

Tarmkreftkirurgi, rapport fra arbeidet med organiseringen i Helgelandssykehuset

Kirurgisk behandling av tykktarmskreft i Helgelandssykehuset
Februar 2022

1 Innhold

1	Innhold	1
2	Innledning.....	3
3	Bakgrunn	3
3.1	Historikk	3
3.2	Styrevedtak	4
3.2.1	15. oktober 2020.....	4
3.2.2	17. august 2021.....	5
3.2.3	25. november 2021	5
3.2.4	15. desember 2021	5
3.3	Helsetilsynets rapport	5
3.3.1	Foreløpig rapport fra Helsetilsynet	5
3.3.2	Endelig rapport fra Helsetilsynet	5
4	Arbeidet i prosjektgruppe og deretter arbeidsgruppe	6
4.1	Arbeidet i prosjektgruppa våren 2021	6
4.1.1	Effekt mål:	6
4.1.2	Resultatmål:	6
4.1.3	Prosess og driverdiagram	6
4.1.4	Rapport fra prosjektgruppa.....	7
4.2	Arbeidet i arbeidsgruppa november 2021 – januar 2022.....	7
4.2.1	Oppsummerte rammer for arbeidet.....	8
4.2.2	Arbeidsgruppas sammensetning:	9
4.2.3	Arbeidsutvalgets sammensetning:.....	10
5	Systematisk kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet	10
5.1	Klinikkstruktur og kvalitetsstruktur	10
5.2	Linjens ansvar for oppfølging av kvalitetsarbeidet.....	11
5.3	Avvik og uønskede hendelser	11
5.3.1	Registrering og håndtering av avvik og uønskede hendelser	12
5.3.2	Melderutiner	12
6	Prosedyrer	12
6.1	Felles prosedyrer i Helgelandssykehuset	12
6.2	Prosedyrearbeid	12
6.2.1	Prosedyrer for ulike trinn i pasientforløpet	12
7	Kompenserende tiltak	18
7.1	Kompenserende tiltak.....	26
8	Forkortelser	26

8.1	Forklaring til utvalgte begrep og tiltak i rapporten:.....	26
8.1.1	MDT-møter.....	26
8.1.2	Seleksjonskriterier.....	27
8.1.3	Øyeblikkelig hjelp.....	27
8.1.4	Robusthetskrav.....	27
8.1.5	ERAS-gruppe.....	27
8.1.6	Kvalitetsnettverk kolonkirurgi.....	27
8.1.7	Kvalitetsregistre.....	27
8.1.8	Proctor.....	28
8.1.9	Hospitering / Samarbeid i regionen.....	28
8.1.10	Vikariater.....	29
8.1.11	Felles undervisning.....	29
8.1.12	Felles fagdag.....	29
8.1.13	Telementoring.....	29
8.2	Rekruttering / stabilisering.....	29
8.2.1	Spesialistutdanning.....	29
8.2.2	Regional handlingsplan.....	30
8.2.3	Intern rekrutteringsstrategi.....	30
8.3	Arbeidsmiljø.....	31
8.3.1	Sikre gode arbeidsforhold.....	32
8.4	ROS-analyse.....	33
9	Referanser.....	34
10	Vedlegg.....	35

2 Innledning

Organiseringen av tarmkreftkirurgien i Helgelandssykehuset har vært mye diskutert, i og utenfor sykehuset. Det er mye å lære av denne saken. Helgelandssykehuset har fått verdifulle råd fra Helsetilsynet, ekspertgruppe, prosjektgruppe, arbeidsgruppe og tillitsvalgte og andre ansatte. Denne rapporten bygger på alt det arbeidet som har blitt gjort tidligere, blant annet i prosjektgruppen. Administrerende direktør og Medisinsk direktør benytter innledningen i denne rapporten til å takke alle som har deltatt for svært godt arbeid og svært godt samarbeid.

Det er gjort mye og grundig jobb med prosedyrer, kvalitetssikring av rutiner, innhenting av relevant informasjon og ikke minst gode diskusjoner. Det har vært stor vilje til å bidra og det har vært stor forståelse mellom ulike fagpersoner for at man kan ha ulikt ståsted og at styresaken som kommer ut sammen med rapporten vil skape nye diskusjoner. Et tema har vært viktigheten av fortsatt godt samarbeid etter at saken har vært i styret og lokaliseringen av tarmkreftoperasjonene er besluttet. Arbeidsgruppen har ønsket å fortsette sitt samarbeid for kvalitetsforbedring også fremover, noe ledelsen setter pris på og vil sørge for.

Denne rapporten markerer således ikke at arbeidet er ferdig, men at grunnlaget er lagt for videre organisering og samarbeid som understøtter kvalitetsarbeid og god sykehusdrift fremover.

3 Bakgrunn

3.1 Historikk

Det vises til prosjektgruppens rapport av juni 2021 og Helsetilsynets endelige rapport av nov. 2021 for nærmere beskrivelse av historikk.

Resultater fra Kreftregisteret i 2019, som presenterte data for pasienter som hadde blitt operert i årene 2016-2018, indikerte en lavere 100 dagers overlevelse etter tarmkreftkirurgisk behandling ved enheten i Sandnessjøen enn forventet.

En ekspertgruppe undersøkte våren 2020 flere av de aktuelle pasientforløpene og dette medførte at saken ble meldt til helsetilsynet den 03.09.20. Den endelige rapporten fra ekspertgruppa forelå 08.01.21.

Helsetilsynet utførte stedlig tilsyn ved SSJ 08. - 09.10.20. Foreløpig rapport fra tilsynet ble mottatt 08.06.21 og endelig rapport ble mottatt 03.11.21.

Styret i Helse Nord RHF (sak 127-2020) og foretaksmøtet besluttet 15.10.202med bakgrunn i saken midlertidig flytting av planlagt tarmkreftkirurgi i Helgelandssykehuset til Nordlandssykehuset.

Styret ba videre administrerende direktør komme tilbake med en ny beslutningssak når forholdene tilsier tilbakeføring av planlagte tarmkreftkirurgioperasjoner til Helgelandssykehuset.

Prosedyre for håndtering av kirurgisk øyeblikkelig hjelp for pasienter med tykktarmskreft ble utarbeidet og var gjeldende fra 19.10.20. Denne er fulgt av involverte sykehus siden da.

Det ble våren 2021 etablert et prosjekt i Helgelandssykehuset som svarte ut helsetilsynets kommentarer i den foreløpige rapporten og beskrev tiltak som ville sette Helgelandssykehuset i stand til å videreføre tarmkreftoperasjoner i foretaket.

I brev fra Helse Nord vedrørende «Kirurgisk behandling av tykktarmkreft i Helgelandssykehuset HF» datert 21.07.2021 ber Helse Nord Helgelandssykehuset om en skriftlig tilbakemelding om organisering av tarmkreftkirurgien i foretaket på grunnlag av den foreløpige rapporten (vedlegg 1). Helgelandssykehuset har avvartet den endelige rapporten fra helsetilsynet før dette svares ut i forbindelse med sak om tilbakeføring som legges frem for styret i Helgelandssykehuset 09.02.22.

Endelig rapport fra Helsetilsynet etter stedlig tilsyn ved SSJ 08. - 09.10.20 ble mottatt i Helgelandssykehuset 03.11.21.

Det ble November 2021 satt ned en arbeidsgruppe som skulle gi ledelsen faglige råd vedrørende Helsetilsynets konklusjon og forventninger til virksomheten i den endelige rapporten fra Helsetilsynet av nov 2021. Særlig var arbeidet med samarbeid og gode forhold for kontinuerlig og systematisk forbedringsarbeid vektlagt. Arbeidet med kompenserende tiltak rettet seg mye mot hvordan Helgelandssykehuset kan sikre god akutfunksjon i kirurgi på begge lokasjoner. Arbeidet med foretaksovergripende prosedyrer er også gjennomført i regi av arbeidsgruppen.

Denne rapporten som leveres styret i Helgelandssykehuset februar 2022 er skrevet av arbeidsutvalget i arbeidsgruppen jfr kap 4.2.3.

3.2 Styrevedtak

Nedenfor er de mest aktuelle styrevedtak for oppfølging i saker om tarmkreftkirurgi på Helgeland.

3.2.1 15. oktober 2020

3.2.1.1 Styret i Helse Nord RHF, sak 127-2020

Planlagt tarmkreftkirurgi flyttes til NLSH

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 beslutnings sak når forholdene tilsier tilbakeføring av planlagte tarmkreftkirurgioperasjoner til Helgelandssykehuset.

3.2.2 17. august 2021

3.2.2.1 *Styret i Helgelandssykehuset HF, sak 62-2021:*

Kirurgisk behandling av tykktarmskreft i Helgelandssykehuset. Orientering om dialog med Helse Nord

Vedtak:

Styret i Helgelandssykehuset HF tar saken til orientering og vil få seg forelagt saken til behandling før beslutning om funksjonsfordelingen.

3.2.3 25. november 2021

3.2.3.1 *Styret i Helgelandssykehuset HF, sak 95-2021:*

Tarmkreftkirurgi – status i arbeidet etter endelig rapport fra Helsetilsynet

Vedtak:

1. Styret i Helgelandssykehuset HF tar informasjonen til orientering
2. Styret i Helgelandssykehuset HF ber adm.dir sørge for at det gjøres et arbeid med tilbakeføring av tarmkreftkirurgien til Helgelandssykehuset som mål. Styret ber om en status i dette arbeidet i neste styremøte.

3.2.4 15. desember 2021

3.2.4.1 *Styret i Helgelandssykehuset HF, sak 108-2021:*

Tarmkreftkirurgi – status i arbeidet etter endelig rapport fra Helsetilsynet

Vedtak:

1. Styret i Helgelandssykehuset HF tar informasjonen til orientering
2. Styret ber om at det i januar 2022 legges frem en redegjørelse for organiseringen ved en tilbakeføring av tarmkreftkirurgien til Helgelandssykehuset

3.3 Helsetilsynets rapport

3.3.1 Foreløpig rapport fra Helsetilsynet

Foreløpig rapport fra Helsetilsynet etter stedlig tilsyn 08. - 09.10.20 ble mottatt i Heleglandssykehuset 08.06.21. Det ble gitt tilbakemelding fra HSYK på den foreløpige rapporten 01.09.21 ved et oversendelsesbrev (vedlegg 2) sammen med rapporten av juni 2021 fra prosjektgruppa (Vedlegg 3).

3.3.2 Endelig rapport fra Helsetilsynet

Endelig rapport fra Helsetilsynet etter stedlig tilsyn 08. - 09.10.20 ble mottatt i Heleglandssykehuset 03.11.21 (Vedlegg 4). Kapittel 6 og 7 i rapporten er gjengitt nedenfor. Rapporten har konkludert med at foretaket har brutt bestemmelser i lov og forskrift, men at dette når ikke lenger er tilfelle. Det er ikke rettet kritikk mot enkelte fagmiljø eller ansatte.

3.3.2.1 *Kap 6: Konklusjon*

«Helsetilsynet har kommet til at HSYK ikke har hatt en systematisk overvåking av tarmkreftkirurgien ved SSJ. Dette er ikke i tråd med virksomhetens plikt å arbeide

systematisk for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet, som et sentralt element i virksomhetens plikt forsvarlig virksomhet.

Det foreligger brudd på følgende bestemmelser:

- spesialisthelsetjenesteloven § 3-4 a, jf. § 2-2
- forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

Helsetilsynet vurderer at HSYK etter tilsynet har gjennomført og planlagt endringer som vil kunne styrke kvalitet og sikkerhet knyttet til pasientgruppen og dermed oppfyller de ovennevnte bestemmelsene.»

3.3.2.2 Kap 7: Forventninger til virksomheten

«Helsetilsynet ber om at rapporten blir gjort kjent for alle informantene i tilsynet, foretaksledelsen og enhetsledelsen ved SSJ og ved MIR.

Helsetilsynet forutsetter at helseforetaket fortsetter arbeidet med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet på dette området og vil følge med på og sørge for at tiltakene bidrar til nødvendig og fortløpende justering. Arbeid med samhandling på tvers, kultur og arbeidsmiljø er en viktig del av dette arbeidet.

Helsetilsynet mener det videre arbeidet med de utfordringer saken har påvist, bør ses i sammenheng med de øvrige prosesser i HSYK og Helse Nord og at det da er mest hensiktsmessig at tilsynsmyndighetenes oppfølging videre overlates til Statsforvalteren i Nordland.»

4 Arbeidet i prosjektgruppe og deretter arbeidsgruppe

4.1 Arbeidet i prosjektgruppa våren 2021

Som ledd arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet i Helgelandssykehuset ble det våren 2021 etablert et prosjekt med følgende mål:

4.1.1 Effektmål:

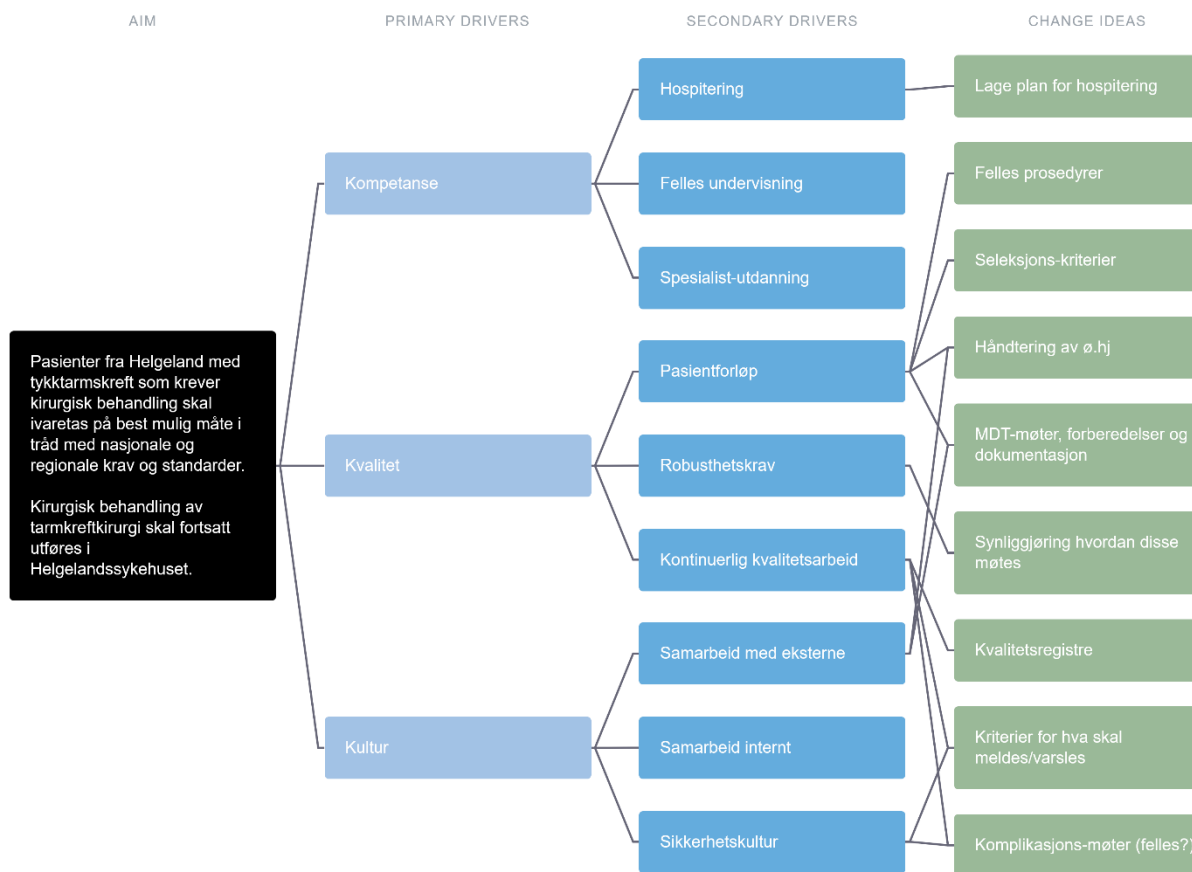
- Pasienter fra Helgeland med tykktarmskreft som krever kirurgisk behandling skal ivaretas på best mulig måte i tråd med nasjonale og regionale krav og standarder.
- Kirurgisk behandling av tarmkreftkirurgi skal fortsatt utføres i Helgelandssykehuset.

4.1.2 Resultatmål:

- 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.

4.1.3 Prosess og driverdiagram

Driverdiagram er et arbeidsverktøy som justeres fortløpende og som viser sammenhengen mellom mål og tiltak som skal til for å nå målet. I figur 1 fremkommer den siste versjonen som ble laget i prosjektgruppa som leverte sin rapport i Juni 2021:



Figur 1

4.1.4 Rapport fra prosjektgruppa

Prosjektgruppa fredigstilte i juni 2021 sin rapport og den 02.07.21 ble rapporten oversendt HN med et følgebrev (vedlegg 5). Brevet henviste til rapporten og konkluderte med at Helgelandssykehuset, med de tiltakene som var beskrevet, oppfyller kravene satt av Helse Nord for å kunne gjennomføre tarmkreftkirurgi i Helgelandssykehuset.

Bl.a. pga pandemien var det fremdeles en del arbeid som måtte gjøres og konkrete avtaler som måtte på plass før de anbefalte kompenserende tiltakene kunne igangsettes.

Viktige anbefalinger fra prosjektgruppas rapport av juni 2021 var bl.a. at at elektiv kirurgisk behandling av tykktarmskreft burde samles ved én lokasjon i Helgelandssykehuset og at utnyttelse av den samlede kapasiteten innen kirurgi både internt i Helgelandssykehuset og regionalt vurderes som et kompenserende tiltak for den lokasjonen som ikke skal utføre elektiv kirurgisk behandling av tykktarmskreft. Prosjektgruppen startet arbeidet med å etablere prosedyrer som er felles for foretaket for disse pasientforløpene.

4.2 Arbeidet i arbeidsgruppa november 2021 – januar 2022

Den 03.11.21 fikk Helgelandssykehuset Helsetilsynets endelige rapport etter det stedlige tilsynet som ble gjennomført i oktober 2020 ved Helgelandssykehuset Sandnessjøen. Det ble besluttet av

administrerende direktør at en arbeidsgruppe skulle gi innspill til ledelsen i det videre arbeidet etter endelig rapport. Arbeidsgruppen var sammensatt av den tidligere etablerte prosjektgruppen med tillegg av to operasjonssykepleiere og aktuelle klinikkledere, jfr kap 4.2.2. Denne arbeidsgruppen har hatt fokus på Helsetilsynets konklusjon og forventninger gjengitt i den endelige rapporten av november 2021. Særlig var arbeidet med samarbeid og gode forhold for kontinuerlig og systematisk forbedringsarbeid vektlagt. Arbeidet med kompenserende tiltak rettet seg mot hvordan Helgelandssykehuset både kan sikre gode pasientforløp for pasienter som opereres for tarmkreft og god akuttfunksjon i kirurgi på begge lokalisasjoner.

Tidlig i dette arbeidet ble det presisert at fagpersonene i gruppen ga innspill iden prosessen, at gruppemedlemmene fra stab/ledelse skulle skrive rapporten og at administrerende direktør i samråd med medisinsk direktør skulle ta beslutningene om hva som skal anbefales til styret i Helgelandssykehuset HF vedrørende organiseringen av aktiviteten fremover. Det ble således arbeidet under gjensidig forståelse av at fagpersonene som har bidratt med viktig kunnskap og mye grundig kvalitetsarbeid ikke har ansvar for beslutningene eller innholdet i rapporten.

Arbeidsgruppens arbeid har vært en del av grunnlaget for beslutning om -, og eventuelt hvordan og når, Helgelandssykehuset skal gjenoppta elektiv tarmkreftkirurgi og samtidig sikre god akuttkirurgisk tilbud på begge lokalisasjonene Mo i Rana og Sandnessjøen. Gruppen har også jobbet videre med de foretaksovergrepene prosedyrene og med konkretisering og utvidelse av foreslåtte kompenserende tiltak.

Arbeidsgruppen har hatt åtte møter hvorav to halvdags arbeidsmøter, ett fysisk og ett som måtte avholdes på Teams pga pandeimen. Det ble gitt føringer om at arbeidsoppgaver mellom møtene skulle foregå i samarbeid på tvers av lokalisasjonene. Det har vært jobbet godt i og mellom møtene. Det har vært utfordrende og lærerikt for alle å arbeide med det overordnede kvalitetsarbeidet på tvers av lokasjoner.

Det har vært viktig å få en felles forståelse i organisasjonen for at den foretaksovergrepene arbeidsformen og den felles forståelsen av kvalitetsarbeidet må være etablert for å kunne gjennomføre de foreslåtte kompenserende tiltakene og for å sikre at det Helsetilsynet påpeker i sin rapport følges opp og forbedres.

En viktig del av arbeidet med kvalitet er at ledelsen og styret skal følge opp drift, resultater og forbedringsarbeid, dette er det lagt til rette for bl.a. ved at relevante registre og indikatorer som bør følges opp er identifisert.

4.2.1 Oppsummerte rammer for arbeidet

(slik de ble lagt frem i første møte i arbeidsgruppa)

- **Mål:** Beskrive om det er mulig å ta tilbake tarmkreftkirurgien til HSYK, og i tilfelle hvordan
- Arbeid ferdig 07.12.21 (eventuelt med noen dagers utsettelse) for levering til styremøtet HSYK 15.12.21*
- Utgangspunkt for arbeidet er rapporten som ble levert fra HSYK i juni 2021, men innholdet skal kvalitetssikres og revurderes opp mot dagens situasjon og Helsetilsynets endelige rapport
- Arbeidsgruppen består av stort sett de samme som jobbet med prosjektrapporten i Juni
- Åpenhet rundt gruppas arbeid og mulighet for innspill, men arbeidet gjøres kun i arbeidsgruppen og arbeidsutvalget
- Arbeidsgruppen skal ikke dykke ned i registertall eller tidligere pasientforløp

- Arbeidsgruppen skal utrede og beskrive hvordan pasientforløpene fremover kan få god kvalitet og pasientsikkerhet, slik at pålegg og anbefalinger i Helsetilsynets rapport oppfylles. Herunder godt samarbeid mellom sykehusenhetene
- Arbeidsgruppa skal også uttale seg om betydningen for det helhetlige tilbudet ved akuttsykehusene
- Arbeidsgruppa kommer med sitt innspill som leveres i linjen til med. direktør og direktør
- Sykehusledelsen lager styresaken og avgjør innholdet i den
- Styret tar stilling i saken og hvordan man skal gå videre
- **Leveranse:**
 - Prosedyre pasientforløp
 - Anbefaling om lokalisering**
 - Anbefaling om gjennomføring og videre arbeid med kompenserende tiltak
 - Anbefaling om oppfølging etter oppstart
 - ROS-analyse***
 - Informasjon til ansatte fra arbeidsgruppa (bistand fra kommunikasjon)
 - Styresak til styret i HSYK (HMF)

*Ferdigstilling av arbeidet ble utsatt slik at styresaken skulle komme i tilstrekkelig god tid før styremøtet i Helgelandssykehuset og deretter kunne ferdigstilles til møtet i styret i Helse Nord der saken skulle opp, dette ble senere fastlagt til 23.02.22.

**Anbefaling om lokalisering ble tatt ut av arbeidet underveis da det ble klart at dette ikke var heniktsmessig at gruppedeltakerne skulle diskutere underveis

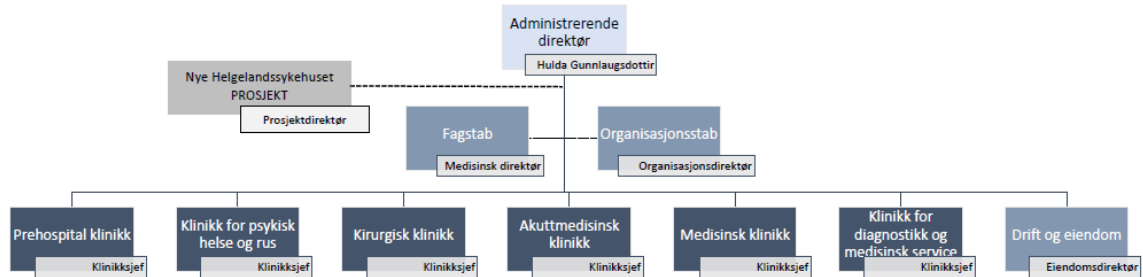
***ROS-analyse er gjennomført, men ikke som del av arbeidsgruppas arbeid. Det er lederlinjen som skal være ansvarlige i gjennomføringen som har bidratt i analysen

4.2.2 Arbeidsgruppas sammensetning:

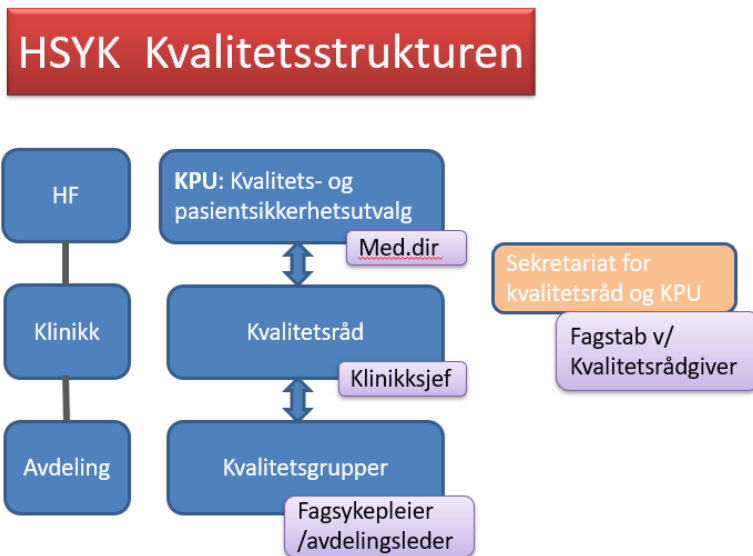
Leder: Medisinsk direktør	Hanne Frøyshov
Klinikkssjef Kirurgisk klinikk	Elin Rasmussen Grønvik
Klinikkssjef Akuttmedisinsk klinikk	Jeanette Pedersen
Kirurg, Mo i Rana	Stefan Dehof
Kirurg, Sandnessjøen	Jarek Skrzypek
Anestesilege, Sandnessjøen	Svein Arne Monsen
Anestesilege, Mo i Rana	Zoltan Kacska
Intensivsykepleier, Mo i Rana	Trude Paulsen
Intensivsykepleier, Sandnessjøen	Jim Roger Fagerdal
Operasjonssykepleier, Mo i Rana	Monica Bang (frem til 20.01.22)
Operasjonssykepleier, Sandnessjøen	Vidar Hansen

HSYK klinikkstrukturen:

Organisasjonskart med virkning fra 23.08.21.



Figur 2



Figur 3

5.2 Linjansvar for oppfølging av kvalitetsarbeidet

Det ble gjennomført møter med lederlinjene i kirurgisk og akuttmedisinsk klinikk januar 2022. Målet var å sikre at ledere på alle nivå har en omforent oppfattelse av at og hvordan vi skal samarbeide på tvers av lokalisasjonene også fremover. Samarbeidet og målsetningen om at Hegelandssykehuset skal være ett sykehus, både organisatorisk og faglig, er en forutsetning for at vi skal lykkes med videre overordnet kvalitetsarbeid.

5.3 Avvik og uønskede hendelser

Prosedyrer og rutiner for oppfølging av uønskede hendelser er oppdatert og gjort kjent i organisasjonen. Det er planlagt et arbeid der de tillitsvalgte skal delta for å gjennomgå, samkjøre og oppdatere rutiner og prosedyrer for ulike varsler og avvik.

5.3.1 Registrering og håndtering av avvik og uønskede hendelser

- Prosedyre hendelsesgjennomgang [PR42296](#)
- Prosedyre hendelsesanalyse [PR49743](#)
- Melding om avvik i Docmap [PR12311](#)
- Pasienthendelse – avviksbehandling [PR54515](#)
- Oppfølging av medarbeidere etter alvorlige eller traumatiske hendelser [PR56549](#)
- Varsel om alvorlige hendelser (Helse Nord) [RL2016](#)

5.3.2 Melderutiner

Helse Nord har utarbeidet en felles varslingsprosedyre om alvorlige hendelser, «Varsel om alvorlige hendelser» [RL2016](#). Melderutiner i denne og i prosedyrene nevnt i 5.3.1 skal benyttes i Helgelandssykehuset.

I tråd med prosedyrene og forventningene til Helsetilsynet er den endelige rapporten fra Helsetilsynet av november 2021 gjort kjent for alle informantene i tilsynet, styret i Helgelandssykehuset HF, foretaksledelsen (inklusive klinikksjefene) og klinikkledelsen i kirurgisk og akuttmedisinsk klinikk.

6 Prosedyrer

6.1 Felles prosedyrer i Helgelandssykehuset

Ferdigstilling av felles prosedyrer for Helgelandssykehuset knyttet til de ulike trinnene i pasientforløpet for kirurgisk behandling av tykktarmskreft har vært en del av arbeidet i gruppa.

Det har vært et mål at prosedyrene skal være omforent, ferdigstilt og gjort tilgjengelig i kvalitetssystemet (Docmap). Arbeidsgruppa har vært sterkt bidragende til at det nå kun gjenstår noen justeringer før dette er på plass.

6.2 Prosedyrearbeid

6.2.1 Prosedyrer for ulike trinn i pasientforløpet

Oversikt over aktuelle rutiner, prosedyrer, sjekklister og annet rammeverk som inngår i pasientforløpet for tarmkreftkirurgiske pasienter er vist i forløpsprosedyren [PR55399](#) i tabellen nedenfor.

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

Tabellen nedenfor er forløpsprosedyre og startside kolonkirurgi i kvalitetssystemet: [PR55399](#)

Forløpsbetrivelse Tarmkirurgi ved Helgelandssykehuset:

FORLØPSFASE	TILTAK	PROSEDYRELINKER
HENVISNING		
Henvisning fra fastlege eller fra lege i HSYK som mistenker tarmkreft til: Pakkeforløp for tykk- og endetarmskreft	<ul style="list-style-type: none"> • Henvisninger vurderes daglig av vakthavende kirurgisk overlege. • Den som vurderer henvisningen sender intern melding i Dips Arena til forløpskoordinator. • Forløpskoordinator gir tilbakemelding til henviser og setter opp til time for videre utredning. 	<p>PR35838 Prosedyre for mottak av henvisninger til colon/gastroscopi</p> <p>PR49386 Bestilling av interne undersøkelser ved medisinsk poliklinikk</p> <p>SJ16222 Sjekkliste for henvisning gastrokirurgisk/gastroenterologisk vurdering</p>
Henvisningskriterier for pakkeforløp for tykk- og endetarmskreft	<p>Tilstedeværelse av ett eller flere av følgende kriterier hos pasienter over 40 år gir inngang til pakkeforløp for tykk- og endetarmskreft:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uavklart blødning fra tarmen • Funn av tumor eller polypp ved rektal undersøkelse/ano-/rektoskopi • Endring av et ellers stabilt avføringsmønster i over fire uker <p>Kreft i tykk- og endetarm forekommer også hos personer under 40 år, selv om det er sjeldent. Diagnosen bør overveies ved tilsvarende symptomer eller funn, og henvises til vurdering av spesialist med høy prioritet.</p> <p>Vær også årvåken for endringer i allmenntilstand, smerter, hemoglobin-fall og tilfeller av tarmkreft hos 1.- og 2.-gradsslektninger.</p>	<p>Henvisningskriterier:</p> <p>Helsedirektoratet – Nasjonale anbefalinger, råd og pakkeforløp - Pakkeforløp for kreft – Diagnoseveiledere – Tykk- og endetarmskreft</p>
Henvisning for coloskopi / rectoskopi uten pakkeforløp fra fastlege	<ul style="list-style-type: none"> • Henvisninger vurderes daglig av vakthavende overlege kirurgi / gastroenterolog. • Ved behov for ytterligere opplysninger opprettes dialog med fastlege via dialogmelding. • Dersom kriterier for pakkeforløp er oppfylt opprettes dette av vurderende overlege med intern melding til forløpskoordinator, og melding til inntakskontor og henviser. • Ved mistanke om sykdom som krever rask utredning, men ikke oppfyller overnevnte kriterier får pasienten en prioritert hastetime. 	<p>PR35838 Prosedyre for mottak av henvisninger til colon/gastroscopi</p> <p>PR49386 Bestilling av interne undersøkelser ved medisinsk poliklinikk</p>

Colo-/rektoskopi med tilfeldig funn som gir mistanke om malignitet	<ul style="list-style-type: none"> • Intern melding til forløpskoordinator med opptak i PAKKEFORLØP • Pasient henvises til rutinemessig utredning for tykk- og endetarmskreft. 	
UTREDNING OG DIAGNOSTIKK		
Utredning og diagnostikk	<ul style="list-style-type: none"> • Forløpskoordinator følger veileder for pakkeforløp for tykk- og endetarmskreft med tidsfrister 	<p>Helsedirektoratet, Nasjonal handlingsplan, tykk- og endetarmskreft pkt. 3.2:</p> <p>Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av kreft i tykktarm og endetarm</p> <p>SJ16145 Pasientflyskjema tykktarmskreft</p>
Endoskopi	<p>Krav til endoskopi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fullstendig coloskopi. • Rektoskopi ved behov. • Eksakt lokalisasjon av tumor. • Blekkmerking. • Bildedokumentasjon. • Adekvate biopsier sendes til NLSH Patologisk avdeling merket som pakkeforløp/CITO. • Dersom obstruerende tumor hvor skopet ikke lar seg passere, må fullstendig coloskopi gjøres postoperativt. Alternativt CT colografi. 	
Radiologi	<ul style="list-style-type: none"> • CT thorax/abdomen/bekken og karmapping. • Supplerende MR rectum ved NLSH ved tumor i rectum. • Supplerende bildediagnostikk av mistenkt metastase (tre-fase CT lever, MR lever, PET-CT, ultralyd). • Radiologisk veiledet biopsi av metastase dersom nødvendig. 	
Blodprøver	<ul style="list-style-type: none"> • CEA • Kir.rutine, inkl. INR • Albumin • Leverprøver • Screening og typing 	
Ytterligere diagnostikk og vurdering av operabilitet	<ul style="list-style-type: none"> • Evt. pulmonologisk vurdering med lungefunksjonstest. • Evt. kardiologisk vurdering med ekko- og EKG. 	<p>PR55981 Anestesivurdering colonkirurgiske pasienter ved Helgelandssykehuset</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Evt. ernæringsfysiolog med ernæringscreening. • Fysioterapeut med funksjonsvurdering. • Evt. geriatrisk vurdering 	PR54032 Preoperativ Anemi-Utredning og behandling
MDT-møter		
Oppmelding til colorektal MDT-møte med Nordlandssykehuset i Bodø	<ul style="list-style-type: none"> • Meldes til MDT så snart diagnostikk er komplett. • Deltagere fra lokalt sykehus: Pakkeforløpskoordinator, kirurg(er) og anestesilege. • Pasient informeres samme dag om beslutning. • Opprettes MDT-notat av ansvarshavende kirurg i DIPS. • FRASE oppsummerende notat 	SJ15500 MDT-notat gastrokirurgi
Særskilte unntak	Ved helligdager/høytider hvor MDT-møter ikke er nært forestående diskuteres kasus med vakthavende gastrokirurg NLSH for videre plan og behandling.	
Seleksjon av pasienter	<ul style="list-style-type: none"> • MDT-møtet avgjør hvor pasienten skal opereres • Dokumenteres i MDT-frasen i DIPS • Følgende pasienter bør som hovedregel opereres ved NLSH eller UNN: <ul style="list-style-type: none"> • Pasienter vurdert til risiko ASA 4 • Pasienter som er vurdert til stadium T4b 	SJ15500 MDT-notat gastrokirurgi
PREOPERATIV FORBEREDELSE		
Kirurgisk poliklinikk / forberedelse før innleggelse / eventuelt preoperativ habilitering	<ul style="list-style-type: none"> • Samtale og preoperativ informasjon om inngrepet. • Notat fra kirurg med kopi til driftskontoret for operasjonsdato. • Opprettelse av medisinkurve i pasientmappa. • Ved behov preoperativ innleggelse for prehabilitering (fysio, ernæring, osv.). 	PR53159 ERAS sjekkliste tarmkirurgi. Inkl. Informasjon om klyster, mini-PEP og tromboseprofylakse RL9211 Arbeidsoppgaver ved innskriving av elektive kirurgiske pasienter HSYK SJ8295 Samtykkeskjema NORGAST PR55981 Anestesivurdering colonkirurgiske pasienter ved Helgelandssykehuset RL9212 Sykepleier sine oppgaver ved journalopptak/innleggelser kir.seksjon HSYK

		<p>PI1831 Pasientinformasjon ERAS tarmkirurgi. Pasienten får med seg</p> <p>PI1796 Dagbok-til deg som skal gjennomgå kirurgi i tykktarmen.</p> <p>Felles prosedyre – antikoagulantia (er under utarbeidelse)</p>
OPERASJON		
Før oppstart av operasjon	<ul style="list-style-type: none"> • Oppmøte på operasjonsdag for ECOG 0-1. • Oppmøte dagen før operasjonsdag for ECOG 2 og høyere. • Ny samtale med kirurg på operasjonsdag, evt. merking av stomi og ny gjennomgang av planlagt inngrep og mulige komplikasjoner. 	<p>PR53159 ERAS sjekklister tarmkirurgi</p> <p>PR47793 Antibiotikaproylaks ved elektiv gastrointestinal kirurgi.</p> <p>PR47792 Antibiotika ved akutt gastrointestinal kirurgi.</p>
Operasjon	<ul style="list-style-type: none"> • Nasjonale og internasjonale guidelines for tykktarmskreft kirurgi følges. 	<p>PR14840 Standardiserte operasjonsprotokoller fra Helse Nord kolon-nettverk prosjekt (UNN) og prosedyre PR41699 Trinnvis tilnærming til radikal cancerkirurgi.</p>
Anestesi	<ul style="list-style-type: none"> • Valg av anestesi baserer seg på guidelines for perioperative care ERAS: 	<p>PR55987 Peroperativt forløp anestesi og postoperativ analgesi colonkirurgiske pasienter</p>
POSTOPERATIVT		
Operasjonsdag	<ul style="list-style-type: none"> • Legges på Intensivavdeling, følger prosedyrer • Muntlig informasjon angående gjennomgått operasjon fra kirurg. • Kontinuere dagbok 	<p>PR55989 ERAS postoperativt på intensiv.</p> <p>PR53159 ERAS sjekklister tarmkirurgi</p> <p>PR48276 NEWS-National Early Warning Score (Tidlig oppdagelse av forverret tilstand)</p> <p>PI1796 Dagbok-til deg som skal gjennomgå kirurgi i tykktarmen</p>
Første postoperative dag	<ul style="list-style-type: none"> • Visitt etter morgenmøte 	<p>PR53159 ERAS sjekklister tarmkirurgi</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Tverrfaglig team inkludert kirurger, anestesi, intensivpersonell • Eventuelt stomiopplæring. • Fysioterapi, ernæringsfysiolog • Overflytting til sengepost • Kontinuere dagbok 	<p>PR48276 NEWS-National Early Warning Score (Tidlig oppdagelse av forverret tilstand)</p> <p>PI1796 Dagbok-til deg som skal gjennomgå kirurgi i tykktarmen</p>
Resterende postoperative dager	<ul style="list-style-type: none"> • Daglig visitt og fortløpende vurdering. • Eventuelt stomiopplæring. • Ved komplikasjoner, håndtering etter god medisinsk praksis og i henhold til retningslinjer. • Sengepostene skal følge ERAS sjekklister • Kontinuere dagbok 	<p>PR53159 ERAS sjekklister tarmkirurgi</p> <p>PR48276 NEWS-National Early Warning Score (Tidlig oppdagelse av forverret tilstand)</p> <p>PI1796 Dagbok-til deg som skal gjennomgå kirurgi i tykktarmen</p>
UTSKRIVELSE og KONTROLLREGIME		
Utskrivelse	<ul style="list-style-type: none"> • Videre plan. • Informasjonsskriv • Epikrise, resepter. • Kommunal sykepleier, fysioterapi, ergoterapeut, ved behov. 	<p>PR43659 Veileder for utskrivningssamtale med pasient.</p> <p>PI1879 Informasjon til deg som har fått fjernet hele eller deler av tykktarmen</p> <p>PI1910 Utskrivningsrapport etter utført Hartmann</p>
Komplikasjoner/Avvik	<ul style="list-style-type: none"> • Komplikasjoner rapporteres i henhold til gjeldende melderutiner og håndteres fortløpende på komplikasjonsmøter. 	<p>RL2016 Varsel om alvorlig hendelse</p> <p>PR12311 Melding om avvik i Docmap</p> <p>PR44877 Avvik i pakkeforløp</p> <p>PR54515 Pasienthendelse – avviksbehandling</p>
Oppfølging	<ul style="list-style-type: none"> • 4 uker postoperativ kontroll hos operatør. • Gjennomgang av histologi, mulige konsekvenser (evt. adjuvant kjemoterapi). • Klinisk undersøkelse. CEA. • Skriftlig oppfølgingsskjema av Helsedirektoratets nasjonale retningslinjer 	

Videre oppfølging eksternt		Helsedirektoratets nasjonale retningslinjer for oppfølging av tykk- og endetarmskreft.
ADMINISTRATIVT		
Forløpskoordinators rolle	Forløpskoordinators rolle er nærmere beskrevet i pakkeforløp for kreft i PR55398 , og i pakkeforløp for kreft i tykk- og endetarm i PR55397 .	PR55398 Pakkeforløp for kreft HSYK PR55397 Pakkeforløp for kreft i tykk- og endetarm HSYK
Håndtering av uønskede hendelser/avvik	Systematikk for registrering og håndtering av avvik og uønskede hendelser Ved tvil kontakt ansvarlig overlege eller nærmeste leder	PR42296 Hendelsesgjennomgang PR49743 Hendelsesanalyse PR12311 Melding om avvik i Docmap PR54515 Pasienthendelse – avviksbehandling PR56549 Oppfølging av medarbeidere etter alvorlige eller traumatiske hendelser. RL2016 Varsel om alvorlige hendelser (Helse Nord)

Følgende prosedyrer arbeides fortsatt med for å gjøre foretaksovergrepene:

[PR35838](#) Prosedyre for mottak av henvisninger til colon/gastroscopi

[PR49386](#) Bestilling av interne undersøkelser ved medisinsk poliklinikk

[RL9211](#) Arbeidsoppgaver ved innskriving av elektive kirurgiske pasienter HSYK

[RL9212](#) Sykepleier sine oppgaver ved journalopptak/innleggelse kir.seksjon HSYK

Antikoagulantia (ulike prosedyrer skal sammenslås og kvalitetssikres)

Blodprøvepakker (ulike på lokalisasjonene, lab jobber med samkjøring)

7 Kompenserende tiltak

Tiltakene er kompenserende for lavt pasientvolum på Helgeland og periodevis lavt antall nøkkelpersonell som blant annet gastrokirurger. Tiltakene kan redusere risiko og forbedre kvaliteten.

Ikke alle tiltak behøver å settes i gang for å tilfredsstille god akuttkirurgisk beredskap eller trygge pasientforløp for tykktarmskirurgi og det kan iverksettes andre kompenserende tiltak ved behov.

Tabellen nedenfor viser tiltakene, noen tiltak gjentas fordi tabellen er bygget opp med mål fra gjennomført ROS-analyse.

Mål/krav 1: Robusthetsanbefalinger gitt i "Kreftkirurgi Norge IS-2284" og egne anbefalinger for et godt akuttkirurgisk tilbud i HSYK

Kritiske suksessfaktorer	Eksisterende tiltak/ merknad til risikoen
Minste antall spesialister i gastrokirurgi: 3	<ul style="list-style-type: none"> • Ha minst 2 overleger med på hver op. (alternativt overlege + LIS3) • Søke om spesialistgodkjenning for alle faste generelle kirurger som man mener oppfyller kravene, der kravene ikke er oppfylt sikres det at disse blir det. • Helgelandssykehuset skal ha et system som til enhver tid sørger for at de som utfører Tarmkreftkirurgi har tilstrekkelig formal- og realkompetanse. Dette gjøres på lik linje som innenfor andre fag og er et linjelederansvar, • Organisere aktiviteten slik at man utnytter alle spesialistene i Helgelandssykehuset til de kompetansestabiliserende operasjonene. Ved å tilby fleksible ordninger der helsepersonell får mulighet til å arbeide på begge lokalisasjonene, kan dette planlegges for den enkelte fagperson som ønsker å øke/stabilisere sin kompetanse. <ul style="list-style-type: none"> ○ Herunder også ta med Mosjøen i planleggingen ved å ta egnede operasjoner dit slik at kapasitet ved de andre lokalisasjonene frigjøres til mer gastrokirurgi. • Organisering som gir mulighet for slik utnyttelse av begge lokalisasjoner: <ul style="list-style-type: none"> ○ Aktuelle elektive operasjoner (både tarmkreft og andre større gastrokirurgiske inngrep) samles på avsatte dager (pakkeforløpsfrister og hastegrad må hensyntas) • Proctor/vikar vil kunne kompensere for manglende lokal gastrokirurg når egne ikke er tilgjengelig • Proctor med på operasjoner og ev hele forløp <ul style="list-style-type: none"> ○ Tiltak første 6-12 mndr for å sikre god læringseffekt og innspill til forbedringer ○ Om mulig bør proctorer komme fra de samme avdelingene hvor personellet skal hospitere, ○ Gerne fra NLSH eller UNN. • Innen juni 2022 kan Helgelandssykehuset ha totalt fire ferdige gastrokirurger, klinikken sikrer at LIS3 og progresjonen følges opp. • Evaluere tiltakene etter 1 år.
Minst 15 opr pr kir pr år	<ul style="list-style-type: none"> • Tre kirurger som opererer, der man ruller på å være hovedoperatør. • To operatører fra Helgelandssykehuset tilstede pr operasjon vil også gjøre at man raskere kommer opp i krav om antall per kirurg. • Det er viktig å ha tilstrekkelig mange som kan delta i slike operasjoner, pr i dag bør dette være tre og vurdere økning til fire avhengig av operasjonsvolum totalt. • Allokere operasjoner fra regionen til Helgelandssykehuset
Minst 30 opr pr avdeling/team pr år	<ul style="list-style-type: none"> • Tarmkreftkirurgien samles på en lokalisasjon. • Andre aktuelle operasjoner allokeres innad i foretaket slik at begge lokalisasjoner har forløp som sikrer akuttkirurgisk kompetanse, god utdanning og god faglig utvikling av kirurgisk fagområde.

	<ul style="list-style-type: none"> • Allokere egnede operasjoner fra andre sykehus i regionen til Helgelandssykehuset (avhjelper ventetid, forutsetter god seleksjon av passende pasienter) • Unngå at pasienter som kan opereres ved Helgelandssykehuset unødvendig blir gjestepasienter i andre HF
Minimum størrelse opptaksområde	<ul style="list-style-type: none"> • Rundt 100 000, Helgelandssykehuset har ca 78 000 • Operasjoner fra andre foretak fordeles til Helgelandssykehuset slik at operasjonskapasiteten i regionen utnyttes og kompetanse opprettholdes, • Samarbeid med Helse Nord RHF for å sikre gode prosesser rundt dette • I størst mulig grad bruk av eget personell til hovedoperatør
Spesialist i gastrokirurgi i døgnerberedskap (sikre akuttberedskap på to lokalisasjoner)	<ul style="list-style-type: none"> • Aktuelle elektive operasjoner samles på avsatte dager gir kontinuitet og kjennskap til pasient ved oppfølging de første postoperative dager • Bak-bakvaksfunksjon på tvers i HSYK og telefonisk til NLSH og UNN dersom det f.eks er konstituert gastrokirurg på vakt • Bruke bakvakt på den andre lokalisasjonen for å diskutere mellom bakvaktene ved behov • Bruke vikarer som har volum nok for god nok kompetanse fra andre sykehus • Tilstrebe faste vikarer
Intensiv enhet med døgntilbud	<p>Dette er på plass, men det beskrives tiltak som vil gjøre bemanningen og kompetansen mer robust</p> <ul style="list-style-type: none"> • Innføre/videreføre kalenderplan • Innføre/videreføre kompetanseplaner • Sikre tilstrekkelig bemanning med riktig kompetanse • Tilstrebe å følge norsk standard for intensiv inntil normerende retningslinje er på plass. • Bemanne forholdsmessig til aktuelle pasienter og til akutfunksjonen. (mtp både kompetanse og kapasitet) • Kategorisere pasientene – etter ressurs- og kompetansebehov • Sette sammen CORE-team som er særlig kjent med disse forløpene. • Formøte med nøkkelpersoner som er involvert i forløpet, sengepostene involveres også i dette. • Hospitering for å øke kompetansen i alle ledd. Det må sikres reelt læringsutbytte i avtalene rundt hospiteringsordningene. • Utdanne/rekruttere/stabilisere for å øke tilgang på intensivsykepleiere og annet nøkkelpersonell.
Regelmessige tverrfaglige møter (MDT-møter)	<p>Dette er på plass, men beskriver tiltak som kan forbedre møtene:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Minimum ukentlig med kirurg, onkolog, patolog, anestesilege og forløpskoordinator. <ul style="list-style-type: none"> ○ Anestesileger i Helgelandssykehuset bør være med i MDT-møtene, dette innføres som en prøveordning i et år og evalueres deretter. ○ NLSH oppfordres til også å ta med anestesileger i møtene. • Frase for MDT-møte i DIPS Arena • Gode forberedelser til møtene.

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Pasienten skal være tilstrekkelig utredet også mtp frailty og komorbiditet før det avgjøres om pasienten skal opereres i Helgelandssykehuset eller på et høyere nivå.
Seleksjon av pasienter som skal opereres i Helgelandssykehuset	<ul style="list-style-type: none"> • Sikre riktig seleksjon for å øke pasientsikkerheten • MDT-møtet avgjør hvor pasienten skal opereres • Kan også selektere pasienter fra andre sykehus sine nedslagsfelt til Helgelandssykehuset • Avgjørelse om operasjonssted og begrunnelse dokumenteres i MDT-frasen i DIPS • Følgende pasienter bør som hovedregel opereres ved NLSH eller UNN: <ul style="list-style-type: none"> • Pasienter vurdert til risiko ASA 4 • Pasienter som er vurdert til stadium T4b
Deltakelse i klinisk forskning	<p>Forskning er på plass, men det så langt det er kapasitet ønskes mer forskning og innovasjon.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Knytte seg til flere forskningsprosjekter ved UNN og NLSH eller andre samarbeidspartnere.
Spesialistutdanning	<ul style="list-style-type: none"> • Sikre gode forløp og lett tilgang på operasjoner for å få god rekruttering • Bruke utdanningsansvarlig overlege i faget (UAO), i klinikken (KUAO) og utdanningskoordinerende overlege i fagstab (UKO) • Starte på rekruttering av LIS1 • Sikre gode utdanningsløp for å bedre rekruttering/stabilisering
Legeutdanning	<ul style="list-style-type: none"> • Legge til rette for både lærerkreftene blant klinikerne og studentene for gode utdanningsløp • Det kommer 6. års studenter om kort tid, foretaket må forberede det godt slik at de får en god utdanning og blir godt ivaretatt • Disse blir viktige ambassadører for Helogelandssykehuset • Fagstab bidrar i dette arbeidet
Rekruttering/stabilisering av nøkkelpersonell	<ul style="list-style-type: none"> • Sikre rekruttering i alle tilhørende faggrupper • Kartlegge kompetansebehov og legge en rekrutteringsplan • Både intern rekrutteringsstrategi og regional handlingsplan er sentrale • Samarbeid med Organisasjonsstab om rekruttering
Patologiservice til stede	Tilgjengelig på NLSH og samarbeid gjennom MDT-møtene er tilstrekkelig
Urolog tilgjengelig	<ul style="list-style-type: none"> • Kompetansen er tilgjengelig selv om ikke fysisk tilstede. • Godt samarbeid med Mosjøen og NLSH, hvordan dette fungerer bør skriftliggjøres • Tilgjengelig på telefon/telematikk. • Fysisk tilstedeværelse av urolog på dager med planlagt tarmkreftoperasjoner, f-eks ambulering med poliklinikk. <ul style="list-style-type: none"> ○ Dette er vurdert og ikke funnet hensiktsmessig da pasientsikkerheten med dagens ordning er godt ivaretatt.

	<ul style="list-style-type: none"> • Urolog vil etter hvert finnes ved hovedsykehuset i nye Helgelandssykehuset
Utdanningsfunksjon i gastrokirurgi	<ul style="list-style-type: none"> • Sørger for god struktur og tilrettelegging av utdanningsforløpet • Sørge for at LIS-leger får være med på operasjoner • God tilgang på operasjoner vil tiltrekke utdanningskandidater
Dedikert onkolog	<ul style="list-style-type: none"> • Tilgjengelig via NLSH og UNN. • Vurdere om det skal etableres ambuleringsordninger med «egne/faste» onkologer fra Bodø/Tromsø til dagenhet/poliklinikk som også kan bidra i dette forløpet
Sikker logistikk til avd. som utreder og behandler levermetastaser	<ul style="list-style-type: none"> • Utredning er standardisert i retningslinjene, operativ behandling er sentralisert til UNN. • Kjemoterapeutisk behandling gjøres i samarbeid med onkologisk avdeling UNN og NLSH.

Mål 2: Helsetilsynets anbefalinger

Kritiske suksessfaktorer	Eksisterende tiltak/ merknad til risikoen
Anvendelse av nasjonale retningslinjer*	<p>*Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av kreft i tykktarm og endetarm. (Helsedirektoratet, 2020).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Helgelandssykehuset skal ha dekningsgrad som anbefalt eller høyere. • Følges opp systematisk på klinikk- og foretaksnivå.
Komplett rapportering til nasjonalt register**	<p>** Nasjonalt kvalitetsregister for tykk -og endetarmskreft. www.kreftregisteret.no</p> <ul style="list-style-type: none"> • Helgelandssykehuset skal ha dekningsgrad over anbefalt. • Følges opp systematisk på klinikk- og foretaksnivå..
Rapportering til NoRGast***	<p>*** Norsk kvalitetsregister for gastrokirurgi. www.norgast.no</p> <ul style="list-style-type: none"> • Helgelandssykehuset skal ha dekningsgrad over anbefalt. • Følges opp systematisk på klinikk- og foretaksnivå.
Praktisering av ERAS****	<p>****Enhanced Recovery After Surgery</p> <ul style="list-style-type: none"> • Helgelandssykehuset skal følge opp alle ERAS guidelines systematisk på foretaksnivå. • Det opprettes en tverrfaglig ERAS-gruppe i HSYK. Disse skal ha minst 4 møter pr år. • Skjema som inkluderer ERAS sjekklister
Deltagelse i kolon-nettverket i Helse Nord. Dekker kirurgi generelt.	<ul style="list-style-type: none"> • Helgelandssykehuset deltar i kolon-nettverket
Følge anbefalte Retningslinjer for hele pasientforløpet	<ul style="list-style-type: none"> • Gå gjennom alle forløp de første 6 månedene for å identifisere forbedringspunkter og revidere prosedyrer/rutiner. <ul style="list-style-type: none"> ○ Kan f.eks gjøres av ERAS-gruppa pluss kvalitetsrådgiver, proctor og eventuelt flere.

Mål/krav 3: Krav fra Helsetilsynet i endelig rapport

Kritiske suksessfaktorer	Eksisterende tiltak/ merknad til risikoen
Samhandling fag, Kultur, Arbeidsmiljø	<ul style="list-style-type: none">• Samarbeid om pasientforløpene mellom fagmiljøene på tvers• Felles fagdager og simuleringstreninger• Felles undervisning. Koble på undervisning på UNN og/eller NLSH dersom mulig.• Helgelandssykehuset pådriver for regional undervisning• Samarbeid om prosedyrer og rutiner• Samarbeid om utdanning av LIS• Kvalitetsråd i klinikken• Kontinuerer arbeidsgruppa• Velferdstiltak, inkl det som arrangeres via velferdsstyret
Kvalitet, Pasientsikkerhet	<ul style="list-style-type: none">• Se over i punkter med andre faglige mål• Kvalitetsråd og Kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg er etablert• Arbeid gjennom arbeid i kvalitetsrådene i klinikken• Obligatorisk lederopplæring oppstart januar 2022 som tar opp forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring• Definerte indikatorer skal rapporteres til klinikk- og foretaksnivå.
Samhandling på tvers	<ul style="list-style-type: none">• Etablering av KGO (klinisk gjennomgående organisering)• Struktur for rapportering av kvalitet og pasientsikkerhet, herunder resultater som fremkommer i kvalitetsregistre: Rapporteres via linjen og kvalitetsråd• Se også punkter i andre kategorier over
Seleksjon etter kriterier	<ul style="list-style-type: none">• Særlig de første 6 måneder må det være konservativ holdning til seleksjon.• Rutiner må følges og vurderinger og beslutninger dokumenteres i referat fra MDT-møter
Akutte inngrep tarmkreft	<ul style="list-style-type: none">• Midlertidig rutine for tarmkreftkirurgi RL8729
Pre operativ behandling	<ul style="list-style-type: none">• Skriftlige rutiner• Se forløpsprosedyre PR55399
Post operativ behandling	<ul style="list-style-type: none">• Skriftlige rutiner• Se forløpsprosedyre PR55399
Delta i kvalitetsregistre	<ul style="list-style-type: none">• Se tidligere punkt under mål 2• Gjennomgang av registrering til de ulike registrene• Mål om 100% dekningsgrad• Dedikert sykepleier til dette arbeidet fagstab bistår.
Presisering av melderutiner ved komplikasjoner og avvik	<ul style="list-style-type: none">• Sikre rutiner for å melde alle aktuelle avvik• Dedikert sykepleier til dette arbeidet fagstab bistår
Deltakelse i regionalt kvalitetsnettverk	<ul style="list-style-type: none">• Helgelandssykehuset deltar her

Mål/krav 4: Pakkeforløp kreft, forløpsfrister skal overholdes

Kritiske suksessfaktorer	Eksisterende tiltak/ merknad til risikoen
Ventetid innenfor Pakkeforløp kreft innenfor krav	<ul style="list-style-type: none">• Sikre i MDT-møtene at frister overholdes med god margin• Holde av operasjonsdager i planen frem i tid slik at det er plass for disse operasjonene på dedikerte dager• Allokere operasjonene fra regionen til Helgelandssykehuset kortere ventetid, utnytte og stabilisere kompetansen og utnytte kapasiteten• Allokere operasjoner innad i Helgelandssykehuset for å frigjøre kapasitet til tarmkreft operasjoner og sikre kompetanse.
Forløpskapasitet tilstede? (op+int+pre/post)	<ul style="list-style-type: none">• Planlegge operasjonsdagene overordnet og på tvers av lokalisasjoner slik at kapasiteten er tilstrekkelig.• Rullere personell mellom lokalisasjonene for å sikre at kompetansen på slike og lignende operasjoner opprettholdes i Helgelandssykehuset• Kontinuere arbeidsgruppa (tarmkreftkirurgi) for fortsatt kvalitetsarbeid<ul style="list-style-type: none">○ Personell som planlegger og innkaller til operasjoner med i arbeidsgruppa fremover.
Iverksette tarmkreft op. I HSYK raskt pga ventetider i regionen	<ul style="list-style-type: none">• Holde av operasjonsdager i planen frem i tid slik at det er plass for disse operasjonene på dedikerte dager.• Allokere operasjonene fra regionen til HSYK når det er kortere ventetid.• Allokere operasjoner innad i HSYK for å frigjøre kapasitet til tarmkreftoperasjoner• Samarbeide regionen om system med tilbud til pasienter på venteliste.

Mål/krav 5: Styrevedtak HN sak 127-2020

Kritiske suksessfaktorer	Eksisterende tiltak/ merknad til risikoen
UNN bidra m/ TVF-team	<ul style="list-style-type: none">• Dialog med Helse Nord om oppfølgingen av vedtaket
NLSH/UNN/andre Hospitering	<ul style="list-style-type: none">• Dialog med Helse Nord om oppfølgingen av vedtaket• Alle som inngår i det perioperative forløpet er aktuelle for hospitering (operasjon/ anestesisykepleier/ anestesileger/ oppvåkning/ intensiv/ kirurgisk sengepost)

Mål/krav 6: Oppfylle overordnede og politisk besluttede krav til nye HSYK

Kritiske suksessfaktorer	Eksisterende tiltak/ merknad til risikoen
Hovedsykehuset skal ha bredest tilbud	<ul style="list-style-type: none">• Gastrokirurgiske operasjoner må fordeles mellom begge lokalisasjonene for å opprettholde kompetanse for god akutfunksjon begge steder, for å utnytte operasjonskapasiteten i foretaket og for å sikre hovedsykehuset et bredt tilbud som besluttet• Urolog er tilgjengelig i hovedsykehuset når nye Helgelandssykehuset er ferdig (jfr faglig strategisk utviklingsplan)

	<ul style="list-style-type: none"> • Med benign (godartet) gastrokirurgi, plastikk-kirurgi, urologi, øre-nese- hals og øye i vil hovedsykehuset ha den bredeste kirurgiske fagporteføljen.
Opprettholde akuttkirurgi med god kompetanse ved begge lokalisasjoner	<ul style="list-style-type: none"> • Gastrokirurgiske operasjoner må fordeles slik at begge lokalisasjoner får tilstrekkelig mengde større gastrokirurgiske operasjoner • Vurdere om urologer skal få kompetanseheving som gjør dem vaktkompetent for akutt bløtdelskirurgi. • Benytte Bak-bakvaktssystem (Noen som er tilgjengelig for den som har bakvakt, kan eventuelt være på tvers av lokalisasjonene) • Iverksette og følge opp kompetansehevende tiltak med <ul style="list-style-type: none"> ○ Simulering ○ BEST-kurs ○ Hospitering ○ Vikariater osv • Sikre gode, oppdaterte og tilgjengelig prosedyrer og rutiner

Mål/krav 7: Akuttkirurgi opprettholdes ved begge lokalisasjoner, jfr også tidligere mål

Kritiske suksessfaktorer	Eksisterende tiltak/ merknad til risikoen
Nok tarmoperasjoner til å opprettholde kompetanse i hele pasientforløpet	<ul style="list-style-type: none"> • Fordeling av benigne operasjoner* • Hospitering (kirurger), må ha godt innhold, ikke bare tilskuer på operasjonsstua. • Simulator • Grisemodeller • Kurs • Kvalitetsstruktur som fanger opp hva som er bra og hva som bør forbedres • Tett samarbeid på tvers om kvalitet • Bruke kvalitetsrådene systematisk
Tilstrekkelig aktuelle operasjoner pr lokalisasjon	<ul style="list-style-type: none"> • Fordele aktuelle operasjoner, mellom lokalisasjonene og innad i regionen. • God fordeling av casus/operasjoner for å opprettholde og bygge kompetanse på begge lokalisasjoner. • Helse Nord bør delta i arbeidet med fordeling av pasienter som kan behandles ved Helgelandssykehuset som står på ventelister andre steder. • Sikre optimal behandling for hver pasient til rett tid og på rett sted.
Sikre robuste vaktordninger	<ul style="list-style-type: none"> • Samarbeid med andre sykehus og mellom lokalisasjonene i Helgelandssykehuset • Sikre tilstede eller bak-bakvakt av tilstrekkelig gastrokirurgisk kompetanse
Seleksjon av pasienter til HSYK	<ul style="list-style-type: none"> • Følge rutiner og sikre god utredning før MDT-møtet • Dokumentere i standardisert frase for MDT-møtene

Tydelig avklart hvilke pasienter med akutte kirurgiske tilstander som skal til høyere nivå	<ul style="list-style-type: none"> • Ha tydelige avtaler med mottagende sykehus for enkel kommunikasjon i akutt-tilfeller og klare prosedyrer for hvilke pasienter som bør videresendes. <ul style="list-style-type: none"> ○ Dette for å sikre stabilisering og videresending av pasienter når det er det er riktig. Rutiner for dokumentasjon av kommunikasjon og beslutninger. Jfr. Midlertidig rutine for tarmkreftkirurgi RL8729 .
Bør være 5-delt bakvakt på hver lokalisasjon	<ul style="list-style-type: none"> • Kan løses med f.eks 3-4 egne og 1-2 vikarer • Kan benytte bak-bakvaktsystem for å sikre tilgjengelig kompetanse når det er begrensninger i kompetansen til kirurg som har vakt • Ekstra kompetanse tilgjengelig kan være felles for lokalisasjonene, altså slik at den samlede kompetansen styrkes

7.1 Kompenserende tiltak

Elektiv tarmkreftkirurgi samles ved én lokasjon i Helgelandssykehuset. Det sikres samtidig fordeling og organisering av aktivitet innen kirurgisk virksomhet for å opprettholde og bygge kompetanse. Helgelandssykehuset vil utnytte operasjonskapasiteten og ivareta kompetanse for akuttberedskap ved begge lokalisasjoner. I samarbeid med Helse Nord skal det gjennomgås mulige tiltak for å sikre god utnyttelse av behandlingsskapasiteten i regionen samtidig som man opprettholder og bygger opp kompetansen og volumet på de mindre sykehusene i regionen. Oppdragsdokumentet gitt i foretaksmøtet mellom Helse Nord RHF og foretakene 2.feb 2022 kap 3.0 punkt 9: *Vurdere hvilken elektiv aktivitet som helt eller delvis kan flyttes fra større til mindre sykehus.* (vedlegg 6). Ved å utnytte regional operasjonskapasitet i større grad gis UNN og Nordlandssykehuset større kapasitet til å ivareta de komplisert pasientene som skal behandles på deres nivå.

8 Forkortelser

MDT – Multidisciplinære 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)

8.1 Forklaring til utvalgte begrep og tiltak i rapporten:

8.1.1 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, anestesilegene bør også være deltagere i MDT-møtene og det innføres fra Helgelandssykehuset sin side.

Mal for rapportering fra MDT-møtene er utarbeidet ([SJ15500](#)). Denne foreligger som frase i DIPS Arena. Det er foreslått at dette gjøres til en regional mal.

8.1.2 Seleksjonskriterier

Det er konsensus i fagmiljøet om at seleksjonsvurderinger av pasienter gjennomføres i MDT-møtene. Kriteriene nedenfor bør følges i tillegg til en individuell tverrfaglig vurdering for den enkelte pasient.

Følgende pasienter bør opereres ved NLSH eller UNN:

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

Dersom det gjøres unntak må dette være godt dokumentert i referat fra MDT- møtet / i pasientjournalen.

8.1.3 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). De fleste ø-hjelps pasienter kan vente med operasjon til de er flyttet til et annet sykehus dersom dette er det beste for pasienten. Dette avklares for hver enkelt pasient i samråd med Nordlandssykehuset eller UNN. Midlertidig rutine for tarmkreftkirurgi [RL8729](#)

8.1.4 Robusthetskrav

I Helseledningsdirektoratets rapport «Kreftkirurgi i Norge» fra 2015 er anbefalinger for robusthetskrav vedrørende kreftoperasjoner gitt. Anbefalingene er kommentert i tabellen i kapittel 7.

<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kreftkirurgi-i-norge>

8.1.5 ERAS-gruppe

Tiltakene i ERAS er sentrale i kirurgiskbehandling av tykktarmskreft, og HSYK vil ta initiativ til ERAS-gruppe i Helse Nord der kjernepersonell fra sykehusene som opererer tykktarmskreft deltar. Det foreslås årlige telemedisinske møter og annet hvert år fysiske møter i forkant av NoRGast-møte. Gruppen bør ledes av UNN Tromsø.

8.1.6 Kvalitetsnettverk kolonkirurgi

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 ledes av UNN, Tromsø.

8.1.7 Kvalitetsregistre

Helgelandssykehuset rapporterer kirurgisk behandling av tykktarmskreft til følgende kvalitetsregistre:

8.1.7.1 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 – [NorGast – Norsk register for gastrokirurgi \(4.2.2022\)](#)

Helgelandssykehuset rapporterer data på aktuelle kirurgiske pasienter til dette registeret.

8.1.7.2 *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](#) (4.2.2022).

8.1.8 Proctor

En proctor eller «læremester» kan være en erfaren kirurg fra annet sykehus. Denne deltar i- eller er observatør ved operasjonen eller i hele forløpet til kirurgiske pasienter. Den kan gi innspill til forbedringer i forløpet og bidra dersom det er behov for opplæring i løpet av et forløp. Dette kan sikre kvaliteten i oppstart av aktivitet som ikke har vært i Helgelandssykehuset på noe tid og samtidig skape tillit og trygghet for pasienter og ansatte i en periode der det er ekstra viktig.

8.1.9 Hospitering / Samarbeid i regionen

Se også rapporten fra juni 2021.

Tilrettelegging for hospitering fra aktuelt fagmiljø i Helgelandssykehuset til UNN og Nordlandssykehuset er nevnt spesielt i Helse Nords styrevedtak i sak 127-2020 og regnes som et godt egnet kompensierende tiltak. For å sikre god kvalitet på tiltaket bør det inngås forpliktende avtaler, helst med medvirkning fra Helse Nord.

Hospiteringsordninger kan være nyttig for kirurger, anestesileger, operasjonssykepleiere og intensivsykepleiere.

Med 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 bli kjent med arbeid i et større fagmiljø. Nettverket som knyttes ved hospitering til sykehus i landsdelen sees som en viktig gevinst ved slik hospitering, men hospitering til sykehus i andre regioner er også aktuelt.

Eksempel på hva som kan være passende aktivitet med tanke på fagpersonell, hyppighet og innhold ved hospitering:

Kirurger: Kirurgene som skal operere tykktarmskreft eller tilsvarende operasjoner av benign art bør årlig hospitere minst en uke hver. Det må i forkant av hospiteringen legges til rette for at kirurgene også skal være operatører og ikke kun observatører.

Anestesileger: Anestesileger med hovedansvar for disse operasjonene bør hospitere minst en uke annet hvert år. Hospiteringen kan også skje på operasjonsstuer ved inngrep i øvre gastro.

Operasjonssykepleiere: Operasjonssykepleiere som skal ha hovedansvaret for disse operasjonene bør hospitere minst en uke annet hvert år.

Anestesisykepleiere: Anestesisykepleiere som skal ha hovedansvaret for fagutvikling innen ERAS anestesi bør hospitere minst en uke annet hvert år.

Oppvåkning/intensiv: Oppvåknings-/intensivsykepleiere som skal ha hovedansvaret for fagutvikling innen ERAS bør hospitere minst en uke annet hvert år.

Kirurgisk sengepost: Sykepleiere fra kirurgisk sengepost som skal ha hovedansvaret for fagutvikling innen ERAS bør 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 Helse Nord, Nordlandssykehuset og UNN
- Hospiteringens innhold og varighet dokumenteres i kompetansemodule
- Kompetanseheving ved hospitering må settes av i arbeidsplanen i samarbeid med leder

Covid-19-situasjonen har vært medvirkende til at hospitering ikke har vært gjennomført hittil. Det er også ønskelig at kirurger/anestesileger/operasjons sykepleiere/anestesisykepleiere fra Nordlandssykehuset og UNN kan vikariere ved Helgelandssykehuset. Dette vil både føre til et tettere samarbeid mellom virksomhetene samt sikre kvaliteten

8.1.10 Vikariater

Arbeidsvikariater på tvers i regionen er anbefalt som en viktig del av kompetansebygging og etablering og vedlikehold av faglig kontakt.

8.1.11 Felles undervisning

Det er ønskelig at Helgelandssykehuset kan få tilgang til eller kople seg til aktuell internundervisning ved UNN og Nordlandssykehuset.

Helgelandssykehuset skal da også bidra med ansvar for deler av programmet.

8.1.12 Felles fagdag

Felles fagdag på tvers av lokalisasjonene for aktuelle faggrupper som er involvert i pasientforløpene. Det er viktig at forløpsprosedyren er godt kjent for alle som er involvert i pasientforløpet. Simuleringstrening bør være en del av en slik fagdag.

8.1.13 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 deltar i et PhD-prosjekt som utgår fra kirurgisk klinikk, Nordlandssykehuset Bodø. Prosjektet sammenlikner 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 Nordlandssykehuset til Helgelandssykehuset.

8.2 Rekruttering / stabilisering

8.2.1 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.

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

8.2.2 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 7). 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

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

8.2.3 Intern rekrutteringsstrategi

Helgelandssykehusets strategi for rekruttering og stabilisering tar utgangspunkt i Helse Nord's Handlingsplan for rekruttering og stabilisering med de fire strategiområdene. Helgelandssykehuset setter nå i gang et strategiarbeid på området for å fange opp eventuelle behov for justering og utvidelse av egen strategi basert på de regionale planene og behov foretaket ser nå. Rekruttering og stabilisering av leger i Helgelandssykehuset

8.2.3.1 Rekruttering og stabilisering av leger 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 interimfasen 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. I all hovedsak må Helgelandssykehuset utdanne de legespesialister som skal bli fremtidens overleger i foretaket. Helgelandssykehuset kjennetegnes generelt av sårbare og små fagmiljø på legesiden, og Helgelandssykehuset må jobbe systematisk med å utdanne legespesialister innen de spesialitetene foretaket har behov for fremover. Ved å tilby kvalitet, forutsigbarhet og en godt strukturert og tilrettelagt spesialistutdanning for leger kan foretaket bedre rekruttering og stabilisering av LIS-leger fremover og dermed sikre tilstrekkelig antall spesialister i foretaket på lengre sikt.

8.2.3.2 Tid til å leve

Helgelandssykehuset har utarbeidet egen kommunikasjonsstrategi for rekruttering med konseptet *Tid til å leve*. Denne beskriver det unike med Helgelandssykehuset 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.

8.2.3.3 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.

8.3 Arbeidsmiljø

Arbeid med arbeidsmiljø er nevnt som en sentral premiss i Helse Nords styresak 127 - 2020. Helgelandssykehuset gjennomførte under ledelse av organisasjonsdirektør et eget arbeid tilknyttet utfordringer og oppfølging av arbeidsmiljø foranlediget av den første prosessen rundt tarmkreftkirurgi i Helgelandssykehuset. Sykehusledelsen vedtok i den forbindelse en rekke tiltak for å sikre at struktur i HMS-arbeidet ble fulgt opp, etablert og gjort kjent i alle enheter/lokalisasjoner – for å sikre god dialog og kjente arenaer med tillitsvalgte og vernetjeneste. Rapport om arbeidsmiljø i Helgelandssykehuset ble behandlet i styresak 17- 2021 (vedlegg 8). Arbeidet er fulgt opp gjennom AMU, lokale arbeidsmiljøutvalg (AMR), lederlinjen og i dialog med vernetjenesten.

Gjennom arbeidet med prosedyrer og gjennom KGO har det vært mer kontakt mellom de kirurgiske miljøene og man har mer forståelse for hverandres ståsteder. Det er også etablert ny struktur for vernetjenesten tilpasset den nye organisasjonen. Det skal fortsatt arbeides aktivt med samarbeid og godt arbeidsmiljø i hele foretaket, og det har vært viktig å vri tiltakene fra ekstraordinære til ordinære tiltak som er omforente og kjente for alle aktører. Det har vært møter med lederlinjene i de involverte klinikkene og man er omforent om at det fremover må være godt samarbeid mellom ledelse og fagmiljøer på tvers av lokalisasjoner til beste for pasientene og også for utviklingen av Helgelandssykehuset.

Arbeidsgruppen som har gitt innspill til arbeidet som er beskrevet i denne rapporten vil fortsette sitt arbeid med prosedyreutvikling og kvalitet i forløpene også etter at denne saken er behandlet i styret 09.02.22. Lederlinjen fra foretaksledelsen og helt ut i organisasjonen vil fortsette sitt arbeide med ETT sykehus og felles arbeidsmiljø og kultur. I den forbindelse er det fra januar 2022 startet opp et helt nytt lederprogram for alle ledere i Helgelandssykehuset. Programmet har fokus på felles kultur, felles kunnskap og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten har er sentral i dette arbeidet.

Nedenfor vises bilder av ForBedringsundersøkelsen frem til og med 2021. Formålet med undersøkelsen er å forbedre arbeidsmiljøet og pasientsikkerhet-kulturen i helsetjenesten. Helgelandssykehuset scorer jevnt over bedre enn i regionen, men det er mange muligheter for videre forbedring av resultatene. Helgelandssykehuset bruker undersøkelsen aktivt i kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet.

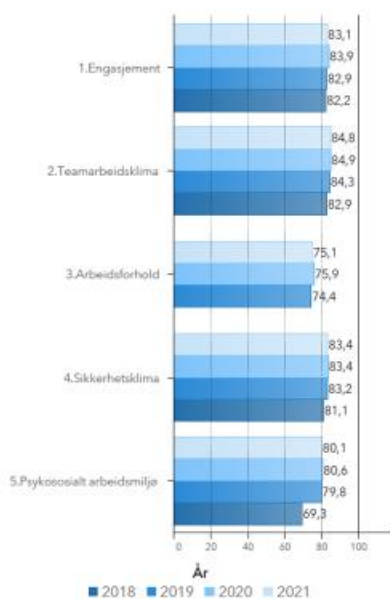
Gjennomsnitt per tema - 1

Her finner du oversikt over resultatene i rapporten. Hvert tema viser samlet gjennomsnitt for alle enkeltspørsmål per temaområde.

Her ser du også om skåren har endret seg siden sist og hva som er skåren i foretaksgruppen.

100 er den beste skåren på alle tema og spørsmål.

Kommentar: Spørsmålene i temaene "Arbeidsforhold" og "Psykososialt arbeidsmiljø" har blitt vesentlig endret siden 2018 og kan ikke bli sammenlignet med resultatene for andre år. Temaet "Oppfølging" har fått et nytt spørsmål fra og med 2019.



Spørsmålsgruppe	Resultat 2021	HN-gruppe snitt 2021
1.Engasjement	83,1	81,4
2.Teamarbeidsklima	84,8	83,2
3.Arbeidsforhold	75,1	72,9
4.Sikkerhetsklima	83,4	81,1
5.Psykososialt arbeidsmiljø	80,1	78,9

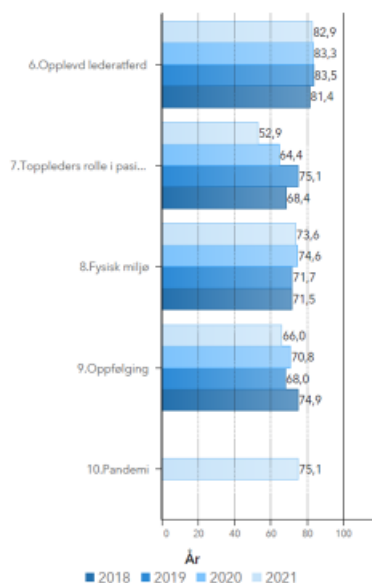
Gjennomsnitt per tema - 2

Her finner du oversikt over resultatene i rapporten. Hvert tema viser samlet gjennomsnitt for alle enkeltspørsmål per temaområde.

Her ser du også om skåren har endret seg siden sist og hva som er skåren i foretaksgruppen.

100 er den beste skåren på alle tema og spørsmål.

Kommentar: Spørsmålene i temaene "Arbeidsforhold" og "Psykososialt arbeidsmiljø" har blitt vesentlig endret siden 2018 og kan ikke bli sammenlignet med resultatene for andre år. Temaet "Oppfølging" har fått et nytt spørsmål fra og med 2019.



Spørsmålsgruppe	Resultat 2021	HN-gruppe snitt 2021
6.Opplevd lederatferd...	82,9	81,2
7.Toppladers rolle i pasientikkerhetsarbeidet	52,9	66,4
8.Fysisk miljø	73,6	71,9
9.Oppfølging	66,0	66,7
10.Pandemi	75,1	73,3

8.3.1 Sikre gode arbeidsforhold

Mulighet for kompetanseutvikling ved rulling mellom lokasjonene skal organiseres slik at det ikke medføre en merbelastning for den enkelte eller svekke beredskapen ved en lokalisasjon på kort eller lengre sikt. Tillitsvalgte og vernetjenesten skal involveres i planleggingen der det er naturlig.

8.4 ROS-analyse

Prosjektgruppen våren 2021 gjorde en ROS-analyse av robustetskriterier og foreslåtte tiltak med sammenlikning av alternativene elektiv tarmkreftkirurgi ved to lokasjoner i Helgelandssykehuset (mål 1) og én lokasjon (mål 2). Denne finnes som vedlegg til rapporten fra juni 2021. 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.

Der er i dette arbeidet gjennomført en ny ROS analyse i januar 2022 (vedlegg 9) sammen med lederlinjen i akuttmedisinsk og kirurgisk klinikk. ROS-analysen inneholder risikovurderinger og risikoreduserende tiltak for pasientforløpene ved tarmkreftoperasjoner og for organiseringen med akuttkirurgisk beredskap på to lokalisasjoner i foretaket.

9 Referanser

Helgelandssykehuset (2021). Styremøte 15. desember 2021 [nettside] (lest 4. februar 2022).

Tilgjengelig fra <https://helgelandssykehuset.no/arrangementer/styremote-15-desember-2021>

Helgelandssykehuset (2021). Styremøte 17. august 2021 [nettside] (lest 4. februar 2022). Tilgjengelig

fra <https://helgelandssykehuset.no/arrangementer/styremote-17-august-2021>

Helgelandssykehuset (2021). Styremøte 25. november 2021 [nettside] (lest 4. februar 2022).

Tilgjengelig fra <https://helgelandssykehuset.no/arrangementer/styremote-25-november-2021>

Helse Nord (2020). Styremøte i Helse Nord RHF 15. oktober 2020 [nettside] (lest 4. februar 2022).

Tilgjengelig fra <https://helse-nord.no/arrangementer/styremote-i-helse-nord-rhf-15-oktober-2020>

Helsedirektoratet (2014). Tykk- og endetarmskreft [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 17. august 2018, lest 4. februar 2022). Tilgjengelig fra

<https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/pakkeforlop-for-kreft-diagnoseveiledere/diagnoseveiledere/tykk-og-endetarmskreft>

Helsedirektoratet (2015). Kreftkirurgi i Norge [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (lest 4. februar 2022). 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 4. mai 2021, lest 4. februar 2022). Tilgjengelig fra

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/kreft-i-tykktarm-og-endetarm-handlingsprogram>

Kreftregisteret (2021). Norsk kvalitetsregister for tykk- og endetarmskreft [nettside] (lest 4. februar 2022). <https://www.kreftregisteret.no/Registrene/Kvalitetsregistrene/Tykk-og-endetarmskreftregisteret/>

Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre (2022). Nasjonalt kvalitetsregister for tykk- og endetarmskreft [nettside] (lest 4. februar 2022). Tilgjengelig fra

<https://www.kvalitetsregistre.no/register/kreft/nasjonalt-kvalitetsregister-tykk-og-endetarmskreft>

UNN (2022). NoRGast – Norsk register for gastrokirurgi [nettside] (lest 4. februar 2022). Tilgjengelig fra <https://unn.no/fag-og-forskning/medisinske-kvalitetsregistre/norgast-norsk-register-for-gastrokirurgi>

10 Vedlegg

- 1 Brev fra HN av 21.04.21. inkl svar fra HSYK 31.07.21
- 2 Tilbakemelding til Helsetilsynet – Foreløpig rapport etter stedlig tilsyn
- 3 Prosjektrapport med vedlegg fra intern prosjektgruppe, juni 21
- 4 Tilsynsrapport etter alvorlig hendelse – Statens Helsetilsyn
- 5 Oversendelsesbrev til HN 02.07.21
- 6 Foretaksmøte 02.02.22 – oppdragsdokument 2022
- 7 Regional handlingsplan for rekruttering og stabilisering
- 8 Arbeidsmiljø i Helgelandssykehuset – Rapport til intern saksforberedelse
- 9 ROS-analyse

 **HELGELANDSSYKEHUSET**
HELGELAANTEN SKÍEMTJEGÆTIE

