av, er det lurt å informere hjemmetjenesten om at du skal opereres.

Vi gjør oppmerksom på at legeepikrise ikke lenger blir sendt til deg på papir. Du må selv logge deg inn på <http://www.helsenorge.no> å lese den der.



Til deg som skal opereres ved  
Helgelandssykehuset

**Spørsmål**

Telefonnummer til avdelingen står i innkallingsbrevet.  
Hvis du overnatter på hotell, kan du kontakte resepsjonen.



**HELGELANDSSYKEHUSET**  
HELGELAANTEN SKIEMTJEGÅETIE



Dokumentansvarlig: Trude Paulsen

Godkjent av: Fred Murer

Gyldig for: Helgelandssykehuset HF , Område for kirurgi, MIR , Område for kirurgi og akutt, SSJ

Dokumentnummer: P11876

Versjon: 1



# Til deg som skal gjennomgå kirurgi i tykktarmen

Et informasjonshefte for

.....

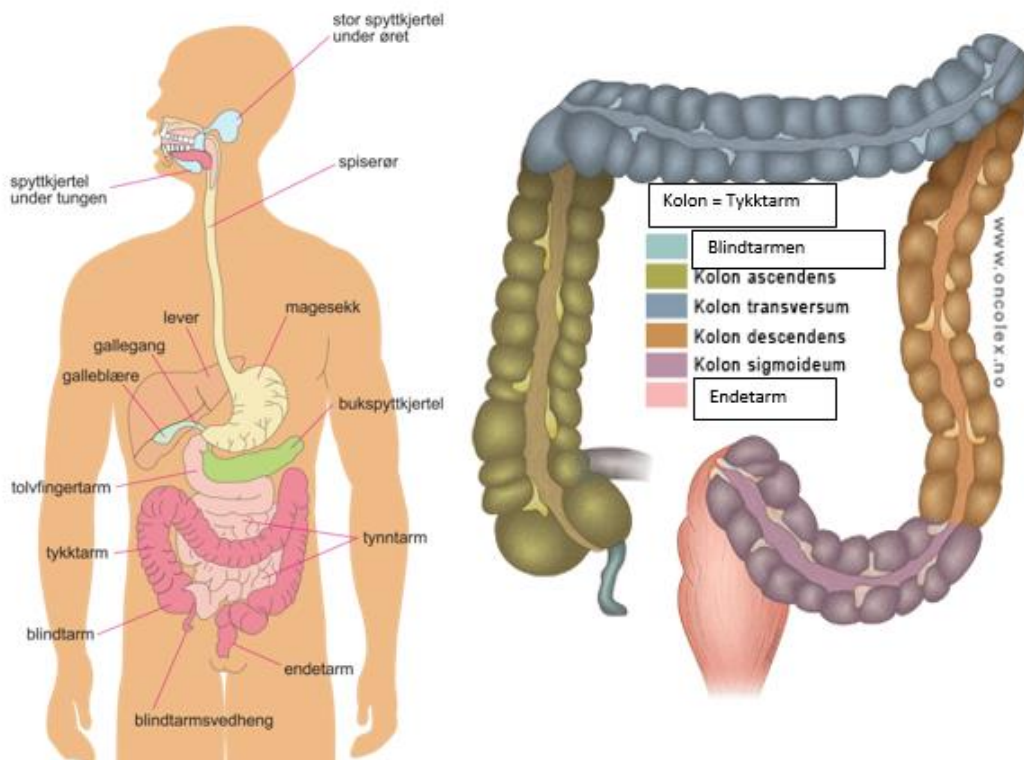
**Denne brosjyren er laget for at du skal være så godt forberedt som mulig før din operasjon. Vi ber deg lese den før du kommer til sykehuset. Vennligst ta med brosjyren til sykehuset før operasjonen og bruk den aktivt under ditt sykehusopphold.**

## Innledning

Vi jobber etter en rutine for behandling av tarmkirurgi som kalles ERAS. Dette står for Enhanced Recovery After Surgery og er et standardisert program for planlagte operasjoner. I utgangspunktet var det ment for kirurgi i tykk- og endetarmen, men vi bruker det nå på de fleste av våre planlagte operasjoner. Målet er at du skal komme det så raskt og enkelt som mulig etter din operasjon.

## Tarmsystemet

Når du spiser går maten gjennom munnen, ned spiserøret og til magesekken. Fra magesekken går maten videre ned til tynntarmen der blant annet næringsstoffer tas opp. Det som er igjen av maten går så videre ned i tykktarmen hvor væsken fra maten suges opp. Avføringen lagres i endetarmen hvor den til slutt passerer ut via endetarmsåpningen.

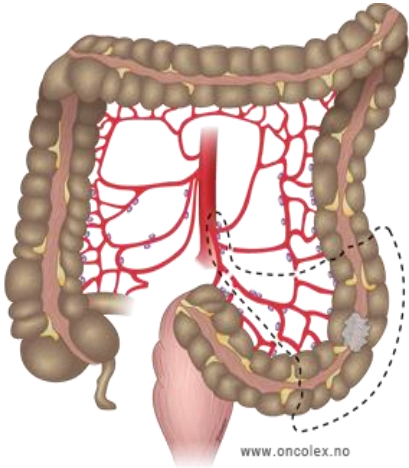


## Kirurgisk fjerning av tykktarm

Ved tykktarmskirurgi (kolonkirurgi) blir den syke delen av tarmen fjernet. Målet med operasjonen er å helbrede sykdommen. Inngrepet utføres som behandling ved kreft, blødning, ved forsnevring i tarm eller ved kronisk lekkasje til hud eller annet hul organ

Operasjonen gjøres fortrinnsvis via kikkhullskirurgi. I noen få tilfeller opererer vi med åpen kirurgi der det er indikasjon for dette. Det avhenger alt av hvor svulsten sitter i forhold til hvilken del av tykktarmen som fjernes.

I dette heftet gjennomgås de tre hyppigste prosedyrene for delvis fjerning av tykktarmen.

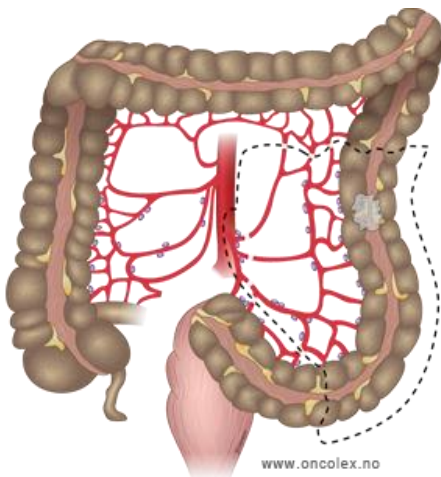
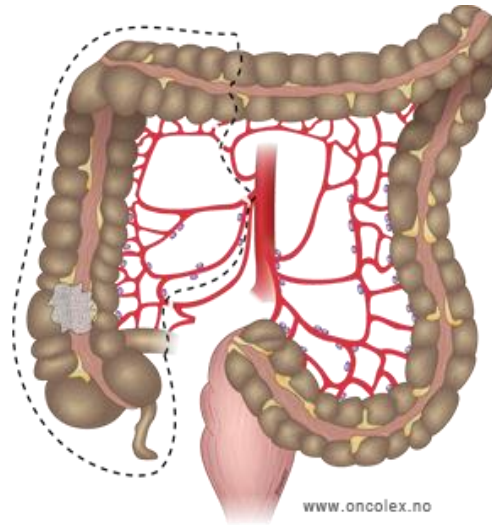


### Fjerning av nedre del av tykktarm (Sigmoideum)

Nedadgående tykktarm deles på begge sider av svulsten og vevsdelen med svulsten tas ut. Man fjerner også blodkar og lymfesystem som forsyner denne delen av tarmen. Det lages en skjõt mellom nedadgående tykktarm og øvre endetarm.

### Høyresidig fjerning av tykktarmen.

Tynntarmen deles cirka 10 cm fra blindtarmen. Tverrgående tykktarm deles og vevsdelen tas ut. Det lages skjõt mellom tynntarm og tverrgående tykktarm.



### Venstresidig fjerning av tykktarmen.

Tykktarm deles på begge sider av svulsten og vevsdelen tas ut. Det lages en skjõt mellom tverrgående tykktarm og nedre del av tykktarm

## Før operasjonen

Informasjon om avdelingen og hva som skjer i forkant av operasjonen står beskrevet i den andre brosjyren «Til deg som skal opereres ved Kirurgisk avdeling».

## Etter operasjonen

Etter operasjonen kjøres du til oppvåkningsavdelingen. Der har du overvåkningsutstyr og flere slanger koblet til kroppen

- Venekanyle til en blodåre hvor du får væske og medisiner.
- Urinkateter
- Oksygen på et nesekateter
- Eventuelt epidural

Blodtrykket tas ofte. Sykepleier kontrollerer operasjonsbandasjen din og spør om du har det bra eller har vondt. Du blir liggende på oppvåkningsavdelingen til du har fått satt inn et godt smerteregime, og man ser at lungefunksjon og blodtrykk er stabilt

## Smertelindring

Smertelindring er viktig da den hjelper deg til å

- Puste lettere
- Bevege deg mer
- Sove bedre
- Komme deg raskere

Du får smertestillende tabletter til faste tider. Det er viktig at du gir beskjed om det ikke hjelper. Da vil du få annen smertestillende i tillegg.

Ved åpen kirurgi (laparotomi) får du epidural smertelindring. Behandlingen innebærer at et kateter settes inn i ryggen din, og smertestillende og/eller bedøvende middel sprøytes inn i ryggkanalen. Dette kan gi problemer med å late urinen fordi kontrollen over urinblæren er blokkert. Du får derfor et kateter i urinblæren for å sikre at blæren blir tømt. Etter at ryggbedøvelsen og blærekateteret er blitt fjernet skal du kunne late vannet selv. Det er viktig at du gir beskjed hvis du opplever vannlatningen som vanskelig.

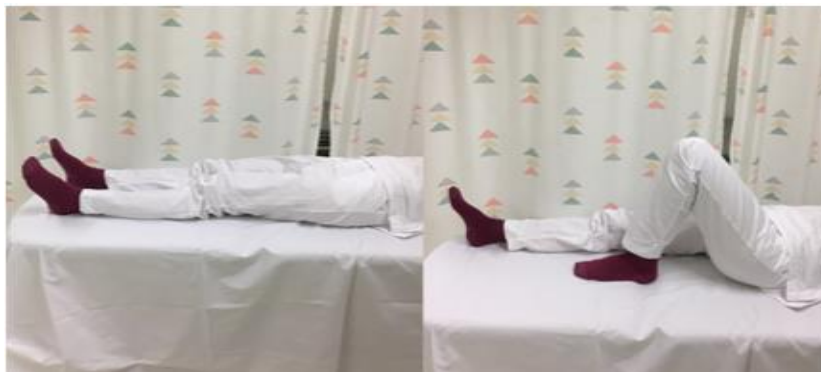
Du vil bli bedt om å angi dine smerter på en skala fra 0-10 hvor 0 indikerer ingen smerte og 10 er verst tenkelig smerte. Sykepleier vil gi deg smertestillende om du har vondt. Målet er at du skal kunne være oppe av sengen og bevege deg.

## Aktivitet/mobilisering

Kom deg ut av sengen og vær aktiv. Å ligge i sengen uten å røre seg kan forårsake problem som lungebetennelse, blodpropp og tap av muskelkraft. Start med disse øvingene så fort du våkner.



*Figur 1 Ligg på rygg med strake ben. Bøy og strekk ankene 20 ganger. Øvelsene utføres minimum fire ganger daglig.*



*Figur 2 Ligg på rygg med strake ben. Bøy vekselvis høyre og venstre ben mens hælen glir mot underlaget. Bøy så langt du klarer og strekk ut igjen. Gjenta 10 ganger på hvert ben. Øvelsen utføres minimum fire ganger daglig.*

Etter en operasjon i tarmen minsker tarmens bevegelser som kan gi blant annet luftmerter. Det beste du kan gjøre for å komme i gang med tarmen er å være i bevegelse, og vi vil hjelpe deg til å komme deg opp og ut av sengen allerede samme dag som du er operert.



## Respirasjon

Hensikten med pusteøvelser er å forebygge lungekomplikasjoner i form av betennelser og/eller væske på lungene. Det er samtidig med til å løsne eventuelt slim. Ta rolige og dype åndedrag og host når du puster ut. Støtt bukmuskulaturen med hjelp av ei støttepute.

Du vil få utdelt en PEP fløyte, bruk denne aktivt etter operasjonen slik: Pust inn gjennom nesen og ut gjennom munnen via fløyten minst 10 ganger hver våkne time. Gjenta tre runder.

*Figur 1 PEP fløyte*



## Ernæring

Det er ingen begrensninger i inntak av mat og drikke i dagene etter inngrepet. Etter operasjonen kan de aller fleste pasienter spise med en gang dersom andre beskjeder ikke blir gitt. Drikk næringsdrikker og spis det du har lyst på. Start gjerne med drikke og lett kost. Du vil også få tarmstimulerende tabletter i dagene etter operasjonen.

---

Ved ankomst til avdelingen i forkant av operasjonen din vil du få utlevert ei dagbok som angir ulike mål på daglige aktiviteter etter operasjonen. I dagboken skal du, sammen med pleiepersonell dokumentere væskeinntak, smerte og kvalme, mobilisering og tarmfunksjon.

## **Notater:**





# Dagbok - Til deg som skal gjennomgå kirurgi i tykktarmen

En dagbok for .....

**Denne dagboken er laget for at du skal være så godt forberedt som mulig før din operasjon. Dagboken skal du, sammen med pleiepersonellet, føre de første dagene etter operasjonen. Bruk den aktivt under ditt sykehusopphold.**

## PASIENTDAGBOK

Type operasjon: \_\_\_\_\_

Innlegelsesdato: \_\_\_\_\_

Fødselsdato: \_\_\_\_\_

Kjønn      Mann          Kvinne   

Vekt 6 mnd før innleggelse: \_\_\_\_\_ kg

Vekt ved innkost: \_\_\_\_\_ kg

Høyde: \_\_\_\_\_ cm

### **Operasjonsdagen – før operasjon (fylles ut av helsepersonell)**

Dato \_\_\_\_\_

Fått preop drikke:

- Kveld 2 stk
- Morgen 1 stk

Tarntømt (om aktuelt):

- Ja
- Nei

Fått antibiotika profylakse (iv/per os):

- Ja
- Nei

Fått tromboseprofylakse (Fragmin):

- Ja
- Nei

## OPERASJONSDAGEN – etter operasjonen:

Dato: \_\_\_\_\_

### Ernæring og væskeinntak:

Intravenøs væske skal tas bort når du kommer til sengeposten.

Er iv væske koblet ned? Ja  Nei

- **Anbefaling:** Drikk det du ønsker og klarer. Dette bør inkludere minst **en** næringsdrikke.
  - **Handling** Skriv ned hva du har drukket (sett et kryss per enhet drukket)
    - Vann, juice, melk, saft \_\_\_\_\_
    - Te/kaffe \_\_\_\_\_
    - Næringsdrikke \_\_\_\_\_
- 

### Tarmfunksjon og vannlatning:

Det er normalt at avføringsmønsteret er annerledes første tiden etter operasjon. Du vil ha nytte av tarmstimulerende middel, Magnesia Dac, fram til du har avføring.

- Jeg har hatt luftavgang  Ja  Nei
  - Jeg har hatt avføring  Ja  Nei
  - Jeg har fått Magnesia Dac  Ja  Nei
- 

### Mobilisering:

- **Anbefaling:** Det er viktig at du kommer deg opp og ut av sengen. Vi anbefaler at du kommer deg opp og ut av sengen i minimum 2 timer i løpet av ettermiddagen/kvelden uavhengig av om du er på oppvåkningen eller på sengeposten. Gjerne sitte oppe i stol.
  - **Handling** Jeg har vært ute av sengen \_\_\_\_\_ timer
-

### Smerte og kvalme:

- Har du epiduralkateter?  Ja  Nei
- Har du følt deg godt smertestilt i dag?  Ja  Nei
- Har du følt deg kvalm i dag?  Ja  Nei
- Har du hatt brekninger i dag?  Ja  Nei
- Har du kastet opp i dag?  Ja  Nei
- Har du tatt kvalmestillende i dag?  Ja  Nei
- Har du vært kvalm til tross for kvalmestillende?  Ja  Nei

Registreres på kvelden: Sett kryss på skala fra 0 til 10 hva den høyeste **kvalmen** du har hatt i dag. 0 er ingen kvalme og 10 er verst tenkelig kvalme.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Registreres på kvelden: Sett kryss på skala fra 0 til 10 hva den høyeste **smerten** du har kjent i dag. 0 er ingen smerte og 10 er verst tenkelig smerte.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----



## FØRSTE DAG:

Dato: \_\_\_\_\_

Morgenvekt: \_\_\_\_\_ kg

### Væskeinntak:

- **Anbefaling:** Drikk det du klarer og ønsker. Dette bør inkludere minst **tre** næringsdrikke.
  - **Handling** Skriv ned hva du har drukket (sett et kryss per enhet drukket)
    - Vann, juice, melk, saft \_\_\_\_\_
    - Te/kaffe \_\_\_\_\_
    - Næringsdrikke \_\_\_\_\_
- 

### Ernæring:

- **Anbefaling:** Å spise er ikke farlig etter tarmkirurgi. Selv små mengder mat gir deg økt appetitt og hjelper nerver og muskler i tarmen til å jobbe, som igjen hjelper deg til å komme deg raskere.
  - Har du tolerert fast føde i dag?  Ja  Nei
- 

### Tarmfunksjon og vannlatning:

Avføringsmønsteret er annerledes første tiden etter operasjon. Du vil ha nytte av tarmstimulerende middel, Magnesia Dac, fram til du får avføring.

Blærekateteret skal fjernes i dag.

- Er blærekateteret fjernet i dag?
  - Jeg har hatt luftavgang  Ja  Nei
  - Jeg har hatt avføring  Ja  Nei
  - Jeg har fått Magnesia Dac  Ja  Nei
- 

### Mobilisering:

- **Anbefaling:** Det er viktig at du kommer deg opp og ut av sengen så mye som mulig. Dette inkluderer korte turer. Vær oppe 4-6 timer sammenlagt, gå minst 4 ganger rundt (korridor) og sitt oppe i stol ved måltider og aller helst ute på spisestuen. Du skal opp på badet for stell.

- Handling Jeg har vært oppe: \_\_\_\_\_ timer  
Hvor mange ganger har du gått på korridor?  
 1  4  
 2  5  
 3  Flere
- 

### Smerte og kvalme:

- Har du epiduralkateter?  Ja  Nei
- Har du følt deg godt smertestilt i dag?  Ja  Nei
- Har du følt deg kvalm i dag?  Ja  Nei
- Har du hatt brekninger i dag?  Ja  Nei
- Har du kastet opp i dag?  Ja  Nei
- Har du tatt kvalmestillende i dag?  Ja  Nei
- Har du vært kvalm til tross for kvalmestillende?  Ja  Nei

Registreres på kvelden: Sett kryss på skala fra 0 til 10 hva den høyeste **kvalmen** du har hatt i dag. 0 er ingen kvalme og 10 er verst tenkelig kvalme.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Registreres på kvelden: Sett kryss på skala fra 0 til 10 hva den høyeste **smerten** du har kjent i dag. 0 er ingen smerte og 10 er verst tenkelig smerte.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

## ANDRE DAG:

Dato: \_\_\_\_\_

Morgenvekt: \_\_\_\_\_ kg

### Væskeinntak:

- **Anbefaling:** Drikk det du ønsker og klarer. Dette bør inkludere minst **tre** næringsdrikke.
  - **Handling** Skriv ned hva du har drukket (sett et kryss per enhet drukket)
    - Vann, juice, melk, saft \_\_\_\_\_
    - Te/kaffe \_\_\_\_\_
    - Næringsdrikke \_\_\_\_\_
- 

### Ernæring:

- **Anbefaling:** Å spise er ikke farlig etter tarmkirurgi. Selv små mengder mat gir deg økt appetitt og hjelper nerver og muskler i tarmen til å jobbe, som igjen hjelper deg til å komme deg raskere.
  - Har du tolerert fast føde i dag?  Ja  Nei
- 

### Tarmfunksjon og vannlatning:

Avføringsmønsteret er annerledes første tiden etter operasjon. Du vil ha nytte av tarmstimulerende middel, Magnesia Dac, fram til du får avføring.

- Jeg har hatt luftavgang  Ja  Nei
  - Jeg har hatt avføring  Ja  Nei
  - Jeg har fått Magnesia Dac  Ja  Nei
- 

### Mobilisering:

- **Anbefaling:** Det er viktig at du kommer det opp og ut av sengen så mye som mulig. Dette inkluderer korte turer. Vær oppe 6-8 timer sammenlagt, gå minst 4 ganger rundt (korridor) og sitt oppe i stol ved måltider og aller helst ute på spisestuen. Du skal opp på badet for stell.
  - **Handling** Jeg har vært oppe: \_\_\_\_\_ timer
-

- Hvor mange ganger har du gått på korridor?
- |                          |   |                          |       |
|--------------------------|---|--------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> | 1 | <input type="checkbox"/> | 4     |
| <input type="checkbox"/> | 2 | <input type="checkbox"/> | 5     |
| <input type="checkbox"/> | 3 | <input type="checkbox"/> | Flere |
- 

### Smerte og kvalme:

Dersom du har epiduralkateter skal det fjernes i dag.

- Er epiduralkateteret fjernet i dag?  Ja  Nei
- Har du følt deg godt smertestilt i dag?  Ja  Nei
- Har du følt deg kvalm i dag?  Ja  Nei
- Har du hatt brekninger i dag?  Ja  Nei
- Har du kastet opp i dag?  Ja  Nei
- Har du tatt kvalmestillende i dag?  Ja  Nei
- Har du vært kvalm til tross for kvalmestillende?  Ja  Nei

Registreres på kvelden: Sett kryss på skala fra 0 til 10 hva den høyeste **kvalmen** du har hatt i dag. 0 er ingen kvalme og 10 er verst tenkelig kvalme.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Registreres på kvelden: Sett kryss på skala fra 0 til 10 hva den høyeste **smerten** du har kjent i dag. 0 er ingen smerte og 10 er verst tenkelig smerte.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

## TREDJE DAG:

Dato: \_\_\_\_\_

Morgenvekt: \_\_\_\_\_ kg

### Væskeinntak:

- **Anbefaling:** Drikk det du ønsker og klarer. Dette bør inkludere minst **tre** næringsdrikke.
  - **Handling** Skriv ned hva du har drukket (sett et kryss per enhet drukket)
    - Vann, juice, melk, saft \_\_\_\_\_
    - Te/kaffe \_\_\_\_\_
    - Næringsdrikke \_\_\_\_\_
- 

### Ernæring:

- **Anbefaling:** Å spise er ikke farlig etter tarmkirurgi. Selv små mengder mat gir deg økt appetitt og hjelper nerver og muskler i tarmen til å jobbe, som igjen hjelper deg til å komme deg raskere.
  - Har du tolerert fast føde i dag?  Ja  Nei
- 

### Tarmfunksjon og vannlatning:

Avføringsmønsteret er annerledes første tiden etter operasjon. Du vil ha nytte av tarmstimulerende middel, Magnesia Dac, fram til du får avføring.

- Jeg har hatt luftavgang  Ja  Nei
  - Jeg har hatt avføring  Ja  Nei
  - Jeg har fått Magnesia Dac  Ja  Nei
- 

### Mobilisering:

- **Anbefaling:** Det er viktig at du kommer det opp og ut av sengen så mye som mulig. Dette inkluderer korte turer. Vær oppe 6-8 timer sammenlagt, gå minst 4 ganger rundt (korridor) og sitt oppe i stol ved måltider og aller helst ute på spisestuen. Du skal opp på badet for stell.
  - **Handling** Jeg har vært oppe: \_\_\_\_\_ timer
-

- Hvor mange ganger har du gått på korridor?
- |                          |   |                          |       |
|--------------------------|---|--------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> | 1 | <input type="checkbox"/> | 4     |
| <input type="checkbox"/> | 2 | <input type="checkbox"/> | 5     |
| <input type="checkbox"/> | 3 | <input type="checkbox"/> | Flere |
- 

### Smerte og kvalme:

- Har du følt deg godt smertestilt i dag?  Ja  Nei
- Har du følt deg kvalm i dag?  Ja  Nei
- Har du hatt brekninger i dag?  Ja  Nei
- Har du kastet opp i dag?  Ja  Nei
- Har du tatt kvalmestillende i dag?  Ja  Nei
- Har du vært kvalm til tross for kvalmestillende?  Ja  Nei

Registreres på kvelden: Sett kryss på skala fra 0 til 10 hva den høyeste **kvalmen** du har hatt i dag. 0 er ingen kvalme og 10 er verst tenkelig kvalme.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Registreres på kvelden: Sett kryss på skala fra 0 til 10 hva den høyeste **smerten** du har kjent i dag. 0 er ingen smerte og 10 er verst tenkelig smerte.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

## De neste dagene

Heretter vil det ikke føres dagbok, men det er viktig at du fortsetter å spise og drikke forsiktig, kom deg opp og ut av sengen og at du gir tilbakemelding til helsepersonell dersom du er kvalm eller ikke er smertestilt tilstrekkelig.

---

Det planlegges utreise tre til fire dager etter operasjon.

Dokumentansvarlig: Svein Arne Monsen

Dokumentnummer: PR47793

Godkjent av: Svein Arne Monsen

Versjon: 1.1

Gyldig for: Akuttmottak, SSJ , Anestesiavdeling, SSJ , Intensiv avdeling, SSJ

**Hensikt:** Bidra til riktig bruk av antibiotika profylakse ved kirurgi og forhindre resistensutvikling – i tråd med nasjonale retningslinjer.

**Gjelder for:** Kirurgiske leger, sykepleiere på kirurgisk avdeling og intensiv, anestesisykepleiere og anestesileger.

**Bakgrunn:** Antibiotika brukes umiddelbart før, under og kort tid etter et operativt inngrep for å forebygge infeksjon, ved å redusere bakterieantall i operasjonsfeltet og hindre spredning til blod og vev. Unødig og feilaktig bruk medfører fare for resistensutvikling og spredning av resistente mikrober i sykehusmiljøet.

Timing er kritisk for optimal effekt. Administrasjon av antibiotika profylakse må gis slik at adekvat serumkonsentrasjon oppnås innen operasjonen starter og opprettholdes under hele inngrepet. Følges nasjonale retningslinjer er dette ivaretatt. Intravenøs antibiotika skal være avsluttet før inngrepet starter. Peroral antibiotika gis > 2 t før operasjonen.

#### **Valg av antibiotika:**

Som hovedregel skal nasjonale retningslinjer følges:

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/antibiotika-i-sykehus/antibiotikaprofylakse-ved-kirurgi/gastrointestinal-kirurgi#gastrointestinal-kirurgi-utenom-brokk-praktisk>.

Avvik fra disse skal dokumenteres i journal.

Arbeidsbeskrivelse/ ansvarsfordeling:

1. Operatør skal vurdere om pasienten skal ha antibiotikaprofylakse etter nasjonale retningslinjer (se link ovenfor). Dette skal være utfyllt i operasjonsmelding og på medikamentkurve senest kl. 16 dagen før.
2. Sykepleier på avdeling er ansvarlig for at antibiotika gis som planlagt:
  - a. Peroral antibiotika gis kl. 06.00.
  - b. Hvis pasienten er nr. 1 på operasjonsprogrammet, og det er ordinert intravenøs antibiotika, skal infusjon startes kl. 06.00.
  - c. Hvis pasienten står senere på programmet, og skal ha intravenøs antibiotika er anestesisykepleier ansvarlig for å gi avdeling beskjed når det forventes å være 60 min til aktuell pasienten tas inn på operasjonsstuen. Sykepleier på avdeling er ansvarlig for å starte preoperativ antibiotika.
3. Anestesisykepleier skal ved mottak av pasienten på operasjonsstuen sjekke om antibiotika er startet/gitt.
4. Kontroll av profylakse gjennomgås som ledd i «trygg kirurgi» på operasjonsstuen.

Dette er kun en papirkopi. Gyldig versjon av dokumentet finnes i det elektroniske kvalitetssystemet.

Side 1 av 2





## **Antibiotikaprofylakse ved akutt gastrointestinal kirurgi**

**Hensikt:** Bidra til riktig bruk av antibiotika profylakse ved kirurgi og forhindre resistensutvikling – i tråd med nasjonale retningslinjer.

**Gjelder for:** kirurgiske leger, sykepleiere på kirurgisk avdeling og akuttmottak/ intensiv, anestesisykepleiere og anestesileger.

**Bakgrunn:** Antibiotika brukes umiddelbart før, under og kort tid etter et operativt inngrep for å forebygge infeksjon, ved å redusere bakterieantall i operasjonsfeltet og hindre spredning til blod og vev. Unødig og feilaktig bruk medfører fare for resistensutvikling og spredning av resistente mikrober i sykehusmiljøet.

Timing er kritisk for optimal effekt. Administrasjon av antibiotika profylakse må gis slik at adekvat serumkonsentrasjon oppnås innen operasjonen starter og opprettholdes under hele inngrepet. Følges nasjonale retningslinjer er dette ivaretatt. Intravenøs antibiotika skal være avsluttet før inngrepet starter.

### **Arbeidsbeskrivelse/ ansvarsfordeling:**

1. Operatør skal vurdere om pasienten skal ha antibiotika profylakse etter nasjonale retningslinjer, og ordinere på kurve.
2. Anestesisykepleier er ansvarlig for å gi avdeling beskjed når det forventes å være 60 min til pasienten tas inn på operasjonsstue.
3. Sykepleier på avdeling er da ansvarlig for å starte pre- operativ antibiotika.
4. Anestesisykepleier skal ved mottak av pasienten sjekke om det er startet/ gitt profylakse.
5. Kontroll av profylakse gjennomgås som ledd i «trygg kirurgi» på operasjonsstue.

Dersom pasienten tas direkte fra akuttmottak/intensiv skal antibiotikabehandling startes så raskt som mulig etter ordinasjon.

Avvik fra antibiotikaretningslinjer skal dokumenteres i journal.

**Sist revidert 06.06.2011**

## PRIORITERING

Pasienter som er henvist for utredning av colon cancer skal tas imot til utredning innen 15 dager. Ferdig utredet pasient skal tilbys behandling innen 10 dager.

## UTREDNING

### Organisering

Elektive pasienter skal utredes ved kirurgisk poliklinikk hvis ikke særskilte forhold tilsier innleggelse<sup>[1]</sup>. Utredningen koordineres slik at alle undersøkelser og tilsyn gjøres fortløpende i løpet av mandag hver uke. Ved lang reise eller utredning som krever overnatting benyttes pasienthotell.

### Utredningen omfatter

- Blodprøver (Hgb, kreatinin, Hvite, Hct, Albumin, ASAT, ALAT, ALP, CEA, CRP, forlik), EKG
- CT thorax/abdomen
- Klinisk journalopptak med grunnleggende pasientinformasjon.
- Anestesitilsyn.
- Koloskopi. Alle pasienter skal fortrinnsvis være koloskopert helt til cøkalpolen preoperativt. Dersom tumor ikke er passabel for skopet (og en derfor ikke har utelukket muligheten for en proksimal synkron cancer), skal pasienten utredes preoperativt med CT colografi.
- Eventuelle tilleggsundersøkelser etter behov (lunge, hjerte etc – se egen utredningsmal til Jørn Kjæve).

### Beslutning om behandlingsstrategi

Elektive pasienter diskuteres preoperativt i det tverrfaglige møte mellom radiolog, kirurg onkolog og patolog på onsdager.

## BEHANDLING

Elektiv behandling for utføres ved UNN-Tromsø og UNN-Harstad.

### Preoperative prosedyrer

Ved innleggelse kvelden før operasjonsdagen:

- Muntlig informasjon av sykepleier
- Skriftlig informasjon til pasient om inngrepet og det perioperative forløpet
- Informasjon fra kirurg og anestesilege dersom dette ikke er ivaretatt under utredningen
- Ellers vanlige preoperative forberedelser (dusj, venekanyle, Fragmin).
- Ingen sedativa rutinemessig (svært engstelige pasienter kan få Sobril 10-25mg før kl.24.00).

### Tømming

Pasienter med tumor lokalisert i høyre colon eller transversum skal ikke tømmes. Pasienter med tumor i venstre colon skal kun tømmes med klyster kvelden før og om morgenen operasjonsdagen.

---

<sup>[1]</sup> Se egen prosedyre for poliklinisk utredning av pasienter med coloncancer

### Operasjonsdagen før operasjonen

- Dusj
- Urinkateter legges på alle pasienter på avdelingen når pasienten skal opereres laparoskopisk (for å komme raskest mulig i gang på operasjon)
- Ingen premedikasjon.
- Til innslusa kl.0730.
- Paracet 1,5g x 1.

### [Antibiotikaprofylakse](#)

- **OPERATIV BEHANDLING**

### Operasjonsprosedyrer generelt:

Standard operasjonsteknikk for colon cancer er laparaskopi med sentral avsetting av kar som svarer til lymfedrenasjen til tumor. Alle pasienter må leires med dobbelt belte over thorax (ikke skulderstøtte) og i benholdere for å muliggjøre vipping i alle retninger. Generelt brukes nå Visiport som kameraport i umbilicus. Det er enklest og mest oversiktlig å bruke et null graders kamera ved denne tilgangen. Som regel må det lages et snitt i fremre fascie/li alba for å komme gjennom med Visiporten. Huden holdes opp med tøy klyper. Standard trykk ved pneumoperitoneum er 12 mmHg. Ved innsetting av porter på sidene er det enklest å sett portene like i ytterkanten av rectus muskulaturen for å unngå punksjon av arteria epigastrica inferior og for lettere bevegelse av arbeidsinstrumentene. Dren legges ikke rutinemessig.

Det vises for øvrig til NGICG's hjemmesider for illustrasjoner av lymfedrenasjen fra colon og avsetnings linjer.

### Høyresidig hemicolectomi.

Ved høyresidig hemicolectomi tas høyre fleksur ned først for å ha kontroll på duodenum's 2-4 del. Laterale tilheftning av colon ascendens spaltes og colon medialiseres. Arteria og vena ileocolica settes av sentralt på mesenterica superior. Peritoneum incideres på medial siden, mesocolon løftes opp og Toldske's fascie skyves ned. På denne måten oppnår man en total mesocolisk reseksjon. Arteria og vena colica dextra settes av sentralt mot mesenterica superior. Når hele colon ascendens og transversum er tilstrekkelig mobilisert legges det et 5 cm snitt i umbilicus høyde. Det settes inn sårbeskytter og tarmene trekkes ut på bukveggen og reseseres. En må på dette tidspunktet være nøye med avsettingen av ileum og transversum på et sted slik at den arterielle blodforsyningen til tarmkantene ivaretas, samtidig som avsettingen av transversum bør være 10 cm analt for tumor. Det anlegges side-til-side anastomose med GIA 80 mm blått magasin med tarm endene pekende i samme retning. Toppen settes av med en TA 90mm blått magasin slik at man får med hele stifterekken fra GIA avsettingen av ileum og transversum. Skrittet forsterkes med polysorb 3.0. Krøss slitsen mellom transversum og ileum blir såpass stor at lukking ikke er indisert.

Ved åpen kirurgi (for eksempel pga omfattende adheranser etter tidligere buk kirurgi) følges samme prinsipper/disseksjonsplan.

### Reseksjon av tumor i colon transversum.

Reseksjon av tumor i colon transversum innebærer sentral avsetting av arteria og vena colica media ved innmunningen i hhv art. og ven. mesenterica superior, samt avsetting av arteria og vena colica dextra og avsetting av arteria colica sinistra og vena mesenterica inferior ved Treitzke. Hele omentum majus skal med preparatet som må taes ned nært ventrikelens curvatura major men uten å skade gastroepiploica karene. Denne disseksjonen innebærer at den colocoliske anastomosen må få sin blodforsyning fra arteria ileocolica og arteria sigmoidalis. Lengden på colon ascendens og sigmoidalis, samt **suffisient blodforsyning** til endene som skal anastomoseres avgjør om dette lar seg gjøre eller om det må utføres en subtotal colectomi med en ileosigmoidal anastomose. Det er en fordel om en kan bevare cøkum og ileocøkal overgangen men anastomosen må ikke ligge stramt over tynntarmskrøset.

Denne operasjonen kan gjøres laparoskopisk ved å ta ned begge fleksurene, resesere colica dextra, sinistra, vena mesenterica inferior, mobilisere cøcum/ileum og colon sigmoid mediallyt og trekke det hele ut i et minilapatomi snitt i venstre flanke (på plassen for en trochar) for så å skyte en side til side anastomose åpent.

#### **Reseksjon av tumor i venstre colon.**

Reseksjon av tumor i venstre colon begynner med mobilisering av sigmoid og isolering av IMA (Inferior Mesenteric Artery) stammen for å identifisere art. colica sinistra, sigmoidalis og rectalis superior. En inciderer under art. rectalis superior, identifiserer venstre ureter og v. testicularis/ovarica, setter av selektivt, art. colica sinistra og sigmoidalis samt vena mesenterica inferior og stryker ned Toldsk'e fascie mens en løfter opp mesocolon så langt lateralt og opp man kommer. Opp mot venstre fleksur må en være oppmerksom på ikke gå for dorsalt da en kan ende opp under pankreas. Når fleksuren er tatt ned deles tarmen med EndoGia lilla magasin (45 eller 60 mm) og hentes ut via et snitt i venstre flanke over en trochar port. Tarmen hentes ut i et snitt som inkluderer trocharen til en 5 med mer port i venstre flanke, etter innsetting av en sårbeskytter og deles med en proksimal rand på minst 10 cm. Igjen er det overordnet viktig at en har en **god arteriell sirkulasjon** i den distale tarmkanten på colon descendens som skal anastomoseres ned til øvre rectum. En 31 eller 28 mm hatt syes inn med prolen 2.0, og tarmen reponeres inn i buken og det skytes en ende til ende anastomose eller skylling av rectum.

#### **Reseksjon av tumor i colon sigmoid.**

Reseksjon av cancer i sigmoid innebærer oftest mobilisering av venstre fleksur for at øvre del av colon descendens skal nå ned til rectum. Reseksjonen forløper stort sett likt som ved venstre sidig hemicolectomi bortsett fra at IMA deles 1 cm fra aorta (D3). Her må en spare nervene i plexus hypogastricus inferior primært for å unngå ejakulasjons dysfunksjon. Deretter gjøres det en proksimal mesorectal eksisjon (PME) ned til minst 5 cm nedenfor tumor i sigmoid. Da IMA deles, må en være oppmerksom på at rectum enden av anastomosen må sirkuleres fra art. rectalis media slik at en må et stykke med på rectum. Ved avsetting av tarmen med en EndoGia er det oftest lettere å gå tarmnært under tarmveggen først, sette av røret perpendikulært, for deretter å resesere mesorectum med en 5 mm Ligasure eller Ultralyd kniv. Resten av operasjonen forløper som ved en venstre sidig hemicolectomi.

Ved bruk av sirkulær stapler skal ringene fra suturmaskinen undersøkes. Test av anastomose gjøres ved insuflering av luft via anus med anastomosen under vann. Anastomosen syes over der det evt lekker luft. Hvis lekkasjen ikke opphører skal anastomosen legges på nytt.

### **Operasjonsbeskrivelse**

Operasjoner for colon cancer skal dokumenteres etter standard mal (Vedlegg 2). Denne malen vil plasseres under Hjelp menyen i DIPS. Operasjonsbeskrivelsen er grunnlag for utfylling av meldeskjemaet til Kreftregisteret.

### **POSTOPERATIVE PROSEDYRER**

#### **Etter operasjonen**

- Seponer intravenøs væske ved ankomst sengepost.
- 1 ernæringsdrikk.
- Drikke over 800ml væske (inkludert ernærings drikken).
- Spise fast føde dersom pasienten ønsker det.
- Mobiliseres (ut av seng) 2 timer.

- Døgndiurese på ca. 600ml aksepteres operasjonsdøgnet. Ved mindre enn 600 ml diurese skal det gis 500 ml 5% Glukose (skal gå inn litt raskt).
- Paracet 1g x 4 (reduert dose ved leversykdom).
- Magnesia Dac 1g x 1 (Pasienter med avlastende ileostomi skal ikke ha dette).

#### Dag 1-3

- Eventuell stomitrening starter dag 1.
- Paracet 1g x 4.
- Magnesia Dac 1g x 2.
- Spise og drikke fritt.
- Drikke 2 ernæringsdrikker.
- Drikke totalt 2 liter væske (ingen væske i.v.).
- Mobiliseres ut av sengen den meste parten av dagen.
- Hjemreise 2-3..

#### Annet

- Dersom pasienten er operert med laparotomi gjelder følgende:
  - Vanligvis vil epidural kateteret (EDA) kunne seponeres dag 3.
  - Suprapubis kateteret seponeres samme dag som EDA seponeres.

#### Utskrivingskriterier

Pasienten er rimelig godt smertestilt på perorale analgetika. Pasienten skal kunne innta mat og drikke, men det er ikke lenger et kriterium at pasienten skal ha hatt avgang av luft eller avføring eller at pasienten er fullt ut mobilisert tilbake til preoperativt nivå.

#### Standard smertestillende ved utskriving

- Resept på Paracet 1g x 4 (50stk) .
- Ved behov for ytterligere analgetica kan pasienten få Tramadol 50mg, no. 20.

#### EPIKRISE

Komplett epikrise ferdigstilles etter en standard mal (Vedlegg 3) ved utskriving. I de tilfeller hvor histologi ikke er avklart skal ikke epikrisen godkjennes før histologi foreligger. Dette innebærer at det ved utreise sendes ut en foreløpig epikrise som ikke er godkjent av overlege.

#### KONTROLLER

Når histologisk svar foreligger skal operatør informere pasienten skriftlig med plan for videre behandling / kontroll. Kontrollene gjøres ved pasientens nærmeste sykehus eller hos primærlege hvis ikke pasienten inngår i spesielle kontrollopplegg i egne forskningsprosjekter.

Kontrollene for kreftsykdommen gjøres etter retningslinjene fra NGICG. Nye retningslinjer gjeldende fra april 2010 ligger på <http://ngicg.no/wp/>.

#### RAPPORTERING TIL EKSTERNE REGISTRE

Det skal rapporteres til colorektalcancerregisteret (CRC) fortløpende. Skjemaet ferdigstilles ved epikriseskriving. Senere funn av metastaser og lokale recidiv ved de polikliniske kontrollene skal også rapporteres fortløpende til CRC.

## REVISJON AV PROSEDYREN

Protokollen kan revideres når som helst, men det skal gjøres minst én årlig skal revisjon. Denne oppgaven har fagansvarlig overlege i kolorektalkirurgi i Avdeling for Gastroenterologisk kirurgi, UNN.

## VEDLEGG

### Vedlegg 1.

NGICGs retningslinjer for colorektalcancer (Grønboka):

<http://ngicg.no/wp/>.

### Vedlegg 2.

## MAL FOR STANDARD OPERASJONSBESKRIVELSE VED PRIMÆROPERASJON FOR HØYRE SIDIG COLON CANCER.

Etter symptomdebut **mnd/år** ble det påvist tumor i **coecum, ascendens, høyre flexur, dd/mnd/år** ved, **coloskopi, Rtg colon, CT abdomen. Biopsi viser ...**(stryk det som ikke er utført). Det er **ikke** påvist metastasert **til lunger og/eller lever og/eller**. Preoperativ CEA er **xx**, ASA **X**, almentilstand WHO **X**. Pasienten er diskutert i tverrfaglig møte og vurdert til ....Summarisk om evt annen komorbiditet, utreing og risici. Etter å ha innhentet informert samtykke gjøres **det etter forbehandling med fragmin og under antibiotikaprofylakse i narkose (og evt epidural)** med **kurativ/palliativ/intensjon**.

### Operasjonskoder

### Operatører

Kameraport i umbilicus, 5 mm trochar i venstre flanke, høyre fossa og venstre hypochondrium. Bukhulen undersøkes. Det er **ingen tegn til innvekst i naboorgan (spesifiser hvilket organ), lymfeknutemetastaser utenfor reseksjonsområdet, peritoenal tumorvekst/carcinomatose**. Pasienten tipper mot venstre og med beina ned. Colon transversum trekkes ned mens ventrikkelen holdes opp. Bursa omentalis åpnes ved å gå gjennom omentum majus med Ligasure. Duodenum strykes forsiktig opp mens mesocolon skyves ned. En isolerer en sentral sidegren fra arteria og vena colica media ned mot Henleys sløyfe og setter disse av med låsbare vaskulære clips (medium-large). Henleys sløyfe samt hovedgrenen til arteria og vena colica media bevares. Disseksjonen fortsetter i lateral retning ved å ta ned høyre fleksur. Colon descendens medialiseres ved å incidere peritoneum lateralt. Bordet sentraliseres og pasienten tipper i en lett Trendelenburg. Peritoneum under terminale ileum incideres slik at en ved traksjon på terminale ileum får strekk på arteria og vena ileocolica. Peritoneum på medialsiden av ileum incideres og karene settes av sentralt på ileocolica med vaskulære clips. Karstumpen løftes opp mens Toldske's fascie skyves ned. Peritoneum medialt for colon ascendens deles og arteria og vena colica dextra settes av med vaskulære clips. Peritoneum på undersiden av colon transversum deles. Tarmene trekkes ut gjennom en 5 cm incisjon i midtlinjen periumbilicalt etter innsetting av sårbestykker. Terminale ileum og colon transversum settes av med GIA 80 blått magasin. Det legges en side-til-side anastomose med GIA 80 blått magasin.. Enden lukkes med en TA 90 blått magasin. Forsterkende sutur i skrittet. Begge ender har god sirkulasjon og det foreligger ingen stramning i anastomosen. Tarmene reponeres. Fascien lukkes med Polysorb 2. Hud med clips. Marcaïn med adrenalin i sårkanter. Preparatet går til PAD på EGWF løsning som Cito.

## **MAL FOR STANDARD OPERASJONSBESKRIVELSE VED PRIMÆROPERASJON FOR COLON TRANSVERSUM CANCER.**

Etter symptomdebut **mnd/år** ble det påvist tumor i **colon transversum dd/mnd/år** ved, **coloskopi, Rtg colon, CT abdomen. Biopsi viser ...**(stryk det som ikke er utført). Det er **ikke** påvist metastasert **til lunger og/eller lever og/eller**. Preoperativ CEA er **xx**, ASA **X**, almentilstand WHO **X**. Pasienten er diskutert i tverrfaglig møte og vurdert til ....Summarisk om evt annen komorbiditet, utredning og risici. Etter å ha innhentet informert samtykke gjøres **det etter forbehandling med fragmin og under antibiotikaproylakse i narkose (og evt epidural)** med **kurativ/palliativ/intensjon**.

### **OPERASJONSKODER OPERATØRER**

Kameraport i umbilicus, 5 mm trochar i venstre og høyre flanke samt i venstre og høyre fossa. Bukhulen undersøkes. Det er **ingen tegn til innvekst i naboorgan (spesifiser hvilket organ), lymfeknutemetastaser utenfor reseksjonsområdet, peritoenal tumorvekst/carcinomatose**. Pasienten tippes mot venstre og med beina ned. Colon transversum trekkes ned mens ventrikkelen holdes opp. Bursa omentalis åpnes ved å gå gjennom omentum majus med Ligasure. Duodenum strykes forsiktig opp mens mesocolon skyves ned. En følger arteria og vena colica media sentralt med til innmunningen i mesenterica superior og setter disse av med vaskulære clips (medium-large). Disseksjonen fortsetter i lateral retning ved å ta ned høyre fleksur. Colon descendens medialiseres ved å incidere peritoneum lateralt helt ned til peritonuem på undersiden/caudalt for terminal ileum slik at denne kan trekkes opp fra bekkeninngangen. Venstre fleksur tas ned fra mediant mot lateralt uten å skade pankreas kapselen eller milthilus. Pasienten leires deretter med hodet ned. Colon transversum, oment og tynntarm plasseres oppad i buken slik at IMA avgangen eksponeres. Denne isoleres slik at en kan selektivt sette av arteria colica sinistra og vena mesenterica inferior med vaskulære clips. Toldske's fascie med ureter og vena testicularis/ovarica skyves ned mens colon descendens' crøs løftes opp. Når hele mesocolon er delt og sigmoidalis er medialisert legges det et snitt i umbilicus. Gjennom sårbeskytter trekkes så colon ascendens, transversum og descendens ut og deles med GIA 80 blått magasin slik at colon ascendens er godt sirkulert på arteria ileocolica og sigmoid på arteria sigmoidalis. Det legges en side-til-side anastomose mellom cøkum og colon sigmoid med GIA 80 blått magasin. Enden lukkes med en TA 90 blått magasin. Forsterkende sutur i skrittet. Begge ender har god sirkulasjon og det foreligger ingen stramning i anastomosen. Tarmene reponeres. Fascien lukkes med Polysorb 2. Hud med clips. Marcain med adrenalin i sårkanter. Preparatet går til PAD på EGWF løsning som Cito.



## **MAL FOR STANDARD OPERASJONSBESKRIVELSE VED PRIMÆROPERASJON FOR VENSTRE SIDIG COLON CANCER.**

Etter symptomdebut **mnd/år** ble det påvist tumor i **venstre colon dd/mnd/år** ved, **coloskopi, Rtg colon, CT abdomen. Biopsi viser ...**(stryk det som ikke er utført). Det er **ikke** påvist metastasert **til lunger og/eller lever og/eller**. Preoperativ CEA er **xx**, ASA **X**, almentilstand WHO **X**. Pasienten er diskutert i tverrfaglig møte og vurdert til ....Summarisk om evt annen komorbiditet, utredning og risici.

Etter å ha innhentet informert samtykke gjøres **det etter forbehandling med fragmin og under antibiotikaproylaks i narkose (og evt epidural)** med **kurativ/palliativ/intensjon**.

### **OPERASJONSKODER OPERATØRER**

Kameraport i umbilicus, 5mm port i venstre og høyre flanke samt 12mm port i høyre fossa. Det er **ingen tegn til innvekst i naboorgan (spesifiser hvilket organ), lymfeknutemetastaser utenfor reseksjonsområdet, eller peritoenal tumorvekst/carcinomatose**. Pasienten tipper i Trendelenburg og til høyre. Sigmoid's tilhefting lateralt deles og retroperitoneum med laterale del av Toldske's fascie skyves ned med ureter og vena ovarica/testicularis. Når en på denne måten har fått adekvat strekk på sigmoid, pakkes colon transversum, oment og tynntarmer opp i øvre del av buken for å eksponere IMA avgangen på medialsiden. Peritoneum på undersiden av arteria rectalis superior deles. Nerver fra plexus hypogastricus inferior skyves ned/medialt og spares. Poksimale TME sjiktet etableres. IMA settes av 1,5 cm fra aorta med to vaskulære clips proksimalt og en distalt, etter at venstre ureter er tydelig visualisert. Mesosigmoid og mesocolon løftes opp mens Toldske's fascie skyves ned fra medialt mot lateralt helt opp mot venstre fleksur. Vena mesenterica inferior deles med vaskulære clips ved Treitzke's ligament. Disseksjonen fortsetter mot venstre fleksur over pankreas til man kommer inn i bursa omentalis. Deretter taes venstre colon fleksur ned. Tarmen deles 90 grader på tarmens lengderetning i nivå med overgangen fra sigmoid til rectum med EndoGIA 45, lilla magasin. Mesorectum avsettes med Ligasure. Enden på sigmoid fattes med låsbar tang. Det lekkes et tverrsnitt over venstre trochar åpning/ i venstre flanke (*avhengig av hvor høyt tumor sitter*). Lagvis deling av rectus og obliquus. Sårbeskytter. Tarmen hentes ut med babcock og deles minst fem 10 cm over tumor. Mesocolon med arteria colica sinistra, sigmoidalis, rectalis superior og tilhørende lymfeknuter tas ut. En 31 mm hatt syes inn i distale ende med Prolen 2.0 tobakk pungs sutur. Tarmen reponeres i buk. Fascien lukkes med en 2 er polysorb og hud med clips. Det anlegges deretter en ende-til-ende colorectal anastomose etter forutgående skylling av rectumstumpen. En får ut to hele ringer. Ingen luft lekkasje ved testing av anastomosen. Colon er ikke rotert og tynntarmen er ikke herniert under krøset. Desufflering. Trocharer fjernes. Det settes et ekstra sting i trocharinngangen i høyre fossa. Clips i hud. Preparat som Cito til PAD på EGWF.

## **MAL FOR STANDARD OPERASJONSBESKRIVELSE VED PRIMÆROPERASJON FOR SIGMOID CANCER.**

Etter symptomdebut **mnd/år** ble det påvist tumor i **sigmoid dd/mnd/år** ved, **coloskopi, Rtg colon, CT abdomen. Biopsi viser ...**(stryk det som ikke er utført). Det er **ikke** påvist metastasert **til lunger og/eller lever og/eller**. Preoperativ CEA er **xx**, ASA **X**, almentilstand WHO **X**. Pasienten er diskutert i tverrfaglig møte og vurdert til ....Summarisk om evt annen komorbiditet, utredning og risici.

Etter å ha innhentet informert samtykke gjøres **det etter forbehandling med fragmin og under antibiotikaproylaks i narkose (og evt epidural)** med **kurativ/palliativ/intensjon**.

### **OPERASJONSKODER OPERATØRER**

Kameraport i umbilicus, 5mm port i venstre og høyre flanke samt 12mm port i høyre fossa. Det er **ingen tegn til innvekst i naboorgan (spesifiser hvilket organ), lymfeknutemetastaser utenfor reseksjonsområdet, eller peritoenal tumorvekst/carcinomatose**. Pasienten tipper i Trendelenburg og til høyre. Sigmoid's tilhefting lateralt deles og retroperitoneum med laterale del av Toldske's fascie skyves ned med ureter og vena ovarica/testicularis. Når en på denne måten har fått adekvat strekk på sigmoid, pakkes colon transversum, oment og tynntarmer opp i øvre del av buken for å eksponere IMA avgangen på medialsiden. Peritoneum på undersiden av arteria rectalis superior deles. Nerver fra plexus hypogastricus inferior skyves ned/medialt og spares. Proximale TME sjiktet etableres. IMA settes av 1,5 cm fra aorta med to vaskulære clips proximalt og en distalt, etter at venstre ureter er tydelig visualisert. Mesosigmoid og mesocolon løftes opp mens Toldske's fascie skyves ned fra medialt mot lateralt helt opp mot venstre fleksur. En fortsetter disseksjonen deretter ned i proximale TME sjikt til man er minst 5 cm nedenfor tumor under endoscopisk kontroll med fleksibelt sigmoideoscopi. Tarmen deles 90 grader på tarmens med EndoGIA 45, lilla magasin. Mesorectum avsettes med Ligasure. Enden på sigmoid fattes med låsbar tang. Det lekkes et tverrsnitt over venstre trochar åpning. Lagvis deling av rectus og obliquus. Sårbeskytter. Tarmen hentes ut med babcock og deles minst fem 10 cm over tumor. Mesocolon med arteria colica sinistra, sigmoidalis, rectalis superior og tilhørende lymfeknuter tas ut. En 31 mm hatt syes inn i distale ende med Prolen 2.0 tobakk pungs sutur. Tarmen reponeres i buk. Fascien lukkes med en 2 er polysorb og hud med clips. Det anlegges deretter en ende-til-ende colorectal anastomose etter forutgående skylning av rectumstumpen. En får ut to hele ringer. Ingen luft lekkasje ved testing av anastomosen. Colon er ikke rotert og tynntarmen er ikke herniert under krøset. Desufflering. Trocharer fjernes. Det settes et ekstra sting i trocharinngangen i høyre fossa. Clips i hud. Preparat som Cito til PAD på EGWF.

### Vedlegg 3.

#### MAL FOR STANDARD EPIKRISER ETTER OPPHOLD FOR PRIMÆROPERASJON AV REKTUM- OG REKTOSIGMOID CANCER

### Epikrise-mal for cancer coli opererte pasienter

#### Bakgrunn

- Alder/kjønn, yrke-/trygdestatus, familie-/bosituasjon.
- Tidligere sykdommer og operasjoner (stikkord).

#### Aktuelt

- Symptomdebut, utredning, blodprøvesvar, rtsvar.
- Pre-op. Ernæringstilstand og almentilstand.
- Resultater av hjerte-/lunge-/anestesi tilsyn før operasjon

#### Per-operative forhold

- "Pas. ble operert med": sigmoidreseksjon, høyresidig-, venstresidig-, subtotal- colectomi "viser til vedlagte op.beskrivelse".

#### Post-operative forhold

- Komplikasjoner
- Mobilisering
- Post-operative radiologiske og andre relevante undersøkelser
- Relevante lab.prøver før utreise (Hb, CRP, annet)
- Svar på histologisk u.s. av preparatet dersom dette foreligger
- Utskrives til hjemmet/annet sykehus/institusjon
- Blodprøver og medisiner ved utreise.

- Sykemeldt fra-til dato.

### Oppfølging og tilleggsbehandling

- Histologisk resultat meddeles pasienten per brev. Første kontroll etter 6 mnd på lokalsykehus etter NGICG's retningslinjer.

Måneder postop.	1 <sup>1</sup>	6	12	18	24	30	36	48	60
CEA	•	•	•	•	•	•	•	•	•
CT-lever/abdomen		• <sup>2</sup>							•
UL-lever med kontrast (CEUS) <sup>2</sup>			•	•	•	•	•	•	
Lavdose CT-thorax			•		•		•	•	
Colon-undersøkelse <sup>3</sup>									•

**Tabell 1. Anbefalt kontrollopplegg for pasienter behandlet med kurativ intensjon for tykktarmskreft, der kurativ reseksjon av residiv/metastaser kan bli aktuelt.**

<sup>2</sup> Bildediagnostikk etter 6 måneder skal danne utgangspunkt for videre bildemessig oppfølging. Dersom det foreligger uttalt steatose eller cirrhose-forandringer i leveren, anbefales ikke ultralydundersøkelse, men CT for kontroll av leveren. For røntgenavdelinger som ikke utfører CEUS, er CT alternativet.

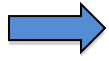
<sup>3</sup> Koloskopi eller CT-kolografi

\* På UNN kontrolleres pasientene etter den gamle malen i NGICG så lenge studien til Knut Magne Augestad pågår.

## Trinnvis tilnærming til radikal cancerkirurgi



= enkel del av prosedyrene



= moderat vanskelig/viktig del av prosedyre



= vanskelig/kritisk del av prosedyre

### Høyresidig hemicolectomi

1. Trokarinngang med visiport i ve paramedianlinje noe høyere enn umbilicus, evt noe mer medialt om adipøs pasient. Pasienten leires i lett antiTrendelenburg og vendt mot ve. Deretter ytterligere en 12 mm i ve fossa. En 5 mm i hø fossa og en 5 mm i epigastriet til ve for midtlinjen (12 mm om intrakorporeal anastomose). Påse at epigastrica inferior unngås, og at de nederste trokarene ikke kommer for langt ned på buken slik at vinkling inn i buken vanskeliggjøres.
2. Inspiser hele bukhulen mtp levermetastaser, peritoneal carcinomatose (spesielt i bekkenet og paracolic gutter) eller annen patologi.
3. Del det gastrocoliske ligament, gå inn i bursa, og splitt mesocolon fra gastroepiploica ned mot Henles truncus. Fortsett deling av gastroheptiske ligament, eksponer duodenum's fremvegg, og utvikle sjiktet caudalt og sentralt, deretter mot lateralt slik at hø fleksur frigjøres. Identifiser kar i mesocolon, lag hull på relevant side av colica media for sikte fra nedsiden.
4. Tipp pasienten i lett Trendelenburg. Legg oment over lever, og lukker tynntarmspaquet over midtlinjen mot ve.
5. Sett ileocolica på strekk. Insider peritoneum medialt for og langs karet til sentralt. Fortsett denne insisjonen langs vena mesenterica superior, og opp på krøset til colon transversum svarende til arteria colica media. Finn hullet i mesocolon, og sikt mot dette. Peritoneum skal ikke åpnes lateralt for denne insisjon. Disseker sentralt til v eller a mesenterica superior påstøtes. Isoler delingsstedet for a og v ileocolica, og sett av karene før deling. Forfølg karene sentralt til evt avgang av a og v colica dx og/eller tilsvarende avgang fra colica media. Sett disse av på samme måte.
6. Løft den avsatte stamme for ileocolica, fortsett peritoneal insisjon mot påtenkt avsetningssted på terminale ileum. Utvikle sjiktet mellom Gerotas fascie og mesocolon dorsalt – Toldts plan – helt til laterale bukvegg under colon ascendens. Møt sjiktet over duodenum til hø fleksur, og over processus uncinatus pancreatis.
7. Del oment inn mot dette stedet.
8. Del så mesocolon langs og lateralt for a colica media til colon transversum, og mesenteriet langs a ileocolica til ileum.
9. Tverrsnitt ca 5-6 cm langt i hø del av bukvegg fra midtlinje like cranielt for umbilicus. Beskyttende plast. Lukker ut preparat med ileum og colon transversum. Lag anisoperistaltisk eller isoperistaltisk side-side anastomose med stapler. Del bort preparat med stapler. Lukk bukvegg i fascie og hudnivå. Kontroller rotasjon ved inspeksjon i bukhulen laparoskopisk.
10. **Alternativt:** Del ileum og colon transversum med stapler. Legg preparatet over lever. Lag isoperistaltisk anastomose med stapler fra epigastriport i det det gjøres en enterotomi ca en cm fra enden av ileum, og en colotomi ca 7 cm fra enden. Gjenstående åpning lukkes med 3-0 flettet sutur i ett lag. Nøye kontroll av rotasjon. Preparat fjernes gjennom plastbeskyttet horisontal minilaparotomi suprapubisk. Buk lukkes som over.

## Sigmoideumreseksjon

1. Trokarinnngang med visiport i høy medioclavicularlinje noe høyere enn umbilicus. Ytterligere en 12 mm i høy fossa, og en nær midtlinjen i høyde med umbilicus. En 5 mm i ve fossa. Påse at epigastra inferior unngås, og at de nederste trokarene ikke kommer for langt ned på buken slik at vinkling inn i buken vanskeliggjøres. Vurder en 5 mm trokar suprapubisk.
2. Inspiser hele bukhulen mtp levermetastaser, peritoneal carcinomatose (spesielt i bekkenet og paracolic gutter) eller annen patologi.
3. Legg pasienten i skråleie vendt mot høy. Legg oment over lever, og lukker tynntarmspaquet over midtlinjen mot høy. Benytt evt ekstra trokar suprapubisk med hjelpeinstrument for å eksponere Treitz ligament og v mes inf.
4. Åpne langs mediale begrensning av v mes inf fra undersiden av pancreas, og mot sentral avgang av IMA. Finn Toldts plan, og utvikle dette så langt caudalt som colica sinistra tillater og til laterale bukvegg. Del v mes inf sentralt først eller underveis i denne disseksjonen. Åpne mot paracolic gutter langs descendens. Åpne mesocolon like ventralt for pancreas, og finn bursa omentalis. Eksponer bursa og rommet over Gerotas fascie, del i fusjonslinjen over ryggen på pancreas til nedre miltpol eller bukvegg. Hold avstand fra pancreas. Ta løs oment fra colon transversum fra mediant eller ventralt slik at fleksuren er helt løs.
5. Sett IMA på strekk. Fortsett insisjonen av peritoneum mediant for og langs karet mot promontoriet.
6. Disseker sentralt til avgang av arteria mesenterica inferior påstøtes. Preparer, men unngå nervepleksus helt i avgangen. Alt fettvev tas med i distal retning til avgang av a colica sinistra identifiseres og isoleres. V mes inf ligger ofte i samme område. Dersom man er sikker på anatomien kan karene deles. Man kan evt utvikle sjiktet over Toldts plan fra undersiden av rectalis superior, og se om man kan møte disseksjonsfeltet fra oversiden av colica sinistra. Ureter kan evt identifiseres i et lavere nivå.
7. Løft den avsatte stamme for IMA, fortsett peritoneal insisjon mot påtenkt avsetningssted på colon descendens. Lag peritoneal insisjon mediant til påtenkt avsetningssted på rectum. Utvikle fridisseksjon i Toldts plan kranialt og etter hvert ned i Healds lag bak mesorectum. I midtlinjen må bakveggen av rectalis superior være guide for disseksjonsnivået. Vær nøye med å stryke nervene bakover .  
Del så mesorectum rett ut til rectum på reseksjonsstedet i det rectalis superior-karene deles og rectumvegg isoleres sirkulært. Sett av med stapler fra høy fossa. Vinkle slik at fremvegg er litt kortere enn bakvegg for å sikre sirkulasjon på gjenstående rectum.
8. Del laterale tilheftninger fra dette stedet i retning ve fleksur langs "white line". Colon bør nå være helt fripreparert.
9. Lag suprapubisk insisjon på ca 5-6 cm vertikalt. Del fascie vertikalt. Skyv høy og ve muskelbuk fra hverandre i midtlinjen. Gå gjennom peritoneum. Sårbeskytter. Lukker distale del av preparat ut. Trekk preparatet ut med sentral karstilk. Sett av på påtenkt sted etter sikring av frisk blødning ved klipping i tarmnært arkadekar. Sy inn hatten til sirkulær stapler med pursestringsutur. Legg colon tilbake. Lukk buken.
10. Skyll rectum. Introduser sirkulær stapler, og perforer med pinnen like foran eller bak stapleravsetting. Før hatten sammen med pinnen. Påse riktig rotasjon. Før sammen under synets veiledning for å unngå interponat. Skyt anastomose. Test med vann over anastomose, luft i rectum.

## Rectumreseksjon

1. Trokarinnngang med visiport i høy medioclavicularlinje noe høyere enn umbilicus. Ytterligere en 5 mm i høy fossa, og en nær midtlinjen i høyde med umbilicus. En 5 mm i ven fossa. Påse at epigastria inferior unngås, og at de nederste trokarene ikke kommer for langt ned på buken slik at vinkling inn i buken vanskeligjøres. 12 mm trokar suprapubisk.
2. Inspiser hele bukhulen mtp levermetastaser, peritoneal carcinomatose (spesielt i bekkenet og paracolic gutter) eller annen patologi.
3. Legg pasienten i skråleie vendt mot høy. Legg oment over lever, og lukker tynntarmspaquet over midtlinjen mot høy. Benytt evt ekstra trokar suprapubisk med hjelpeinstrument for å eksponere Treitz ligament og v mes inf.
4. Åpne langs mediale begrensning av v mes inf fra undersiden av pancreas, og mot sentral avgang av IMA. Finn Toldts plan, og utvikle dette så langt caudalt som colica sinistra tillater og til laterale bukvegg. v mes inf sentralt først eller underveis i denne disseksjonen. Åpne mot paracolic gutter langs descendens. Åpne mesocolon like ventralt for pancreas, og finn bursa omentalis. Eksponer bursa og rommet over Gerotas fascie, del i fusjonslinjen over ryggen på pancreas til nedre miltpol eller bukvegg. Hold avstand fra pancreas. Ta løs oment fra colon transversum fra mediant eller ventralt slik at fleksuren er helt løs.
5. Sett IMA på strekk. Fortsett insisjonen av peritoneum mediant for og langs karet mot promontoriet.
6. Disseker sentralt til avgang av IMA påstøtes. Preparer, men unngå nervepleksus helt i avgangen. Alt fettvev tas med i distal retning til avgang av arteria colica sinistra identifiseres og isoleres. V mes inf ligger ofte i samme område. Dersom man er sikker på anatomien kan karene deles. Man kan evt utvikle sjiktet over Toldts plan fra undersiden av rectalis superior, og se om man kan møte disseksjonsfeltet fra oversiden av colica sinistra. Ureter kan evt identifiseres i et lavere nivå.
7. Del laterale tilheftninger fra distale sigmoideum og i retning ven fleksur langs "white line". Colon bør nå være helt fripreparert.
8. Løft den avsatte stamme for IMA, fortsett peritoneal insisjon mot påtenkt avsetningssted på colon sigmoideum. Lag peritoneal insisjon mediant til omslagsfolden, tilsvarende på ven side. Utvikle fridisseksjon i Toldts plan kranielt og etter hvert ned i Healds lag bak mesorectum. I midtlinjen må bakveggen av rectalis superior være guide for disseksjonsnivået. Vær nøye med å stryke nervene bakover. Finn TME-sjiktet baktill like nedenfor promontoriet, og følg dette til 90 grader på høyre og venstre side. Fortsett til det sacrorectale ligament, og evt gjennom dette.
9. Del så peritoneum like foran omslagsfolden mot ven hos menn, i omslagsfolden hos kvinner. Disseker ned bak vesiculae seminales eller bakre vaginalvegg. Ikke mer enn 2,5 cm bredde proksimalt, 1 cm bredde distalt i høyde med toppen på prostata eller tilsvarende. Hold rectum hhv mot ven og høy i det man deler i en rett linje mellom de to disseksjonsfeltene for å unngå nerveskade lateralt. Fortsett til levatormuskelen påstøtes. Baktill må man fortsette i en ventral retning 1-2 cm etter at det sacrorectale ligament er delt.
10. Del nedenfor mesorectum med stapler fra suprapubisk trokar. Vinkle slik at fremvegg er litt kortere enn bakvegg for å sikre sirkulasjon på gjenstående rectum.
11. Lag suprapubisk insisjon på ca 5-6 cm vertikalt. Del fascie vertikalt. Skyv høy og ven muskelbuk fra hverandre i midtlinjen. Gå gjennom peritoneum. Sårbeskytter. Lukker distale del av preparat ut. Trekk preparatet ut med sentral karstilk. Sett av på påtenkt sted etter sikring av frisk blødning ved klipping i tarmnært arkadekar. Sy inn hatten til sirkulær stapler med pursestringsutur. Legg colon tilbake. Lukk buken.
12. Skyll rectum. Introduser sirkulær stapler, og perforer med pinnen like foran eller bak stapleravsetting. Før hatten sammen med pinnen. Påse riktig rotasjon. Før sammen under synets veiledning for å unngå interponat. Skyt anastomose. Test med vann over anastomose, luft i rectum.

## Gastrectomi

1. Trokarinngang med visiport like til ve for midtlinjen ca 12 cm distalt for processus xiphoideus. Tipp i antiTrendelenburg. Ytterligere en 12 mm i hø og ve medioclavicularlinje noe høyere. En 5 mm subcostalt i ve flanke og en høyt i epigastriet.
2. Inspiser hele bukhulen mtp levermetastaser, peritoneal carcinomatose (spesielt i bekkenet og paracolic gutter) eller annen patologi.
3. Løs oment fra colon transversum evt litt til hø for midten slik at man kan entre bursa omentalis. Del langs colon transversum mot ve fleksur, sving av mot nedre miltpol (stasjon 4sb og 4sa). Følg mediale begrensning av milten i det vasa brevia deles med det gastrocoliske ligament. Forfølg til His vinkel. Løft ventrikkel og ta løs adheranser i bursa og de mediale breviakar cranielt.
4. Sy lig falsiforme mot fremre bukvegg med transcutan sutur på rett nål. Løs oment og det gastrocoliske ligament fra colon transversum mot hø fleksur (stasjon 4d). Skrell mesocolon fra og identifiser vena gastroepiploica og tilsvarende arterie. Sett disse av sentralt (stasjon 6). Disseker mot duodenalvegg like distalt for pylorus. Fri distale ventrikkel og proksimale duodenum fra pancreas forflate. Åpne det gastrohepatiske ligament på minorsiden, disseker til planlagt reseksjonssted på duodenum (stasjon 5). Sett av med stapler fra høyre port.
5. Disseker løs alt fett og lymfevev fra oversiden av pancreas, rundt arteriene hepatica communis og propria, truncus cøliacus samt gastrica dx og sin som også settes av. Ta med alt fett og lymfevev ned til v porta, lienalis og cava. V coronaria settes av sentralt (stasjon 12a, 8a, 9 og 7). Disseker mellom cava og aorta til høyre crus (stasjon 3 og 1). Ta med alt fettvev cranielt for arteria lienalis til milthilus uten å ta med fett her (stasjon 11p og 11d). Forfølg til venstre crus, og møt disseksjonsfeltet fra andre siden (stasjon 2). Fripreparer til øsofagus bakvegg, del vagus, og løs tilsvarende øsofagus fra fortil slik at øsofagus er fri fra tilheftninger i hiatus. Løs bakveggen 3-4 cm i craniell retning.
6. Del øsofagus med stapler fra høyre trokar etter at sonde er trukket opp i midtre øsofagus. Hold i begge ender av staplerraden nær midten – lag en liten øsofagotomi på staplerraden. Før sonden gjennom denne åpningen som guide for senere anastomosering.
7. Løft colon transversum etter at ventrikkel er lagt i nedre del av buken. Identifiser Treitz, følg tynntarmen distalt med proksimale del til ve ca 30 cm slik at enden på slyngen når greit til øsofagus. Lag en liten enterotomi på distale del av slyngen antemesenterielt. Stapler fra ve trokar. Tykkeste del føres inn i tynntarm til ca 30 mm. Hold på begge sider av øsofagotomien i staplerraden. Trekk øsofagus på stapleren som føres inn mens sonden trekkes opp. Vinkle slik at retningen blir lik lengderetningen på øsofagus.
8. Lukk gjenstående åpning med polysorb 3-0 26 cm lang tråd.
9. Følg tynntarm distalt 50 cm. Lag ny enterotomi der og på den tilførende slyngen 6-7 cm proksimalt for øsofagojejunostomi, begge antemesenterielt. Skyt anastomose fra ve trokar. Lukk åpning med polysorb 3-0 22 cm lang tråd.
10. Del mellom de to anastomoser med stapler etter åpning i krøset rett under tynntarmen. Benytt stapler til å klemme over fraførende slynge distalt for øsofagojejunostomi. Før sonden ned, test anastomose med metylenblått intraluminalt (50 ml).
11. Lag suprapubisk insisjon på ca 5-6 cm vertikalt. Del fascie vertikalt. Skyv hø og ve muskelbuk fra hverandre i midtlinjen. Gå gjennom peritoneum. Sårbeskytter. Ta preparatet ut. Lukk buken.

## 1 Hensikt

Sikre evidens-basert postoperativt forløp til pasienter som har gjennomgått større gastrointestinal kirurgi etter prinsippene i ERAS guidelines. [\(1\)](#)

## 2 Omfang

Leger og sykepleiere intensiv kirurgisk område.

## 3 Grunnlagsinformasjon

ERAS pasienter er elektive pasienter.

Målet er å redusere komplikasjoner, liggetid og rekonvalesens.

Bruk av ERAS guidelines øker pasientsikkerheten og består av kjente metoder satt i system.

[ERAS sjekkliste tarmkirurgi](#) følges/utfylles gjennom hele forløpet fra innskriving til utskrivelse.

## 4 Monitorering/tiltak:

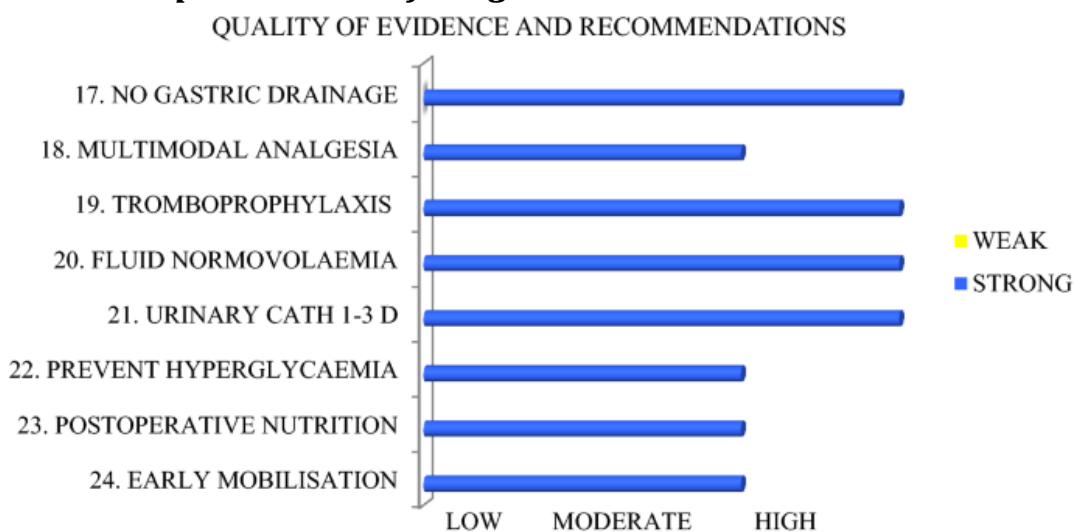
- Alle pasienter som følger ERAS etter større gastrointestinal kirurgi skal legges i intensivseng med vekt postoperativt. Seng kjøres inn på operasjon etter operasjon er startet. Sengevekt nullstilles med 1 silkelaken, 1 laken, 1 blåkladd og 1 pute.
- Vekt tas ved ankomst intensiv og registreres på postoperativ journal. Videre følges vekt daglig, tas om morgenen. Etterstrebes at vekt tas kl 06, dokumenter avvik fra dette.
- Anestesi skal ha utført væskeregnskap for operasjon (inn/ut), dette overføres til postoperativ journal.
- Pasientmonitorering (veiledende): Arteriekran, EKG, SAT.
- [Abdo-pressure for måling av buktrykk](#), gjøres 1x/vakt med mindre annet er forordnet. Spesielt oppmerksomhet på buktrykk dersom pasienten er operert med laparotomi.
- Ved epidural: standard blanding gis etter forordning, dokumenter nivå for dekning av EDA etter for eksempel is-test. Innstikksted og posisjon av epidural kateter inspiseres og dokumenteres x 1/vakt.
- Drikke og diurese monitoreres og dokumenteres. Væskedøgn 06-06. Mål: Normovolem pasient.
- Pasient skal drikke det de ønsker og klarer opp mot 800 ml postoperativt, hvorav 1 proteinholdig drikke.
- Pasienten skal få fast føde så snart vedkommende er i stand til det. Dersom pasienten ikke klarer å ta til seg fast føde, må det tas stilling til om pasienten skal ha ernæring som TPN [\(2\)](#).
- Blodsukker kontrolleres og skal holdes innen normale verdier. Dersom pasienten har høyt blodsukker må anestesilege gi forordning for evt insulinbehandling.
- Eventuelle dren skal dokumenteres inn i væsketap, obs: blødning og mengde.
- Pasientens skal mobiliseres postoperativt, minimum til sengekant og helst opp i stol minimum 2 timer.
- Pasient skal blåse i PEF x 1 hver time (når våken), 10 blås/omgang.



- Flatus/avføring dokumenteres på postoperativ journal og i pasientens journal. De r som pasienten ikke har noen av delene skal det dokumenteres som 0 på kurve. Dersom pasienten har stomi regnes tap med i væskebalansen (dersom det kan måles) og mengde, farge og konsistens dokumenteres i journal.
- Ved stomi skal stoma observeres for blødning, farge og output.
- Det skal rutinemessig ikke brukes ventrikelsonde. Dersom pasienten har sonde skal mengde og utseende dokumenteres, og mengde tas med i væskebalansen.
- Medikamenter gis etter kurve. Pasienten skal ha ordinasjon på evt. medikasjon i forhold til kvalme og smerter.
- Dokumentasjon på ERAS sjekklister for både tiltak gjennomført, og avvik fra tiltak. Dette skal også dokumenteres i pasientens journal.
- Bandasjer inspiseres for blødning og infeksjonstegn (rødme, hevelse, varme), og funn dokumenteres i journal. Ved gjennomblødning skal bandasjen som hovedregel kun forsterkes operasjonsdøgnet og eventuelle bytter gjøres 1. postoperative dag, dette pga infeksjonsfare.
- Agrafer/suturer skal normal stå 10-14 dager.
- ERAS pasienter etter gastrointestinal kirurgi skal som hovedregel være natten over på intensiv.

## 5 Oppsummering anbefalinger fra ERAS Society:

### 5.1 Postoperative anbefalinger



## 6 Eksterne referanser

[\(1\) Guidelines ERAS](#)

[\(2\) ESPEN guidelines](#)

## 1 Hensikt

Hensikten med ProACT er å øke helsepersonellens kompetanse til å oppdage forverret tilstand hos inneliggende pasienter, og iverksette rett behandling til rett tid. En riktig respons er avgjørende for å forebygge ytterligere sykdomsforverring.

## 2 Omfang

Prosedyren gjelder for leger og alt pleiepersonell ved kirurgisk og medisinsk område.

## 3 Grunnlagsinformasjon

### 3.1 Forklaring

**ProACT** er et opplæringskonsept i systematisk undersøkelse og vurdering av syke voksne pasienter. Helsepersonell opplæres i følgende verktøy:

**ABCDE-** systematisk observasjon med eventuelle tiltak etter behov

**NEWS-** scoringsverktøy som brukes til vurdering av pasienter ved ankomst til avdeling samt tidlig identifisering på forverring av pasienter i avdeling ved hjelp av en tallscore.

**ISBAR-** Identifikasjon – Situasjon – Bakgrunn – Aktuell tilstand – Råd/anbefaling.

ISBAR er et kommunikasjonssystem for å sikre presis, rask og tydelig overlevering av informasjon mellom helsepersonell.

Samlet skal disse verktøy sørge for at pasienter med akutt klinisk forverring får en rask og effektiv klinisk respons som optimaliserer pasientens behandling.

### 3.2 Ansvar

Avdelingsleder har ansvar for å legge til rette for at ProACT-opplæringen gjennomføres for alle ansatte. De interne proAct-instruktører har ansvar for gjennomføring av opplæring i proAct samt bruk av verktøyene NEWS og ISBAR.

Koordinator for akuttmedisinske systemer har ansvar for koordinering og tilrettelegging av kurs i samarbeid med de interne proAct-instruktørene.

Avdelingsleder må gi beskjed til Koordinator for akuttmedisinske systemer ved nyansettelser for planlegging av opplæring for disse.

### 3.3 Obligatorisk opplæring

- Opplæringen skal sikre felles forståelse av forverret klinisk tilstand, på tvers av profesjoner
- Opplæring for pleiepersonell er obligatorisk og består av 6 timer undervisning med teori, oppgave-/kasuistikk-løsning og praktiske caseøvelser.
- Intensivsykepleiere har eget opplegg (3 timers kurs).
- Anestesisykepleiere som tilhører Anestesiavdelingen er unntatt opplæring, da deres pasienter ikke scores med NEWS under oppholdet i operasjonsavdelingen.
- Legene får en times teoriundervisning, og deltar deretter på casetrening sammen med pleiepersonalet.

## 4 Arbeidsbeskrivelse

Pleiepersonell på sengepost gir alle pasienter NEWS-score etter gjeldende retningslinjer. Scoringssystemene skal sikre at vitalparametrene til pasientene blir målt minst 2 ganger per døgn når det ikke foreligger avvik fra normalverdier. Disse observasjoner skal registreres på respektive kurver [SJ12766](#). I pasientens medisinkurve skal det anføres at vitalparametre føres i egen NEWS- kurve.

Score angis i en tallverdi ut fra normalverdier for vitalparametre. Tallverdi gir grunnlag for videre monitoreringsgrad og respons. Ved forhøyet score informeres ansvarlig sykepleier og/eller avdelingens lege. Vurderinger og tiltak dokumenteres i pasientjournalen.

### 4.1 Hvem skal scores med NEWS

Første NEWS-score skal utføres i akuttmottaket, og føres av LIS-1 inn i NEWS-skjema FØR pasienten flyttes opp på Sengepost. LIS-1 setter også behandlingsmål.

Deretter skal sengepost utføre ny score innen en time etter at pasienten har ankommet avdelingen.

Pasienter som blir overflyttet til annen sengepost skal scores før de overflyttes og scores igjen innen 1 time etter ankomst sin nye avdeling.

Pasienter som blir overflyttet fra intensiv til annen sengepost skal scores før de overflyttes. Behandlingsmål settes av vistittlege på intensiv når pasienten er klar til overflytning. Inneliggende postoperative pasienter skal scores ved overflytting. Dagkirurgiske pasienter som gjøres om til inneliggende pasienter skal også scores.

Voksne pasienter (fra fylt 16 år) som blir innlagt på sengepost i avdeling skal som hovedregel scores med NEWS ved mottak og senere minimum x 2 pr døgn under opphold i avdeling dersom score er 0. Ved forhøyet score angir denne hyppighet av monitorering og respons, med tilhørende dokumentasjon.

Inneliggende pasienter som overflyttes annet sykehus skal scores.

Ved endringer i klinisk bilde hos pasient som har en lav score gjøres ny NEWS-scoring umiddelbart.

*Når pasient har hatt forhøyet score og deretter får en 0-score skal dette kvalitetssikres med en kontrollscore før det er gått 12 timer da det kan være endringer i det kliniske bildet som gir en enkelt 0-score*

#### 4.1.1 Unntak

NEWS skal utføres selv om det ansees som unødvendig ut fra klinisk bilde. Lav score utelukker ikke alvorlig sykdom. Det er et legeansvar å seponere NEWS. Seponering skal dokumenteres i kurve.

Unntak gjelder dessuten:

- Barn 0-15 år
- Gravide og fødende
- Pasienter innlagt Intensiv- og overvåkningspasienter som er under kontinuerlig monitorering
- Dagkirurgiske pasienter
- Terminale pasienter (der lege har seponert NEWS)
- Pasienter hvor adekvat overvåkning ikke lar seg gjennomføre, se [PR48277](#)

## 4.2 Verktøy

### 4.2.1 NEWS

NEW Score		3	2	1	0	1	2	3
A B	Resp frekv (pr min)	≤8		9-11	12-20		21-24	≥25
	SpO <sub>2</sub> skala 1	≤ 91	92-93	94-95	≥96			
	SpO <sub>2</sub> skala 2*	≤ 83	84-85	86-87	88-92 ≥93 på luft	93-94 m/O <sub>2</sub>	95-96 m/O <sub>2</sub>	≥97 m/O <sub>2</sub>
	Luft eller oksygen		Oksygen		Luft			
C	Systolisk blodtrykk	≤90	91-100	101-110	111-219			≥220
	Puls	≤40		41-50	51-90	91-110	111-130	≥131
D	Bevissthetsnivå **				A			C,V,P,U
E	Temp	≤35,0		35,1-36	36,1-38	38,1-39	≥39,1	

\*Scoring for korrigert O<sub>2</sub> metning ordineres av lege for pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) når habitualtilstand til pasienten tilsier dette.

\*\* Bevissthetsnivå: A= Alert (Våken)  
C= New confusion (nyoppstått forvirring)  
V= Voice (Reagerer på tiltale)  
P= Pain (Reagerer ved smertestimuli)  
U= Unresponsive (reagerer ikke på tale eller smertestimuli)

- Vitale parameter i NEWS scores minimum to ganger i døgnet på alle inneliggende pasienter på sengepost og før overflytting fra intensiv og opp på avdeling. Gjelder ikke dagkirurgiske pasienter!
- NEWS-scoring kan seponeres av lege ved å signere i NEWS kurve.
- Nye pasienter scores når de ankommer sengepost.

#### Retningslinje for temperaturmåling:

##### Temperatur skal måles rektalt:

- I akuttmottaket
- Hos alle med infeksjon, feber, symptomer på infeksjon
- Vitalia som kan gi mistanke om infeksjon
- Oppståtte symptomer som forvirring, uvelhet, frysninger, annet ubehag som er uavklart
- Øretemperatur >37,5 skal følges opp med måling rektalt.

**Temperatur kan måles i øre hos;**

- Pasienter som er avklart som ikke-infeksiøse, og som ikke har symptomer/funn som beskrevet over
  - Marker i kurven hvilken målemetode som er benyttet.
- Ny score kontrolleres etter tiltak, og danner grunnlag for anbefalt varsling av lege som beskrevet nedenfor:

NEWS 2 Score	Overvåkningsfrekvens	Klinisk respons
0	Minimum hver 12. time	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Følg rutinene for NEWS-overvåkning</li> </ul>
1-4	Minimum hver 4.-6. time	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informere ansvarlig sykepleier, som må vurdere pasienten.</li> <li>• Ansvarlig sykepleier tar stilling til økt overvåkningsfrekvens og/eller om det kreves kliniske tiltak.</li> </ul>
Score 3 i ett parameter	Minst en gang per time.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ansvarlig sykepleier kontakter ansvarlig lege som vurderer og tar stilling til om det er behov for ytterligere behandlingstiltak.</li> </ul>
Totalt 5 eller høyere Grenseverdi for rask respons	Minimum 1 gang i timen.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ansvarlig sykepleier kontakter ansvarlig lege.</li> <li>• Ansvarlig sykepleier eller lege vurderer behov for MIS.</li> <li>• Ansvarlig lege tar stilling til behandlingsnivå.</li> </ul>
Totalt 7 eller høyere Øyeblikkelig respons	Kontinuerlig overvåking av vitale funksjoner	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ansvarlig sykepleier skal umiddelbart kontakte ansvarlig lege og MIS.</li> <li>• Øyeblikkelig respons fra akuttmedisinsk team, med kompetanse på akutt kritisk syke pasienter og sikring av frie luftveier.</li> <li>• Ansvarlig lege vurderer overflytting til høyere omsorgsnivå.</li> <li>• Videre behandling på riktig behandlingsnivå med kontinuerlig overvåkning</li> </ul>

[PR39258](#) Kriterier for tilkalling av MIS (Mobil Intensivsykepleier)

[PR48373](#) Tiltak som kan iverksettes av helsepersonell på post og MIS ved forhøyet NEWS-score

NEWS-score x 2 utføres til følgende tider:

Kirurgisk og medisinsk sengepost      kl 06 og kl 18.

Gynekologisk avdeling                      kl 08 og kl 19.

Rehab.sengepost                                kl 08 og kl 20.

Lav score utelukker ikke alvorlig sykdom. NEWS bør alltid kontrolleres når pasienten ankommer avdelingen, ved forverring og uro. Scoringsskjemaet er et supplerende hjelpemiddel for å bedømme vitale funksjoner hos voksne.

Kontakt pasientansvarlig lege uavhengig av NEWS ved:

- Alvorlig uro over pasientens tilstand
- Diurese < 200 ml over 8 timer
- Dersom systolisk BT faller med 40 mmHg

#### 4.2.2 ISBAR

ISBAR er et verktøy for sikker muntlig kommunikasjon mellom helsepersonell om pasientobservasjoner og behandling.

- I Identifikasjon**  
presenter deg med navn og avdeling, og pasientens navn og fødselsnummer
- S Situasjon**  
en kort og presis beskrivelse av problemet
- B Bakgrunn**  
relevant og kortfattet informasjon om den umiddelbare forhistorien
- A Aktuell tilstand**  
A B C D E, NEWS score
- R Råd**  
hva er din anbefaling – hva ønsker du skal gjøres?

#### 4.3 Dokumentasjon

Vitale parameter og tiltak skal dokumenteres i NEWS-kurve [SJ12766](#). Kurven er i papirformat. Dobbeltføring skal unngås.

Dersom score fører til tiltak skal dette dokumenteres i sykepleiejournal med angitt score, hvem en har konferert med, hvilke tiltak som er iverksatt og hvilke endringer dette førte til.

Når pasienten oppholder seg på spesialenhet med egne observasjonskurver brukes disse inntil pasienten overføres sengepost.

#### 5.0 Referanse

Prosedyrer er utarbeidet med utgangspunkt i prosedyrer fra NLSH:

[PR44026](#) NEWS

[PR40272](#) Sikre pasienter der monitorering ikke lar seg gjennomføre



# Veileder for utskrivningssamtale med pasient

Dokumentansvarlig: Liv Grethe Jenssen  
Godkjent av: Hans Henrik Strøm  
Gyldig for: Kirurgiske leger, SSJ; Medisinske leger, SSJ

Dokumentnummer: PR43659  
Versjon: 1.1

---

## VEILEDER FOR UTSKRIVNINGSSAMTALE MED PASIENT

### 1. Hensikt

Gi lege og sykepleier en oversikt for hva samtalen med pasient og pårørende bør inneholde av informasjon ved utskrivningen fra sykehuset.

### 2. Gjelder for

Innlagte pasienter ved somatiske døgnavdelinger i HSYK enhet SSJ. Leger og pleiepersonell som gjennomfører og deltar i utskrivningssamtale med pasient og pårørende.

### 3. Grunnlagsinformasjon

Viser til pasienttilfredsundersøkelse 2015

### 4. Arbeidsbeskrivelse

#### Gjelder alle pasienter:

- Om mulig planlegge utskrivningstidspunkt
- Orienterer om at epikrisen vil gjenfinnes på Helsenorge.no/Min helse
- Forsikre at pasienten/pårørende forstår/ har oppfattet resultat av oppholdet
- Ta med pårørende om praktisk mulig ved utskrivning – om pasienten samtykker
- Har pasienten fått snakket med de som har utført behandling underveis
- Behandlingshjelpemidler er bestilt og klar for levering
- Opplæring er gjennomført eller bestilt
- Evt. pårørende er informert om utskrivningen (samtykke fra pasient)
- Er det indikasjon for å ta kontakt med fastlege pga. medisinske forhold til oppfølging av pasienten.
- Eventuelt etablering av Åpen Kontakt.
- Pasienten har legemidler til fortsatt behandling inntil apotek åpner
- Det er søkt om individuell refusjon fra HELFO for legemidler som krever det.
- Er det rekvirert pasienttransport tilpasset pasientens situasjon / nødvendig med ledsager?

#### Følgende punkter skal være vurdert og diskutert med pasienten, i tillegg til å være dokumentert i pasientjournalen:

- Problemstillingen(e) ved innleggelse, slik disse var formulert av innleggende lege, skal være avklart.
- Resultat av undersøkelser (blodprøver/ekko/røntgen/dyrkning osv)



- Øvrige problemstillinger som har fremkommet skal være avklart.
- Hva pasienten bør være oppmerksom på ved hjemkomst, hva en kan forvente
- Det skal foreligge et klart standpunkt til diagnose(r), og videre plan for oppfølging av pasienten.
- Avtaler som er gjort med kommunelege/ Hjemmesykepleie.
- Orienterer om eventuelle videre henvisninger

### Samstemt legemiddelliste

Gjennomgang av medikamenter i bruk ved utskrivelse

Legemidler avsluttet og begrunnelse for endring

Oppfølging av legemidler (Marevan? Bivirkng av kolesterolmidler og likn)

Skrevet resepter?

### Videre plan og kontroll

Evt. videre utredning

Kontroll fastlege eller andre — (time til fastlege må pasienten selv bestille)

Sykemelding/Henvisning fysioterapi el. lærings & mestringskurs

### For pasient som skal begynne å motta kommunale helse- og omsorgstjenester

- Har kommunen fått de nødvendige PLO meldinger?
- Har kommunen levert innleggelsesrapport – med navn på medisiner og pleiebehov og koordinator (det siste bare ved spesielt komplekse pasienter).
- Ved endret forventet utskrivningstidspunkt eller hjelpebehov for ny pasient til kommunal helse- og omsorgstjeneste – er skjema *Varsel om innlagt pasient – 24 timers varsel* sendt (endringsvarsel).
- Er det gjennomført funksjonsvurdering. (Skal sendes kommunen så snart behovet er klarlagt. Det skal ikke søkes om spesifikk tjeneste. Skjema for Funksjonskartlegging skal benyttes).
- Tilsier pasientens behov at sykehuset skal oppnevnes koordinator (skal vurderes)?
- Er det til epikrise innhentet opplysninger fra koordinator?
- Har kommunen opprettet koordinator og eventuelt individuell plan?
- Er koordinator i sykehuset og kommunen i dialog om pasienten
- Ved usikkerhet om hjelpebehov: Er det i samarbeid med pasienten gjennomført samordningsmøte med kommunen på sykehuset eller i pasientens hjem (skal gjøres)
- Hvis henvisning til habilitering / rehabilitering utenfor helseforetaket, har sykehuset drøftet dette med kommunenes helse- og omsorgstjeneste i forkant (skal gjøres)
- Er det bekreftet at et kommunalt helse- og omsorgstjenestetilbud til pasienten er klart?

### Pasienter som mottar kommunale helse- og omsorgstjenester

- Pasienter med behov for kommunale helse- og omsorgstjenester skal fortrinnsvis skrives ut fra sykehuset på hverdager.
- Pasienten er utskrivningsklar. Skjema *Varsel om utskrivningsklar pasient* (PLO Helseopplysninger SO - Utlarmmelding) er sendt.
- 24 timers melding skrevet (PLO Helseopplysninger SO - Tidligmelding) og sendt/meldt
- Funksjonsskjema (PLO Helseopplysninger SO - Funksjonskartlegging) skrevet og sendt/meldt
- Endringsmelding (PLO Helseopplysninger SO - Endringsmelding) sendt/meldt
- Lege-epikrise skrevet
- Sykepleier-epikrise skrevet
- Det er tatt telefonisk kontakt med leder for hjemmetjenesten for å bekrefte at de er kjent med at pasienten/brukeren kommer.
- Hjemmetjenesten er informert hvis det er spesielle forhold som de skal følge opp.
- Ved endret forventet utskrivningstidspunkt eller hjelpebehov – er skjema *Varsel om innlagt pasient – 24 timers varsel* sendt (PLO Helseopplysninger SO - Endringsmelding)
- Er pasienten i behov for ytterligere behandling i ventetid for utskrivning?

### Kopi av epikrise til

Fastlege, Med.pol og Kir.pol.

Forstår pasienten epikrisen, er enig i innholdet og veien videre

### 5. Feilkilder

Sammensatte problemstillinger hos pasient som gjør det vanskelig å dekke informasjonsbehovet.

Langt sykehusopphold (kanskje også utenfor HSYK, enhet SSJ) og/eller komplisert behandling som gjør det vanskelig å dekke informasjonsbehovet.

### 6. Eksterne referanser

[DS 6532Tjenesteavtaler mellom HSYK og kommuner på Helgeland](#) (Docmap)

Brosjyren [Bare spør!](http://www.HelseNorge.no) ([www.HelseNorge.no](http://www.HelseNorge.no))

Rapport fra Helsetilsynet 1/2016: [Informasjonen var mangelfull og kom ofte for sent.](#)

**UTSKRIVINGSRAPPORT FOR PASIENTER SOM HAR FJERNET HELE ELLER EN DEL AV TYKKTARMEN.**

Navn:.....

Innlagt kirurgisk avd:.....

Utskrevet:.....

Diagnose:.....

Operasjonsdato:.....

**BEHANDLING:**

Du har fått fjernet: Første del av tykktarmen (høyresidig hemicolectomi) / Siste del av tykktarmen (venstresidig hemicolectomi) / Nedre del av tykktarmen (sigmoideumreseksjon) / Hele tykktarmen (colectomi).

Årsak: Svulst / Mb Crohn / Ulcerøs colitt / Utposninger på tykktarmen / Kronisk forstoppelse / Annet \_\_\_\_\_

Den syke delen av tarmen er fjernet, og man har deretter sydd tarmen sammen igjen.

Eller man har lukket endetarmen i toppen og lagt ut enden av tykktarmen på magen som en stomi og avføringen vil nå komme ut her. Inngrepet er utført via åpen reseksjon (laparotomi) / kikkhullsteknikk (laparoskopi) (Stryk det som ikke passer).

**FOREBYGGENDE TILTAK:**

- Stingene på magen skal fjernes hos fastlege 14 dager etter operasjonen.
- Den første tiden bør kosten være næringsrik og det kan også være bra med ekstra vitaminer og jerntilskudd.
- Etter en slik operasjon er det helt normalt at avføringen er tynn, da man har mindre tykktarm som kan suge opp væske. Avføringen vil bli fastere etter hvert. Men det kan være nødvendig med medisiner som hjelper kroppen til å ta opp væske.
- Drikk godt.
- Husk å følge med vekten din jevnlig, vei deg en gang i uken etter hjemreisen.
- De første 6 ukene etter operasjonen bør du unngå tunge løft, maks 10 kg.
- Vær flink til å gå turer og gå i trapper. Slik kommer du fortere tilbake i form.

- Dersom såret(-ene) blir rødt, hardt, begynner å væske og /eller du får feber kan det være tegn på sårinfeksjon, og du bør ta kontakt med din fastlege.
- Dusj gjerne med bandasjen av, og sett på ren bandasje/plaster etterpå.
- Det er lurt å bruke solkrem på arret de første 4 månedene når du soler deg, for å få et penest mulig arr.

**Dersom du har fått stomi:**

- Stingene rundt stomien forsvinner av seg selv. Disse skal ikke fjernes.
- Til deg som har fått stomi anbefaler vi brosjyren «Kost for stomiopererte».
- Du kan innimellom føle avføringstrang. Dette er normalt da den tarmen som ikke er i bruk likevel vil produsere noen biprodukter. Endetarmen kan skylles ved hjelp av en katetertip.-sprøyte og springvann x1 per mnd for å forebygge ubehag.
- Det er viktig at du gjør knipeøvelser daglig for å opprettholde lukkemuskelen og god bekkenbunns-muskulatur. Dette er den muskulaturen du bruker når du kniper av strålen mens du tisser. Gjør det til vane å knipe med maks kraft f.eks. 10 ganger daglig.

**Andre kommentarer:** .....

.....

.....

.....

.....  
Dato

.....  
Sykepleier

**UNIVERSITETSSYKEHUSET I NORD-NORGE HF  
GASTROKIRURGISK AVDELING.****TLF. 776 26638.****UTSKRIVINGSRAPPORT FOR PASIENTER SOM HAR FÅTT UTFØRT  
HARTMAN OPERASJON.**

Navn:.....  
Innlagt Gastrokirurgisk avd:.....  
Utskrevet:.....  
Diagnose:.....  
Operasjonsdato:.....

**BEHANDLING:**

Du har fått utført en Hartman operasjon. Det vil si at man fjerner den syke delen av tarmen på overgangen mellom tykktarm og endetarm. Du har fått utlagt en kolostomi og endetarmen din er lukket blindt ca. 20 cm fra endetarmsåpningen. Stomien er som regel midlertidig og legges tilbake i løpet av 3-6 måneder. Dette vil du ha fått beskjed om før utreise.

Du har blitt skyldt i endetarmstumpen før utreise for å unngå betennelse.

Inngrepet er utført via åpen reseksjon (laparotomi) / kikkhullsteknikk (laparoskopi) (Stryk det som ikke passer).

**FOREBYGGENDE TILTAK:**

- Stingene på magen skal fjernes hos fastlege 14 dager etter operasjonen.
- Stingene rundt stomien forsvinner av seg selv. Disse skal ikke fjernes.
- Dersom store deler av tarmen er fjernet, kan næringsopptaket bli redusert, og like ens opptaket av væske, vitaminer og mineraler.

- Den første tiden bør kosten være næringsrik og det kan også være bra med ekstra vitaminer og jerntilskudd.
- Til deg som har fått stomi anbefaler vi brosjyren ”Kost for stomiopererte”.
- Den gjenværende delen av tarmen blir etter hvert i stand til å overta funksjonen fra fjernet tarm, men det vil ta tid før oppsugingsevnen til tarmen er normalisert.
- Husk å følge med vekten din jevnlig.
- Drikk godt.
- De første 6 ukene etter operasjonen bør du unngå tunge løft, opptil 10 kg.
- Vær flink til å gå turer og gå i trapper. Slik kommer du fortere tilbake i form.
- Dersom såret(-ene) blir rødt, hardt, begynner å væske og /eller du får feber kan det være tegn på sårinfeksjon, og du bør ta kontakt med din fastlege.
- Dusj gjerne med bandasjen av, og sett på ren bandasje/plaster etterpå.
- Det er lurt å bruke solkrem på arret de første 4 månedene når du soler deg, for å få et penest mulig arr.
- Du kan innimellom føle avføringstrang. Dette er normalt da den tarmen som ikke er i bruk likevel vil produsere noen biprodukter. Endetarmen kan skylles ved hjelp av en katetertip.-sprøyte og springvann x1 per mnd for å forebygge ubehag.
- Det er viktig at du gjør knipeøvelser daglig for å opprettholde lukkemuskelen og god bekkenbunns-muskulatur. Dette er den muskulaturen du bruker når du kniper av strålen mens du tisser. Gjør det til vane å knipe med maks kraft f.eks. 10 ganger daglig.

**Kontroll:** Du vil bli satt opp til telefonkonsultasjon med stomisyepleier 7-14 dager etter hjemreise.

**Andre kommentarer:** .....

.....

.....

.....

.....

.....

Dato

.....

Sykepleier

## Bakgrunn

Helseforetak og virksomheter som har avtale med helseforetak eller regionale helseforetak, skal straks varsle om alvorlige hendelser til Statens helsetilsyn og Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten (UKOM). Med alvorlige hendelse menes dødsfall eller betydelig skade på pasient hvor utfallet er uventet ut fra påregnelig risiko.

*Meldeordningen etter §3-3 i spesialisthelsetjenesteloven ble avvirket 15.05.2019 og det sendes ikke lenger melding til denne ordningen.*

## Registrering i avvikssystemet

Ved varsel til Statens helsetilsyn og UKOM om alvorlige hendelser, skal hendelsen også meldes i avvikssystemet Docmap (pasienthendelsesskjema skal benyttes).

## Definisjon av alvorlig hendelse

Med alvorlige hendelse menes dødsfall eller betydelig skade på pasient hvor utfallet er uventet ut fra påregnelig risiko.

## Frist for varsling

Helseforetakene skal umiddelbart varsle Statens helsetilsyn og UKOM. Med umiddelbar varsling menes snarest og senest innen påfølgende dag, uavhengig av om dette er en virkedag.

## Vurdering

Ved vurderingen av om det skal varsles skal det legges vekt på:

- om hendelsen kan skyldes feil, forsømmelser eller uhell på system- og/eller individnivå
- om det er uklart hva som har skjedd og
- om saken er kompleks med flere involverte helsepersonell

## Hvem varsler?

Av retningslinjene til Helsetilsynet fremgår det at den enkelte virksomhet må, på bakgrunn av sin organisering, bestemme hvem som har ansvar for å varsle Statens helsetilsyn ved alvorlige hendelser.

Foretakene har egne prosedyrer som beskriver hvem som skal varsle Statens helsetilsyn;

Foretak	Dokument
Finnmarkssykehuset HF	<a href="#">PB0045 Melderutiner for uønskede hendelser - avviksmeldinger Finnmarkssykehuset</a>
UNN HF	<a href="#">PR31377 Alvorlige og utilsiktede pasienthendelser: håndtering av pasienter, pårørende, helsepersonell og korrekt melding og varsling</a>
Nordlandssykehuset HF	<a href="#">PR17870 Melde pasienthendelser i NLSH HF</a>
Helgelandssykehuset HF	<a href="#">PR54515 Pasienthendelse - avviksbehandling</a>



## Hvor skal varsel sendes?

Statens Helsetilsyn har fra 3. desember 2020 etablert en ny løsning for varsling, og melding til UKOM skjer inntil videre i samme løsning. Den som varsler Statens Helsetilsyn vil få en kvittering med referansenummer.

Varsel til Statens Helsetilsyn meldes på lenken under og krever sikker pålogging med feks BankID

- [www.melde.no/](http://www.melde.no/)

## Hvilke opplysninger skal varselet inneholde?

Det fremgår av løsningen hvilken informasjon som skal følge med varselet.

Statens helsetilsyn og UKOM vil på grunnlag av informasjon om hendelsen vurdere videre behandling. De innhentede opplysningene vil bli lagt til grunn i den tilsynsmessige vurderingen av hendelsen.

## Helsetilsynet har forslag til informasjon til pasienter og pårørende

- [Informasjon til pasienter og pårørende etter varsel om alvorlig hendelse](#)

## Mer informasjon om varsling

Statens Helsetilsyn:

- <https://www.helsetilsynet.no/tilsyn/varsel-om-alvorlige-hendelser/varsel-om-alvorlige-hendelser-i-spesialisthelsetjenesten/>

Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten (UKOM):

- <https://www.ukom.no/>

Melde.no:

- <https://melde.no/>

## Innhold

1	Melde avvik i Docmap .....	1
1.1	Hvem skal melde avvik? .....	2
1.2	Når skal det meldes? .....	2
2	Hvordan melde avvik i Docmap? .....	2
2.1	Innlogging .....	2
2.2	Finne meldeskjema .....	2
2.3	Hvordan registrere ansvarlig enhet/opdagende enhet .....	2
2.4	Pasientdata i Pasienthendelsesskjema .....	3
2.5	Sende skjema til nærmeste leder: .....	3
2.6	Sjekk status på avviket .....	4
3	For avviksmottaker/nærmeste leder/godkjenner .....	6
3.1	Finne avvik .....	6
3.2	Behandle avvik .....	7
3.3	Vurdering av risiko .....	8
3.3.1	Sannsynlighet .....	8
3.3.2	Konsekvenser .....	9
3.4	Om avvik ønskes diskutert i et møte .....	9
3.5	Svare på etterspørring .....	10
4	Avviksmodul og høring .....	11

## 1 Melde avvik i Docmap

I Oppdragsdokumentene pålegges helseforetakene å påse at melding om og saksbehandling av avvik, forbedringsforslag, personal- og pasientskader samt uheldige hendelser foregår i Docmap.

I Docmap er det nå tilrettelagt med flere tilpassede meldeskjema. Vurder nøye hvilket skjema du skal benytte:

- Pasienthendelsesskjema benyttes når pasient er eller kunne blitt involvert i hendelsen. Dette skjema benyttes uavhengig av alvorlighetsgrad.
- Det finnes egne skjema for avvikshendelser som ikke involverer pasienter og til forbedringsforslag.
- Du finner eget skjema for personalskader.
- I tillegg vil foretakene kunne tilrettelegge for andre meldeskjema.

### 1.1 Hvem skal melde avvik?

Den/de som er involvert i hendelser tar initiativ til å skrive avviksmelding. Meldingen sendes til nærmeste leder.

### 1.2 Når skal det meldes?

Avvikshendelser skal sendes "straks". For Pasienthendelser menes senest 24 timer etter at det meldepliktige forholdet ble kjent.

## 2 Hvordan melde avvik i Docmap?

### 2.1 Innlogging

Er du logget inn på datamaskinen skal du også være automatisk logget inn i Docmap.

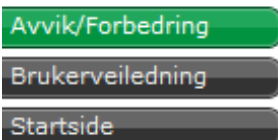
**Brukernavn:** rj3012fi (Renate Jakobsson)

Står det anonym, ta kontakt med avdelingens superbruker eller systemadministrator.

### 2.2 Finne meldeskjema

Docmap linken finner du på Intranettets forside eller på skrivebordet på datamaskinen.

Trykk på den grønne knappen "Avvik/forbedring"



Velg så type avvik du skal melde.

I Docmap er det lagt inn hjelpetekst på de ulike avvikstyper. Klikk på aktuelt meldeskjema. Valgt skjema åpnes. Felt markert med stjerne må fylles ut. Det er viktig å være så presis og beskrivende som mulig. De som skal behandle avviket skal forstå hva dette handler om.

### 2.3 Hvordan registrere ansvarlig enhet/oppdagende enhet

Vær nøye med dette. Under vises hvordan du finner fram til avdelingen/enheten hvor hendelsen skjedde. Samme framgangsmåte om oppdagende enhet er annet enn ansvarlig enhet.

Generelt

Overskrift:

Avvikstype: Avvik og forbedring i egen avdeling, Helse Finnmark

Melder: DocMap Administrator, Leif Arne Asphaug-Hansen

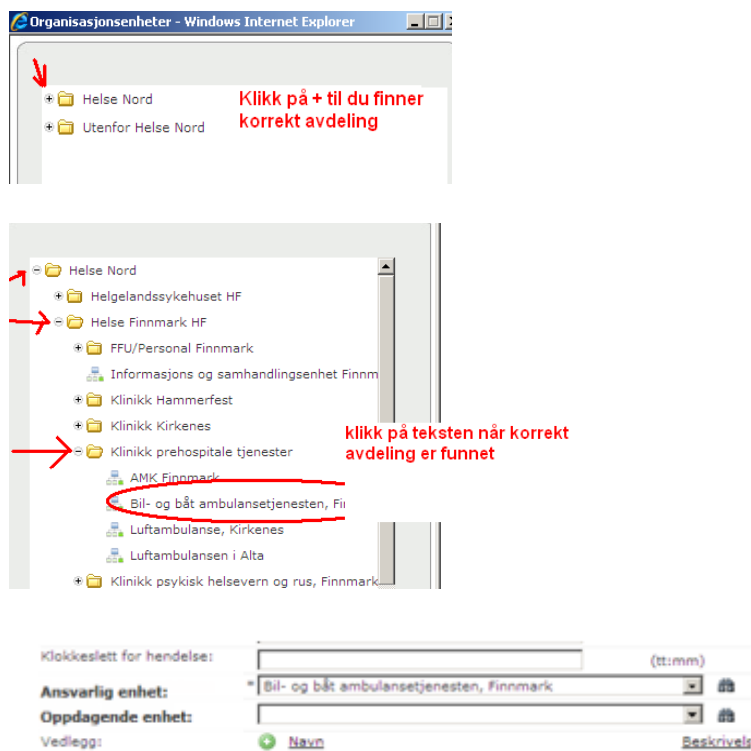
Hendelsesdato:  (dd.mm.åååå)

Klokkeslett for hendelse:  (tt:mm)

Ansvarlig enhet:  

Oppdagende enhet:  

Vedlegg:   Navn   Beskrivelse

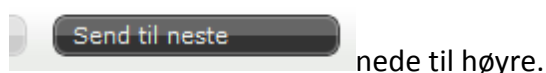


## 2.4 Pasientdata i Pasienthendelsesskjema


- NPR id ønskes utfylt ut i Pasienthendelsesskjema. Finnes i DIPS F5 bildet
- Fødselsår fylles ut.

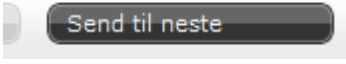
## 2.5 Sende skjema til nærmeste leder:

Når du er ferdig med å fyller ut skjema kan du nå sende det ved å klikke på:

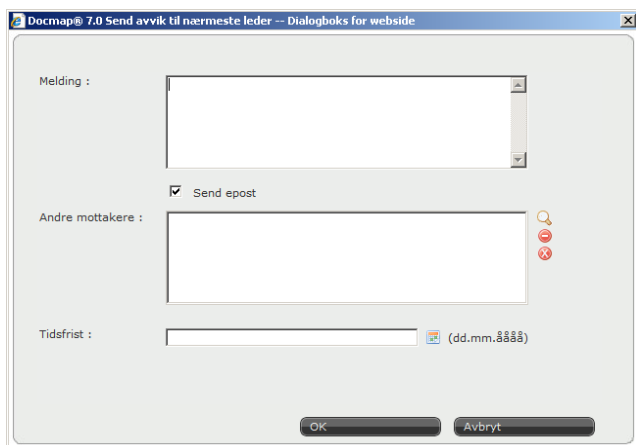


Dersom du trenger litt mer tid – og vil slutføre meldingen senere på vakta – kan du lagre

skjemaet og skrive det ferdig senere. I så fall klikker du på:  knappen nede til høyre. Da må du gå inn på avviket senere, via Min Docmap, Arbeidslisten og skrive

ferdig skjemaet og så klikke på 

Følgende dialogboks kommer så på skjermen:



- Fyll evt. inn en tekst her. Utfylt tekst her framkommer i avviksbehandlingen **under** Arbeidsflytmelding, og er synlig for alle de som har tilgang/leser avviket. Valget: Send e-post bør være på, da det automatisk vil gå en e-post til nærmeste leder. Andre enn de som er tatt inn i arbeidsflyten vil ikke få tilgang til å lese avviket. Klikk så på OK knappen.
- Du får en bekreftelse på at avviket er meldt og sendt til nærmeste leder øverst i selve avviksskjemaet:

**Arbeidsflytmeldinger**

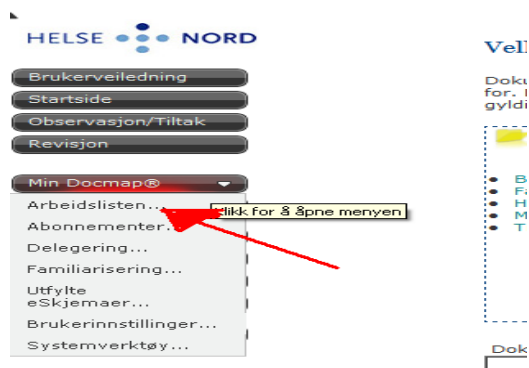
Dato	Melder	Nærmeste leder	Melding	Tidsfrist
07.02.2012 12:42	→		Pia sava: Legg inn tekst	

**Historikk**

Arbeidsflyt:	Navn:	Ferdig:	Mottatt dato:	Dato avsluttet:
Melder:	test, Pia sava	✓	07.02.2012	07.02.2012
Nærmeste leder:	DocMap Administrator, Leif Arne Asphaug-Hansen		07.02.2012	

## 2.6 Sjekk status på avviket

Du som melder kan når som helst logge deg på Docmap og sjekke status på det avviket som du har meldt. Det gjør du ved å klikke på knappen: Min Docmap i venstre menyen, velg så valget: Arbeidslisten. Dersom knappen ikke vises, klikk evt. først på knappen Startside oppe i venstre menyen.



Du får da opp en dialogboks: Klikk her på skillearket: Videresendt/låst eller Alle.



Her vil dine meldte avvik ligge. Ved å klikke på et avvik her kommer du inn i selve avviket, og du kan lese om behandlingen av det. Se da under Saksbehandling i avviket:



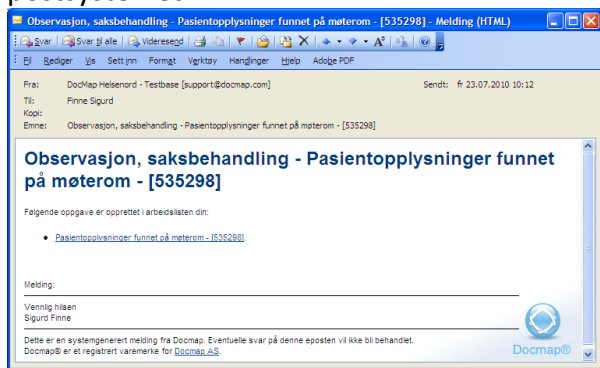
Du vil motta automatisk melding fra Docmap når hendelse er sluttbehandlet via E-postsystemet.

### 3 For avviksmottaker/nærmeste leder/godkjenner

#### 3.1 Finne avvik

Ansatte som melder avvik er oppfordret til å sende e-post til ledere som skal saksbehandle meldinger i Docmap. En anbefaling til ledere er jevnlig å kontrollere arbeidslisten sin i Docmap. Tidsfrist for leder til å iverksette avviksbehandling er satt til 2 uker.

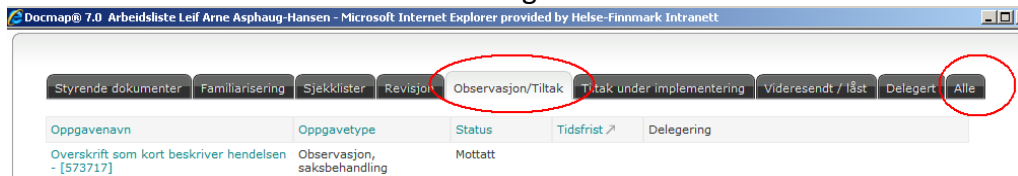
De som skal behandle avvikshendelser/forbedringsforslag vil motta påminnelser via e-postsystemet:



Du finner dine arbeidsoppgaver etter innlogging ved å klikke på "Min Docmap" og deretter "Arbeidslisten":



I din arbeidsliste finner du avviksmeldinger ved å klikke en av de markerte knapper



Aktuell oppgave hentes ved å klikke på blå tekst – oppgavenavnet.

### 3.2 Behandle avvik

- **Kontroller rett avvikstype.** Du kan endre mellom følgende typer, forbedringsforslag, avvik egen avdeling og avvik annen avdeling. Husk å trykk lagre. De andre typene må registreres på nytt.
- Kontroller og evt. korriger ansvarlig og/eller oppdagende enhet.
- Er avviket mottatt av korrekt leder? Om ikke kan avviket oversendes korrekt leder. Dette gjør du ved å endre lederens navn, klikke lagre og deretter OK.

- ✓ Finn navn på leder enten i nedtrekksmeny om du har gjort tidligere oppslag, eller ved å klikke på forstørrelsesglasset og søke opp via dette bildet. Når korrekt person er funnet klikker du på navnet

- Ledere vil kunne endre skjema ved saksbehandling i Docmap. Ett eksempel er når meldt hendelse har funnet sted i annen avdeling. Leder vil nå kunne endre avvikstype ved å klikke på nedtrekksmeny som vist:

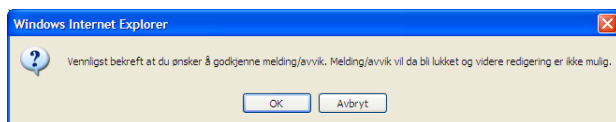
**NB: Husk da å lagre for å få fram endringene.**

- Saksbehandler kan benyttes om det er ønskelig for å hente inn vurdering/innspill.
- Du kan også velge å sende meldingen tilbake til forrige i arbeidsflyten ved å klikke på knappen "Forrige".
- Skal andre enn deg godkjenne avviksbehandlingen? Legg da inn godkjenner – søkes fram via forstørrelsesglasset eller via nedtrekksmenyen dersom du har gjort oppslag tidligere.
- NPR id skal fylles ut om dette ikke er gjort av melder i Pasienthendelsesskjema. Finnes i Dips F5 bildet
- "Lagre" knappen benyttes dersom du ikke er ferdig med å behandle hendelsen. Meldingen hentes senere fram ved å klikke på knappen "Min Docmap" og så arbeidsliste.
- Om du gjør endringer i avviket (endre avvikstype, endrer arbeidsflyt) klikker du "Lagre" knappen. Dette anbefales også etter at du har fylt ut sannsynlighet og konsekvens slik at du ser risikomatrisen.
- Om du vurderer å kunne sluttbehandle og lukke avviket klikker du på knappen som vist.

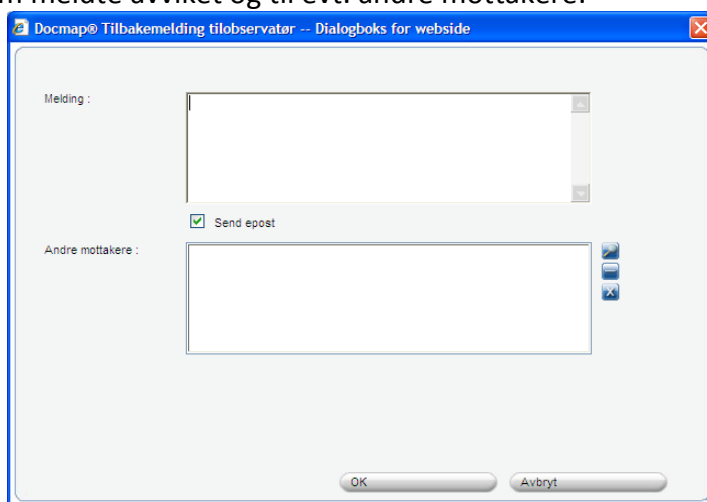




- Følgende melding kommer da på skjermen:



- Klikk OK.
- Du får så opp følgende dialogboks hvor du oppfordres til å skrive en tilbakemelding til den som meldte avviket og til evt. andre mottakere:



- Klikk på OK knappen.
- Du får bekreftet avviksbehandlingen. Avviket er nå lukket. Blå strekmarkering viser at avviket nå er lukket. Avviksmelder har fått link til avviket på e-post og kan lese om hvordan avviket ble behandlet.

### 3.3 Vurdering av risiko

Risikovurderinger på de ulike avvikshendelser kommer tydelig fram i saksbehandlingen, og vil være til hjelp ved ulike rapporter som kan benyttes i enhetenes kvalitetsforbedringsarbeide.

#### 3.3.1 Sannsynlighet

klassifiseres i følgende trinn:

- Svært liten: noe som skjer 1 gang hver 10 år
- Liten: noe som skjer 1 gang pr. år
- Middels: noe som skjer 1 gang pr. mnd.
- Stor: noe som skjer 1 gang pr. uke
- Svært stor: noe som skjer 1 x om dagen

Disse kategoriene vil i mange sammenhenger være vanskelig å benytte eksakt, men en må forsøke å være konsekvent gjennom analysen, slik at de forskjellige punktene i alle fall er vurdert riktig i forhold til hverandre.

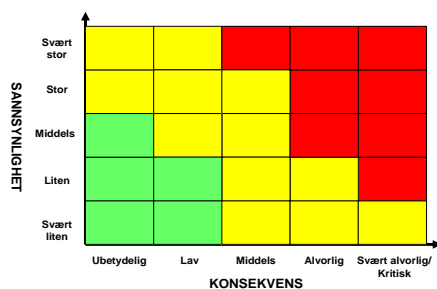
### 3.3.2 Konsekvenser

skal alltid vurderes ved hver trussel/hendelse:

- Tap av liv og helse, skade på miljø
- Tap av materielle verdier
- Tap av informasjon
- Tap av tid
- Tap av kompetanse
- Tap av omdømme, produksjon, kvalitet

Konsekvenser graderes på følgende måte:

- **Ubetydelig:** Minimale eller ingen skader.
- **Lav:** Små skader eller belastninger.
- **Middels:** Uheldige belastninger eller skader.
- **Alvorlig:** Skade på mennesker og miljø, og/eller alvorlige materielle skader
- **Svært alvorlig/kritisk:** Død eller svært alvorlig skade på mennesker og miljø



Risikomatriksen er delt inn i 3 områder etter risikograd:

- Grønt:** Tiltak er ikke nødvendig
- Gult:** Tiltak må vurderes
- Rødt:** Snarlige tiltak er nødvendig

### 3.4 Om avvik ønskes diskutert i et møte

- Du kan velge å diskutere avviksmeldinger i aktuelt møte. Velg da møtetype i nedtrekksmeny, sett inn dato for møtet.

#### Saksbehandling

Tas opp i følgende møte::

Dato for møte:  (dd.mm.åååå)

Møtekonklusjon:

- Avviket avventes lukket til du har fylt inn møtekonklusjon
- Du kan hente oversikt over saker til et bestemt møte ved i avviksmodulen klikke knappen "Utvidet søk":

Overskrift:

Avviksidentifikator:

Beskrivelse av avvik:

Og deretter ta fram siden kundetilpassede egenskaper. Anbefaler så å kombinere møtetype og dato for møte for best mulig oversikt.

### 3.5 Svare på etterspørring

Den som har avviket på sin arbeidsliste får følgende e-post



Avviket hentes fra e-posten eller arbeidslista. Gå inn i avviket og les etterspørringsmeldingen og se om det må svares ytterligere opp. Det er kun nærmeste leder eller saksbehandler som kan svare opp etterspørringen i deres kommentarfelt. Når nærmeste leder eller saksbehandler sitt kommentarfelt er utfyllt, trykker på "Send til neste".

Følgende spørsmål kommer opp ”Skal påfyllingsmelding sendes nå”, trykk ”ok”.

#### **4 Avviksmodul og høring**






Det vises til egen prosedyre: [PR0086 ”Høring i Docmap.](#)

## Pakkeforløps avviket ser slik ut for melder:




### Historikk

**Arbeidsflyt:** **Navn:** **Ferdig:** **Mottatt dato:** **Dato avsluttet:**  
 Melder: Kvalitetsleder, Sigurd Finne 20.10.2017







### Generelt

**Overskrift:** \*   
**Avvikstype:** Pakkeforløp avvik, HSYK  
**Identifikator:** 791056  
**Melder:** Kvalitetsleder, Sigurd Finne  
**Hendelsesdato:** \*   (dd.mm.åååå)  
**Klokkeslett for hendelse:**  (tt:mm)  
**Ansvarlig enhet:** \*    
**Oppdagende enhet:**    
**Vedlegg:**  [Navn](#)  [Beskrivelse](#)

### Hendelse

**Pakkeforløps fagområde:** \*    
**Årsaksforhold:** \*    
**NPR id nr. eller AMIS nr.:** \*   
**Hva skjedde, hvordan og hvorfor:** \*  

### Saksgang

**Nærmeste leder:** \*     
**Nærmeste leders kommentar:**  
**Saksbehandler:**     
**Saksbehandlers kommentar:**  
**Godkjenner:**     
**1. godkjenners kommentar:**

## Forløpskoordinator/melder:

1. Fyll inn **Overskrift**. La den være kort og beskrive hva som er årsaken, f.eks: manglende kapasitet eller pas ikke mottatt innkalling
2. Velg **Hendelsesdato**. Benytt datovelger knappen og velg datoen for når du oppdaget avviket i pakkeforløpet eller fare for avvik i pakkeforløpet.
3. Velg **avdelingsnavnet** som har ansvaret for avviket i pakkeforløpet, **Ansvarlig enhet**. Benytt kikkert knappen og let deg frem til ansvarlig avdeling/enhet. Er den ansvarlige avdelingen/enheten ved NLSH eller UNN så skal den søkes opp og velges her.

4. **Velg Pakkeforløps fagområde.** Her ligger alle fagområdene, velg den som gjelder for dette avviket.
5. **Velg Årsaksforhold.** Her ligger forhåndsdefinerte årsaksforhold, velg den årsaken som gjelder for dette avviket.
6. **Fyll inn NPR id nr.** Skriv inn NPR id nr. til pasienten som dette avviket gjelder.
7. **Skriv inn hva du har funnet ut i Hva skjedde, hvordan og hvorfor.** Her beskriver du hva som har skjedd, hvordan det skjedde og hvorfor det skjedde. **Eksempel:** Fristbrudd på 1 dag fra mottatt henvisning til pasientens første fremmøte i utredende avdeling på grunn av manglende kapasitet ved med. pol.
8. **Velg din Nærmeste leder.** Her velger du som vanlig din nærmeste leder.
9. **Dersom valgt ansvarlig enhet i pkt. 3 er NLSH, skal også feltet Saksbehandler fylles ut.** NLSH vil at Beate Sørslett skal velges her.
10. **Klikk på knappen Send til neste.** Her sendes avviket til din nærmeste leder etter å ha klikket **ok** i påfølgende dialogboks hvor du evt. også kan skrive inn en kommentar.

#### **Nærmeste leder:**

1. **Når nærmeste leder mottar Pakkeforløps avviket skal feltet Nærmeste leders kommentar fylles ut.** Her skal nærmeste leder kort skrive hvem man mener har ansvar fristbruddet, og be dem/avdelingen om å beskrive hva de kan gjøre/hvilke tiltak de kan sette i verk for at dette ikke skal skje igjen. *(Dersom ansvarlig avdeling er avdelingen til nærmeste leder her, må nærmeste leder selv beskrive disse tiltakene her. Da fylles ikke feltet saksbehandler ut).*
2. **Velg Saksbehandler.** Her skal nærmeste leder søke opp leder ved ansvarlig avdeling/enhet som ble fylt inn av melder/forløpskoordinator i pkt. 3 ovenfor. Dersom ansvarlig enhet er utenfor eget foretak må saksbehandler som velges være enten klinikkjef eller enhetsleder. For NLSH gjelder det at Beate Sørslett skal settes som saksbehandler.
3. **Velg Godkjenner.** Her skal nærmeste leder velge sin leder, områdesjef.
4. **Klikk på knappen Lagre**
5. **Klikk på knappen Send til neste.** Her sendes avviket til saksbehandler etter å ha klikket **ok** i påfølgende dialogboks hvor du evt. også kan skrive inn en kommentar.

#### **Saksbehandler:**

1. **Når saksbehandler mottar avviket fra nærmeste leder skal feltet Saksbehandlers kommentar fylles ut.** Her skal saksbehandler beskrive hva de kan gjøre/hvilke tiltak de kan sette i verk for at dette ikke skal skje igjen.
2. **Klikk på knappen Send til neste.** Her sendes avviket til godkjenner etter å ha klikket **ok** i påfølgende dialogboks hvor du evt. også kan skrive inn en kommentar.

#### **Godkjenner:**

1. **Når godkjenner mottar avviket skal feltet 1. godkjenners kommentar fylles ut.** Her skal godkjenner enten akseptere saksbehandlers forslag til løsning på avviket eller avslå det.
  - a. **Godkjenneres løsningsforslaget kan godkjenner skrive det evt. med en kommentar til et oppfølgingspunkt vedr. det for eksempel. Knappen Lukk avvik kan så klikkes på hvorpå godkjenner må bekrefte valget før avviket blir lukket.**

- b. Avslås løsningsforslaget klikker godkjenner på knappen **Send tilbake** og skriver inn en kommentar i **melding feltet** i dialogboksen før ok knappen klikkes på og avviket sendes tilbake til saksbehandler.

## Innhold

1 Hensikt.....	1
2 Omfang .....	1
3 Grunnlagsinformasjon .....	1
4 Arbeidsbeskrivelse .....	1
4.1 Hendelser som er meldepliktig .....	2
4.2 Hendelser som ikke er meldepliktig .....	2
4.3 Intern behandling av pasienthendelse .....	2
5 Andre meldeordninger .....	3
6 Referanser .....	3

### 1 Hensikt

Hensikten er læring, forbedring av pasientsikkerhet og sikre lovpålagt rapportering til HelseDirektoratet og andre myndigheter. Meldingene skal brukes for å avklare årsaker til hendelser og for å forebygge at tilsvarende skjer igjen.

### 2 Omfang

Prosedyren gjelder for alle ansatte i Helgelandssykehuset.

### 3 Grunnlagsinformasjon

Denne prosedyre er gjeldende for enhver hendelse som involverer konkret pasient, uavhengig av alvorlighetsgrad av hendelsen.

- Hendelsene skal meldes i avviksmodulen i Docmap under avvikstype Pasienthendelsesskjema Helgelandssykehuset, se [PR12311 Avvikshåndtering i Docmap](#).
- Hendelser skal også dokumenteres i pasientens journal. Identifikator nr. fra Docmap skal benyttes samt en kort beskrivelse av hendelsen.
- I de tilfeller hendelser og skal varsles etter §3-3a ([RL2016: Umiddelbar varsling til Statens helsetilsyn ved alvorlige hendelser i spesialisthelsetjenesten, §3-3a](#)) skal varselet også arkiveres i Arkivsystemet, se [link til Elements](#). Her lagres også eventuelle beskrivelser av situasjonen og foretakets involvering i saken. Dette for å sikre at nødvendig informasjon tilflyter de som skal ha slik informasjon (administrerende direktør, styreleder, medisinsk fagsjef i foretaket samt medisinsk fagdirektør i Helse Nord).

### 4 Arbeidsbeskrivelse

- Den som avdekker hendelsen skal straks og innen 24 timer registrere denne i Docmap. Hendelsen skal være knyttet opp mot en pasient, men uten at det benyttes personidentifiserende opplysninger utover det som fremgår av meldeskjema.
- Det er enhetsdirektør eller dennes stedfortreder som har ansvar for at det blir varslet på [www.Melde.no](#) om hendelsen. ([RL2016 Varsel om alvorlige hendelser, se kap. Hvor skal varsel sendes?](#))



#### **4.1 Hendelser som er meldepliktig**

- a) Hendelser som har ført til betydelig skade på pasient
- b) Forhold som kunne ha ført til betydelig skade på pasient
- c) Skade forvoldt av pasient på medpasienter eller andre personer

Se punkt 3c i denne prosedyren gjeldende §3-3 a meldinger og arkivering av slike.

#### **Eksempler på hendelser som har eller kunne ha ført til betydelig skade på pasienter:**

- a) Legemiddelhåndteringsfeil: eksempelvis feil dose, feil legemiddel, feil administrering, regnefeil, feiltolkning/utydelig kurve, seponert legemiddel blir gitt, manglende verifikasjon av pasient ved utdeling av legemidler etc.
- b) Fallskader når pasienten har fått betydelig skade
- c) Pasienter påført smitte under sykehusopphold
- d) Forsøk på suicid og suicid
- e) Organskade ved operative inngrep
- f) Uforsvarlig ventetid på videre undersøkelser og behandling
- g) Manglende oppfølging av prøvesvar med alvorlig patologi
- h) Komplikasjoner ved fødsler. I de tilfeller hvor både mor og barn er påført betydelig skade, herunder død, skal begge hendelsene registreres i Docmap
- i) Feil på medisinsk utstyr eller feil bruk

#### **Med betydelig skade menes bl.a.:**

- a) Skade som førte til død
- b) Skade der livreddende behandlingstiltak var nødvendig
- c) Skade som førte til mén som varte eller sannsynligvis vil vare mer enn 2 uker
- d) Skade som førte til forlenget eller uventet opphold i intensiv-, overvåknings- eller akuttavdeling
- e) Skade som førte til forlenget sykehusopphold
- f) Skade som førte til behov for ekstra behandling, rehabilitering eller lignende. Med ekstra behandling menes behandling som medførte ekstra belastning for pasienten
- g) Annen fysisk eller psykisk skade som vurderes som betydelig

#### **4.2 Hendelser som ikke er meldepliktig**

Skader innenfor normal risiko, skal ikke meldes. Med skader som ligger innenfor normal risiko menes skader som er utslag av en kjent risiko og som inntreffer til tross for at behandlingen m.v. på alle måter er korrekt faglig utført. Unntak er sjeldne komplikasjoner som medfører betydelig skade. Slike skader anses ikke å ligge innenfor normal risiko og skal derfor meldes. Tilsvarende skal kjente komplikasjoner som skyldes svikt i behandlingen meldes.

#### **4.3 Intern behandling av pasienthendelse**

Alle pasienthendelser skal sluttbehandles i linjen. Dette betyr at det er linjeledelsens ansvar å foreta risikovurderinger og planlegge/iverksette tiltak.

## 5 Andre meldeordninger

Nedenfor følger oversikt over de fleste melde- og rapporteringsordninger som gjelder uønskede pasientrelaterte hendelser. Det presiseres at **samme hendelse kan være meldepliktig til flere instanser**.

- Varsel om alvorlige hendelser til Statens helsetilsyn etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 a, se [RL2016 Umiddelbar varsling til Statens helsetilsyn ved alvorlige hendelser i spesialisthelsetjenesten](#).
- Melding til politiet om unaturlig dødsfall etter helsepersonelloven § 36, jf. forskrift om leges melding til politiet om unaturlig dødsfall o.l.
- Melding om svikt i medisinsk utstyr og elektromedisinsk utstyr til Helsedirektoratet etter lov om medisinsk utstyr § 11, se [PR10169 "Melding av uhell og ulykker vedrørende elektromedisinsk utstyr"](#).
- Melding om strålegivende utstyr til Statens strålevern etter [strålevernforskriften § 12](#).
- Melding om alvorlige bivirkninger og alvorlige uønskede hendelser hos blodmottakere og blodgivere meldes til blodbank som igjen melder til Helsedirektoratet etter [blodforskriften § 3-3 \(www.hemovigilans.no\)](#), se også lokale transfusjonsprosedyrer.
- Melding om alvorlig uønskede hendelser som skjer ved uttak, testing, prosessering, oppbevaring og distribusjon som kan påvirke kvaliteten og sikkerheten til celler og vev til Helsedirektoratet etter [celler og vev forskrift § 53](#).
- Melding om bivirkning av legemiddel til Statens legemiddelverk etter [Legemiddelforskriften § 10-6 \(www.legemiddelverket.no\)](#), se [PR4765 "Avvikshendelser i legemiddelhåndteringen"](#) og [SJ1026 Melding om bivirkninger ved bruk av legemidler \(inkl. naturlegemidler\) RELIS](#)
- Melding om smittsomme sykdommer til Folkehelseinstituttet etter forskrift om smittsomme sykdommer i helsetjenesten § 2-5 ([www.msis.no](#))
- Melding om helsetjenesteassosierte infeksjoner som oppstår under eller etter, og som følge av opphold i en helseinstitusjon til Folkehelseinstituttet etter [NOIS-registerforskriften](#)
- Melding om tap av narkotika og psykotrope stoffer mv. til Statens legemiddelverk etter [apotekforskriften § 33](#)

## 6 Referanser

- ✓ [LOV 1995-01-12 nr. 6: Lov om medisinsk utstyr](#)
- ✓ [FOR 2010-10-29 nr. 1380: Forskrift om strålevern og bruk av stråling](#)
- ✓ [FOR 2005-02-04 nr. 80: Forskrift om tapping, testing, prosessering, oppbevaring, distribusjon og utlevering av humant blod og blodkomponenter og behandling av helseopplysninger i blodgiverregistre](#)
- ✓ [FOR 2008-03-07 nr. 222: Forskrift om krav til kvalitet og sikkerhet ved håndtering av humane celler og vev](#)
- ✓ [FOR 2009-12-18 nr. 1839: Forskrift om legemidler](#)
- ✓ [FOR 2005-06-17 nr. 610: Forskrift om smittevern i helsetjenesten](#)
- ✓ [FOR 2005-06-17 nr. 611: Forskrift om innsamling og behandling av helseopplysninger i Norsk overvåkingssystem for infeksjoner i sykehustjenesten](#)
- ✓ [FOR 2001-02-26 nr. 178: Forskrift om apotek](#)
- ✓ [IS-2213 Pasienters, brukeres og nærmeste pårørendes rett til informasjon](#)

## 1. Hensikt

Skal gi kjennskap til hvordan vi gjennomfører hendelsesgjennomganger i Helgelandssykehuset, og hvordan en bør jobbe for å følge opp forslag til tiltak.

## 2. Omfang

Alle ledere, samt annet personell som er inkludert hendelsesgjennomganger.

## 3. Grunnlagsinformasjon

Intensjonen bak hendelsesgjennomganger er å få et helhetlig bilde av hendelsesforløpet som har ledet frem til en uønsket hendelse, identifisere rotårsaker og foreslå tiltak. Hendelsesgjennomgang bør gjennomføres av en gruppe personer som har inngående kunnskap om området som undersøkes. Målet er å identifisere risikoelementer i prosessene slik at arbeidet i fremtiden kan organiseres på en måte som reduserer sannsynlighet for at samme risiko oppstår igjen i fremtiden. Hendelsesgjennomgangen skal unngå personfokus og jakt etter «syndebukker».

## 4. Arbeidsbeskrivelse

Utgangspunktet for en hendelsesgjennomgang er en meldt uønsket hendelse, primært identifisert gjennom foretakets kvalitetssystem (Docmap). Hendelser med alvorlige utfall, og hendelser med kompliserte hendelsesforløp, vil ofte ha behov for en strukturert gjennomgang.

### 4.1 *Planlegging og oppstart*

Områdesjef, kan etter innspill fra andre personer i organisasjonen eller lokalt kvalitetsråd, initiere en hendelsesgjennomgang. Områdesjef har ansvaret for å velge ut relevant personell som skal delta i hendelsesgjennomgangen, samt frigjøre tid og ressurser til gjennomføringen. Som hovedregel er områdesjef leder for prosessen, men dette ansvaret kan delegeres til annet personell.

### 4.2 *Innhente informasjon*

Gruppen bør hente inn bred informasjon fra hendelsen. Dette kan være gjennomgang av relevant dokumentasjon, samt informasjon som er kommet frem etter samtaler med involverte parter. Informasjonen som kommer inn bør gjøres kjent for alle i gruppa, for å sikre at alle har felles oppfatning av hendelsesforløpet.

### 4.3 *Kartlegge hendelsesforløp*

Gruppen identifiserer hendelsesforløpet, med nødvendig detaljnivå. Forløpet beskrives så objektivt som mulig med nøkternt språk. Det skal være et tydelig fokus på å unngå skyldfordeling. Hendelsesforløpet bør beskrives skjematisk på en tidslinje, slik at isolerte hendelser kommer tydelig frem.

### 4.4 *Med fasit i hånd, hva gikk galt?*

Med den informasjon og oversikt som gruppen nå sitter med, identifiser feilhendelser som har bidratt til utfallet. Unngå verdiladede ord som «feil», «dårlig» ol. Funnene diskuteres i gruppen frem til en er kommet frem til en felles forståelse. Dersom dette ikke kan la seg gjøre kan alternative forløp dokumenteres.

## 4.5 Identifiser rotårsaker

Med utgangspunkt i identifiserte feilhendelser skal granskningsgruppen identifisere underliggende årsaker til at feilen oppstår. En enkel metode for å finne slike rotårsaker er «5 Hvorfor». Start med å spørre hvorfor feilhendelsen oppstår. Når svaret kommer, spør hvorfor igjen, osv. Etter hvert (sjelden mer enn fem ganger) vil svarene slutte å være meningsfulle, og man er da i nærheten av det som sannsynligvis er hendelsens rotårsak. En feilhendelse kan ha flere rotårsaker.

Identifiserte rotårsaker kan med fordel kategoriseres innenfor følgende årsakasområder:

Årsaksområde	Eksempel
Kommunikasjon og informasjon	<i>Pasient innlagt med spørsmål om trombolyse. I konfereringen med bakvakt ble viktige opplysninger enten ikke gitt, etterspurt eller oppfattet. Dette medførte at pasienten fikk trombolyse selv om pasienten hadde kontraindikasjoner.</i>
Utdanning, kompetanse og supervisjon	<i>Nyutdannet lege i spesialisering ble stående alene med å utføre prosedyre uten at legen hadde gjort prosedyren før.</i>
Omgivelser og organisering	<i>Somatisk og psykisk syk pasient innlagt i vanlig sengepost, adferd endret til truende og utagerende. Organisering av tjenesten viser manglende systemer for å ivareta sikkerhet for medpasienter og helsepersonell.</i>
Teknologi, utstyr og apparatur	<i>Teknisk feil i hjertestarter gjorde at pasienten ble gjentatte ganger utsatt for støt.</i>
Prosedyrer, rutiner og retningslinjer	<i>Prosedyren beskrev at medisinen skulle gis, men ikke at medisinen måtte gis på en spesiell måte (en kort testdose og deretter sakte infusjon).</i>

## 4.6 Identifiser tiltak

Tiltak bør rette seg inn mot rotårsakene som er funnet under granskningen.

## 4.7 Referat

Oppnevnt leder for hendelsesgjennomgangen har ansvaret for utarbeidelse av referat etter hendelsesgjennomgang, som presenteres i enhetens ledergruppe. Referatet arkiveres unntatt offentlighet jf. Fvl § 13 og Offl. §§ 13-14. Linjen beslutter tiltaksplan, og har ansvaret for å følge opp vedtatte tiltak.

## 5. Eksterne referanser

[Håndbok Risikoanalyse. Hendelsesanalyse: Håndbok for helsetjenesten \(IS-0583\)](#)

[Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i Helse- og omsorgstjenesten](#)

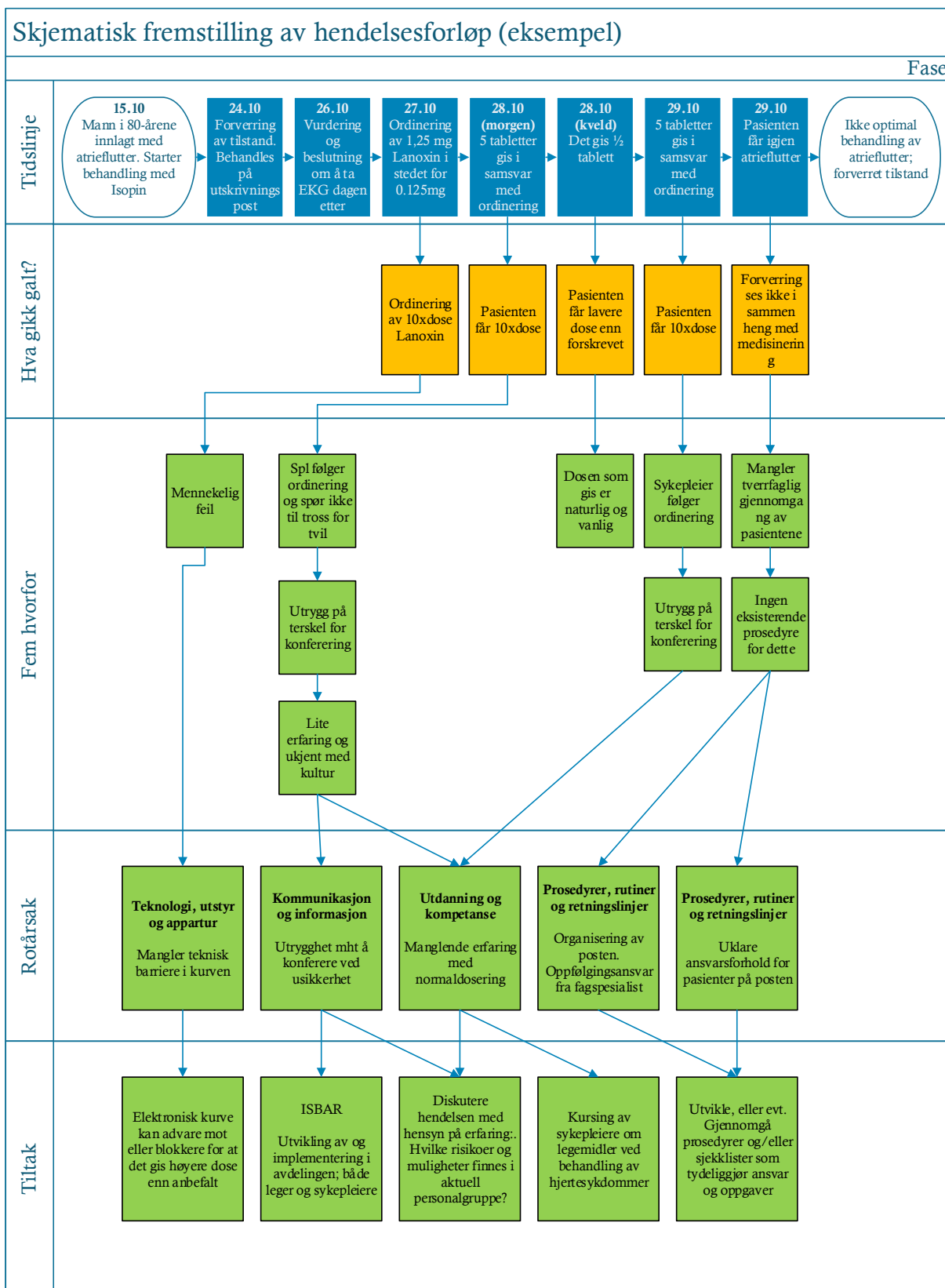
[Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i Helse- og omsorgstjenesten](#)

[Offentlighetsloven](#)

[Pasientrettighetsloven](#)

[Helsepersonell loven](#)

[Arbeidsmiljøloven](#)



## 1. Hensikt

Beskrive fasene i gjennomføring av hendelsesanalyse, fra oppstartmøtet til oppsummeringsmøtet.

Metoden har til hensikt å kartlegge forbedringsområder ved å identifisere bakenforliggende årsaker til alvorlige og uønskede hendelser og nestenuhell. Analysen skal gi kunnskap om hvordan og hvorfor hendelsen kunne skje, samt arbeide frem forslag til tiltak som skal forhindre at hendelsen gjentas.

## 2. Omfang

Prosedyren gjelder for alle hendelsesanalyser som gjennomføres ved Helgelandssykehuset. Hendelsesanalysens omfang, og rammer for gjennomføring, fastsettes i samarbeid mellom oppdragsgiver (enhetsdirektør), kvalitetsleder og analyseleder i oppdragsmøte.

## 3. Grunnlagsinformasjon

Hendelsesanalyse er en metode er beskrevet i håndbok fra Helsedirektoratet (IS-0583): «Risikoanalyse. Hendelsesanalyse: Håndbok for Helsetjenesten». Metoden er pålagt foretaket gjennom Oppdragsdokumentet 2016. Metoden inngår i foretakets styringssystem for ledelse og kvalitetsforbedring.

## 4. Arbeidsbeskrivelse

### 4.1 *Beslutning om hendelsesanalyse*

Enhetsdirektør fra enheten hvor hendelsen har funnet sted, melder hendelsen til foretakets ledermøte. Saken presenteres og det tas beslutning om gjennomføring av hendelsesanalyse. Kvalitetsleder informeres om beslutningen og gis myndighet til å starte analyseprosessen.

### 4.2 *Oppdragsmøte*

Hendelsesanalyse innledes med oppdragsmøte. Kvalitetsleder innkaller analyseleder, medisinsk fagsjef og oppdragsgiver til møtet. I oppdragsmøtet skal oppdrag og rammer for analysen avklares og skriftliggjøres. Oppdragsmøtet foreslår og beslutter kandidater til analyseteam. Kvalitetsleder oppretter sak i arkivsystem hvor oppdragsdokumentet lagres. Analyseleder sender ut informasjon om at det skal gjennomføres hendelsesanalyse til involverte kliniksjefer, senterledere og driftsleder lokalsykehus på aktuell lokasjon.

Oppdragsmøtet ledes av Kvalitetsleder eller den han delegerer møteledelse til.

### 4.3 *Planleggingsmøte*

Analyseleder innkaller analyseteam til planleggingsmøte. Møtet skal finne sted så raskt som praktisk mulig etter oppdragsmøtet. I møtet skriftliggjøres fremdriftsplan for analyse og ansvarsfordeling i analyseteam. Analyseleder skal sørge for følgende:

- Kontroll av habilitet i analyseteam.
- Etterlevelse av prosedyre for hendelsesanalyse.
- Fordele oppgaver i analyseteam.
- Lage fremdriftsplan i henhold til mal.
- Gjennomgang av hendelse i journal.
- Avklare hvem som skal innkalles til samtale for å belyse hendelsen (helsepersonell og eventuelt pasient/pårørende).

#### **4.4 Oppstartmøte**

Analyseleder leder innkaller ledere ved involverte avdelinger til oppstartmøte. Følgende elementer skal adresseres i møtet:

- Analyseleder orienterer om hva hendelsesanalyse er og hensikt med analysen.
- Representant fra analyseteam orienterer om hendelsen og bakgrunn for hendelsesanalyse.
- Analyseleder gjennomgår fremdriftsplan for analysen.
- Avklare omfang av samtaler med involvert helsepersonell og evt pasient/pårørende eller eksternt involverte avklares.
- Fastsette tidspunkt for gjennomføring av intervjuer

Informasjon til pasient, pårørende og eksternt involverte

- Leder ved enhet som er ansvarlig for oppfølging av pasient/pårørende skal informere disse om at det skal gjøres hendelsesanalyse for å kartlegge forbedringsområder der hvor analysen gjøres med bakgrunn i en spesifikk pasienthendelse.
- Dersom pasient/ pårørende involveres i datainnsamling skal leder informere pasient/pårørende før de inviteres til samtale med analyseteam for å belyse hendelsen.
- Der hvor det anses nødvendig for å belyse hendelse skal leder kontakte eksternt involverte og informere om hendelsesanalyse før de inviteres til samtale med analyseteam.

#### **4.5 Datainnsamling**

Analyseteamet gjør seg kjent med hendelsen og samler inn relevant data fra journalsystemet, kvalitetssystemet, og ved samtale med involverte parter. I tillegg kan analyseteamet gjennomføre befarig der hvor det anses hensiktsmessig for å belyse hendelsen samt innhente øvrig driftsdata der det anses som viktig for analysen.

#### **4.6 Bearbeide og analyse av data**

Innsamlet data bearbeides og organiseres kronologisk i en tidslinje som beskriver hovedpunkter med betydning for hendelsen.

Analyseteamet skal ikke være konkluderende, men ut fra hendelsen og innsamlede data gjøre seg refleksjoner om hendelsesforløp og mulige rotårsaker.

#### **4.7 Utforming av sluttrapport identifiserte forbedringsområder**

Analyseteamet utarbeider rapport etter [mal intern rapport hendelsesanalyse](#) som skal presenteres i tilbakemeldingsmøtet.

Hovedpunkter i rapporten skal inneholde:

- Tematikk som grunnlag for analysen.
- Analyseteamets medlemmer.
- Deltakere på tilbakemeldingsmøtet og oppsummeringsmøtet.
- Informasjonskilder som har vært benyttet i analysen.
- Lærings- og forbedringsområder.
- Avtale om videre oppfølging.
- Oppfølgingsplan som vedlegg.

Rapport etter hendelsesanalyse skal ikke distribueres per epost.

Rapporten lagres i arkivsystemet unntatt offentlighet (Offentlighetsloven §4) og distribueres til aktuelle ledere i arkivsystemet.

Identifiserte forbedringsområdene registreres i kvalitetssystemet, ansvar for lukking tillegges ledere.

Rapport presenteres for Kvalitetsutvalget. Statistikk over hendelsesanalyser, hvor forbedringsområdene tematisk fremstilles, inngår i rapport Ledelsens gjennomgang (LGG).

#### **4.8 Tilbakemeldingsmøte**

Analyseteamleder innkaller oppdragsgiver, kvalitetsleder, medisinsk direktør og andre berørte ledere til tilbakemeldingsmøte. Valgfri deltakelse fra analyseteam. Møteleder er analyseleder. Rapporten og forslag til tiltak presenteres i møtet. Tiltakslisten oversendes foretakets ledermøte for prioritering og oppfølging.

### **5. Link til eksterne referanser**

[Håndbok Risikoanalyse. Hendelsesanalyse: Håndbok for helsetjenesten \(IS-0583\)](#)

[Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i Helse- og omsorgstjenesten](#)

[Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i Helse- og omsorgstjenesten](#)

[Offentlighetsloven](#)

[Pasientrettighetsloven](#)

[Helsepersonell loven](#)

[Arbeidsmiljøloven](#)



## 1. Hensikt

Å sikre at pasienter opplever et godt organisert, helhetlig og forutsigbart forløp uten unødvendig ikke-medisinsk begrunnede forsinkelser i utredning, diagnostikk, behandling og rehabilitering. Pakkeforløpene gir forutsigbarhet og trygghet for pasienter og pårørende ved å sikre informasjon og brukermedvirkning. Standardiserte pasientforløp skal bidra til å heve kvaliteten på norsk kreftomsorg.

## 2. Omfang

Et pakkeforløp er et standardisert pasientforløp som beskriver organisering av utredning og behandling, kommunikasjon/dialog med pasient og pårørende, samt ansvars plassering og konkrete forløpstider. Ansvar for pakkeforløp er tillagt ansvarlig behandlende lege og pakkeforløpskoordinator. For utdyping av ansvaret vises til funksjonsbeskrivelsene for de ulike rollene.

**Forløpskoordinator** står sentralt i arbeidet med å sikre at utredningen av pasienter med mistanke om kreft foregår i forhold til gjeldende pakkeforløpsfrister. Koordinator inngår i en prosess fra pasienten er henvist til pakkeforløp/begrunnet mistanke om kreft oppstår, og til kreftmistanken er avkreftet eller behandlingen er startet.

Forløpskoordinator tilstreber at pasientene får timene til utredning og oppstart behandling innen gjeldende pakkeforløpsfrister. Ved viderehenvisning til annet helseforetak overvåker koordinatoren at henvisning blir snarlig vurdert, at pasienten blir satt opp på timer, og er i dialog med forløpskoordinator ved det respektive foretaket. Forløpskoordinator er pasientens kontaktperson.

Dersom noe er uklart vedr. behandling av pakkeforløpspasienter, ta kontakt med forløpskoordinator ved kirurgisk poliklinikk (både gjeldende medisinske og kirurgiske pasienter) per telefon (75125402/75125410) eller via intern melding i DIPS Arena (FELLES Kontor pakkeforløp/kreft Mo i Rana)

**Behandlende lege(r)** har det overordnede ansvaret for planlegging av utredningen: bestilling av undersøkelser, informere pasient evt. pårørende om funn og videre plan, sende henvisning til andre avdelinger og helseforetak, henvisning til MDT-møter og plan om videre oppfølging etter avsluttet pakkeforløp. For å sikre prioritet av undersøkelser og henvisninger skal det av lege tydelig framgå at pasienten er i ett pakkeforløp for kreft.

## 3. Grunnlagsinformasjon

Viser til [Nasjonal veileder](#) for de 28 pakkeforløpene:

- Akutt leukemi <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/akutt-leukemi>
- Blærekreft <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/blaerekreft>
- Brystkreft <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/brystkreft>

- Bukspyttkjertelkreft <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/bukspyttkjertelkreft>
- Diagnostisk pakkeforløp <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/diagnostisk-pakkeforlop-for-pasienter-med-uspesifikke-symptomer-pa-alvorlig-sykdom-som-kan-vaere-kreft>
- Eggstokkreft <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/eggstokkreft>
- Føflekkreft <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/foflekkreft>
- Galleveiskreft <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/galleveiskreft>
- Hjernekreft <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/hjernekreft>
- Hode-halskreft <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/hode-halskreft>
- Kreft hos barn <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/kreft-hos-barn>
- Kreft i skjoldbruskjertelen <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/kreft-i-skjoldbruskjertelen>
- Kreft i spiserør og magesekk <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/kreft-i-spiseror-og-magesekk>
- Kronisk lymfatisk leukemi (KLL) <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/kreft-i-spiseror-og-magesekk>
- Livmorhalskreft <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/livmorhalskreft>
- Livmorkreft <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/livmorkreft>
- Lungekreft <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/lungekreft>
- Lymfomer <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/lymfomer>
- Metastaser med ukjent utgangspunkt <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/metastaser-med-ukjent-utgangspunkt>
- Myelomatose <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/myelomatose>
- Nevroendokrine svulster <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/nevroendokrine-svulster>
- Nyrekreft <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/nyrekreft>
- Peniskreft <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/peniskreft>
- Primær leverkreft <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/primaer-leverkreft>
- Prostatakreft <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/prostatakreft>
- Sarkom <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/sarkom>
- Testikkelkreft <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/testikkelkreft>
- Tykk- og endetarmskreft <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/tykk-og-endetarmskreftoversikt-pakkeforlop-UNN>
  - [PR55397«Prosedyre pakkeforløp tykk- og endetarmskreft HSYK Mo i Rana»](#)

## 4. Arbeidsbeskrivelse

Prosessansvaret for pakkeforløpet ligger hos utredende lege. Overordnet ansvar for koordineringen og koding av pasientforløpet ligger hos forløpskoordinator. Pakkeforløpskodene indikerer gitte måletidspunkt i forløpet. Koding av pakkeforløp for kreft skal så langt det er mulig kodes i «sanntid».

### 4.1 Inngang pakkeforløp

Fastlege, avtalespesialist og sykehuslege kan henvise til pakkeforløp.

#### 4.1.1 Henvisning mottas

- Hvis merket pakkeforløp:  
Personell som ivaretar innkomne henvisninger skriver inn merknad «Pakkeforløp» i feltet «Adm. merknad» i henvisningsbildet og hastemerker henvisningen før den sendes til vurdering.
- Hvis ikke merket pakkeforløp:  
Dersom det kommer tydelig frem av henvisningen at dette er en pakkeforløpshenvisning, men den tekniske markeringen er uteglemt, skal feltet «Henvisers hastegrad» oppdateres med «Pakkeforløp».

Dersom innholdet i henvisningen gir mistanke om at dette er en kreftutredning skal det i feltet «Adm. Merknad» i henvisningsbildet markeres «Mistanke om pakkeforløp?»

#### 4.1.2 Henvisning vurderes

Legen som mottar henvisning til vurdering, vurderer henvisningen som pakkeforløp ved å velge «Pakkeforløp» i feltet «Diagnosegruppe» i henvisningsbildet. Lege bør fylle ut feltet «Tentativ diagnose».

#### 4.1.3 Henvisning til oppfølging

Sekretær ved inntakskontor mottar henvisning til oppfølging. Lege som vurderer henvisning informerer forløpskoordinator om pasienten, type pakkeforløp og startdato for begrunnet mistanke ved å sende intern melding. Pasienten settes opp på time, kontaktes og innkalles etter vanlige rutiner.

For registrering av koder vises det til [PR34399 Kodeveiledning - pakkeforløp kreft](#).

Dersom begrunnet mistanke for malignitet oppdages i spesialisthelsetjenesten, skal ansvarlig lege journalføre dette og informere om pasienten til forløpskoordinator (via intern melding eller muntlig).

### 4.2 Utredning

Ved pakkeforløpsutredning skal histologiresser merkes Cito og pakkeforløp. Røntgenrekvisjoner merkes pakkeforløp.

Henvisninger til undersøkelser som skal utføres ved annet helseforetak må også markeres pakkeforløp.

Dersom videre utredning/behandling skal overføres til et annet helseforetak, skal det opprettes viderehenvisning til det respektive sykehus hvor dette tydelig framgår pakkeforløp for kreft.

Viser til Nasjonal Veileder (Punkt 3. Grunnlagsinformasjon) hvor utredning for hvert pakkeforløp er spesifisert.

### 4.3 Behandling

Pasienten planlegges inn til behandling på bakgrunn av beslutning i MDT-møte (multidisiplinært team-møte/tverrfaglig møte). Forløpskoordinator følger opp beslutningen administrativt.

På MDT-møte avgjøres det hvem som gir pasienten informasjon om konsensus og hvor behandlingen skal foregå.

Ekstraordinær avslutning av pakkeforløp

Hvis pakkeforløpet avsluttes direkte av andre årsaker enn at det gjøres en klinisk beslutning, skal det kodes AxxX. Dette er forløpskoordinators ansvar.

#### **4.4 Oppfølging**

Behandelnde avdeling har ansvar for videre oppfølging av pasienten.

### **5. Kontroll av koding**

NPR sender ut månedlige rapporter over koding i pakkeforløp. Se [PR39320 - Håndtering av NPR tilbakemeldinger Pakkeforløp kreft](#). Rapportene gjennomgås av forløpskoordinator og koding korrigeres.

Alle typer fristbrudd innen pakkeforløp registreres i eget skjema og sendes månedlig til områdesjef for kirurgi og medisin. Dette for å tydeliggjøre flaskehalsen. Ved fristbrudd på total forløpstid skrives det avviksmelding med årsaksforhold til ansvarlig enhet.

### **6. Feilkilder**

Det kan være vanskelig å fange opp pasienter i pakkeforløp, spesielt ved øyeblikkelig hjelp, samt henvisninger fra private spesialister og andre helseforetak der henvisningen ikke er merket pakkeforløp.

På grunn av tekniske utfordringer med pasientjournalssystemet hos enkelte legekantor er det ikke mulig å merke henvisningen som pakkeforløp.

### **7. Eksterne referanser**

[PR34399 Kodeveiledning - pakkeforløp kreft](#)

[PR39320 - Håndtering av NPR tilbakemeldinger Pakkeforløp kreft](#)

**Forløpskoordinatorer: Eva Kristoffersen og Marit Sommereth**

**Tif.: 751 25402**

**Intern melding i DIPS Arena: «FELLES Kontor pakkeforløp/kreft Mo i Rana»**

### **Start pakkeforløp:**

- Ved mottatt henvisning i spesialisthelsetjenesten skal legen som mottar henvisning til vurdering, vurderer henvisningen som pakkeforløp ved å velge «Pakkeforløp» i feltet «Diagnosegruppe» i henvisningsbildet
  - På bakgrunn av anamnese i henvisning skal aktuell undersøkelse bestilles med markering/hastegrad pakkeforløp for kreft.
- Dersom begrunnet mistanke for malignitet oppdages i spesialisthelsetjenesten, skal ansvarlig lege journalføre dette
- Forløpskoordinator skal informeres om ny pasient i pakkeforløp
  - Hvilken type pakkeforløp
  - Startdato for pakkeforløpet (når begrunnet mistanke oppstod)

### **Utredning:**

- Skjer på bakgrunn av mottatt henvisning og i tråd med nasjonal veileder i pakkeforløp for tykk- og endetarmskreft.
- Avkrefte mistanke for malignitet, skal det journalføres at pakkeforløp for kreft avsluttes.
- Ved biopsitaking avventes fortrinnsvis histologisvar fra coloskopi/rektoskopi før pasienten meldes til MDT-møte. Ved mikroskopisk sikker cancer kan pasienten meldes i forkant av histologisvar.
- Ved mistanke om **rectumcancer**:
  - Utføre rektoskopi (dersom kun coloskopi er gjort)
  - Send viderehenvisning til NLSH: utredning- og behandlingsansvaret overføres til NLSH
  - Rekvirere MR bekken/rectum ved NLSH Bodø
  - NLSH utfører også rektoskopi, - tilstrebes å samkjøre dette med time til MR (derav viktig at viderehenvisning sendes når MR bestilles).
  - Bodø melder videre selv pasienten til MDT-møte
- Ved mistanke om **coloncancer**:
  - Coloskopi / rektoskopi
  - Lab
  - CT thorax/abdomen/bekken, evt. annen bildediagnostikk
  - Pasienten meldes til MDT-møte

### **MDT-møte ved NLSH Bodø:**

- Hver torsdag kl. 14:30, via Skype (samme link for påmelding hver gang). Booket eget rom hvor flere kan delta.
- Frist for oppmelding onsdag innen kl. 11.

<b>Oppgave:</b>	<b>Lege:</b>	<b>Forløpskoordinator:</b>
Opprette MDT-notat (eget skjema/frase)	X	
Melde pasient til NLSH Bodø (Kopierer MDT-notat, sender som EDI. Kontakter NLSH for å sikre oppmeldingen)		X
Opprette CT-DEMO i Sectra (med utgangspunkt i MDT-notat)		X
Deltar på MDT-møtet	X	X
Informasjon om konsensus til pasient	X	
Ferdigstille MDT-notatet med konsensus fra møtet	X	

## Innhold

1. Hensikt.....	1
2. Omfang.....	1
2.1 Hvem prosedyren gjelder.....	1
2.2 Definisjon av alvorlig og utilsiktet pasienthendelse.....	1
3. Arbeidsbeskrivelse.....	2
3.1 Involvert helsepersonells ansvar.....	2
3.2 Leders ansvar (bakvakts ansvar) .....	2
3.2.1 Informasjon til pasient.....	2
3.3 Informasjon til pårørende .....	3
3.4 Melding og varsling av hendelsen.....	3
3.4.1 Håndtering av melding om hendelsen og informasjon .....	3
4. Oppfølging etter hendelsen.....	4
4.1 Kontakt med Helsetilsynet. ....	4
4.2 Oppfølging av personell .....	5
4.3 Sikre at hendelsen er gjenstand for læring lokalt .....	5
4.4 Annet .....	5
5. Eksterne referanser.....	6

## 1. Hensikt

Å gi kortfattet oversikt over:

- Håndtering av pasienter, pårørende og involverte helsepersonell ved alvorlige og utilsiktede pasienthendelser.
- Korrekt varsling av alvorlige og utilsiktede pasienthendelser.

## 2. Omfang

### 2.1 Hvem prosedyren gjelder

Helsepersonell og ledere involvert ved alvorlige og utilsiktede pasienthendelser.

### 2.2 Definisjon av alvorlig og utilsiktet pasienthendelse

Alvorlig og utilsiktet hendelse som har oppstått ved helsehjelp eller ved mangel på helsehjelp, og som krever ytterligere overvåkning, behandling eller sykehusinnleggelse, eller som har dødelig utgang. Avdelinger skal ha oversikt over varsel Helsetilsynet etter spesialisthelsetjenesteloven §3-3a.

### 3. Arbeidsbeskrivelse

Arbeidsbeskrivelsen beskriver hvem som har ansvar for hvilke oppgaver. Ansvar kan verken deles eller delegeres. Utføringen av oppgavene kan delegeres, men ansvaret er uendret.

#### 3.1 Involvert helsepersonells ansvar

- Iverksette tiltak for å korrigere hendelsen umiddelbart.
- Kontakte ansvarlig leder og avklare hvem som varsler videre. På hverdag innenfor fast arbeidstid er det ansvarlig leder som sikrer punktene. Utenom denne tiden vil det være bakvakt som har ansvar for virksomheten og den videre varslingen.
- For inneliggende pasient:
  - Kontakte ansvarlig lege og bakvakt der pasienten har tilhørighet umiddelbart, dersom vedkommende ikke allerede er involvert.
- For poliklinisk pasient:
  - Kontakte behandlingsansvarlig

Viser også til [gjeldende rutiner ved UNN for dødsfall hos pasient](#).

#### 3.2 Leders ansvar (bakvakts ansvar)

Ansvaret for oppgavene under er i utgangspunktet tillagt leder. Avdelinger kan ha skriftlige rutiner der dette ansvaret er gitt til andre (som bakvakt)

- Samle behandlingsteamet snarest for å gå gjennom det som skjedde.
- Dokumentere ved å journalføre klokkeslett, hva som hendte og hvem som var til stede.
- Informere pasient og pårørende. Se pkt 3.2.1 og pkt 3.2.2 i tekst under.
- Melde hendelsen og snarest informere nærmeste leder. Se 3.2.3 i tekst under

Ansvaret for oppfølging av pasient og pårørende tilligger moderavdeling. Dersom det er uavklart hvor dette er, må det umiddelbart avklares. Ansvar for oppfølging av personell ligger i linjeledelsen. For pasientforløp som krysser klinikkgrenser bør det samarbeides.

##### 3.2.1 Informasjon til pasient

Dette kan gjøres ved at bakvakt informerer selv eller ved at bakvakt delegerer oppgaven til annet helsepersonell.

Pasient skal snarest informeres om at vedkommende har blitt påført en skade eller en alvorlig komplikasjon. Dette innebærer at det gis:

- Beklagelse
- Informasjon om skaden
- Hva som gjøres for å rette opp/lindre skaden
- Hvordan pasienten eller brukeren skal forholde seg videre.

Pasienten skal få informasjon om årsaken til hendelsen dersom dette er klart eller informeres om hva UNN vil gjøre for å kartlegge årsaksforholdene nærmere.

Pasienten skal informeres om mulighet til:

- Bistand og råd fra Pasient- og brukerombudet (tlf. 77 75 10 00)
- Søke erstatning hos Norsk Pasientskadeerstatning ([www.npe.no](http://www.npe.no))



- Anmode tilsynsmyndigheten om vurdering av eventuelt pliktbrudd ([www.fylkesmannen.no/troms](http://www.fylkesmannen.no/troms) eller [www.fylkesmannen.no/nordland](http://www.fylkesmannen.no/nordland))
- Rettigheter og klager, helsetilsynet: <https://www.helsetilsynet.no/rettigheter-klagemuligheter>

Informasjon bør gis så tidlig som mulig ut fra pasientens eller nærmeste pårørendes forutsetninger og tilpasses situasjonen. Dersom informasjon utelates eller tenkes gitt på et senere tidspunkt, bør årsaken til dette dokumenteres i pasientjournalen. Informasjonen kan gis ved møte, muntlig eller skriftlig. Hvilken informasjon som er gitt skal dokumenteres i journal.

Helsepersonell har lovpålagt plikt til å gi pasienter og pårørende informasjon. Dette fremgår av [Helsepersonelloven § 10](#) og [Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2](#). Se også Helsedirektoratets veileder «[Pasienters, brukeres og nærmeste pårørendes rett til informasjon ved skade eller alvorlige komplikasjoner](#)».

### **3.3 Informasjon til pårørende**

Leder har ansvar for dette (bakvakt på kveld/natt).

Dersom pasienten samtykker skal nærmeste pårørende informeres om den aktuelle hendelsen. Dersom pasienten ikke har samtykkekompetanse skal pårørende informeres på samme måte som pasienten. Dersom en pasient dør og utfallet er uventet i forhold til påregnelig risiko, har pasientens eller brukerens nærmeste pårørende rett til informasjon så langt taushetsplikten ikke er til hinder for dette, jf. [Pasient og brukerrettighetsloven § 3-2 og 3-3](#). Se også [informasjonsskriv](#) fra Helsedirektoratet.

Ved dødsfall varsles pårørende snarest, se egen prosedyre [Dødsfall pasient PR21782](#)  
Telefonnummer til lokal prest fås hos vakthavende sykehusprest (kontaktes via sentralbordet).

### **3.4 Melding og varsling av hendelsen**

#### **3.4.1 Håndtering av melding om hendelsen og informasjon**

Nærmeste leder er ansvarlig for at informasjon til pasient og pårørende er gitt. Nærmeste leder [behandler avviksmeldingen](#) i det interne kvalitetssystemet.

#### **Alvorlige pasienthendelser som medførte eller kunne ført til betydelig skade på pasienter**

- Meldes internt ved å fylle ut [Pasienthendelsesskjema](#)
- Klinikksjef informerer direktør og fagsjef. Direktør informerer styreleder.

#### **Alvorlige hendelser med dødsfall eller betydelig skade på pasienten**

- Meldes som beskrevet over.
- Avdelingsleder og klinikksjef informeres umiddelbart. Det er klinikksjefs plikt å varsle hendelsen til Helsetilsynet umiddelbart. Se [egen prosedyre for varsling etter spesialisthelsetjenesteloven §3-3a](#).

**Enkelte hendelser skal meldes andre instanser i tillegg til melding som beskrevet over:**

#### **Unaturlig dødsfall (dødsfall som er plutselige, uventede eller forårsaket av feil, forsømmelse, uhell)**

- Politiet varsles umiddelbart (tlf 02800), jf. [Helsepersonelloven §36](#).

### Medikamentbivirkninger

- Meldes Regional legemiddelinformasjonscenter ([www.relis.no](http://www.relis.no)), jf. [Legemiddelforskriften §10-11](#).

### Varsling av suicid

- Særskilt registrering ved selvmord: Alle selvmord fra og med 1. januar 2018 skal registreres i nasjonalt kartleggingssystem hvis personen har hatt kontakt med psykisk helsevern eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling siste år før dødsfallet. Lenke til kartleggingssystemet: <https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/nssf/kartleggingssystemet/registrering/>

### Alvorlige hendelser innenfor fagområde psykisk helsevern

- I psykisk helsevern skal alle hendelser knyttet til pasienter underlagt tvungent psykisk helsevern, samt inneliggende pasienter under frivillig vern, og som varsles etter Spesialisthelsetjenestelovens § 3-3a, også sendes med kopi til leder av aktuell Kontrollkomisjon v/leder til orientering.
- Pasientens identitet gjøres kjent ved neste møte i kommisjonen, gjen nom tilgang til journal.

### Feil blod transfundert og transfusjonsreaksjoner

- Kontakt Blodbanken umiddelbart på øhjelpstelefon:

	<u>Dagtid, man-fredag</u>	<u>Helg, kveld og natt</u>
TROMSØ	(776) 26285	(776) 26287, calling: 70063/98163
HARSTAD	(770) 15180/15181	(770) 15864
NARVIK	(0)76 96 82 36	(0) 76 96 82 34, calling: 624

- Se pkt. 6 i [PR29709 Transfusjonsrutiner](#) for mer informasjon.

### Relatert til uttak og bruk av humane celler, vev og organer hos donor eller pasient

- Meldes nasjonalt meldingsregister for celler og vev på [www.cellerogvev.no](http://www.cellerogvev.no), jf. [Forskrift om håndtering av humane celler og vev §52](#)

### Svikt på medisinsk og elektromedisinsk utstyr, inkludert ulykker og unormale hendelser ved medisinsk strålebruk

- Se [egen prosedyre](#). Ved feil på medisinsk og elektromedisinsk utstyr, så skal dette stå urørt.

## 4. Oppfølging etter hendelsen

### 4.1 Kontakt med Helsetilsynet.

Helsetilsynet tar telefonisk kontakt med kontaktperson få dager etter hendelsen for nærmere muntlig redegjørelse. Det anbefales at leder sammen med behandlingsansvarlig sammen redegjør for Helsetilsynet.

#### Oppfølging av pårørende

Ansvarlig leder eller vedkommende denne har delegert til, tar telefonisk kontakt og inviterer til møter.

Intensjonen er å gi nødvendig informasjon og støtte.

De pårørende skal informeres om eventuelle varslinger som er eller skal gjøres (som Helsetilsyn og politi) og videre saksgang innen foretaket. Informasjon om NPE, bistand fra Pasient- og brukerombudet og navngitt personale som kan kontakte.

Flere møter kan være nødvendig og kontakten avsluttes når man finner det hensiktsmessig. Det betyr at vi skal ta aktivt initiativ til oppfølging av pårørende. Det anbefales å være to i oppfølging av pårørende hvorav en er behandlingsansvarlig.

Dersom hendelsen er varslet etter §3-3a skal pasienten tilbys møte så snart som mulig og senest ti dager etter hendelsen. Ved dødsfall eller at pasienten ikke er kontaktbar som følge av den alvorlige hendelsen skal nærmeste pårørende tilbys tilsvarende møte. Det skal dokumenteres at møtet er avholdt. Det er utarbeidet skriftlig informasjon som kan gis pasienten eller pårørende, se «[Informasjon til pasienter og pårørende etter varsel til Helsetilsynet](#)».

## **4.2 Oppfølging av personell**

Ansvar for oppfølging av personell ligger i linjeledelsen. Nærmeste leder i linje plikter å følge opp ansatte etter hendelsen.

## **4.3 Sikre at hendelsen er gjenstand for læring lokalt**

Nærmeste leder er ansvarlig for at hendelsen tas opp i førstkommende komplikasjonsmøte for å sikre læring og å gi kollegial støtte til involvert helsepersonell. Dersom hendelsen involverer helsepersonell fra flere fagområder kan disse inviteres. Det journalføres at hendelsen ble lagt frem anonymisert i komplikasjonsmøte.

Nærmeste leder orienterer ledelsen ved andre involverte avdelinger.

Nærmeste leder vurderer hvilke tiltak som skal gjøres for å kartlegge årsaksforholdene nærmere.

Ved alle alvorlige hendelser, varslet etter spesialisthelsetjenestelovens §3-3a, gjennomføres hendelsesanalyse ([RL6397](#)). I UNN kan to ulike former for analyse benyttes:

[Forenklet hendelsesanalyse](#): Klinikksjefen er ansvarlig for iverksettelse av forenklet hendelsesanalyse og utpeker leder og referent i egen klinikk.

[Fullverdig analyse](#) vurderes dersom hendelsen er kompleks, uoversiktlig og/eller involverer mange klinikker. Det kan også vurderes dersom forenklet hendelsesanalyse avdekker behov for ytterligere kartlegging for å se nærmere på årsaksforhold.

Fagsjef beslutter gjennomføring av fullverdig hendelsesanalyser. Klinikksjef kontakter fagsjef for å vurdere metode. Fullverdig analyse ledes av erfaren analyseteamleder tilknyttet Fag- og kvalitetssenteret.

## **4.4 Annet**

Klinikksjef plikter til å varsle alvorlige hendelser med dødsfall eller betydelig skade på pasient til Helsetilsynet så snart som mulig, se [egen prosedyre for varsling etter spesialisthelsetjenesteloven §3-3a](#).

- Benytt portalen [www.melde.no](http://www.melde.no) (Google Chrome eller firefox)
- Informer Administrerende direktør ved UNN og Medisinsk fagsjef ved UNN på epost/telefon.

Rutiner for saksbehandling av pasientskadesaker er beskrevet i [PR16991](#).

Kvalitets- og utviklingssenteret har ansvar for at pasienthendelser og §3-3a varsler diskuteres i Pasientsikkerhetsutvalget for å understøtte oppfølgingen i aktuelle enhet og læring på tvers.

## 5. Eksterne referanser

- [Blodforskriften. F04.02.2005 nr. 80](#)
- [Forskrift om håndtering av humane celler og vev. F07.12.2015 nr. 1430](#)
- [Helsepersonelloven L02.07.1999 nr. 64](#)
- [Helsepersonelloven med kommentarer. Rundskriv IS-8/2012](#)
- [Legemiddelforskriften. F11.11.2016 nr. 1310](#)
- [Pasient- og brukerrettighetsloven](#)
- [Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer](#)
- [Pasienters, brukeres og nærmeste pårørendes rett til informasjon ved skade eller alvorlige komplikasjoner. IS-2213 Helsedirektoratet 2015](#)
- [Spesialisthelsetjenesteloven L02.07.1999 nr. 61](#)
- [Spesialisthelsetjenesteloven med kommentarer. Rundskriv IS-5/2013](#)

## Generelle krav/forutsetninger for å utføre tykktarmskreftkirurgi

(fra Kreftkirurgi i Norge - 2015)

Struktur	Kommentar	Status	Tiltak
Kvalitetsarbeid er en integrert del av kirurgisk virksomhet og er et lederansvar		Oppfylt	
Kirurg og anestesilege må være tilgjengelig 24 timer i døgnet i sykehus som utfører kreftkirurgi		Oppfylt	
Sykehus som utfører kreftkirurgi må ha god anestesi, postoperativ -og intensivtjeneste		Oppfylt	
Vikarbruk bør unngås og systematisk vikarbruk er ikke akseptabel faglig plattform for kreftkirurgi	Se nedenfor		
Ved vikarbruk bør det benyttes faste vikarer	Tilstrebes	Oppfylt for kreftkirurgi?	
Vikarens kompetanse må kontrolleres		Oppfylt	
Utdanning av nye spesialister må være bærekraftig	Oppfylt generell kir. Gastrokirurgi avh. av spesialistkomp.	Oppfylt?	
Bemanning må være slik at faglig fordypning, opplæring og kvalitetsarbeid i avdelingen sikres	Lederansvar	Oppfylt?	
Kirurger må holde seg faglig oppdatert		Oppfylt	
<b>Pasientbehandling</b>			
Handlingsprogrammene med retningslinjer for kreftbehandling skal følges		Oppfylt	
Pakkeforløp for kreft skal etterleves ved hvert sykehus som behandler kreftpasienter		Følges opp	
Alle pasienter som skal opereres for kreft skal vurderes i tverrfaglige møter med deltakelse av minimum kirurg, onkolog, radiolog og med tilgang til patolog		Oppfylt	
Kirurgen skal informere pasienten preoperativt om operasjonsmetode, de vanligste komplikasjonene og forventet resultat		Oppfylt	
Kirurgen skal informere pasienten om ulike operasjonsmetoder og		Oppfylt. Kvalitetssikres?	

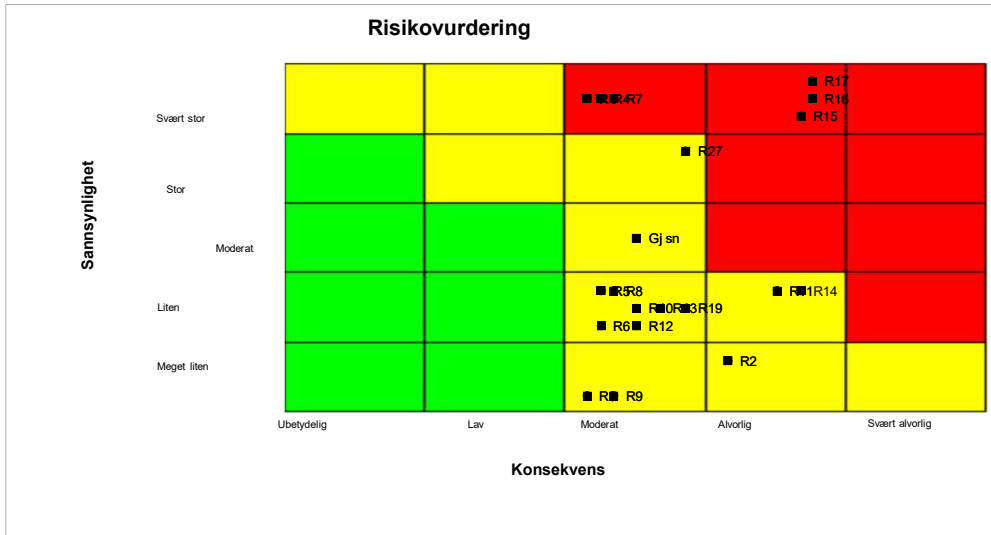
fordeler og ulemper ved disse der det finnes alternativer. Pasienten skal i samarbeid med kirurgen ta endelig beslutning om valg av metode			
Pasienten skal ha samtale med kirurgen postoperativt		Oppfylt	
<b>Kvalitetsforbedrende arbeid</b>			
Komplett registrering til de nasjonale kvalitetsregistrene under Kreftregisteret må sikre		Kvalitetssikres	
Merkantilt personell ved sykehuset bør øremerkes til registrering i nasjonale kvalitetsregistre		Kvalitetssikres	
Rutiner for avviksmeldinger må standardiseres og samordnes for ens praksis i sykehusene		Intern prosedyre	
Resultater fra kvalitetsregistrene, avviksmeldinger, NPE- saker, og Helsetilsynssaker må brukes aktivt og integreres i avdelingens daglige kvalitetsarbeid		Kvalitetssikres	
Meldinger til andre nasjonale komplikasjonsregistre bør bli obligatorisk	Nordgast	Kvalitetssikres	
Monitorering og dokumentasjon av egne resultater som grunnlag for forbedring		Kvalitetssikres	
Kvalitetsregistre må være av en slik kvalitet og robusthet at de kan offentliggjøres og være egnet til å sammenlikne sykehus	Egne registre?		

Robusthetskrav for lokalisasjon av tarmkreftkirurgi ved to steder				Risiko- vurdering		Risiko- nivå
				S	K	
<b>Gjnsn risiko for målet:</b>				3	3	Middels
Risiko nr	Kritiske suksessfaktorer	Risiko for manglende måloppnåelse	Eksisterende tiltak/ merknad til risikoen	S	K	Risiko- nivå
R1	Minst tre spesialister i gastroenterologisk kirurgi	Manglende rekruttering. Trenger 6 spesialister	Pt. ikke oppfylt. Pr i dag er det 1 gastrokirurg i full stilling (Ssj) samt en i 90 % permisjon (Ssj). En søknad om godkjenning (MIR). Iverksette tiltak for å få generelle kirurger ansatt i foretaket godkjent. Rekruttere eksterne. Interne kandidater tilbake etterhvert. Rekruttere interne LIS 2/3. Svært lite sannsynlig med tre spesialister på to steder.	5	3	Høy
R2	Intensivenhet med døgntilbud	Ikke intensivavdeling	Oppfylt	1	4	Middels
R3	Regelmessige tverrfaglige møter, min. ukentlig med kirurg, onkolog, patolog, forløpskoordinator	Ikke MDT-møter	Oppfylt. MDT-møter	1	3	Middels
R4	Spesialist i gastroenterologisk kirurgi i døgnerberedskap	Manglende rekruttering	Ikke oppfylt, se R 1. Vil kreve to parallelle vaktlinjer	5	3	Høy
R5	Patologiservice tilgjengelig	Ikke tilgjengelig patolog	Patolog tilgjengelig pr. telefon og deltar på MDT-møter der operasjonssted avgjøres	2	3	Middels
R6	Urolog tilgjengelig	Ikke tilgjengelig urolog	Pt ikke på stedet. De som trenger urolog peroperativt selekteres til UNN/NLSH. Kan sende pas videre ved evt. postoperative problemer. Tilgjengelig tlf/telematikk. Vil finnes ved én lokasjon i nye HSYK	2	3	Middels
R7	Utdanningsfunksjon i gastrokirurgi	Bortfall av spesialistutdanning	Søkt om godkjennig for 58 av 106 læringsmål. Avhengig av 2 x 2 spesialist i gastrokir.	5	3	Høy
R8	Dedikert onkolog	Ikke dedikert onkolog	Pt. ikke oppfylt. Onkolog deltar i MDT-møter. Rekruttering av onkolog HSYK. «Egne» onkologer ved NLSH/UNN	2	3	Middels
R9	Sikker logistikk til avd. som utreder og behandler levermetastaser	Bortfall av sikker logistikk	Oppfylt.	1	3	Middels
R10	Deltakelse i forskningsnettverk innen sykdomsgruppen	Manglende deltakelse	Oppfylt, men vanskeligere å danne fagmiljø med deltakelse fra to mindre enheter	2	3	Middels
R11	Anvendelse av nasjonale retningslinjer	Ikke etterlevelse av nasjonale retningslinjer	Oppfylt, men fragmentering er en ulempe. Vanskelig at alle skal være oppdatert på alt	2	4	Middels
R12	Komplett rapportering til nasjonalt register	Manglende /incomplert rapportering	Oppfylt, men vanskeligere under mindre forhold	2	3	Middels
R13	Rapportering til Norgast	Manglende /incomplert rapportering	Oppfylt, men vanskeligere under mindre forhold	2	3	Middels
R14	Praktisering av ERAS	Manglende/ufullstendig praktisering av ERAS	Oppfylt. Jfr. felles prosedyrer.	2	4	Middels
R15	Min. størrelse opptaksområde ca. 100 000	Opptaksområde < 100 000	Ikke oppfylt.	5	4	Høy
R16	Min. antall operasjoner pr avdeling: 30	< 30 operasjoner pr avdeling	Kan oppfylles ved sentralisering til én lokasjon	5	4	Høy
R17	Min. antall operasjoner pr kirurg: 15	< 15 operasjoner pr kirurg	Kan oppfylles ved sentralisering til én lokasjon og færre kirurger opr. tarmkreft	5	4	Høy
R18						
R19	Felles prosedyrer inkl. MDT-møter	Manglende prosedyrer.	Oppfylt gjennom rapporten, vanskeligere med flere enheter	2	3	Middels
R20	Seleksjonskriterier	Manglende seleksjonskriterier	Forslag i rapporten	1	4	Middels
R21	Øyeblikkelig hjelp	Ikke rutiner for ø.hjelp håndtering	Forslag til prosedyre i rapporten	2	4	Middels
R22	Kontinuerlig kvalitetsarbeid	Manglende kvalitetsarbeid	Tiltak i rapporten, litt vanskeligere med flere enheter	2	4	Middels
R23	Hospitering	Manglende hospitering	Forslag i rapporten. Vanskeligere økonomisk, bl.a. ved innleie	4	3	Middels
R24	Spesialistutdanning	Manglende spesialistutdanning	Søkt godkjenning for gastrokirurgi. 58 av 106 læringsmål i HSYK. Avtaler med UNN og NLSH. Vanskeligere enn ved ett sted	5	3	Høy
R25	Spesialistutdanning	Manglende spesialistutdanning	Generell kirurgi, har godkjenning for 3,5 år. Uendret.	1	4	Middels
R26	Samarbeid internt	Manglende / dårlig samarbeid	Beskrivelse av tiltak i rapporten	4	3	Middels
R27	Samarbeid regionalt	Manglende rutiner for regionalt samarbeid	Forslag på tiltak i rapporten	4	3	Middels

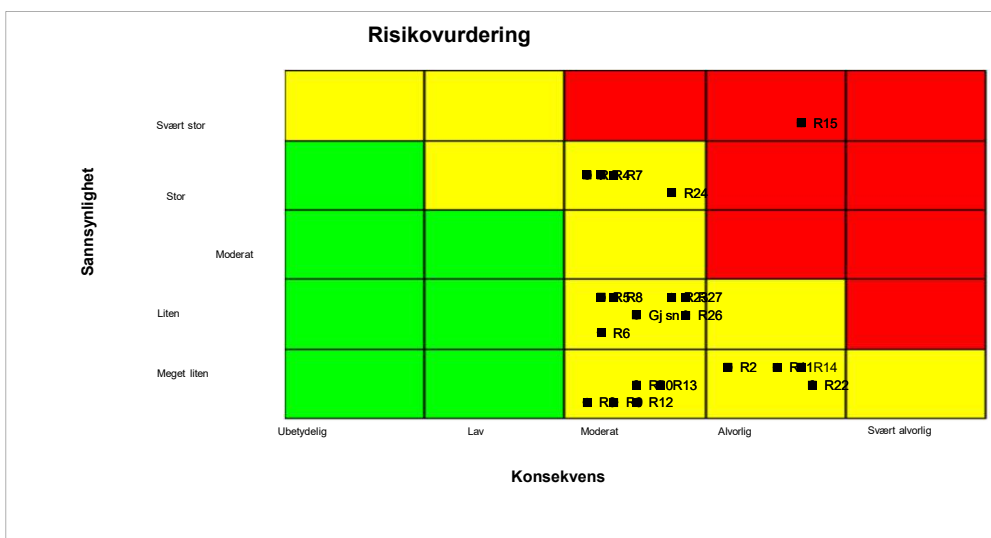
Robusthetskrav for lokalisasjon av tarmkreftkirurgi ved ett sted				Risiko- vurdering		Risiko- nivå
				S	K	
				Gjenn risiko for målet:		
				2	3	Middels
Risiko nr	Kritiske suksessfaktorer	Risiko for manglende måloppnåelse	Eksisterende tiltak/ merknad til risikoen	S	K	Risiko- nivå
R1	Minst tre spesialister i gastroenterologisk kirurgi	Manglende rekruttering. Trenger 3 spesialister	Pt. ikke oppfylt. Pr i dag er det 1 gastrokirurg i full stilling (Ssj) samt en i 90 % permisjon (Ssj). En søknad om godkjenning (MiR). Iverksette tiltak for å få generelle kirurger ansatt i foretaket godkjent. Rekruttere eksterne. Interne kandidater tilbake etterhvert. Rekruttere interne LIS 2/3.	4	3	Middels
R2	Intensivenhet med døgntilbud	Ikke intensivavdeling	Oppfylt	1	4	Middels
R3	Regelmessige tverrfaglige møter, min. ukentlig med kirurg, onkolog, patolog, forløpskoordinator	Ikke MDT-møter	Oppfylt. MDT-møter	1	3	Middels
R4	Spesialist i gastroenterologisk kirurgi i døgnberedskap	Manglende rekruttering	Ikke oppfylt. Se R 1.	4	3	Middels
R5	Patologiservice tilgjengelig	Ikke tilgjengelig patolog	Patolog tilgjengelig pr. telefon og deltar på MDT-møter der operasjonssted avgjøres	2	3	Middels
R6	Urolog tilgjengelig	Ikke tilgjengelig urolog	Pt ikke på stedet. De som trenger urolog peroperativt selekteres til UNN/NLSH. Kan sende pas videre ved evt. postoperative problemer. Tilgjengelig tlf/telematikk. Vil finnes ved én lokasjon i nye HSYK	2	3	Middels
R7	Utdanningsfunksjon i gastrokirurgi	Bortfall av spesialistutdanning	Søkt om godkjenning for 58 av 106 læringsmål. Avhengig av 2 spesialist i gastrokir. Avhengig av delmål 1	4	3	Middels
R8	Dedikert onkolog	Ikke dedikert onkolog	Pt. ikke oppfylt. Onkolog deltar i MDT-møter. Rekruttering av onkolog HSYK. «Egne» onkologer ved NLSH/UNN	2	3	Middels
R9	Sikker logistikk til avd. som utreder og behandler levermetastaser	Bortfall av sikker logistikk	Oppfylt.	1	3	Middels
R10	Deltakelse i forskningsnettverk innen sykdomsgruppen	Manglende deltakelse	Oppfylt	1	3	Middels
R11	Anvendelse av nasjonale retningslinjer	Ikke etterlevelse av nasjonale retningslinjer	Oppfylt.	1	4	Middels
R12	Komplett rapportering til nasjonalt register	Manglende /inkomplett rapportering	Oppfylt.	1	3	Middels
R13	Rapportering til Norgast	Manglende /inkomplett rapportering	Oppfylt.	1	3	Middels
R14	Praktisering av ERAS	Manglende/ufullstendig praktisering av ERAS	Oppfylt. Jfr. felles prosedyrer	1	4	Middels
R15	Min. størrelse opptaksområde ca. 100 000	Opptaksområde < 100 000	Ikke oppfylt.	5	4	Høy
R16	Min. antall operasjoner pr avdeling: 30	< 30 operasjoner pr avdeling	Kan oppfylles ved sentralisering til én lokasjon	1	4	Middels
R17	Min. antall operasjoner pr kirurg: 15	< 15 operasjoner pr kirurg	Kan oppfylles ved sentralisering til én lokasjon og færre kirurger opr. tarmkreft	2	4	Middels
R18						
R19	Felles prosedyrer inkl. MDT-møter	Manglende prosedyrer.	Oppfylt gjennom rapporten	1	3	Middels
R20	Seleksjonskriterier	Manglende seleksjonskriterier	Forslag i rapporten	1	4	Middels
R21	Øyeblikkelig hjelp	Ikke rutiner for ø.hjelp håndtering	Forslag til prosedyre i rapporten	2	4	Middels
R22	Kontinuerlig kvalitetsarbeid	Manglende kvalitetsarbeid	Tiltak i rapporten	1	4	Middels
R23	Hospitering	Manglende hospitering	Forslag i rapporten	2	3	Middels
R24	Spesialistutdanning	Manglende spesialistutdanning	Søkt godkjenning for gastrokirurgi. 58 av 106 læringsmål i HSYK. Avtaler med UNN og NLSH	4	3	Middels
R25	Spesialistutdanning	Manglende spesialistutdanning	Generell kirurgi, har godkjenning for 3,5 år	1	4	Middels
R26	Samarbeid internt	Manglende / dårlig samarbeid	Beskrivelse av tiltak i rapporten, faglig samarbeid er bra	2	3	Middels
R27	Samarbeid regionalt	Manglende rutiner for regionalt samarbeid	Forslag på tiltak i rapporten	2	3	Middels



## Robusthetskrav for lokalisasjon av tarmkreftkirurgi ved to steder

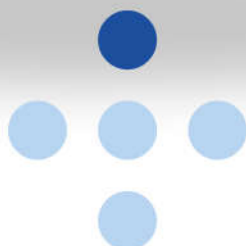


## Robusthetskrav for lokalisasjon av tarmkreftkirurgi ved ett sted



# Rekruttering og stabilisering

Regional handlingsplan 2020-2024



## HELSE I NORD, DER VI BOR

Både helseforetakene og kommunene i nord strever med å tiltrekke seg helsepersonellet de trenger. Denne handlingsplanen inneholder en rekke tiltak som skal gjøre denne jobben litt lettere.

*Handlingsplanen er først og fremst et verktøy for ledere og HR-personell i møte med rekrutteringsutfordringene*

Endringer i behov og tilgang på kvalifisert personell gjør at vi må jobbe langsiktig med rekruttering og stabilisering. Det viktigste enkelttiltaket er å sikre tilstrekkelig utdanningskapasitet i regionen. Helse Nord, kommunene og utdanningsinstitusjonene må sammen fremskrive behovet og tilpasse utdanningstakten deretter. Behovet for nye yrkesgrupper og arbeidsdelingen mellom yrkesgrupper må også vurderes.

Alle beslutninger om rekruttering og stabilisering skal skje med pasienten i fokus. Det skal i hovedsak rekrutteres til faste deltidsstillinger for å redusere vikarbruk, overtid og uønsket deltid. Ved bruk av vikar- og rekrutteringstjenester skal gjeldende rammeavtaler benyttes.

Rekrutteringsprosessene påvirker omdømmet. Derfor skal all rekruttering gjøres i tråd med lov og avtaleverk, og i henhold til Helse Nords visjon, strategi, verdier og mål. All rekruttering fra utlandet skal skje i samsvar med WHO's internasjonale retningslinjer for etisk rekruttering av helsepersonell.

Planen er utviklet av det regionale nettverket for rekruttering og stabilisering som består av representanter fra de fire sykehusforetakene og det regionale helseforetaket. Helse Nords HR-sjefer har ansvaret for revisjon og oppdateringer ved behov.



### Definisjoner:

- Med **kompetanse** menes kunnskap, ferdigheter, erfaringer og egenskaper
- Med **rekruttering** menes tilførsel av rett kompetanse
- Med **strategisk rekruttering** menes langsiktig og helhetlig tilførsel av kompetanse i tråd med definerte strategier og mål
- Med **rekrutteringsmetodikk** menes metoder og handlinger for å identifisere kompetansebehovene, og tiltrekke og selektere denne kompetansen
- Med **arbeidsmarkedet** menes både egne ansatte og det eksterne markedet, inkludert passive og aktive kandidater
- Med **omdømme** menes inntrykkene og oppfatningene arbeidsmarkedet har av arbeidsplassen. Dette kalles gjerne også **employer brand**
- Med **omdømmebygging** menes å skape inntrykk av at virksomheten er en attraktiv arbeidsplass. Dette kalles også for arbeidsgiverprofilering eller **employer branding**

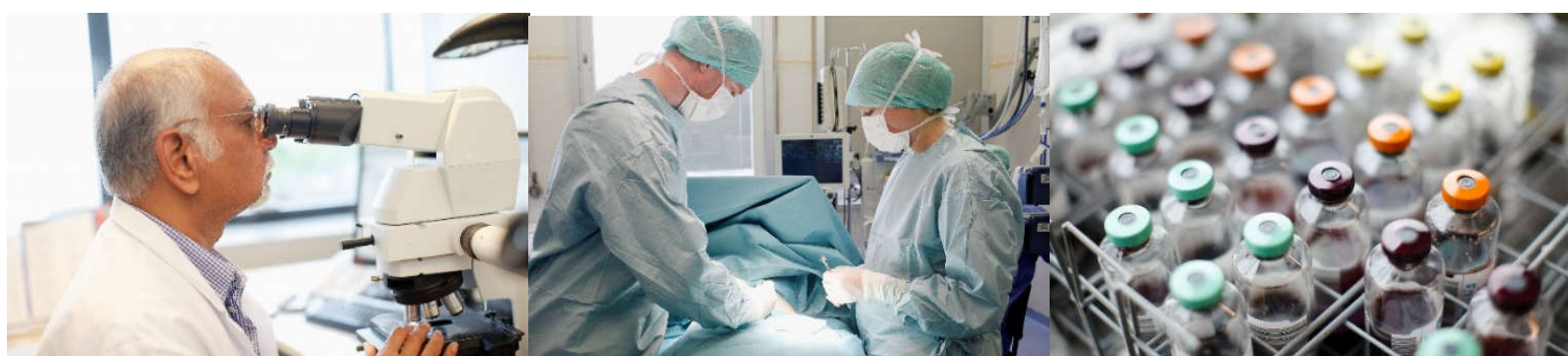


## Strategiske mål for rekruttering og stabilisering

- **Utdanne og rekruttere** nok helsepersonell til å dekke **landsdelens behov**
- **Stabilisere fagmiljøene** gjennom **gode og utviklende arbeidsmiljø**
- Være en **attraktiv arbeidsgiver** som gir **god faglig og personlig utvikling**

### Helse Nord vil:

- Utarbeide en mer enhetlig praksis for å analysere og beskrive **framtidige bemanningsbehov**
- Arbeide for økt **utdanningskapasitet** i landsdelen tilpasset fremtidige behov
- Tilby en **fullverdig og fullstendig utdanning** i langt de fleste legespesialitetene
- Videreutvikle **desentraliserte utdanningsmodeller**
- Legge til rette for økt bruk av **teknologistøttet opplæring og simulering**
- Styrke arbeidet med **kariereveiledning og langsiktig kompetanseutvikling** av de ansatte
- Utvikle Kompetansemodulet til å bli et **komplett IKT-verktøy** for planlegging, utvikling og dokumentasjon av kompetanse
- Øke mulighetene for **faglig utvikling** og deling av kompetanse gjennom fagnettverk
- Bidra til **godt arbeidsmiljø og pasientsikkerhet** ved å etterspørre og legge til rette for kontinuerlig forbedring, kvalitetsfremmende tiltak, faglig stimulerende oppgaver og muligheter for forskning og innovasjonsarbeid.



Helse Nord består av seks helseforetak. Fire av dem er sykehusforetak, som gir pasientbehandling. I tillegg har vi sykehusapotek som leverer medisiner til helseforetakene og er åpent for publikum, og Helse Nord IKT som drifter og forvalter våre felles IKT-systemer.



# Helse Nords rekrutteringsstrategier

1. PROFESJONALISERING AV REKRUTTERING
2. INFORMASJON OG MARKEDSARBEID
3. STABILISERENDE ORGANISASJON
4. UTDANNING OG KOMPETANSEUTVIKLING



*Pasientene skal bli møtt med rett kompetanse til rett tid og foretrekke undersøkelse og behandling i Helse Nord*

## REKRUTTERINGSSTRATEGIER

### Profesjonalisering av rekruttering

Styrke ledere og utvikle kompetanseledelse

Styrke samarbeid

Tilpasse, forankre og styrke rekrutteringskompetansen

Innarbeide onboardingprogram

### Kommunikasjon og markedsarbeid

Proaktiv rekruttering

Omdømmebygging

Profilering

Medarbeiderne som ambassadører

### Stabiliserende organisasjon

Beholde kompetanse

Utvikle kompetanse

Avvikle kompetanse

### Utdanning og kompetanseutvikling

Sikre rett og tilstrekkelig kompetanse

Tilby attraktive læringsarenaer

Sikre lokale og regionale utdanningstilbud

Kvalitet, trygghet og respekt



# REGIONAL HANDLINGSPLAN

## 1. PROFESJONALISERING AV REKRUTTERING

### Styrke ledere og utvikle kompetanseledelse

1. Forbedre lederstøtten i rekrutteringsprosesser
2. Styrke opplæringen i kompetanseledelse og rekruttering
3. Årlig kartlegging og rapportering av fremtidige kompetansebehov til foretaksledelsen
4. Sette fremtidige kompetansebehov jevnlig på agendaen i ledermøter

### Tilpasse, forankre og styrke rekrutteringskompetansen

1. Tilpasse prosessene og videreutvikle rekrutteringsveilederen i tråd med ulike behov
2. Innarbeide Regional handlingsplan for rekruttering og stabilisering i øvrige planer
3. Anerkjennelse rekruttering som et eget fagfelt og profesjonalisere rekrutteringskompetansen
4. Utvikle og anvende rekrutteringsteam med spesialisert kompetanse

### Styrke samarbeid

1. Styrke samarbeid internt i foretakene mellom HR, kommunikasjon og utdanning
2. Forbedre kvaliteten, utvikle og dele kompetanse i Regionalt nettverk for rekruttering og stabilisering
3. Styrke samarbeidet med eksterne aktører og dra nytte av samarbeidspartnere

### Innarbeide onboardingprogram

1. Utarbeide og iverksette planer for inkludering av alle nyansatte
2. Gjennomføre velkomstprogram for mestring, rolleavklaring, sosial integrering og kulturforståelse
3. Utvikle og anvende mentor- og fadderordninger for nyansatte



## 2. KOMMUNIKASJON OG MARKEDSARBEID

### Proaktiv rekruttering

1. Jobbe kontinuerlig og langsiktig med rekruttering og omdømmebygging, også mellom ledighet
2. Øke kunnskapen om de ulike målgruppene og faktorer som påvirker valg av utdanning og jobb, inkludert faktorer som fremmer mobilitet
3. Aktivt oppsøke kandidater og studenter, følge dem tett opp og ivareta deres behov
4. Opprette avdelingsvise/klinikkvise nettsider rettet mot arbeidsmarkedet og prioriterte yrkesgrupper

### Profilering

1. Bruke annonseringsmidlene på det som har dokumentert effekt og tilpasse innsatsen i hvert enkelt rekrutteringstilfelle
2. Publisere på de digitale plattformene målgruppa benytter

### Omdømmebygging

1. Identifisere og kommunisere arbeidsoppgaver, og arbeidsplassens identitet. Innholdet skal være attraktivt, troverdig og kommuniserbart
2. Synliggjøre gode resultater bedre og fortelle de gode historiene
3. Styrke samhandlingen mellom HR og kommunikasjon om stillingsmarkedsføring og employer branding
4. Synliggjøre lokale tilbud og muligheter i samarbeid med kommuner og næringsliv

### Medarbeiderne som ambassadører

1. Skape større forståelse for at medarbeiderne er de viktigste ambassadørene
2. Oppfordre til kollegarekruttering og deling av kampanjer i medarbeidernes egne nettverk



### 3. STABILISERENDE ORGANISASJON

#### Beholde kompetanse

1. Bruke pasientsikkerhet- og medarbeiderundersøkelser til forbedringer som stabiliserer
2. Styrke arbeidet for inkluderende arbeidsliv og god livsfasepolitikk
3. Styrke karriereveiledningen og synliggjøre karriereveier bedre
4. Bruke insentiver for å beholde kompetanse

#### Utvikle kompetanse

1. Styrke fagmiljøene
2. Etablere og opprettholde fagnettverk
3. Legge til rette for livslang faglig og personlig utvikling
4. Bruke Kompetansemodulet aktivt til utvikling og dokumentasjon av kompetanse

#### Avvikle kompetanse

1. Håndtere og avvikle overflødig kompetanse
2. Gjennomføre strukturerte sluttsamtaler
3. Holde kontakt med avgått personell/pensjonister mtp. nye jobbmuligheter

### 4. UTDANNING OG KOMPETANSEUTVIKLING

#### Sikre rett og tilstrekkelig kompetanse

1. Utarbeide langsiktige utdannings- og kompetanseplaner
2. Samarbeide om tilpasninger i utdanningskapasitet i regionen
3. Tildel og følge opp individuelle kompetanseplaner
4. Legge til rette for økt samhandling mellom helseforetakene om kompetanse
5. Kartlegge behovet for etter- og videreutdanning
6. Finansiere tilstrekkelig antall utdanningsstillinger

#### Tilby attraktive læringsarenaer

1. Tilby attraktive praksisplasser
2. Styrke veiledningskompetansen
3. Legge til rette for hospitering og utveksling
4. Øke antall læreplasser og ansette flere etter endt læretid
5. Tilby traineeordninger
6. Legge bedre til rette for forskning og innovasjon
7. Tilby studenter vikariat og deltidsstillinger
8. Tilby kombinerte stillinger i samarbeid med utdanningsinstitusjonene

#### Sikre lokale og regionale utdanningstilbud

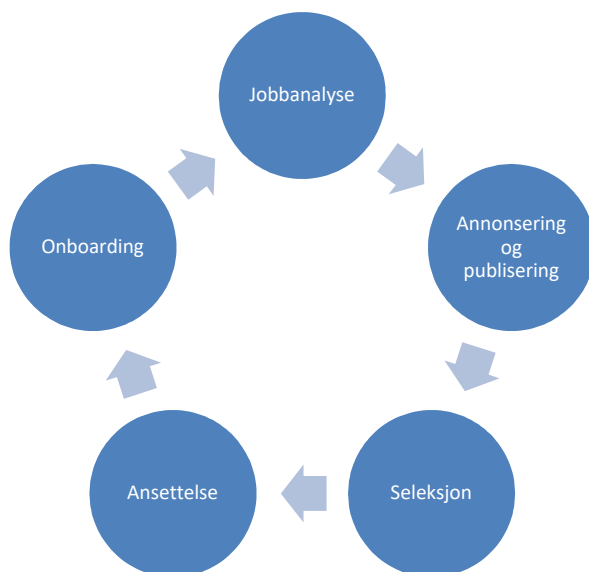
1. Styrke samarbeidet med utdanningsinstitusjonene
2. Tilpasse innholdet i utdanningene til fremtidig kompetansebehov
3. Sikre tilstrekkelig kapasitet på praksisplasser i regionen
4. Arbeide for desentraliserte utdanninger



## REGIONAL REKRUTTERINGSVEILEDER

Den regionale rekrutteringsveilederen beskriver det operative arbeidet som skal gjennomføres i en rekrutteringsprosess, delt inn i fem delprosesser. Foretakene gjør lokale tilpasninger innenfor rammene i veilederen.





Figur 1 Rekrutteringsprosessen i fem trinn

### 1. Jobbanalyse

Jobbanalysen er selve grunnsteinen i rekrutteringsprosessen. Gjør du en god jobb her øker sjansene for å få rett person på rett plass. Første steg er en helhetlig vurdering av kompetansebehovet, og alternative måter å dekke dette behovet på. Dersom rekruttering av ny medarbeider er beste løsning skal det utarbeides en jobbanalyse og en kompetanseprofil. Deretter velger man en egnet metode for å måle denne kompetansen.

### 2. Annonsering og publisering

Målgruppe defineres utfra kompetanseprofilen. Annonseinnhold (tekst/bilder/video) utvikles og publiseres der du treffer og skaper interesse i målgruppen. Måltrettet publisering i digitale medier, inkludert sosiale medier, gir vanligvis best effekt.

### 4. Seleksjon

Søknadsbehandling, intervju, referansesjekk, testing/case. Innstilling og tilbud. Nærmeste leder er ansvarlig for seleksjon. Gjøres i samarbeid med tillitsvalgte.

### 5. Ansettelse

Tilbud og avklaringer av betingelser og vilkår med valgt kandidat. Skriftlig tilbud og signering av arbeidsavtale. Informasjon og tilbakemelding til alle kandidater. Saken avsluttes i Webcruiter.

### 6. Onboarding

En vellykket rekruttering er gjennomført når den nytilsatte er integrert på arbeidsplassen og i fullt arbeid. Onboardingsprosessen starter i det øyeblikket du har valgt en ny medarbeider. Opplevelsen av god kontakt, et godt velkomstprogram som skaper mestring, rolleavklaring, sosial integrering og kulturforståelse er de viktigste suksessfaktorene. Tildeling av en individuell kompetanseplan som følges opp i utviklingssamtaler, er et av flere gode verktøy i denne prosessen.





## Arbeidsmiljø i Helgelandssykehuset – en rapport til intern saksforberedelse



- ***Utfordringer og oppfølging av arbeidsmiljø fra januar 2020 til februar 2021, foranlediget av tarmkreftkirurgisaken i Helgelandssykehuset***

## 1. Innhold

1. Innhold.....	2
2. Utarbeidelse og behandling av denne rapporten .....	3
3. Oppsummert .....	3
4. Foranledning.....	4
5. Aktiviteter og system for arbeidsmiljøutvikling i Helgelandssykehuset.....	5
6. Fakta knyttet til HMS-arbeidet:.....	6
7. Styrevedtak om arbeidsmiljø i 2020.....	11
8. Vurdering av situasjonen:.....	12
9. Planlagte tiltak ivaretagelse av personell og kommunikasjon -tarmkreftkirurgisaken .....	12
10. Ekstraordinære tiltak.....	13
11. Hva viser arbeidet oss?.....	13
12. Veien videre – forslag til tiltak.....	14
13. Vedlegg .....	18

## 2. Utarbeidelse og behandling av denne rapporten

Dette arbeidet er ledet av dir. for org&adm, med bistand av HR v/team arbeidsmiljø.	23.2.21
Dokumentet er presentert for vernetjenesten (FTVO og HVO) i deres ukentlige møte 23.2.21 (uformelt møte). Det ble invitert til å komme med umiddelbare muntlige innspill i møtet. Dette er uformelle innspill, som org&adm.dir og team arbeidsmiljø kan bruke i utarbeidelse av rapporten. Rapporten er basert egne funn og vurderinger, og den formelle behandlingen fra vernetjenesten vil komme gjennom behandling i AMU.	23.2.21
Orientering om rapporten i sykehusledelsen Vedtak om tiltak Sykehusledelsen vedtok følgende: <i>Sykehusledelsen vedtar tiltakene foreslått i vedlagte rapport pkt. fra og med 12.1.1 til og med 12.1.6.</i> <i>Sykehusledelsen ber enheter og staber om å rapportere tilbake på tiltakene i 12.1.2 og 12.1.3 gjennom AMR og AMU innen 1.5.21.</i>	2.3.21
Sykehusledelsen tilføyde to tiltak i pkt 12.1.1 – satt inn med blått. Rapporten gjennomgås mtp offentlighet. Meroffentlighet vurderes. <sup>1</sup>	2.3.21
<i>Gjennomgang av jurist MLJ 2.3. – vurdert som off. v/forespørsel</i>	
Orientering om rapporten og ledelsens vedtak i AMU. AMU gjør selvstendig vedtak i saken.	Dato? <sup>1</sup>
Orientering i FTV-møtet, inkludert vedtakene i sykehusledelsen og i AMU.	Dato?
Rapporten og vedtatte tiltak vil bli tilgjengeliggjort gjennom: Lederlinjen Vernetjeneste Tillitsvalgtlinjen	Etter behandling i ledermøtet, AMU og orientering i FTV-møtet.
Det orienteres i styremøte om arbeidet med arbeidsmiljø og vedtak som er gjort. Rapporten tilgjengeliggjøres ihht. vurderingen om offentlighet.	dato?
Helse Nord RHF orienteres om arbeidsmiljø (knyttet til tarmkreftkirurgien). Rapporten tilgjengeliggjøres evt. ihht. vurderingen om offentlighet.	Etter styremøtebehandling
Andres behov for rapporten vurderes fortløpende ihht. tjenestlige behov og bestemmelsene om offentlighet/meroffentlighet.	løpende

<sup>1</sup> Rapporten er organintern så lenge den er saksforberedende til sykehusledelsens møte «Dokument utarbeidet for eiga saksførebuing (organinterne dokument)» og man kan avgjøre hvorvidt «dokument eller del av dokument som inneheld den endelege avgjerda til organet i ei sak.» er gjeldende. Etter at sykehusledelsen har gjort sitt vedtak, vil det gjøres vurdering av om rapporten er et offentlig notat eller ei.

<sup>2</sup> Møtedatoer for AMU og FTV må justeres ut fra ønsket behandlingstidspunkt i styret i Helgelandssykehuset. Dette avklares med administrerende direktør.

Rapporten står for direktør for organisasjon og administrasjons regning sammen med HR v/team arbeidsmiljø. Dette er våre oppsummeringer, vurderinger og forslag. Disse danner grunnlag for sykehusledelsens behandling av sak om arbeidsmiljø i Helgelandssykehuset.

## 3. Oppsummert

Ordinære HMS-indikatorer gir ikke indikasjon på utfordringer i arbeidsmiljø, med unntak av økningen i antall HMS-avvik. Andre tilbakemeldinger og bekymringsmeldinger gir derimot informasjon om at grupper av ansatte opplever arbeidsmiljø som utfordrende.

Arbeidsmiljøutfordringene i 2020 kan i hovedtrekk oppsummeres slik:

- Kommunikasjonsmessige utfordringer på tvers av de geografiske enhetene, samt mellom foretaksledelse<sup>1</sup> og enkeltenheter.
- Med bakgrunn i kreftkirurgisaken, beslutning om lokasjon og varslingssakene utfordres arbeidsmiljøet også internt i enhetene.

Det har vært gjennomført ekstraordinære tiltak gjennom hele 2020 og begynnelsen av 2021. Foreslåtte videre tiltak har fokus på fag/pasienten, ledelse, samhandling og dialog. Tiltakene er foreslått slik at arbeidsmiljøutviklingen i Helgelandssykehuset så raskt som mulig tilbakeføres til ordinære roller og aktiviteter. Samtidig foreslås det at utviklingsprosesser forøvrig gjennomføres på en slik måte at de støtter oppunder arbeidsmiljøutviklingen.

#### 4. Foranledning

I januar 2020 ble et antall tarmkreftkirurgiske operasjoner midlertidig flyttet fra Helgelandssykehuset Sandnessjøen til enheten i Mo i Rana med bakgrunn i kvalitetstall fra kreftregisteret, og saken fikk mye oppmerksomhet internt og eksternt. I august 2020 kom rapporter fra eksterne fagekspertter om samme sak, noe som igjen førte til mye oppmerksomhet internt og eksternt.

Med bakgrunn i dette mottok ledere i Helgelandssykehuset en rekke HMS-avvik og bekymringsmeldinger, og det ble i flere sammenhenger ytret bekymringer for eget og andres arbeidsmiljø knyttet til denne saken. Denne saken kom på toppen av at Helgelandssykehuset over lengre tid hadde vært gjennom en krevende lokalisasjonsdebatt, noe som trolig har påvirket organisasjonens ledere og ansatte. De krevende varslingssakene er også en del av bakgrunnsbildet.

Tilbakemeldingene var av en slik art at det ble behov for å fokusere ekstra på arbeidsmiljøet, og det ble igangsatt flere ekstraordinære tiltak.

Da Helse Nord RHF 15.10.20 vedtok å midlertidig flytte tarmkreftkirurgien fra Helgelandssykehuset til Nordlandssykehuset, ble også arbeidsmiljø oppgitt som en del av bakgrunnen. [I foretaksprotokoll av 15.10.20 mellom Helse Nord RHF og Helgelandssykehuset HF](#), oppgis det at

*«det pågår nå flere parallelle prosesser i Helgelandssykehuset:*

- *Helsetilsynet skal slutføre sitt tilsyn med all tarmkreftkirurgi på Helgeland.*
- *Kvalitetsarbeidet med tiltak som skal implementeres.*
- *Tiltak for å bedre arbeidsmiljøet både på kort og lang sikt.*

*.... Diskusjonene knyttet til tarmkreftkirurgiområdet har skapt stor uro som følge av en rekke ulike og uforutsette hendelser over lang tid. Saken preger arbeidsmiljøet og et anstrengt arbeidsmiljø utfordrer pasientsikkerhet.»*

Med bakgrunn i hendelsene knyttet til tarmkreftkirurgien, foretaksmøtets vedtak og det at ekstraordinære HMS-tiltak ble langvarige, hadde Helgelandssykehuset behov for å systematisere

---

<sup>1</sup> Foretaksledelse i Helgelandssykehuset består av administrerende direktør og direktørnivået forøvrig: Direktør for enhet Mo i Rana (somatikk), enhet Mosjøen (somatikk), enhet Sandnessjøen (somatikk), enhet psykisk helse og rus, prehospital enhet, enhet for drift og eiendom, samt medisinsk direktør (stab) og direktør for organisasjon og administrasjon (stab). Omtales også som «sykehusledelsen».

dette arbeidet. HR v/team arbeidsmiljø ble høsten 2020 bedt om å bistå i arbeidet, som er ledet av direktør for organisasjon og administrasjon.

Denne rapporten er en oppsummering av arbeidet som er gjort i 2020, og gi anbefalinger til sykehusledelsen for veien videre.

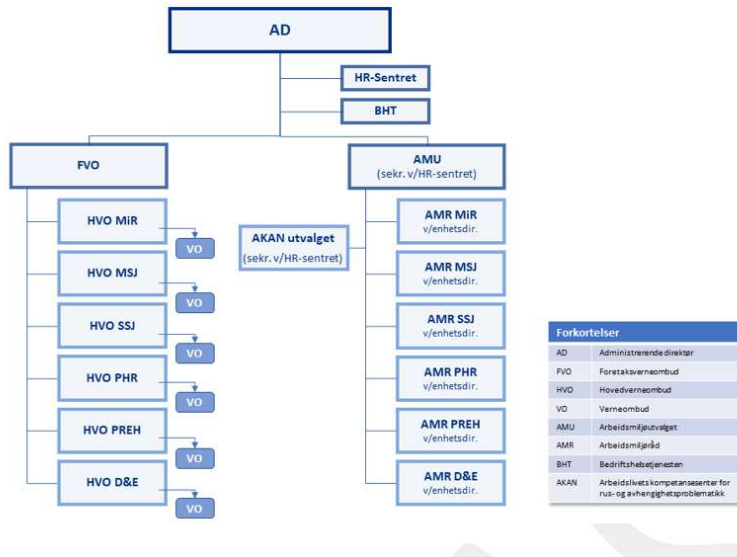
Kapittel 5 gir en overordnet oversikt over aktiviteter og system som arbeidsmiljøutviklingen i Helgelandssykehuset. Disse er mer utførende beskrevet i kapittel 13 vedlegg. Kapittel 6 videre viser tall og fakta fra Virksomhetsportalen for årene 2019 og 2020, samt oversikt over gjennomførte møter, mottatte bekymringsmeldinger mm. Det gis også en oppsummering av planlagt ivaretagelse av ansatte og det ekstraordinære arbeidet som er utført i 2020. Rapporten gir ledelsen en anbefaling for veien videre.

## 5. Aktiviteter og system for arbeidsmiljøutvikling i Helgelandssykehuset

Helgelandssykehuset har et gjennomarbeidet system for arbeidsmiljøutvikling i foretaket. Dette er utviklet over år, og har gitt foretaket gode resultater på de parametere som benyttes til å måle arbeidsmiljø. Aktiviteter og faste møtepunkter er besluttet ut fra disse og gjennomføring utføres av ledere, vernetjeneste og tillitsvalgte i hele foretaket. Det er HR-avdelingen v/team arbeidsmiljø som i det daglige har pådriver- og oppfølgingsansvaret for dette arbeidet, sammen med ledere på alle nivåer i foretaket:

- Arbeidsmiljøutvalg (AMU) på foretaksnivå
- Arbeidsmiljøråd i hver driftsenhet (AMR) – disse er underlagt AMU
- HMS-årshjul som viser aktivitetene gjennom året
- Personelhåndbok på nett og avvikssystem
- Vernetjeneste
- Lederprogram og lederutvikling
- Årlige utviklingssamtaler
- Årlig medarbeiderundersøkelse ForBedring
- Konkrete arbeidsprosesser i avdelinger og på ledernivå
- Verdiarbeid
- Bedriftshelsetjeneste (BHT)
- Nærvær- og IA-arbeid, hvor tre-årig prosjekt 2016-2019 har mottatt Helse Nord's Forbedringspris
- Kartleggingsverktøy; Helhetsmodellen
- Kontakt med NAV og IA-kontakter
- Deltakelse i regionalt nærværssamarbeid (lederfunksjon)
- Deltakelse i nasjonalt samarbeid om sykefravær

HMS-organiseringen i Helgelandssykehuset:

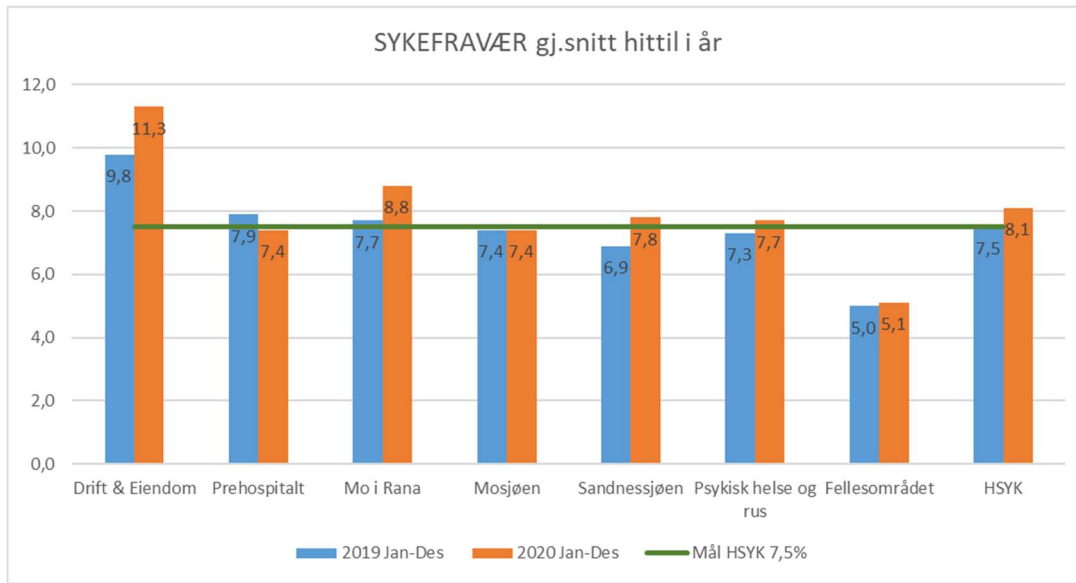


Disse systemer og aktiviteter er nærmere beskrevet i pkt. 13.6 **Arbeidsmiljøarbeid i Helgelandssykehuset**

## 6. Fakta knyttet til HMS-arbeidet:

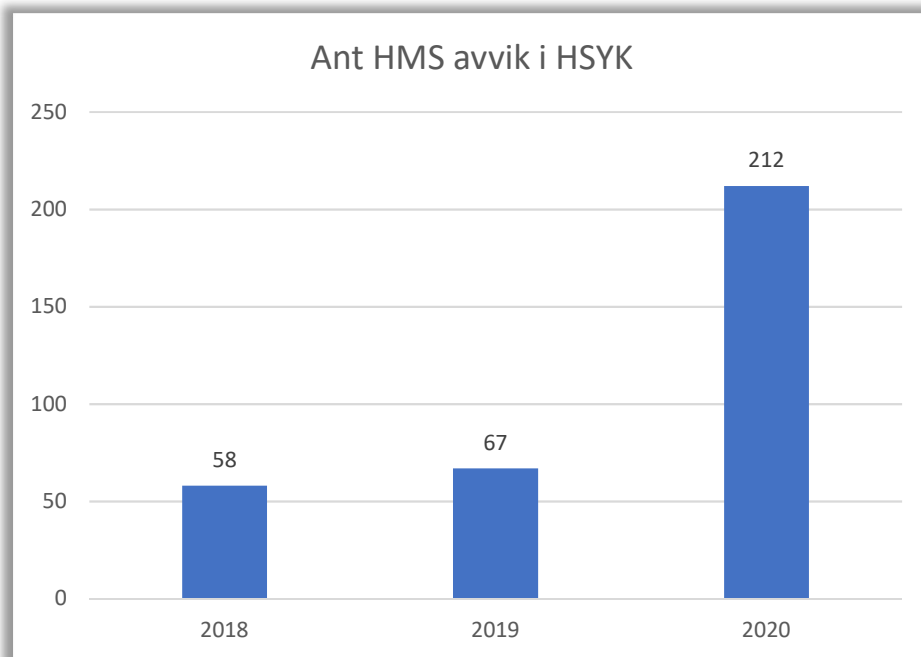
### 6.1 Sykefravær

SYKEFRAVÆR (sammenlignet med samme periode året før)			
Enhet	2019	2020	Endring
	Jan-Des	Jan-Des	
Drift & Eiendom	9,8	11,3	1,5
Prehospitalt	7,9	7,4	-0,5
Mo i Rana	7,7	8,8	1,1
Mosjøen	7,4	7,4	0,0
Sandnessjøen	6,9	7,8	0,9
Psykisk helse og rus	7,3	7,7	0,4
Fellesområdet	5,0	5,1	0,1
<b>HSYK</b>	<b>7,5</b>	<b>8,1</b>	<b>0,6</b>



Tabellen viser en økning i totalfraværet i Helgelandssykehuset fra 2019 til 2020 på 0,6 % poeng. Endringen varierer fra en reduksjon på -0,5 % til en økning på 1,5 % poeng.

## 6.2 HMS-avvik

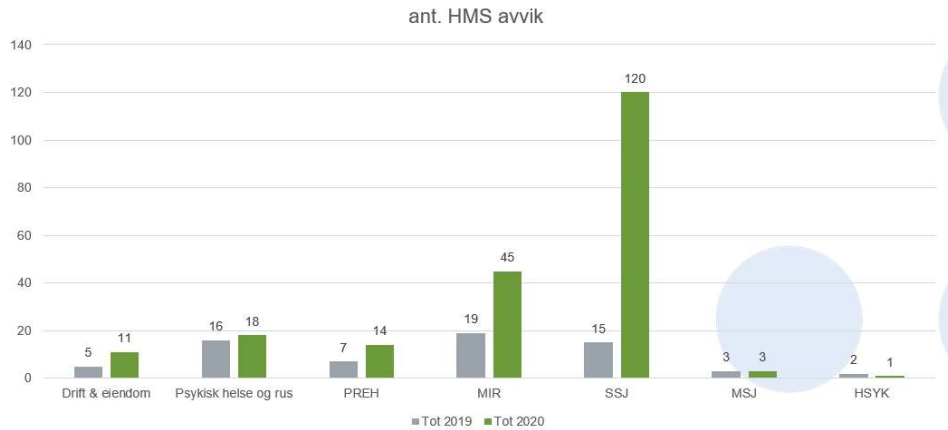


Antall HMS-avvik i Helgelandssykehuset har de siste årene ligget på 60-70 avvik. Disse har vært jevnt fordelt over enhetene. I 2020 fikk vi en markant økning til 212 HMS-avvik mot 67 året før; altså en økning på 145 avvik. Avvikene er gjennomgått, og økningen knytter seg klart til to forhold:

1. **Tarmkreftkirurgisaken:** Det er registrert 96 HMS avvik knyttet til tarmkreftkirurgisaken. Generelt omhandler avvikene mistillit internt i organisasjonen hvor det kommer til uttrykk at dette påvirker og preger arbeidsmiljøet negativt.

2. **Covid-19:** Ca. 20 HMS avvik er knyttet til covid-19 pandemien; smittevernutstyr og rutiner

Antall HMS avvik 2020 vs. 2019 fordelt pr. driftsenhet:



Tabellen viser økning av HMS-avvik i de somatiske enhetene i Mo i Rana og Sandnessjøen. Ved nærmere gjennomgang:

- 96 HMS-avvik gjelder tarmkreftkirurgi og manglende tillit i den forbindelse. Disse er registrert i somatisk enhet i Sandnessjøen. Utover disse, er det 24 HMS-avvik i samme enhet i 2020 mot 15 i 2019. Økningen på 9 avvik er ikke knyttet til spesielle saker.
- Den somatiske enheten i Mo i Rana hadde 45 HMS avvik i 2020 mot 19 i 2019. Økningen på 26 er i hovedsak knyttet til Covid-19: rutinefeil rundt smittevern, mangel på smitteutstyr samt feil på smitteutstyr.

### 6.3 AML-brudd

Med AML-brudd menes brudd på arbeidsmiljølovens arbeidstidsbestemmelser. Det opereres med 6 typer av brudd. Disse er:

#### Bruddtype

- AML timer per 4 uker
- AML timer per uke
- AML timer per år
- Planlagt tid per uke
- Samlet tid per dag
- Samlet tid per uke (snitt)



<b>AML BRUDD HSYK</b> (sammenlignet med samme periode året før)				
Enhet	2019	2020	Endring	% endring
	Jan-Des	Jan-Des		
Drift & Eiendom	512	558	46	9 %
Prehospitalt	5910	2840	-3070	-52 %
Mo i Rana	4111	2676	-1435	-35 %
Mosjøen	1144	863	-281	-25 %
Sandnessjøen	5598	3509	-2089	-37 %
Psykisk helse og rus	143	19		0 %
Stab	5	97		0 %
<b>HSYK</b>	<b>17423</b>	<b>10562</b>	<b>-6861</b>	<b>-39 %</b>

Mellom 2019 og 2020 har Helgelandssykehuset en reduksjon på 6861 AML-brudd<sup>2</sup>. Dette utgjør i prosent en total nedgang på 39 %. På de geografisk organiserte enhetene ligger reduksjonen på mellom 25% og 37 %. Reduksjonen i antall AML-brudd skyldes i hovedsak to forhold; Lokale avtaler jf. tariffavtalen ifht. utvidelse arbeidstidsbestemmelsene er i større grad fulgt opp og fornyet i 2020. Det andre forholdet er at i forbindelse med Covid-19, ble det i en avgrenset periode i 2020, inngått sentrale avtaler om utvidelse av arbeidstidsbestemmelsene.

#### **6.4 AMU møter**

Det ble i 2020 avholdt 5 AMU-møter. Ved en gjennomgang er det 7 saker som i ettertid kan knyttes til opplevd krevende arbeidsmiljø. På alle møtene i AMU er Nye Helgelandssykehuset og relevante styresaker fast på sakslisten. I disse sakene diskuteres ofte sakene som oppleves som krevende i forhold til arbeidsmiljø.

#### **6.5 AMR møter**

Det er gjennomført 4 møter i hver enhet 2020. Antall saker som i ettertid kan knyttes til opplevd krevende arbeidsmiljø/denne saken fremgår av tabellen under.

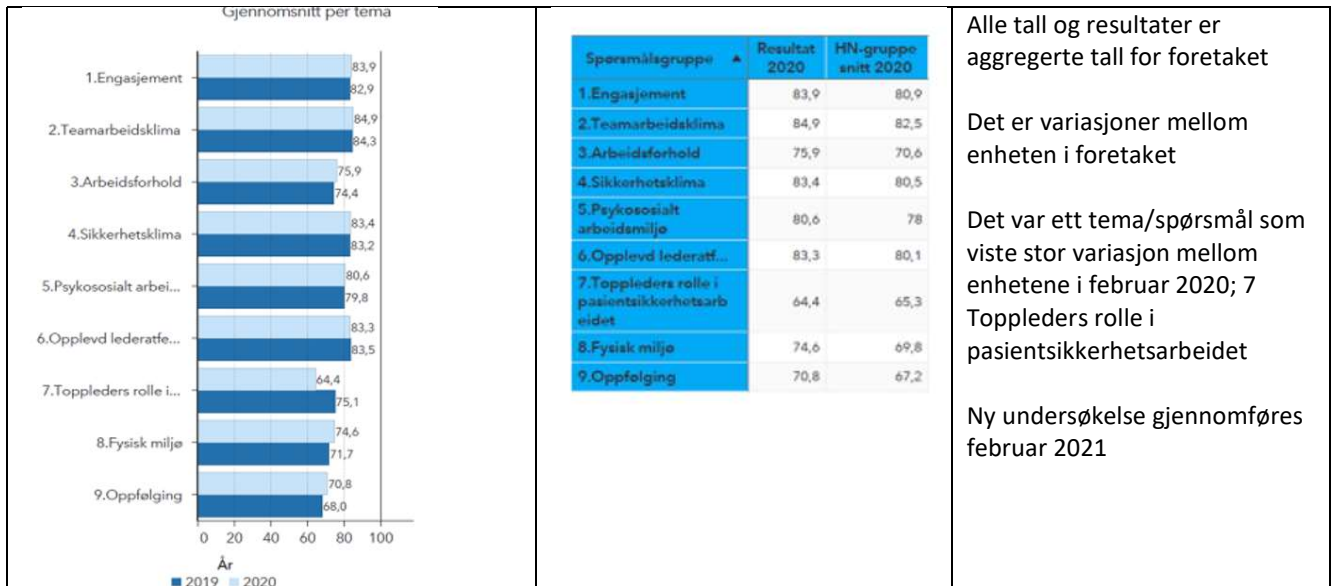
D&E	MIR	MSJ	PHR	PREH	SSJ	SUM
1	2	1	4	2	5	17

#### **6.6 ForBedringsundersøkelsen 2020**

Resultat fra undersøkelsen for 2020 viser foretaket hadde en gjennomsnittlig skår som lå høyere enn snittet i foretakene i Helse Nord på 8 av 9 tema.

<sup>2</sup> Det gjøres oppmerksom på at ved telling av AML brudd kan telle ett brudd flere ganger. F.eks. om man har delt stilling så får man brudd på begge, selv om bruddet oppsto på bare den ene stillingen. Videre så kan ett brudd omfatte flere brudd-typer samtidig og telles etter antall brudd-typer.

Rapport om arbeidsmiljø i Helgelandssykehuset  
Forslag til tiltak 12.1.1 til 12.1.6 ble vedtatt i SL-sak 69/21 - 3.2.2021



Alle tall og resultater er aggregerte tall for foretaket

Det er variasjoner mellom enheten i foretaket

Det var ett tema/spørsmål som viste stor variasjon mellom enhetene i februar 2020; 7 Toppleders rolle i pasientsikkerhetsarbeidet

Ny undersøkelse gjennomføres februar 2021

Antall utsendte 2020	Antall svar 2020	Svarprosent 2020	Svarprosent 2019
Sum: 1668	Sum: 1199	Sum: 71,9 %	Sum: 73,7 %

## 6.7 Turnover

Begrepet «turnover» er et uttrykk i forhold til utskifting/rotasjon av ansatte:

- Det utregnes av hvor mange som har sluttet i prosent av antall ansatte i en gitt periode
- Denne oversikten inneholder følgende sluttårsaker: alders- og uførepensjon, dødsfall, AFP, egen oppsigelse eller avskjed/oppsigelse
- Utregningen omfatter faste ansatte pr. år uavhengig av stillingsstørrelse

Turnover HSYK						
År	Kvinner		Menn		Totalt	
2018	39	3,8 %	19	5,6 %	58	4,3 %
2019	35	3,4 %	13	3,7 %	48	3,5 %
2020	31	2,9 %	17	4,7 %	48	3,3 %

## 6.8 Bekymringsmeldinger

Det er i 2020 mottatt 5 formelle bekymringsmeldinger fra tillitsvalgte og vernetjeneste knyttet til arbeidsmiljøet i Helgelandssykehuset.

Fra/til rolle	Tittel	Dato
Fra: Vernetjenesten i Sandnessjøen Til: AD og styreleder	Oppfølging av bekymringsmelding fra vernetjenesten	11.11.20
Fra: FTV Delta Til: AD og styreleder	Bekymring vedrørende arbeidsmiljøet for ansatte i Helgelandssykehuset.	23.9.20
Fra: Vernetjenesten i Sandnessjøen	Bekymringsmelding fra vernetjenesten i Sandnessjøen	17.9.20

Til: styret i HSYK		
Fra: Foretakstillitsvalgte NSF Til: AD og styreleder	Bekymring vedrørende arbeidsmiljø for våre medlemmer i Helgelandssykehuset HF <sup>1</sup>	8.9.20
Fra: Fylkesleder NSF Til: AD	Bekymring for arbeidsmiljøet ved Helgelandssykehuset	14.2.20

I tillegg til de konkrete bekymringsmeldingene og HMS-avvik beskrevet i tabellen ovenfor, har flere ansatte og fagorganisasjoner sendt brev og meningsutvekslinger angående varslingssakene, utnevnelsen av styremedlemmer, tarmkreftkirurgien, tillit/mistillit til foretaksledelsen i Helgelandssykehuset, tillit/mistillit til Helse Nord.

Det kan også nevnes at det har kommet henvendelser som uttrykker godt arbeidsmiljø og henvendelser som uttrykker at man ikke kjenner seg igjen i beskrivelser av dårlig arbeidsmiljø.

<sup>1</sup> I en oversendelse fra FTV NSF 11.11.20, knyttet til bekymringsmelding nevnt over og møte med bla. styreleder 16.11.20, oppsummeres utfordringene slik: *FTV har hatt dialog med tillitsvalgte og medlemmer på de tre forskjellige enheten, og prehospital. Det er blitt gjennomført medlemsmøter siste måned på alle enheter. Opplevelsen av arbeidsmiljø er forskjellig. Tilbakemeldinger går på at det er veldig godt arbeidsmiljø enhetsvis og ned på avdelingene, men at det oppleves som utfordrende når det kommer til den «kommunikasjon» som skjer mellom enheter/avdelinger og foretaksledelsen. Dette gjenspeiles mest i enhet Sandnessjøen opp imot de utfordringer som denne enheten har stått i siste året, ref tarmkreft.*

## 7. Styrevedtak om arbeidsmiljø i 2020

Helgelandssykehusets styre har i 2020 gjort to vedtak om arbeidsmiljø:

Knyttet til [styresak 7/2020: Varslingssaker – Rapport fra KPMG](#) 18.2.20 – (Utsatt off. jfr. offl. §15. Delopplysninger unntatt off. jfr. fvl. § 13.1.); delsitat hvor punkt 4 og 6 omhandler arbeidsmiljø, og hvor man i punkt 7 ber administrerende direktør lage en plan for å følge opp blant annet arb.miljø.

*«...4. Styret erkjenner at de uforsvarlige varslingene har medført alvorlige skadevirkninger for lederne som har vært rammet. Styret ber administrerende direktør vurdere om det er behov for tiltak for å sikre et fullt forsvarlig psykososialt arbeidsmiljø for de påvarselede i saken...*

*fortsetter... 6. Styret registrerer at lokaliseringdebatten på Helgeland har fått alvorlige konsekvenser for arbeidsmiljøet, og har satt gode lovlige virkemidler som varslingsinstituttet under press. Styret er bekymret for at dette gir ytterligere utfordringer når organisasjonen framover skal jobbe med forbedringsarbeid og går inn i konseptfasen for nytt Helgelandssykehus.*

*...7. Styret ber administrerende direktør om å utarbeide en plan i tråd med KPMGs tilrådninger om individuelle og generelle tiltak. Styret støtter det pågående arbeidet med forbedring av kommunikasjon, samhandling og rolleforståelse, herunder innarbeide viktigheten av felles forståelse av: - balansen mellom ytringsfrihet og lojalitetsplikt. - hvordan medbestemmelse og medvirkning forvaltes i alle nivå, samt hvordan og når uenighet skal håndteres. - ansvars- og rolleforståelse blant ledere og tillitsvalgte.»*

Knyttet til [styresak 99-2020 Tarmkreftkirurgi i Helgelandssykehuset](#) 28.10.20;

- «1. Styret i Helgelandssykehuset HF tar saken til orientering.
- 2. Styret er tilfreds med at administrasjonen raskt har fulgt opp vedtaket fra foretaksmøtet, og planlegger aktive grep knyttet til å bedre arbeidsmiljøet.
- 3. Styret mener det har vært en krevende prosess og påpeker viktigheten av gode interne prosesser og en tettere administrativ dialog med Helse Nord RHF i forkant av tilsvarende saker fremover.
- 4. Styret konstaterer at ansattrepresentanter melder om et godt arbeidsmiljø internt i enhetene, og ber administrasjonen fortsette arbeidet med samarbeid og tiltak på tvers av enhetene for å sikre bred involvering og lik informasjon til alle ansatte.»

## 8. Vurdering av situasjonen:

Situasjonen i Helgelandssykehuset har fått stor oppmerksomhet både internt og eksternt. Det har også vært høyt trykk og meningsutvekslinger fra eksterne kilder som media, ulike interessegrupper og enkeltpersoner.

Vår vurdering er at dette satte stort press på samarbeidsklima i foretaket, og enkelte steder har det konkret blitt uttrykt at arbeidsmiljøet var bekymringsfullt. Dette måtte det tas tak i med tiltak utover de normale HMS-tiltakene. Situasjonen beskrevet under pkt. **6.8 Bekymringsmeldinger** viser at det gjennom 2020 var ulike oppfatninger i foretakets enheter på hvorvidt arbeidsmiljøet er godt eller ei, og hvorvidt man uttrykker tillit til foretaksledelsen eller ei.

For å ivareta de ansatte knyttet til den ekstraordinære situasjonen som oppsto med tarmkreftkirurgien, presset på organisasjonen og uttrykte arbeidsmiljøutfordringer, var ikke foretakets ordinære HMS-systemer nok i 2020. Det ble derfor tidlig i 2020 behov for å gjennomføre en rekke umiddelbare tiltak knyttet til arbeidsmiljø. På grunn av uroen som oppsto flere ganger gjennom året, var vurderingen at det var behov for å raskt gå inn i dialog med ulike grupperinger og roller, og derigjennom redusere den umiddelbare risikoen for ansatte og lederes arbeidsmiljø. Deretter ville man planlegge oppfølging i et noe mer langsiktig perspektiv. HMS-avvik og bekymringsmeldinger kom i all hovedsak fra Helgelandssykehuset Sandnessjøen. Denne enheten fikk følgelig størst fokus, men det ble også gjort tiltak ved de andre enhetene og på tvers.

## 9. Planlagte tiltak ivaretagelse av personell og kommunikasjon - tarmkreftkirurgisaken

**Januar 2020:** Da man gikk i dialog om flytting av pasienter fra Helgelandssykehuset Sandnessjøen til Helgelandssykehuset Mo i Rana 9.-11. januar, var det ikke anledning til detaljert planlegging av ivaretagelse av ansatte og intern/ekstern kommunikasjon. Det ble derfor invitert til dialogmøter om saken med berørt fagmiljø 10. og 13.1.20. Administrerende direktør hadde jevnlig kontakt med enhetsleder ved den somatiske enheten i Sandnessjøen. Administrerende direktør tok direkte kontakt med foretakstillitsvalgte i DNLF og NSF 12.1.20 for å orientere dem om situasjonen og påbegynne dialog om videre løp. Foretaksledelsen var samlet i Sandnessjøen 13.1.20, og ble løpende oppdatert og involvert i saken. Ledernivå i den somatiske enheten i Sandnessjøen var også involvert, og det ble satt opp ekstraordinært FTV-møte på morgenen den 14.1.20.

**August 2020:** Da de tre eksterne rapportene om tarmkreftkirurgien nærmet seg sin avslutning sommeren 2020, ble det gjort et planarbeid for videre håndtering av saken:

- Faglig håndtering (ref. dreiebok datert 21.8.20)
- Intern og ekstern kommunikasjon (ref. dreiebok datert 21.8.20)
- Ivaretagelse av ansatte (ref. notat fra møte 31.8.20 kl. 0900)

Disse tre punktene er beskrevet i dreiebok av 21.8.20 og notat ang. ivaretagelse av ansatte fra møte 31.8.20. Planleggingen ble gjort i den fasen hvor foretaket forberedte videre løp med utgangspunkt i en intern styrt prosess.

Innholdet i de eksterne rapportene ble offentliggjort av media (om kvelden 31.8.20), før foretaket hadde fått iverksatt sin plan. Likevel la man så mye som mulig av disse forhåndsplanlagte tiltakene til grunn for det arbeidet som da måtte gjøres (re-planlegging).

## 10. Ekstraordinære tiltak

Umiddelbare tiltak som er gjort gjennom 2020:

- Det ble opprette en egen arbeidsgruppe med fokus på arbeidsmiljø
- Gjennomført ekstraordinære møtepunkter mellom foretaksledelsen og ledergrupper, ledere, tillitsvalgte og vernetjeneste
- HR v/HR-sjef og senere v/team arbeidsmiljø ble bedt om å bistå direktør for organisasjon og administrasjon med å koordinere og være pådriver for det ekstraordinære arbeidsmiljøarbeidet.
- Det ble satt ekstra fokus på kommunikasjon om de krevende sakene gjennom lederlinje, gjennom tillitsmannsapparat og på intranett
- Særlig fokus på arbeidsmiljøet i Helgelandssykehuset Sandnessjøen
- Samtaler med enkeltpersoner, enkelte foretakstillitsvalgte og verneombud
- Arbeidsmiljø var tema på styremøter i Helgelandssykehuset

Kapittel 13 Vedlegg viser tiltakene i detalj.

Dialog og samhandling ble det mest brukte virkemiddelet i den umiddelbare oppfølgingen av arbeidsmiljøet i 2020. I lys av covid-19 situasjonen med reiserestriksjoner og retningslinjer om hjemmekontor og digital møter i stedet for fysiske, ble arbeidet ekstra utfordrende. Dialogen vil troligvis ikke oppleves som nok for de som hadde det aller mest krevende i denne situasjonen. Det vil også troligvis være grupper av ansatte som følte seg mindre sett og hørt i denne perioden.

## 11. Hva viser arbeidet oss?

Samtalene og møtepunktene gir sterk indikasjon på at de tre geografiske enhetene oppfatter flere hendelser i Helgelandssykehuset forskjellig. Mye av dette er trolig basert på historikk, og den lange lokaliseringkampen man har stått i. I tillegg til interne forhold påvirkes både ansatte og organisasjonen av debatter og innspill som kommer utenfra. Tiltak og utsagn som oppleves bra på enhet, oppleves som det motsatte på en annen. Der hvor noen mener at de har et dårlig arbeidsmiljø, mener andre at arbeidsmiljøet er godt. Der hvor noen mener å ha et godt forhold til lederlinjen, er andre avventende og andre igjen gir uttrykk for manglende tilliten. Dette har gjort

arbeidet krevende, og det vil trolig fortsatt være krevende en tid framover. Det er ikke ett svar på utfordringene. Vi har likevel tro på at det skal være mulig å gjøre noe med dette – og at man sammen og gradvis skaper en felles forståelse både av foretakets mandat i det daglige arbeidet, av et felles fremtidsbilde og ikke minst en forståelse av ulike rollers og ulike fagområders bidrag til de totale tjenesteleveransene.

Det er viktig å ta den enkelte ansattes eller enhets opplevelser på alvor, samtidig som man jobber bevisst med å justere fremtidsbilde, forventninger og tolkninger slik at det blir mest mulig sammenfallende i hele foretaket. Uenighet er sunt til en viss grad, men uenighet kan også bli usunt når det får pågå over tid. Det er også viktig å understreke at store deler av foretakets ansatte har gjennom 2020 understreket at de ikke opplever å ha dårlig arbeidsmiljø. Disse skal også lyttes til, og tas på alvor. På alle ordinære HMS-indikatorer og ForBedringsundersøkelsen 2020 skårer Helgelandssykehuset godt eller normalt godt. Det er ingenting som tyder på at Helgelandssykehuset overordnet er en virksomhet preget av dårlig arbeidsmiljø. Vår vurdering er likevel at disse ekstraordinære sakene – struktur og lokasjon, varslingssakene og kreftkirurgien – har krevd og vil kreve ekstraordinære tiltak. Samtidig er det viktig å så raskt som mulig komme tilbake til «normalen».

Målet er fellesskapsfølelse og at alle fagmiljøene er på vei mot å skape ETT felles sykehus uavhengig av hvor man jobber. Det vil ta tid å få dette til, og det vil kunne komme tilbakesteg. Lederlinjen vil være viktig, så vel som vernetjenesten og fagorganisasjonene. Sistnevnte roller har i flere perioder opplevd hverdagen og egen rolle som krevende. Det er foreslått tiltak for å bistå disse i arbeidet.

Arbeidsmiljøutfordringene i 2020 kan i hovedtrekk oppsummeres slik:

- Kommunikasjonsmessige utfordringer på tvers av de geografiske enhetene, samt mellom foretaksledelse<sup>3</sup> og enkeltenheter.
- Med bakgrunn i kreftkirurgisaken, beslutning om lokasjon og varslingssakene utfordres arbeidsmiljøet også internt i enhetene.

## 12. Veien videre – forslag til tiltak

Helgelandssykehuset tar situasjonen ansatte og ledere har stått i på høyeste alvor. Med tiltak som er satt i gang mener vi at foretaket er på rett vei. Det er flere prosesser som nå drar i samme retning og som over tid vil bidra til større fellesskapsfølelse og forståelse mellom ulike roller, lokasjoner og fagområder. Det er likevel viktig å jobbe videre steg-for-steg.

I et arbeidsmiljøperspektiv er målet at foretakets vedtatte ordninger på systemnivå i seg selv skal være i stand til å sikre et godt arbeidsmiljø for alle ansatte. De videre tiltakene under er laget med det for øye:

### **12.1.1 Fokus på fag, og skape trygghet i kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid:**

- Sentralt kvalitetsutvalg: Det sentrale kvalitetsutvalget er revitalisert som «Kvalitets og pasientsikkerhetsutvalget». Dette vil være et sentralt organ i kvalitetsgjennomganger i

---

<sup>3</sup> Foretaksledelse i Helgelandssykehuset består av administrerende direktør og direktørnivået forøvrig: Direktør for enhet Mo i Rana (somatikk), enhet Mosjøen (somatikk), enhet Sandnessjøen (somatikk), enhet psykisk helse og rus, prehospital enhet, enhet for drift og eiendom, samt medisinsk direktør (stab) og direktør for organisasjon og administrasjon (stab). Omtales også som «sykehusledelsen».

sykehuset. Det bør sikres at de lokale kvalitetsutvalgene er virksomme og fungerer, som en del av det totale kvalitetsarbeidet i foretaket.

- Internrevisjonsplan: det er laget et utkast til internrevisjonsplan som viser hvilke interne revisjoner som planlegges i 2021. Denne ble behandlet i sykehusledelsen 8.12.20 (SL-sak 277) og vil også diskuteres i Kvalitets og pasientsikkerhetsutvalget. Planen vil bekjentgjøres i aktuelle fagmiljø gjennom lederlinjen når den er klar. Gjennomføringen må tilpasses andre aktiviteter i foretaket.
- Utlysning av fagsjefsstilling: Stillingen som fagsjef er utlyst, og vil bli tilsatt i løpet av 2021. Stillingen vil ha hovedfokus på faglig utvikling og kvalitetsarbeid.
- Ny prosedyre for kvalitetsarbeid og internrevisjoner: Det er laget et utkast til en ny prosedyre for kvalitetsprosjekter og internkontroll. Denne inneholder hvordan man skal forholde seg til prosessen, beslutte og dokumentere. Implementeringen av denne vil gi bedre dokumentasjon, sikkerhet for vurderinger og større transparens i slike prosjekter.
- [Tiltak tilføydd i sykehusledelsens behandling 2.3.21:](#)
  - o [Kvalitetsrådgivere tilknyttet klinikker](#)
  - o [Kvalitetsprosjekt tarmkreftkirurgi våren 2021](#)

#### **12.1.2 Sikre at faste virkemidler som foretaket har innenfor medvirkning og HMS fungerer tilfredsstillende i alle enheter og staber:**

- Tilbakemelding fra alle enheter og staber på hvordan de sikrer at vedtatte systematiske virkemidler innenfor medvirkning (med fagorganisasjoner og vernetjeneste) fungerer. Herunder sikre at alle enheter gjennomfører faste planlagte møter, fører referat og sikrer at disse formidles i organisasjonen og arkiveres i Elements.
- Med utgangspunkt i tilbakemeldingene yte bistand og veiledning for å sikre at disse virkemidlene er på plass og fungerer tilfredsstillende dersom det ikke skulle være på plass.

Dette er særdeles viktig for å sikre god medvirkning, og å skape forutsigbarhet og trygghet for hvor man kan rette sine spørsmål og bekymringer. Plan og forutsigbarhet gir også trygghet for rolleutførelse.

#### **12.1.3 Lokale planer for arbeidsmiljø:**

- Enheter og staber følger opp eventuelle funn i ForBedringsundersøkelsen 2021 ihht. vanlig praksis.
- Hver enkelt enhet og stab utarbeider bl.a. på bakgrunn av ForBedringsrapport, vernerunder og utviklingssamtaler en lokal HMS handlingsplan med konkrete tiltak for eget arbeidsmiljø. Bruk av medarbeidersamtaler og utviklingssamtaler som et virkemiddel i arbeidsmiljøarbeid anbefales omtalt i planen. Planen skal også inneholde tiltak for å eventuelt bringe forholdene nevnt under pkt. 12.1.2 i orden. Planen skal på vanlig måte forankres i lokal AMR og orienteres om i AMU.

#### **12.1.4 Behandling av åpne HMS-avvik:**

HMS-avvik skal normalt behandles og lukkes på laveste mulige nivå – nærme den ansatte. Hver enkelt leder behandler avvik i egen avdeling, og vurderer hvilke avdelingstiltak som eventuelt må iverksettes i tillegg til fellestilltakene i denne planen og tiltak i lokale HMS-planer for at avvikene skal kunne lukkes.

Avvik som ikke kan behandles på laveste nivå, fordi avviket omhandler saker utenfor egen avdeling og avdelingsleders myndighetsområde, løftes videre i linja eller behandles i AMR eller AMU.

HMS-avvikene i Helgelandssykehuset Sandnessjøen knyttet til tarmkreftkirurgien, som fortsatt er åpne, håndteres som beskrevet i dette punktet.

#### **12.1.5 Videreutvikling av lederopplæring/lederprogram:**

Foretaket er i gang med å videreutvikle og reviderende eksisterende lederprogrammer og innarbeide nye fokusområder. Herunder forbedringsmetodikken «Snakk om forbedring», [Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten](#) og medarbeiderskap.

Fokus på veiledning i ledelse og lederskap i alle enheter, med mål om at lederlinjen fungerer

- Når det er krevende
- Når man er uenig
- Når man ikke ser sammenhengen

Fokus på veiledning rolleforståelse, hovedavtale og hva medvirkning betyr, samt hvilke kanaler kan man bruke

- Tillitsvalgte
- Vernetjeneste
- Lederlinja
- Ansatte

Flere av disse tiltakene er planlagt med bakgrunn i behandling av varslings sakene våren 2020, og har blitt utsatt på grunn av Covid-19. Det vil nå planlegges digitale tiltak for å kunne påbegynne denne dialogen.

#### **12.1.6 Andre prosesser og tiltak som vil bidra i arbeidsmiljøarbeidet:**

Helgelandssykehuset har stort fokus på å tenke samhandling, samarbeid og faglig utvikling i mange av de oppgavene vi har. Dette vil utvikle sykehuset til det beste for pasientene og forberede organisasjonen både personmessig og økonomisk for framtiden. Eksempler på dette er:

- Oppstart med Nye Helgelandssykehuset, herunder arbeidsgrupper for utarbeidelse av faglig strategisk utviklingsplan.
- Arbeid med gjennomgående klinikkstruktur, herunder enhetlig ledelse og felles faglig utvikling.
- Fellestiltak budsjett/benchmarkingsprosjektet, herunder arbeidsgrupper for utvalgte forbedringstiltak.
- Andre personmessige og organisatoriske endringer: omorganisering av stab fra 1.9.20, omstrukturering av Drift og eiendom, felles inntakskontor, felles operasjonsstueprosjekt, en rekke nyansatte i nøkkelstillinger, fellesprosjekt for avvikling av fysisk arkiv (Norsk Helsearkiv), nytt intranett, overgang til Office 365, ny prosess for kompetanseutvikling som involverer alle enheter og staver osv.

**HR v/team arbeidsmiljø:**



Heidi Lysfjord

Eva M. J. SørDAL

Leif Morten Aas

Anita Alsgård

**Direktør for organisasjon og administrasjon:**

Sissel Karin Andersen

**23.2.21**

## 13. Vedlegg

Listene over møtepunkter i pkt. 13.1 til 13.4, er ikke nødvendigvis fullstendige. De viktigste møtepunktene antas likevel å være med her – og viser et oversiktsbilde av oppfølgingen som har vært gjort:

### **13.1 Arbeidsgruppe arbeidsmiljø:**

I forlengelsen av ekstraordinært møte med Foretakstillitsvalgte og foretaksverneombud om tarmkreftkirurgisaken den 14.1.20, ble det avtalt at vernetjenesten, de største forbundene og representanter for foretaksledelsen skulle ha et eget møte for å avtale hvordan man i felleskap skulle jobbe for bedre arbeidsmiljø i hele Helgelandssykehuset.

Arbeidsgruppen ble opprettet januar 2020, med første møte 17.2.20 – det var viktig at denne gruppen ikke skulle overta oppgaver og roller som andre ivaretar i dag (vernetjeneste, AMU, AMR o.l.), men mer være et koordinerende organ som bidrag til at foretaket i en periode hadde ekstra fokus på arbeidsmiljø. Dette basert på uttrykte bekymringer for arbeidsmiljø i kjølvannet av tarmkreftkirurgi, varslings saker og lokaliseringdebatt. Mandat:

- *Holde hverandre orientert i pågående saker*
- *Bidra til gode endringsprosesser som tar vare på arbeidsmiljøet og Helgelandssykehusets personalpolitikk i konspetfasen*
- *Bidra til positive tiltak arbeidsmiljø*

På grunn av covid-19 beredskap fikk ikke arbeidsgruppen den oppstart som var tenkt, og møttes digitalt i 1. halvår. Arbeidsgruppen hadde fysisk møte 14.10.20, hvor man blant annet ble enige om tre punkter partene ønsket å prioritere fremover i sitt videre arbeid/møter

- *Involvering og medvirkning*
- *Samhandling og fysiske møter på tvers*
- *Grunnleggende tillit og trygghet*

Arbeidsgruppen har ikke fått jobbet slik som forutsatt, siden Covid-19 pandemien fikk høyt fokus like etter konstitueringen. Etter 14.10.20 har det ikke vært mulig for arbeidsgruppen å møtes. Medlemmene i arbeidsgruppen har likevel vært delaktig i arbeidsmiljøarbeid gjennom sine roller som ledere, tillitsvalgte og verneombud, både i samhandlingsmøter, i FTV-møter, i AMU og dialog forøvrig.

Møte:	Dato
Adm.dir., org&adm.dir, HR-sjef, FTV NSF/DNLF/Delta og FTVO møte – forslag om å opprette operativ arbeidsmiljøgruppe. Forslaget ble forankret i AMU 21.1.21.	17.1.20
Konstituering av arbeidsgruppen	29.1.20
Ang. etablering av velferdsgruppe	19.3.20
Møte i MSJ	14.10.20

### **13.2 Ekstraordinære møtepunkter mellom foretaksledelsen og tillitsvalgte og vernetjeneste**

Det er gjennomført flere ekstraordinære møter mellom foretaksledelsen og enkelte fagorganisasjoner og vernetjeneste med tema arbeidsmiljø 23.10.21-9.1.21. Noen av møtene er tettere knyttet til enkeltsaker, som tarmkreftkirurgien, enn andre.

Møte:	Dato
Telefonsamtaler mellom administrerende direktør til FTV DNLF og til FTV NSF	12.1.20
Ekstraordinært FTV-møte	14.1.20
FTV DNLF (OLF og YLF), AD, org & adm.dir	23.10., 10.11.,17.11., 2.12.20
NSF, org & adm.dir (hvorav AD, styreleder HSYK og regionsleder NSF deltok på ett møte)	14.10., 11.11., 16.11., 23.11.,30.11.20
AD, Med.dir., org & adm.dir, fagmiljø, ledelse og HVO SSJ	13.10.20
Org & adm.dir, HR v/team arbeidsmiljø, HVO SSJ og FTVO	24.11.20
Org & adm.dir, FTVO og alle HVO	1.12.20, 2.2.21 og 16.2.21
HTV MiR	20.11.20
Org & adm.dir, FTV NSF og HTV NSF	2.12.20 og 20.1.21
Org & adm.dir, HR v/team arbeidsmiljø, HVO SSJ og FTVO	8.12.20
Org & adm.dir, vernetjenesten i SSJ	9.12.20
Enhetsdir. SSJ, Org & adm.dir, HVO SSJ	9.1.21

I tillegg har lokal ledelse gjennomført en rekke møter med egne ansatte, tillitsvalgte og vernetjeneste i anledning arbeidsmiljø og tarmkreftkirurgisaken. Dette gjelder særlig i de somatiske enhetene i Mo i Rana og Sandnessjøen.

### **13.3 Møtepunkter administrerende direktør og lokale ledergrupper, avdelinger og tillitsvalgte knyttet til tarmkreftkirurgi**

Det er også gjennomført en rekke møter mellom administrerende direktør og lokale ledergrupper og avdelinger i den somatiske enheten i Sandnessjøen. På noen av disse har org & adm.dir og/eller med.dir. vært tilstede. Det er også gjennomført enkelte møter med ledere i Mo i Rana og Mosjøen. Disse møtene har hatt dialog som hovedhensikt. Møteserien inkluderer også fagmøter med involverte fagmiljøer. Disse er tatt med her, da vi ser det faglige arbeidet som en viktig del av dialogen.

Det er også tatt med noen sentrale møter gjennomført uten administrerende direktør, da disse viser helheten.

Siden arbeidsmiljøsituasjonen kom sterkest til uttrykk i den somatiske enheten i Sandnessjøen, satte administrerende direktør av ekstra dager for å være fysisk tilstede der. Alle dager administrerende direktør er og har vært tilstede i enhetene er ikke med i denne oversikten, men de som ble satt opp særskilt i Sandnessjøen er med.

Møte	Dato
Avdelingsmøte kirurgi i enhet SSJ (tilbud om tilstedeværelse av adm.dir)	12.1.20
Allmøte i Helgelandssykehuset Sandnessjøen (tilbud om tilstedeværelse fra adm.dir., men man ønsker at dette kjøres av lokal ledelse)	13.1.20
Administrerende direktør møter ledere i MSJ	21.1.20
Administrerende direktør møter ledere i MiR	24.1.20
Administrerende direktør møter fagmiljøet i SSJ	28.1.20
Administrerende direktør møter fagmiljøet i SSJ	4.2.20

Rapport om arbeidsmiljø i Helgelandssykehuset  
 Forslag til tiltak 12.1.1 til 12.1.6 ble vedtatt i SL-sak 69/21 - 3.2.2021

Administrerende direktør lederlinjen kirurgi SSJ (skype)	31.8.20
AD, med.dir og lederlinjen kirurgi MiR og SSJ	1.9.20
AD, med.dir, ledelse og kirurgisk fagmiljø SSJ	3.9.20
AD, ledelse og kirurgisk fagmiljø SSJ	7.9.20
AD, ledelse og kirurgisk fagmiljø MiR	8.9.20
AD, avd.ledere i SSJ	9.9.20
Styreleder, AD, med.dir, seksjonsoverleger, overleger, enhetdirektører, ledere kirurgi, fagsjef – hovedfokus fag	10.9.20
AD tilstedeværelse for ansatte fysisk i SSJ	15.9., 22.9., 23.9., 30.9., 9.10. 15.10., 10.11., 13.11., 23.11., 11.12.20
AD, med.dir. fagmiljø og lederlinje i SSJ	29.9.20
AD, ledermøte i MiR (ettermiddag)	15.10.20
AD, ledermøte MiR	29.10.20
AD, med.dir., områdesjefer, ledelse	26.11.20

**13.4 Arbeidsmiljø (og tarmkreftkirurgi) drøftet i møter i sykehusledelsen, FTV-møter, AMU, AMR og styremøter**

Møte	Dato
Sykehusledelsen	13.1.20
Sykehusledelsen	14.1.20
Administrerende direktør møter utvidet ledergruppe i enhet SSJ	14.1.20
Ekstraordinært AMU	21.1.20
Ekstraordinært styremøte	22.1.20
AMU Elementsmappe 2020/1722 7 saker kan relateres til krevende arbeidsmiljø knyttet til de nevnte ekstraordinære sakene.	20.1., 18.3., 17.6., 23.9., 9.12.20
Sykehusledelsen	31.8.20
Ekstraordinært FTV-møte	1.9.20
Ekstraordinært styremøte	1.9.20
Sykehusledelsen	2.9.20
Sykehusledelsen	4.9.20
Sykehusledelsen	8.9.20
FTV-møte	14.9.20
Sykehusledelsen	15.9.20
FTV-møte	16.9.20
Sykehusledelsen	22.9.20
Styremøte	24.9.20
Sykehusledelsen	29.9.20
Ekstraordinært styremøte	12.10.20
FTV-møte	21.10.20
Styremøte	28.10.20
FTV-møte	19.11.20
Styremøte	25.11.20
24 AMR-møter i 2020 D&E, MiR, MSJ, PHR, Prehospital, SSJ.	

Elementsmappe 2020/1721 17 saker kan relateres til krevende arbeidsmiljø knyttet til de nevnte ekstraordinære sakene.	
AMU Elementsmappe 2021/51 Det har vært holdt ett ekstraordinært AMU-møte i 2021. Dette var knyttet til klinisk gjennomgående organisering. Krevende arbeidsmiljø var en del av diskusjonen.	8.2.21

Alle FTV-møter er ikke tatt med i denne oversikten. FTV-møtene nevnt her er de hvor tarmkreftkirurgi eller arbeidsmiljø har vært særskilt diskutert. I de fleste FTV-møter har man likevel vært innom arbeidsmiljø knyttet til enkeltsaker. I tillegg har lokal ledelse drøftet arbeidsmiljø i egne ledergrupper og tillitsvalgte ved behov.

### **13.5 Kollegastøttetelefon/epost**

Den 31.8.20 ble det opprettet det en kollegastøttetelefon, og en epostadresse for kollegastøtte som er tilgjengelig fra 1.9.20. Den 1.9.20 er HR-sjef tilgjengelig ved Helgelandssykehuset Sandnessjøen og Org & adm.dir. tilgjengelig ved enheten i Mo i Rana ved behov for kollegial støtte eller å komme i kontakt med HR.

Det ble også opprettet kollegastøtte knyttet til Covid-19-pandemien våren 2020.

### **13.6 Arbeidsmiljøarbeid i Helgelandssykehuset**

HR-avdelingen i Helgelandssykehuset er inndelt i fire team, hvorav ett - team arbeidsmiljø skal ivareta det systematiske HMS-arbeidet på vegne av foretaksledelsen. Teamet har en pådriver- og tilretteleggerrolle og bidrar til god arbeidsmiljøutvikling i foretaket. Linjeledere og vernetjeneste har også sentrale roller.

Helse- miljø og sikkerhetsarbeidet i foretaket er beskrevet her:

#### **13.6.1 AMU og AMR**

Arbeidsmiljøutvalg (AMU) har fire møter pr år. I tillegg har hver driftsenhet egne Arbeidsmiljøråd (AMR) som er underutvalg av AMU. Arbeidsmiljørådene ledes av enhetsdirektørene. Utvalgets oppgave er å sikre at enheten har et forsvarlig arbeidsmiljø og innretter seg etter vedtak i AMU. Utvalget er ikke lovpålagt. Det gjennomføres 24 AMR-møter pr år fordelt på 6 driftsenheter. AMU og AMR er partssammensatte utvalg. Alle saker i disse fora er relatert til arbeidsmiljø/HMS. Team arbeidsmiljø er sekretariat for samtlige AMU og AMR-møter.

#### **13.6.2 HMS -årshjul**

Det er utarbeidet et HMS-årshjul som viser HMS-aktivitetene fordelt over året. Årshjulet er utarbeidet for at ledere, tillitsvalgte, verneombud og medarbeidere enkelt gis en oversikt over når de ulike aktivitetene knyttet til arbeidsmiljøarbeid skjer.

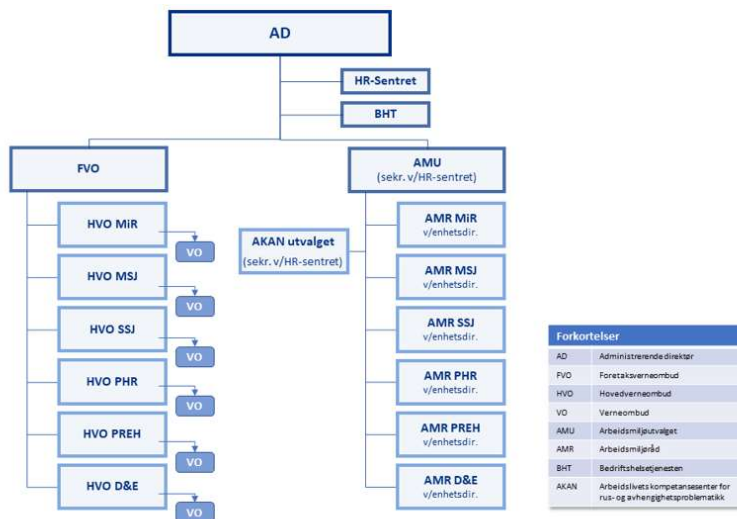
#### **13.6.3 Personelhåndbok og avvikssystem**

Foretaket har en elektronisk personalhåndbok som inneholder en HMS-håndbok om rutiner knyttet til nærvær og fravær. I tillegg til et elektronisk avvik system som også omfatter HMS-avvik.

### 13.6.4 Vernetjenesten

Det gjennomføres årlige verneombudskurs for nye verneombud. De siste årene har det vært gjennomført et system med nettbaserte kurs i kombinasjon med en fysisk samling for verneombudene. Helgelandssykehuset har foretaksverneombud, seks hovedverneombud og 59 verneombud. Det arrangeres også årlig verneombudssamlinger. Det gjennomføres årlige vernerunder i avdelingene.

### 13.6.5 HMS organisering i Helgelandssykehuset



### 13.6.6 Lederprogram og lederutvikling

Helseforetaket har utviklet to interne lederprogram. Et program for nye ledere, og et lederutviklingsprogram for de som har vært ledere en stund i foretaket.

#### Lederprogrammet - *Ny som leder*

Ny som leder er et tilbud til alle nye ledere i sykehuset, men det er avdelingsledernivået som har deltatt siden oppstart i 2015. Programmet går årlig og over 8 dager i perioden januar til mai. Programmet har som mål å bidra til å øke kunnskap om foretakets organisering, verdigrunnlag og kultur, forventninger til lederrollen og innføring i ulike lederverktøy. Konseptet er praktisk rettet og er tenkt som en starthjelp i utviklingen av egne lederrolle. Programmet er også en arena for å bli kjent med andre ledere og stabspersonell.

#### Lederutviklingsprogrammet - *LeDe/Se*

Lederutviklingsprogrammet LeDe/Se (2018/2019) er et internt program over 6 dagssamlinger. Programmet tar for seg et tema pr samling: Forbedringsarbeid og bruk av verktøy, Handlingsrom som

leder ved Spekter, Styrkebasert tenking, Utviklingssamtalen, Kommunikasjon, konfliktforebygging og håndtering. Programmet omfatter også de nasjonale lederkravene. Samtidig som ledere deltar i programmet arbeider de med et forbedringsprosjekt/arbeid i egen avdeling.

### **13.6.7 Utviklingssamtalen**

Utviklingssamtalen er også et verktøy knyttet til arbeidsmiljøarbeid i avdelingene. Samtalene gjennomføres årlig, men dette er en krevende øvelse for store avdelingen. Noen har prøvd ut og praktiserer utviklingssamtaler i grupper.

### **13.6.8 ForBedring**

ForBedringsundersøkelsen gjennomføres årlig i alle landes helseforetak i februar måned. Ledere og medarbeiderne gis muligheten til å si hva som er viktig for den enkelte og egen arbeidsplass. Undersøkelsen omhandler kontinuerlig arbeid med lokal forbedring av pasientsikkerhet, HMS og arbeidsmiljø til beste for pasienter og medarbeidere.

Team arbeidsmiljø har forvaltningsansvaret internt for undersøkelsen. Teamet bidrar også aktivt med informasjon, veiledning og arbeidsmiljøprosesser i avdelinger i etterkant av undersøkelsen.

ForBedringsundersøkelsen 2021 pågår nå, og avsluttes 27.2.21.

### **13.6.9 Arbeidsprosesser i avdelinger**

Team arbeidsmiljø har over år bistått ledere i arbeidsmiljøprosesser og kulturarbeid. Dette kan eksempelvis være innledning med gruppearbeid på fagdager, skreddersydde opplegg for en dag eller tiltak og oppfølging som strekker seg over en lengre periode. Avdelinger setter også i gang egne prosesser ved behov.

### **13.6.10 Verdiarbeid**

Helgelandssykehuset kjerneverdiene er kvalitet, trygghet og respekt. Verdigrunnet er et egnet kulturverktøy blant annet i omdømmebyggende pasientarbeid, i arbeidsmiljøprosesser og konfliktløsningssituasjoner. Det har vært gjennomført verdiarbeid i foretaket. Det er utarbeidet en håndbok slik at ledere med tillitsvalgte og verneombud alene eller i samarbeid med HR enkelt kan gjennomføre verdiprosesser i egen avdeling.

### **13.6.11 Bedriftshelsetjeneste (BHT)**

Helgelandssykehuset har avtale med bedriftshelsetjenesten Helse og Sikkerhet. På vegne av lederne har HR-avdelingen et tett og godt samarbeid med BHT.

### **13.6.12 Nærværs- og IA arbeid**

I perioden 2016 -2018 gjennomførte Helgelandssykehuset et treårig nærværsprosjekt: *Økt nærvær for kvalitet og arbeidsglede*. Verdiene kvalitet, trygget og respekt var helt grunnleggende i utviklingen av en nærværskultur. Underveis i prosjektet innført foretaket noen standardiseringstiltak som er gjeldende praksis i dag. *Når jeg ikke har det bra, hva gjør jeg?* En veiledning til medarbeider, *Hvem gjør hva når?* En veiledning i forebygging og oppfølging av sykefravær. Det ble opprettet en

elektronisk bestillingsfunksjon i portalen på intranett for ledere som ønsker bistand fra HR. Samme tilbud til alle ledere. Et e-læringskurs om nærvær, rettigheter og pliktet ble utviklet og implementert i kompetansemodulen, obligatorisk for alle medarbeidere.

### **13.6.13 Forbedringspris**

Prosjektet mottok i 2017 Helse Nords Forbedringspris.

### **13.6.14 Helhetsmodellen**

Team arbeidsmiljø har utviklet et kartleggingsverktøy, helhetsmodellen, for å avdekke mulig risikofaktorer for arbeidsrelatert sykefravær i en avdeling. Dette er primært et tilbud til avdelinger med høyt sykefravær. Modellen belyser også sammenhengen mellom arbeidsmiljø, stabilitet, kvalitet og pasientsikkerhet.

### **13.6.1 NAV- og IA kontakter**

Team arbeidsmiljø samarbeider med NAV og IA-kontakter i arbeidet med å bistå ledere og medarbeidere i oppfølging av sykefravær

### **13.6.1 Regionalt samarbeid om nærværarbeid**

I 2020 ble det etablert et regionalt nærværnettverk, jfr. revidert Oppdragsdokument 2020, pkt. 7.4. Samtlige helseforetak i Helse Nord er representert, Sykehusapoteket, Helse Nord IKT, konsernverneombud og konserntillitsvalgt, samt representanter fra Nasjonalt Bransjeprogram og KLP. Nettverket ledes av Helgelandssykehuset. Erfaringsdeling og kompetanseutvikling er sentralt. Nettverket rapporterer til regionalt HR-sjefsmøte og informerer i styret i Helse Nord.

### **13.6.2 Nasjonalt samarbeid om sykefravær**

Den nye IA-avtalen 2019–2022 setter arbeidsplassen i sentrum. Avtalens innsatsområder, organisering og virkemidler skal støtte arbeidet som ledere, tillitsvalgte, verneombud og ansatte gjør i den enkelte virksomhet. Sykehus er en av 7 bransjer som partene har valg ut som satsningsområde.

Det Nasjonale Bransjeprogrammet IA i sykehusene tilbyr en målrettet, systematisk og langsiktig metodikk for å ta tak i utfordringsområder, skape et bedre arbeidsmiljø og redusere og forebygge sykefravær i sykehus. Helgelandssykehuset er representert i styringsgruppen til Bransjeprogrammet. Arbeidsmetodikken «Der skoen trykker» skal prøves ut i alle helseforetak. Kriteriene for valg av pilotavdelinger: Høyt sykefravær over tid, arbeidsmiljøutfordringer, høy grad av motivasjon for å delta. Helgelandssykehuset og de øvrige helseforetakene i Helse Nord har meldt inn pilotavdelinger, og er en del av det nasjonale samarbeidet. Ved å delta i bransjeprogrammet vil vi bidra til å få økt innsikt og kompetanse, på hva som kan være risikofaktorer for arbeidsrelatert sykefravær i helseforetakene. Det er knyttet følgeforskning til det nasjonale arbeidet.

### **13.6.3 Ytterligere vedlegg**



Rapport om arbeidsmiljø i Helgelandssykehuset  
Forslag til tiltak 12.1.1 til 12.1.6 ble vedtatt i SL-sak 69/21 - 3.2.2021

- Presentasjon: Styresak 99/2020 Tarmkreftkirurgi – orientering; 28.10.20