



Mo i Rana 14.09.2020

Gjennomgang av tarmkreftkirurgi i Helgelandssykehuset for perioden 2016 - 2019

Sammenfatning ved Medisinsk direktør Fred A. Mürer og Fagsjef Ida Rashida Khan Bukholm

Bakgrunn og prosjekt:

Helgelandssykehuset opererer i gjennomsnitt 40 pasienter med tykktarmskreft per år, fordelt på to enheter. I årene 2016 – 2019 ble det operert 4 - 18 pasienter i året (gjennomsnitt 13 pasienter pr. år) ved sykehusenheten i Sandessjøen, og ved sykehusenheten i Mo i Rana 22 - 34 pasienter i året (gjennomsnitt 27 pasienter pr år). Oversikt over aktivitet fra 2007 – 2019 viser tilsvarende forskjeller.

Det har vært avvikende kvalitetsparametere i perioden, spesielt har 100 dagers dødelighet vært til dels svært avvikende ved enheten Sandnessjøen. På bakgrunn av bekymringer knyttet til disse data for perioden 2016 – 2018 publisert i årsrapport for 2018 fra Nasjonalt kvalitetsregister for tykk- og endetarmskreft, besluttet ledelsen ved Helgelandssykehuset 10.01.2020 å flytte tarmkreftoperasjoner fra kirurgisk avdeling Sandnessjøen. Flyttingen var midlertidig, i påvente av gjennomgang av journalene som utgjorde bakgrunnen for dødelighetstallene.

Etter initiativ fra Helse Nord ble det satt ned en arbeidsgruppe som gikk igjennom journalene til de aktuelle pasientene som døde innen 100 dager etter operasjon i årene 2016 – 2019. Etter at gruppen konkluderte med at det ikke var grunn til uro knyttet til kvaliteten i de kirurgiske inngrepene som var undersøkt, besluttet administrerende direktør i Helgelandssykehuset 17.01.2020, at tarmkreftkirurgisk virksomhet i Sandnessjøen kunne gjenopptas.

Helgelandssykehuset hadde besluttet 10.01 å gå gjennom alle journaler til pasienter operert for tarmkreft i Sandnessjøen i årene 2016 – 2018. Etter av virksomheten ble gjenopptatt 17.01 ble det besluttet å gå gjennom journalene til *alle* pasienter operert for tykktarmkreft i Helgelandssykehuset i årene 2016 – 2019. Dette anses som en lovpålagt oppgave, og som et viktig kvalitetsforbedringsarbeid. Det vises til prosjektbeskrivelse, vedlegg 1.

Videre prosjektarbeid:

På grunn av situasjonen med Covid-19 ble arbeidet forsinket i henhold til det som var skissert i prosjektbeskrivelsen.

Ved gjennomgangen av journalene det registrert 44 parametre på samtlige pasienter i Excelfiler. I tillegg ble kommentarer fra fagfolkene registrert. Fagmiljøene brukte kommentarfeltene noe ulikt. Gjennomgangen omfattet 49 pasienter operert i



Helgelandssykehuset Sandnessjøen og 105 pasienter operert i Helgelandssykehuset Mo i Rana. Hvem som gjorde journalgjennomgangen er angitt i prosjektbeskrivelsen, vedlegg 1.

I det opprinnelige dokumentet for journalgjennomgangen, er det beskrevet at man også skulle se på antibiotikaforbruk, om pasientene var operert av spesialist i gastrokirurgi eller ikke, og både opererte og ikke-opererte skulle vurderes. Underveis kom man frem til at disse parameterne har underordnet betydning, da det viktigste i denne gjennomgangen er å se på kvaliteten på den kirurgiske behandlingen som gis i Helgelandssykehuset, altså de som er operert ved foretaket. Parametere som antibiotikaforbruk og postoperative komplikasjoner skiller seg ikke nevneverdig mellom enhetene og fra nasjonale retningslinjer. Disse parameterne er imidlertid registrert for alle opererte pasienter, og er tilgjengelig ved behov.

Av kapasitetshensyn er det ikke sett på pasientforløpene til pasienter som ikke er operert, eller er operert ved andre sykehus utenfor Helgeland.

Eksterne fageksperter:

I tillegg til intern gjennomgang ble det innhentet eksterne vurderinger fra St. Olavs hospital ved seksjonsoverlege Tore Stornes og overlege Tommy Johnsen, Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) ved klinikkleder og professor Rolv-Ole Lindsetmo.

De eksterne fagekspertene fikk det samme oppdraget: Gjennomgang av alle journaler med kommentarer, re-operasjoner, anastomoselekkasjer og andre journaler som det var grunn til å se gjennom. Fagekspertene fikk tilgang til excel-filene med alle parametrene og kommentarene fra den interne gjennomgangen. Med filene fulgte også et kort notat fra anestesi ved Helgelandssykehuset Sandnessjøen. Det var ikke eget notat fra anestesi Mo i Rana. Fagekspertene fikk videre tilgang til journalene i journalsystemet DIPS, men tilgangen til UNN ble noe forsinket pga. en kommunikasjonsbrist vedrørende journaltilgang.

Tilbakemeldingen fra St. Olavs hospital forelå 23.06, med ettersending av spesifisering av hvilke pasientforløp som lå til grunn for konklusjonene. Den endelige tilbakemeldingen fra UNN forelå 05.08. Etter planen skulle også ekstern anestesi-kompetanse involveres, men dette ble ikke gjennomført.

Det viste seg at de eksterne fagekspertene hadde løst oppdraget på ulik måte og at det var sprik i vurderingene. Administrerende direktør besluttet sammen med medisinsk direktør og fagsjef å innhente en vurdering fra en tredje fagressurs. Oslo universitetssykehus (OUS) ble valgt pga. størrelse på fagmiljø og kompetanse, og arbeidet ble utført av professor emeritus og overlege Arild Nesbakken. Oppdraget var det samme som til de to andre eksterne fagressursene, men for å sikre en lik og fullstendig vurdering ble samtlige journaler for pasienter operert for tykktarmskreft både i Helgelandssykehuset Sandnessjøen og Helgelandssykehuset Mo i Rana gjennomgått av OUS, på samme måte som den interne gjennomgangen hadde gjort det. Vurderingen forelå 20.08.



To av de tre eksterne fagrapportene har anført alvorlige avvik, og det er gitt uttrykk for bekymring når det gjelder både kvalitet og dødelighet ved Helgelandssykehuset Sandnessjøen. Det er anført avvik i alle årene 2016-2019. OUS har vurdert samtlige journaler fra perioden. På den måten er gjennomgangen fra OUS den mest komplette.

Alle rapportene påpeker utfordringer med at det er få pasienter med kreft i tykktarmen som opereres både i Helgelandssykehuset Sandnessjøen og i Helgelandssykehuset Mo i Rana. Dette gjelder både i forhold til kravene i nasjonale retningslinjer og beregninger av kvalitetsindikatorer.

Rapportene fra de eksterne fagekspertene er vedlagt som sladdede versjoner i egne vedlegg, vedlegg 2-4. Mandat og hvordan oppdraget ble løst er gjengitt i eget vedlegg, vedlegg 5.

Arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet i Helgelandssykehuset

Vedlegg 6

Deltakelse i Helse Nords kvalitetsnettverk

Sykehusenhetene i Sandnessjøen og Mo i Rana har deltatt i et kvalitetssikringsprosjekt for behandling av tykktarmskreft i Helse Nord januar 2018 – 2020. Det vises til rapport, vedlegg 7.

Kvalitetsforbedringsprosjekt Helgelandssykehuset Sandnessjøen

Helgelandssykehuset Sandnessjøen har i perioden 2017-2019 gjort et kvalitetsforbedringsarbeid innen tykktarmskreftkirurgi. Det vises til rapport, vedlegg 8.

Opprinnelig planlagt prosess:

Ingen av rapportene ble distribuert da de ble mottatt. Årsaken var at resultatene skulle presenteres og diskuteres i et møte med et samlet fagmiljø i Helgelandssykehuset 04.09. Etter møtet skulle rapportene distribueres til fagmiljøene, som skulle få mulighet for innspill og eventuelle korrigeringer av fakta før endelig samlet vurdering ble utarbeidet.

Foretaksledelsen tok rapportene til etterretning og anså funnene som alvorlige og at man burde utarbeidet forslag til tiltak.

Administrerende direktør, medisinsk direktør og fagsjef besluttet at følgende tiltak skulle drøftes av fagmiljøene i møtet 04.09:

- Samling av tarmkreftkirurgi under én faglig ledelse. Dette anses nødvendig for å tilrettelegge for:
 - Enhetlig ansvar for prosedyrer som skal følge nasjonale standarder
 - Enhetlig ansvar for kvalitetsforbedringsarbeidet
 - Spesialistutdanningen innen kirurgi, som krever et samlet fagansvar



Kompetanse krever praktisk trening, i tillegg til teoretiske kunnskaper for at kvaliteten skal være tilfredsstillende. Dette gjelder alle medisinske spesialiteter, og innen de fleste spesialiteter må tjenesten ved lokalsykehus suppleres med tjeneste ved større sykehus for å oppnå læringsmålene.

Med et lavt volum både når det gjelder kirurgi og andre spesialiteter/annen kompetanse som er involvert i denne omsorgen er det utfordringer med å nå læringsmålene i utdanningen for LIS-leger.

- **Melding av avvik til Fylkeslegen/Statens helsetilsyn**
Ingen av de avvikene som var anført har vært meldt til tilsynsmyndighetene, og på bakgrunn av de bekymringene som fremkom, var det planlagt en snarlig dialog med Fylkesmannen i Nordland, evt. Statens Helsetilsyn
- **Bedre interne rutiner for melding av avvik**
Det har vært gjort en systematisk gjennomgang av helseforetakets avvikssystem med tanke på om noen av avvikene som er funnet av de eksterne fagressursene er meldt som avvik internt. Resultatet av denne gjennomgangen viser at det ikke er meldt avvik knyttet til den kirurgiske virksomheten for de aktuelle pasientene ved de to sykehusene. Rutiner for melding av avvik og tiltak for å oppnå en kultur for å melde aktuelle avvik, vil bli fokusert gjennom lederlinjene, samt kvalitetsrådene i sykehusenhetene og gjennom sentralt kvalitetsutvalg som nå reetableres.

Administrerende direktør og fagdirektør i Helse Nord ble orientert om innholdet i rapportene 25.08, og fikk tilsendt rapportene før denne orienteringen. Styreleder i Helgelandssykehuset ble informert om innholdet i rapportene den 27.08.

Det var planlagt styremøte i Helgelandssykehuset for orientering 01.09.

I samråd med fagmiljøene skulle også pasienter og pårørende til pasienter bli ivaretatt. Konkretiseringen av dette tiltaket var planlagt å starte så snart innholdet i rapportene var blitt gjort offentlig kjent.

Det var også planlagt etablert tiltak for å ivareta involvert personale.

Endret hendelsesforløp

31.08 kom det fram at Rana Blad kjente innholdet i alle de tre eksterne rapportene og avisen offentliggjorde alle konklusjonene. Ledelsen i Helgelandssykehuset har tatt avstand fra publiseringen, som gjorde det vanskelig å gjennomføre planen og prosessen for involvering og informasjon som det var lagt opp til. Ved det mistet fagmiljøene muligheten for dialog rundt rapportene før offentliggjøring for å oppklare eventuelle misforståelser eller faktafeil. Dette nødvendiggjorde en rekke endringer i den planlagte håndteringen av de eksterne



rapportene. Det store mediefokuset har i tillegg skapt reaksjoner i befolkningen, blant pasienter, pårørende og internt i Helgelandssykehuset. Det ble opprettet en pasient- og pårørendetelefon for at pasienter og pårørende enklest mulig kunne kontakte Helgelandssykehuset. At rapportene ble kjent utenfor Helgelandssykehusets kontroll, håndteres som et avvik innen informasjonssikkerhet og personvern, og er derfor forskriftsmessig meldt til Datatilsynet. I en foreløpig tilbakemelding datert 14.09. ber Datatilsynet om å bli holdt oppdatert.

Oppsummert detaljert tidslinje for utvikling i saken:

Dato	Hendelse	Detaljer - hendelse
04.06	Ferdigstillelse intern journalgjennomgang	Excel-filer oversendt til fagekspertise UNN Excel-filer til fagekspertise St. Olav overlevert
23.06	Vurdering fra St. Olavs hospital ferdig	
05.08	Vurdering fra UNN ferdig	
25.08	Orientering til Helse Nord	Orientering til adm. dir. og fagdirektør i Helse Nord
27.08	Orientering til styreleder HSYK	Styreleder i HSYK holdes løpende orientert av adm. dir. i HSYK
31.08	Offentliggjøring av konklusjonene	Rana Blad omtaler innholdet i rapportene fra eksterne fagekspertiser og offentliggjør konklusjonene i alle tre rapportene
31.08	Orientering til sykehusledelsen	Sykehusledelsen ble orientert om saken i et ekstraordinært ledermøte. Sykehusledelsen består av adm. dir., seks enhetsdirektører og stabsledelse.
31.08	Rapportene distribueres til ledelsen HSYK	De tre rapportene distribuert til sykehusledelsen og kirurgisk ledelse i Mo i Rana og Sandnessjøen
31.08	Kollegastøtte	Kollegastøtte på e-post opprettet. Tilgjengelig på telefon 01.09
01.09	Orientering til tillitsmannsapparatet og vernetjenesten.	Foretakstillitsvalgte og foretaksverneombud ble orientert om saken i et ekstraordinært møte.
01.09	Møte med kirurgisk ledelse ved HSYK Sandnessjøen og Mo i Rana	Resultatene i rapportene presentert og følgende tiltak skissert: <ul style="list-style-type: none">• Samling av tarmkreftkirurgi under én faglig ledelse• Melding av avvik til Fylkeslegen/Statens helsetilsyn• Bedre interne rutiner for melding av avvik• Kvalitetssikring av virksomheten innen andre involverte fagområder, slik som anestesi, intensiv osv.• Ivaretagelse av pasienter og pårørende.• Ivaretagelser av involvert personale.
01.09	Ekstraordinært styremøte HSYK	
01.09	Rapporter tilgjengelig ved innsynsbegjæring	Foreløpig sammenfatning og sladdete versjoner av de tre rapportene tilgjengelig ved innsynsbegjæring



02.09	Kontakt med Fylkesmannen i Nordland (fylkeslegen)	Fylkeslegen anbefalte å varsle Statens helsetilsyn via varsel om alvorlig hendelse
02.09	Avvik meldt til Datatilsynet	HSYK melder avvik til Datatilsynet etter at de eksterne rapportene ble tilgjengelige for media. Denne delen av saken anses som et brudd på informasjonssikkerheten.
02.09	Gjennomgang av journaler for pasienter operert i 2020	Alle tarmkreftingrep gjennomført i 2020 er gjennomgått av medisinsk direktør og fagsjef. Det er operert 16 pasienter i Mo i Rana og 12 i Sandnessjøen. Det er registrert ett dødsfall innen 100 dager, og saken er meldt av Helgelandssykehuset Sandnessjøen til Helsetilsynet.
03.09	Melding til Statens Helsetilsyn	Melding sendt som varsel om alvorlig hendelse
03.09	Møte HSYK Sandnessjøen	Møte med ledelse og kirurgisk fagmiljø
04.09	Møte HSYK Mo i Rana	Møte med ledelse og kirurgisk fagmiljø
04.09	Tilbakemelding fra Statens helsetilsyn	Muntlig kontakt med Statens helsetilsyn som betrakter saken som alvorlig
04.09	Status og oppsummering i sykehusledelsen.	Ekstraordinært møte i sykehusledelsen: status og oppsummering.
05.09	Materiale til Statens helsetilsyn	Grunnlagsmateriale og de eksterne rapportene overleveres Statens helsetilsyn. I tillegg har Helsetilsynet bedt om all korrespondanse, og møtereferater vedrørende mulig redusert kvalitet og pasientsikkerhet, inkl. også korrespondanse og møtereferater fra januar/februar 2020.
07.09	Møte HSYK Sandnessjøen	Møte med ledelse og kirurgisk fagmiljø
08.09	Møte HSYK Mo i Rana	Møte med ledelse og kirurgisk fagmiljø
09.09	Styremøte Helse Nord RHF	Orientering til styret i sak 112-2020
10.09	Møte med ledelse og kirurgisk fagmiljø	Felles møte med seksjonsoverleger, overleger, enhetsdirektører, ledere ved kirurgisk område, administrerende direktør, medisinsk direktør og fagsjef for å sammen finne ut av hvordan HSYK skal arbeide for å finne den beste løsningen for tarmkreftkirurgiområdet ved Helgelandsykehuset. Styreleder var også med på deler av møtet.
14.09	Oversendelse av sammenfattet rapport og de eksterne rapportene	Sammenfattet rapport og de tre eksterne rapportene oversendes Helse Nord RHF



Arbeidsmiljø

Sakens omfang og oppmerksomhet har hatt negativ innvirkning på arbeidsmiljøet i hele Helgelandssykehuset, noe som tas på alvor. Da resultatet i rapportene ble offentliggjort, ble planlagt kollegastøtte umiddelbart framskyndet. Fra 31.08. hadde foretaket på plass en kollegastøtte-epost, og dagen etterpå var kollegastøttetelefonen tilgjengelig. Administrerende direktør og HR-sjef dro til Sandnessjøen 1.9., mens organisasjonsdirektør var tilgjengelig i Mo i Rana. Det ble også rigget for tilstedeværelse av kollegastøtte på enhetene i Mo i Rana og Sandnessjøen ved behov. Det jobbes nå med ivaretagelse av arbeidsmiljøet under lokal ledelse på enhetene, samtidig som Arbeidsgruppen for arbeidsmiljø involveres på foretaksnivå.

Mo i Rana: Hyppige og samtidige møter mellom lokal enhetsledelse, tillitsvalgte, vernetjeneste og avdelingsledelse. Dette er en møteform som ble innført under Covid-19-epidemien og som bidrar til at alle «roller» får lik og samtidig informasjon. Enhetsdirektør har gjennomført lunsjmøter med avdelingene.

Sandnessjøen: Enhetsledelse har avholdt flere møter med vernetjenesten og tillitsvalgte. I tillegg har ledelsen bidratt med informasjon i flere avdelingsmøter. Det er også avholdt hyppige ledermøter for å sikre god informasjon i linjen. Ved anledning er man rundt på avdelingene og snakker direkte med ansatte. Hovedverneombud har hatt egne møter med vernetjenesten og ansatte på sykehuset.

Andre enheter og staber: Ansatte ivaretas som normalt gjennom lederlinjen, vernetjeneste og tillitsmannsapparatet.

Veien videre:

- **Statens helsetilsyn**

Helgelandssykehuset har mottatt varsel fra Statens helsetilsyn om at Helsetilsynet ser alvorlig på saken og vil komme på et stedlig tilsyn i Sandnessjøen. Det er etablert tett kontakt med Helsetilsynet. Tilsynsbesøket er ikke berammet.

- **Datatilsynet/brudd på informasjonssikkerhet**

I en foreløpig tilbakemelding datert 14.09. ber Datatilsynet om å bli holdt oppdatert.

- **Avvikshåndtering i Helgelandssykehuset**

Det ikke er meldt avvik knyttet til den kirurgiske virksomheten for de aktuelle pasientene. Rutiner for melding av avvik og tiltak for å oppnå en bedre kultur for å melde avvik, vil bli fokusert gjennom lederlinjene, samt kvalitetsrådene i sykehusenhetene og gjennom sentralt kvalitetsutvalg som nå reetableres.



- **Dialog med fagmiljøet i Helgelandssykehuset**

Torsdag 10.09 ble det arrangert et møte med fagmiljøene fra Sandnessjøen og Mo i Rana. Møtet ble arrangert i Mosjøen, og der ble man enig om følgende:

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.

Det er ikke planlagt tarmkreftoperasjoner i Sandnessjøen i uke 38 og 39.

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

Vedlegg:

1. Prosjektbeskrivelse
2. Rapport St. Olavs Hospital
3. Rapport UNN
4. Rapport OUS
5. Mandat og tabell eksterne rapporter
6. Kvalitet og pasientsikkerhet Helgelandssykehuset
7. Kvalitetsprosjekt tykktarmskreft Helse Nord
8. Kvalitetsforbedringsarbeid Sandnessjøen 2017 – 2019

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.

Parameterkategori	Parameter
Informasjon om pasienten	Sykehus
	NPR-nummer
	Kommunennummer
	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 (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.

Sammenfatning

Totalt i gjennomgang er det 104 pasienter operert i Mo i Rana og 49 pasienter operert i Sandnessjøen i perioden 2016-2019.

Sammenfatning Sandnessjøen

Kommentarer på enkelt pasienter er lagt direkte inn i excel ark. Vi har gått gjennom alle pasienter med kommentarer.

Dokumentasjon

Det er gjennomgående manglende dokumentasjon i journal. Det gjelder spesielt av preoperative vurderinger og MDT notater. Pasientene virker ikke å være vurdert ved preoperativ poliklinikk eller lignende. Gjennomgående lite preoperative undersøkelser som angir tumor nivå, vurderinger rundt komorbiditet, anestesi vurderinger og planlagt operasjon.

Ikke funnet egne MDT notater. Kun gjengitt i operasjonsbeskrivelse at pasienten er diskutert i MDT. Burde vært journalført hvem som har deltatt på MDT, beslutning osv.

Operasjonsbeskrivelser mangler gjennomgående tydelig beskrivelse av karavsetning. Postoperativ dokumentasjon er bra med tilnærmet daglige journalnotater.

Kirurgisk tilgang og bruk av laparoskopisk teknikk.

I flere tilfeller svært lang operasjonstid (660 min, flere 350-400min). Det beskrives betydelig adheranseproblematikk, peroperative tarmperforasjoner uten konvertering, nyre tx, pasienter osv. Man får inntrykk av en svært høy og uhensiktsmessig terskel for konvertering fra laparoskopisk til åpen kirurgi. Den ene pasienten med perforert cancer hvor man startet laparoskopisk og kun åpnet opp til perforasjonen burde vært håndtert med åpen operasjon og en bloc reseksjon av hele forandringen. Laparoskopisk operasjon av perforert cancer eller T4 cancer krever svært stort volum og kompetanse før man skal gjøre. Gjennomsnittlig operasjonstid er svært høy (>230 min) for det som skal være standard kolonkirurgi.

I flere tilfeller ikke adekvat distal reseksjonsmargin. Flere pasienter med tumor i hø.flexur som ikke operert med utvidet hø.sidig hemicolektomi uten at det er angitt noen årsak i journal til avvik fra nasjonale retningslinjer.

Det er flere tilfeller av pasienter med rektosigmoid cancer (tumor på 16 cm, en annen på 20 cm) som burde vært operert i Bodø. Skal ha lav fremre reseksjon.

Generelt virker det ikke å være en adekvat seleksjon av hvilke pasienter som skal opereres på et senter med så lavt volum (10-15 operasjoner pr år). Spesielt gjelder dette pasienter som er operert tidligere, kompliserte pasienter [REDACTED]

Sammenfatning Mo i Rana

Kommentarer lagt inn fortløpende i excel ark. Vi har gått gjennom alle pasienter med kommentarer og alle som har blitt re-operert.

Generelt er det god dokumentasjon i journal. Det er notater fra MDT møter og preoperative vurderinger. Operasjonsbeskrivelser er generelt fyldige med angivelse av nivå for deling av vaskulære strukturer. Behandling virker å være i trå med vedtak fra MDT og nasjonale retningslinjer.

Re-operasjonsrate er forholdsvis høy med 19 re-operasjoner på 105 pasienter. Man ser at en del re-operasjoner er gjort tidlig for avklaring mtp lekkasje i stedet for CT som kan være en fornuftig strategi for endelig avklaring.

Total vurdering

Ut fra volum og kvalitet på kirurgien på Helgelands sykehuset virker det fornuftig å sentralisere alle operasjonene til et senter i Mo I Rana. Dette er ut fra en total vurdering av volum og kvaliteten på den behandlingen som er gjennomført. En del av forholdene rundt enkelt operasjoner i Sandnessjøen er av en slik art at man vil anbefale at forholdene vurderes av tilsynsmyndigheten, og i første omgang da ved Helsetilsynet.

Gjennomgang journal/dataskjema for pasienter operert for tykktarmskreft ved Helgelandssykehuset HF (HSYS)

Innhold

Habilitet og kompetanse for ekstern ekspert	2
Metode/datagrunnlag. Beskrivelse av pasientgrunnet/damaterialet	2
Kvalitetsparametere.....	3
1. Volum per avdeling/år.....	3
2. Andel pasienter operert laparoskopisk	4
3. Mortalitet	5
4. Reseksjonsomfang.....	8
5. Patologi.....	11
6. Komplikasjoner etter elektiv operasjon for tykktarmskreft.....	12
7. Andre kilder om kvalitet i tykktarmkirurgi:	13
Konklusjoner.....	14
Vedlegg.....	15

Habilitet og kompetanse for ekstern ekspert

Ekstern spesialist i gastrokirurgi/colorectalkirurgi: Rolv-Ole Lindsetmo

Undertegnede er spesialist i Gastroenterologisk kirurgi siden 2001 og professor i kirurgi ved UiT siden 2009. Jeg har vært klinikkjef ved klinikk for Kirurgi, kreft og kvinnehelse ved UNN siden 01.01.2018. Jeg var avdelingsleder/avdelingsoverlege ved Gastrokirurgisk avd., UNN siden 01.09.2009. Jeg har vært leder for Norsk Gastrokirurgisk forening 2010-2012. Jeg har vært medlem av Norsk Gastrointestinal Cancer Gruppe (NGICG) i perioden 2014-2018, NCICG-CR i perioden 2012-2014.

Undertegnede har ikke hatt samtaler med noen av kirurgene i Sandnessjøen eller i Mo i Rana om metoden som er valgt i gjennomgangen av journalene. Jeg har heller ikke nære forbindelser med de to kirurgiske miljøene i Mo i Rana eller Sandnessjøen som jeg opplever som problematisk i forhold til min habilitet.

Som leder ved landsdelens eneste universitetsavdeling i gastrokirurgi tok jeg initiativet til å standardisere laparoskopisk kolonkirurgi i Helse Nord (HN) rundt 2015. Alle sykehus i HN ble invitert til å komme til UNN med sine team (kirurger, anestesilege- og sykepleier, operasjonssykepleiere). Alle sykehus som opererer ca coli i HN deltok. UNN-colorectalkirurg opererte sammen med lokalt team over to dager. Teoretisk undervisning ble utført og eget hefte med beskrivelse av den trinnvise teknikken ble utdelt. Kirurger fra UNN har så fulgt opp og operert med lokalt team ved de fleste lokalsykehusene i HN. Da jeg ble klinikkjef 01.01.18, overlot jeg ansvaret for dette arbeidet til overlege Trond Dehli.

Jeg oppfatter ikke at dette regionale, faglige engasjementet er å betrakte som et habilitetsproblem.

Metode/datagrunnlag. Beskrivelse av pasientgrunlaget/datamaterialet

Det foreligger intet skriftlig mandat med metodebeskrivelse. Basert på telefonsamtale og e-mail med fagsjef HSYK, Ida Bukholdt, har jeg sagt ja til å gå gjennom tilsendt Excel-fil og gå gjennom DIPS journal på de pasientene som det er anført kritiske kommentarer til i Excel-datafilen.

Tilsendt Excel filer er fra hhv Sandnessjøen (SSJ) (49 ca coli op for perioden 2016-2019) og Mo i Rana (MIR) (106 ca coli op for perioden 2016-2019). Dataskjemaet er fylt ut av to kirurger fra SSJ for operasjonene i MIR, og av to kirurger fra MIR for operasjonene ved SSJ. Skjemaet inneholder standardiserte opplysninger om pasientkarakteristika og viktige forhold/kvalitetsparametere pre-, per- og postoperativt.

Det er påfallende forskjell i kommentarene som er gitt i vurderingene av coloncanceroperasjonene ved de to sykehusene. Kommentarene fra de to kirurgene fra MIR om inngrep foretatt i SSJ, er preget av strikt/slavisk forståelse av retningslinjene. Kommentarene fra kirurgene fra SSJ om inngrep foretatt ved MIR (bare 4 kommentarer på 106 journaler som medfører gjennomgang i DIPS), er mildere i formen og kommenterer mer deskriptivt hva som er utført. Det er kommentarer ved 35 av 49 journaler fra SSJ hvorav 19 med kritiske kommentarer til kirurgien.

For å danne meg en mening om kvaliteten i den kirurgiske utøvelsen av operasjoner for ca coli, har jeg vært nødt til å regne statistikk (frekvenser/andeler) på kvalitetsindikatorer på de elektive ca coli operasjonene. Jeg har derfor utelukket palliative inngrep og ø-hjelp inngrep fra frekvensanalysene.

Kvalitetsparametere

1. Volum per avdeling/år

Antall planlagt (elektivt) opererte ca coli pasienter per avdeling/år

Sted	Totalt	Pasienter per år	Antall opererte ø-hjelp med kurativ intensjon:
Mo i Rana	81	20	9/90 (10%)
Sandnessjøen	42	11	4/46 (10%)

Andelen av elektivt opererte ø-hjelp med kurativ intensjon er lavere enn andelen av ca coli pasienter som vanligvis opereres akutt, som er mellom 15-20%. Dette er et av hovedargumentene for at ca coli operasjoner ikke har gjennomgått samme sentralisering som den øvrige kreftkirurgien.

Det er forskjeller mellom registrene i Norge på hvordan akutt operasjon defineres; fra operasjoner utenfor normal arbeidstid (8-16), til innen 24 timer etter akutt innleggelse til enhver operasjon som skjer uten forutgående pakkeforløpsbestemt diagnostisering/utredning. Hvis det heller ikke er nevnt i innledningen i operasjonsbeskrivelsen, eller kodet som øyeblikkelig hjelp-inngrep, og pasienten har vært innlagt flere dager, så er det fare for at inngrepet blir feilklassifisert som elektivt inngrep.

Andelen opererte som ø-hjelp, uavhengig av kurativt eller ikke, er på hhv 14% og 13% ved SSJ og MIR. Med denne korreksjonen, så er ikke andelen ø-hjelp opererte tykktarmskreftpasienter urovekkende lav ved HSYK.

Antall elektive inngrep, øyeblikkelig hjelp og palliative inngrep per avdeling/år

Sted	Elektive	Ø-hjelp	Palliative	Palliative
Mo i Rana	81/106(76%)	14/106(13%)	16 (15%)	106
Sandnessjøen	42/49(86%)	7/49 (14%)	3 (6%)	49

Det er overlappende tall i tabellen fordi enkelte palliative inngrep er utført som ø-hjelp.

Materialet inneholder 3 pasienter fra SSJ og 16 pas fra MIR som er operert palliativt, noen av de som akutte operasjoner. De palliative inngrepene har jeg valgt å ekskludere fra materialet fordi i palliative situasjoner er det helt andre vurderinger som gjøres enn for elektiv kirurgi.

Sammenligning med tall fra Kreftregisteret og fra Norsk Kvalitetsregister for Gastrokirurgi (NorGast)

For å kvalitetssikre datagrunnlaget har jeg gått gjennom tilsvarende volumtall som sykehusene rapporterer inn til Kreftregisteret og til NorGast.

Ved gjennomgang av årsrapport fra Kreftregisteret for årene 2016-2018 (2019 rapporten er ferdig høsten 2020), så er det registrert følgende antall operasjoner for ca coli ved MIR og SSJ sykehus (elektive og akutte):

Sted	2016	2017	2018
Mo i Rana	24	17 (15,88%)	21 (15,71%)
Sandnessjøen	16	ikke rapportert inn	16 (10,63%)

Tall fra NorGast 2016-2018:

Sted	2016	2017	2018
Mo i Rana	25	21	26
Sandnessjøen	ikke rapportert eller innrapportert <60%		

Dette viser at datamaterialet inneholder data som er dekkende for kirurgien for tykktarmskreft ved de to sykehusene.

Sted	Gjennomsnittsalder
Mo i Rana	74,5
Sandnessjøen	73

Gjennomsnittsalder på pasientene viser at pasientmaterialet er sammenlignbart mellom de to sykehusene angående alder.

Risikoprofil på pasientene bedømt med ASA (grad av komorbiditet):

Sted	Gjennomsnitt ASA:
Mo i Rana	2,57
Sandnessjøen	2,5

Det vil si at det ikke er vesentlige forskjeller mellom de to sykehusene i komorbiditet i pasientgruppen.

Resultater fra enkel frekvensanalyse av datafilene fra MIR og SSJ.

2. Andel pasienter operert laparoskopisk

Andel av inngrepene utført laparoskopisk (inkludert konverterte) i 2018 var hhv 87 og 86% for MIR og SSJ. Det er meget bra og bedre enn de fleste andre sykehus i Norge.

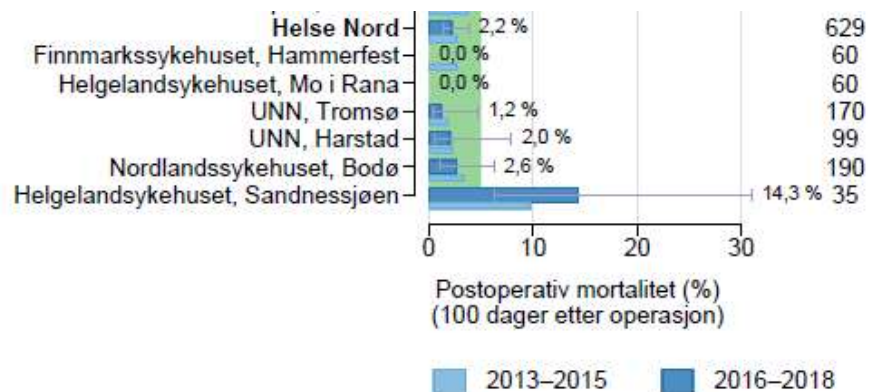
NGICG-CR har som mål at andelen inngrep operert laparoskopisk skal være >30%, men NorGast har som mål minst 60%. Både SSJ og MIR innfrir dette kvalitetskravet i begge registrene.

3. Mortalitet

Basert på tallene fra tilsendte Excel-fil, så har SSJ 30 dagers mortalitet på 7% av sine elektive coloncancerinngrep. 100 dagers postop mortalitet er 12% (5 pasienter) i perioden 2016-2019. De tre pasientene som døde postoperativt innen 30 dager var hhv [redacted] [redacted] og alle ASA 3. MIR har en pasient med postop død innen 30 dager (1%).

Jeg har også hentet inn tall på 100 dagers postoperativ mortalitet fra årsrapport 2018 fra Kreftregisteret. Den inneholder tallene fra 2013-2018. Tallene for 2019 blir publisert ila høsten 2020.

Det viktigste her er teksten (i kursiv) som tilhører tabellen.



Figur 3.9: Postoperativ dødelighet innen 100 dager etter operasjon – tykktarmskreft

Figuren viser at et stort flertall av sykehusene har en 100-dagers dødelighet på 5 % eller lavere. Spesielt for tykktarmskreft vil andel pasienter som opereres akutt være en viktig underliggende faktor for dødsrisiko. Andre er sykehus som opererer < 10 pasienter årlig. Her vil andelen pasienter som opereres akutt være spesielt stor, og dette er mest sannsynlig årsaken til den høye postoperative dødeligheten. Figuren sier ikke noe om hvorvidt resultatene for det enkelte sykehus skyldes kvaliteten på behandlingen eller tilfeldige variasjoner hos pasientene (sykdomsutbredelse for eksempel), men bør brukes til intern gjennomgang og kvalitetssikring av egne resultater der disse er avvikende.

7% postoperativ 30 dagers mortalitet ved elektiv coloncancerkirurgi ved SSJ er dog høyere enn det nasjonale måltallet på <5%. Tallene må tolkes og brukes med stor forsiktighet, som poengtert i teksten som følger tabellen i rapporten fra Kreftregisteret.

Den økte postoperative mortalitet i SSJ i perioden lar seg forklare ut i fra risikoprofilen for de tre(fem) pasientene og lavt totalvolum som medfører relativ høy prosentandel.

Journalgjennomgang av postoperativ dødelighet ved SSJ, inkludert ø-hjelp (fem død etter elektiv kirurgi, en pasient død etter ø-hjelp kirurgi).

Pas 1:

[redacted]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

Pas 2:

[Redacted text block]

[Redacted text block]

Pas 3:

[Redacted text block]

[Redacted text block]

Pas 4 (ø-hjelp):

[Redacted text block]

[Redacted text block]

Pas 5:

[Redacted text block]

[Redacted text block]

Pas 6:

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

Alvorlige hendelser som postoperative dødsfall etter elektiv kirurgi skal i utgangspunktet meldes som 3.3a melding til Helsetilsynet. Det bør følges opp med forenklet eller full hendelsesgjennomgang/analyse i egen rapport som sendes Fylkeslegen hvis saken overføres til oppfølging derfra. Jeg finner ikke at det er journalført at slik gjennomgang er utført ved noen av de postoperative dødsfallene. Men, i tilfellene over har pasientene vært høyrisiko pasienter for postoperative komplikasjoner og død. Det vil nok derfor være uenighet i fagmiljøene om hvorvidt slike hendelser skal meldes til Helsetilsynet eller ikke.

Jeg finner ikke at det foreligger systematisk svikt i utøvelsen av kirurgi eller oppfølging av de pasientene som har dødd postoperativt etter elektiv tykktarmkreftkirurgi ved SSJ eller MIR. [REDACTED] burde sannsynligvis vært reoperert tidlig 1. postoperative dag.

4. Reseksjonsomfang.

I de nasjonale retningslinjene, utgitt av HOD i 2019 og basert på NGICG-CR sine retningslinjer fra 2010, foreligger det gode illustrasjoner på hvor reseksjonsgrensene for tykktarmskreft anbefales. Det foreligger dog ingen solid evidens bak anbefalingene. Det står også forklart i retningslinjene.

Det er flere hensyn som må ivaretas:

- 1) Trygg onkologisk kirurgi med minst mulig risiko for lokalt residiv eller metastasering.
- 2) Kirurgi som gir minst mulig risiko for komplikasjoner og best mulig livskvalitet for pasienten.
- 3) Alder, tilleggs-sykdommer, leveutsikter, pasientens mening skal være med i endelig vurdering av reseksjonsomfanget.

Bedømmelse av reseksjonsomfang basert på patologipreparatet alene, er vanskelig. I fikseringsvæsken krymper preparatet opptil 30-40%. Reseksjonsavstander er derfor vanskelig å fastslå nøyaktig, men kirurgen skal der det er vurdert radikal, kurativ kirurgi (uten at det foreligger grunner for modifisering), sørge for minst 10 cm lateral reseksjonsmargin, komplett mesokolisk eksisjon og D3/D2+ sentral avsetning av kar/lymfeknutestasjoner.

Hvordan dette gjøres skal beskrives i operasjonsbeskrivelsen.

Der det foreligger kommentarer fra de to kirurgene fra MIR om reseksjonsavstander på inngrepene utført ved SSJ, har jeg gått gjennom pasientopplysningene for de elektive inngrepene i DIPS. Det er i kommentarfeltet reist spørsmål om avvik fra retningslinjer for 7 av inngrepene når det gjelder reseksjonsomfang ved inngrep utført ved SSJ. 3 pasienter med tumor beskrevet i høyre fleksur er alle operert med høyresidig hemicolectomi og ikke utvidet høyresidig colectomi.

For den ene av de tre pasientene [REDACTED] er det korrekt å avvike fra anbefalte reseksjonsomfang. Her er det viktigst å unngå komplikasjoner, ikke å få noen få prosent mulig økt 5 års overlevelse. Det samme kan sies om pasient nr to [REDACTED] Pas nr 3 er [REDACTED] og ASA 3. Da kan det også være riktig å tenke mer på optimale forhold for en anastomose, og ikke på radikaliteten av kirurgien.

Dessuten er det ikke evidensbasert at D2 vs D3 reseksjon eller utvidet vs standard hemicolectomi gir bedre overlevelse. Retningslinjene er basert på anatomiske studier av lymfeknutespredning ved de forskjellige lokalisasjonene i colon.

3 pasienter hadde tumor lokalisert i tverrcolon. To av disse fikk utført utvidet høyresidig hemicolectomi. Det er ihht retningslinjer. Den tredje pasienten fikk utført venstresidig hemicolectomi [REDACTED] (ASA 3), hvilket også er helt korrekt ut i fra risiko for komplikasjoner.

De øvrige reseksjonene er i henhold til anbefalte retningslinjer. Det er ikke reist kritiske kommentarer fra de to kirurgene fra Sandnessjøen på reseksjonsomfang ved operasjonene utført i Mo i Rana.

Kritikk 3: Ikke adekvat reseksjonsområde (sigmoidreseksjon)

[redacted] Påvist tumor i proximale sigmoid. Lap sigmoidreseksjon konvertert til åpen pga ischemisk anastomose og vanskelige disseksjonsforhold pga tidligere gjennomgått bukinfeksjon. D2 reseksjon beskrives siden kardelingen skjer i nivå på arteria colica sinistra. Anastomosen skutt side til side med 60 mm Endo-GIA. Anastomosesegmentet fjernet og ny side til side anastomose laget med Endo-GIA etter at ve fleksur er hentet ned for å få lengde/tensjonsfri anastomose. Side til side anastomose er funksjonelt likeverdig med transanal anastomose med EEA, sirkulær stapler. Patologipreparatet viser 7 cm fri proksimal reseksjonsavstand. Nasjonale retningslinjer er minst 10 cm når tarmsegmentet settes av. Tatt i betraktning skrumpningen av preparatet og at anastomosen er skutt to ganger, så er adekvat reseksjonsavstand oppnådd.

Konklusjon: Faglig korrekt utført inngrep.

Kritikk 4: Ikke utført utvidet høyresidig hemicolectomi

[redacted] Tumor er ved coloskopi beskrevet til øvre del av colon ascendens mot høyre fleksur. God operasjonsbeskrivelse. Patologirapporten viser 33 lymfeknuter undersøkt i preparatet, 13 cm proksimal reseksjonsavstand. Sentral avsetning av a. iliocolica, men bevart a. colica media hovedstamme. Dette er korrekt onkologisk med denne tumorlokalisasjonen. Hadde tumor vært i hø fleksur, så er de nasjonale retningslinjene utvidet hø s hemicolectomi med D3 reseksjon hvor hovedstammen av colica media settes av for å få med sentrale lymfeknutestasjonen der (stasjon 223). Da bør større del av colon transversum tas med i reseksjonspreparatet av sirkulasjonsmessige årsaker, ikke fordi man trenger ekstra lang avstand til tumor lateralt. Men, dette må være en del av en totalvurdering av resultatene fra utredningen, behov for onkologisk radikalitet, komplikasjonsfare, langtidsoverlevelse og pasientmedvirkning.

Konklusjon: Faglig korrekt utført inngrep.

Kritikk 5: Reseksjonsområdet for en kurativ operasjon er ikke adekvat

Etter å ha lest journalen, så undres jeg over "aggressiviteten" i kommentarene på denne operasjonen. [redacted]. Da skal man tenke seg grundig om og det må være et ønske fra pasienten å få utført colectomi. Permanent endeileostomi hos eldre pasienter utgjør en stor risiko for dehydrering, elektrolyttforstyrrelser og nyresvikt og påfølgende institusjonalisering/omsorg/pleiebehov. Det er ikke riktig at MDT anbefaler colectomi. MDT: "[redacted]

[redacted] " Inngrepet utføres av erfarne kirurger. Intraoperative forhold med adheranser og vanskelig anatomi etter tidligere Billroth-II inngrep, bedømmes som for risikofylt til å fullføre colectomi. Det beskrives at hele høyre colon er løsnet og at tverrcolon settes av og trekkes ut som kolostomifistel oppad i iliostomien. Jeg vurderer det som en god beslutning å ikke utføre colectomi. Også, fordi pasienten har fått utført tidl Billroth II ventrikkel reseksjon og vil da være svært utsatt for ukontrollerbar stomiproduksjon/væsketap. "Arteria og vena ileocolica settes av tilsvarende en D2 reseksjon". Dette er korrekt utført og vurdert. Å ikke anlegge primær anastomose på en pasient med

høydose/langvarig prednisolonbehandling, finner jeg også korrekt vurdert. Det er ikke nødvendig og vil heller bidra til økt risiko for komplikasjoner å gjøre en D3 reseksjon hos [REDACTED] pasient. Mulig bedret 5 års overlevelser er heller ingen argument i denne situasjonen. At anestesi har forbigående problem med Co2 retensjon og subcutant emfysem, er ingen absolutt indikasjon for konvertering. Hvorfor patologen har et preparat på kun 9 cm colon, er uforståelig. Patologene finner heller ingen cancer i preparatet. De bekrefter adenocarcinom i de opprinnelige biopsiene. Kirurgen som klipper opp preparatet etter operasjonen bekrefter å ha sett en "2 cm stor forandring i hø første del av colon". Ved stomitilbakeleggingen 4 mnd senere, så påvises det ikke malignitet i resektatet som sendes inn til histologi, men colonfistelbiten finnes ikke/undersøkes ikke. Coloskopi utført før tilbakeleggingen påviser ingen patologi utover "irritasjon av slimhinner".

Konklusjon: Faglig korrekt utført inngrep.

Kritikk 6: ikke begrunnet hvorfor utvidet høyresidige hemicolectomi ikke utført

[REDACTED]. Nå ca i hø flexur, mulig gjennomvekst med tynntarmslynge fastvokst i tumorområdet. Konvertert til åpen kirurgi. Adekvat kirurgi. Pas er [REDACTED], diskutert i TFM og er ikke kandidat for restcolectomi (2. gang colonca), men heller skånsom/begrenset reseksjon for å unngå komplikasjoner. Kunne vært bedre presisert i operasjonsbeskrivelsen.

Konklusjon: Faglig korrekt utført inngrep.

Kritikk 7: Tumor til distal reseksjonslinje 4,5 cm.

[REDACTED]. Nå anemiserende coecumcancer. Operasjonsbeskrivelsen angir standard hø s hemicolectomi med avsetning av colon transversum på hø side av a colica mediastammen. Patologirapporten beskriver et 13 cm langt preparat med distal reseksjonsavstand på 4,5 cm. Diskrepansen mellom det kirurgen og det patologen beskriver skyldes sannsynligvis skrumpning av preparatet i fikseringsvæsken.

Konklusjon: Faglig korrekt utført inngrep.

Jeg har også gått gjennom påstandene om inadequate reseksjonsreder på ø-hjelp coloncancerinngrep ved SSJ. Det gjelder to pasienter. Begge er adekvat håndtert kirurgisk pga høy alder og comorbiditet. Da skal man i hovedregel ikke utføre D3 reseksjoner. I det ene tilfellet er det også uklart om tumor var i colon ascendens (CT) eller i hø flexur (patolog).

5. Patologi.

Jeg har ikke funnet at operasjonspreparatene fra Sandnessjøen eller Mo i Rana har påfallende få lymfeknuter i preparatene. Det forekommer dog enkelte patologisvar med færre en 12 lymfeknuter i beskrivelsen. Det er ikke mulig å angi om det skyldes inadekvat reseksjon (inkomplett mesocolisk eksisjon) eller at patologen ikke har funnet flere/ikke lett godt nok. Ved SSJ er det i gjennomsnitt funnet 18 lymfeknuter i colonpreparatet. Det bør være minst 12 for å med størst mulig sikkerhet kunne fastslå om det foreligger lymfeknutemetastaser eller ikke.

6. Komplikasjoner etter elektiv operasjon for tykktarmskreft.

Jeg har ikke funnet påfallende avvik fra nasjonale tall når det gjelder de øvrige variablene i datamaterialet, verken for SSJ eller MIR (preop data, intraop data, postop data). Forekomst av komplikasjoner og reoperasjoner er for begge sykehusene innenfor det som rapporteres nasjonalt og internasjonalt. Henholdsvis 83 og 82% av pasientene ved SSJ og MIR er registrert uten noen form for komplikasjoner.

Kort oppsummert de viktigste komplikasjonsdataene:

Anastomoselekkasje:

SSJ hadde i perioden 1 av 42 (39 pas med data utfylt i datafilen) med anastomoselekkasje (<3%) 1/39 eller 1/42 er uansett ihht internasjonale kvalitetsmål.

MIR: 11/80 (14%) har registrert «ikke intakt anastomose» etter 30 dager. 8% hadde anastomoselekkasje innen 7 dager postoperativt. Dette er noe i overkant av landsgjennomsnittet på 5% (Kilde: NorGast).

Over tid vil høy rate av anastomoselekkasje medføre økt risiko for redusert kreftspesifikk overlevelse (kjent risikofaktor for lokalt residiv/metastaser). Det er ingen tall fra Kreftregisteret som tyder på at HSYS har lavere kreftoverlevelse for tykktarmskreft enn resten av landet.

Reoperasjoner:

SSJ: 5/42 (12%) av de elektive pasientene ble reoperert i perioden.

MIR: 15/80 (19%) elektive pasienter har registrert en eller annen reoperasjon

Reoperasjoner etter elektiv coloncancerkirurgi bør ligge under 10%. Det svenske måltallet for reoperasjoner etter elektiv coloncancerkirurgi er <5 %.

Infeksjoner:

89% av pasientene ved SSJ og 82% ved MIR hadde ikke postoperative infeksjoner.

Andre forhold:

Operasjonsbeskrivelsene i de pasientcasus som er gjennomgått i DIPS, beskriver den laparoskopiske kirurgien rimelig godt. Det utføres standardmessig medial til lateral tilgang med disseksjon i det toldske plan. Det gjøres rutinemessig sentral avsetning av karstammene for å få med sentrale lymfeknutestasjoner. Da oppnås også komplett mesokolisk eksisjon. Det er totalt sett relativt lav forekomst av komplikasjoner. Det er dog et potensiale for å redusere forekomsten av komplikasjoner. Men, verken SSJ eller MIR skiller seg ut negativt sammenlignet med andre sykehus i Norge siden komplikasjonsraten etter tykktarmkirurgi også er en nasjonalt utfordring basert på komplikasjonstillene i 2019-rapporten fra NorGast.

Pasientene inngår i ERAS regime ved både SSJ og MIR. Det bidrar til færre komplikasjoner og kortere sykehusopphold.

Coloncancerkirurgien er samlet på få hender, dvs at to-tre av kirurgene ved begge sykehusene deltar på de fleste av coloncancerinngrepene. Det er et viktig kvalitetsforbedrende tiltak.

7. Andre kilder om kvalitet i tykktarmkirurgi:

NorGast rapport 2019

I 2019 ble det utført colonreseksjoner hos hhv 45 og 27 pasienter ved MIR og SSJ (benigne og maligne tilstander)

Andel av inngrepene utført laparoskopisk (innkl konverterte) i 2019 var hhv 87 og 86% for MIR og SSJ. Det er meget bra og bedre enn de fleste andre sykehus i Norge.

Andel reoperasjoner var i 2019 8% i SSJ og 15% i MIR for pasienter med ECOG 0 og 1, dvs sammenlignbare pasienter. Det er overlappende konfidensintervall og ikke signifikant forskjell.

Konverteringsrate var hhv 21% og 36% for MIR og SSJ. Det er høyere enn for landsgjennomsnittet, men det er små tall og tallene anbefales brukt til gjennomgang for å se om det kan gjøres tiltak for å redusere konverteringsraten.

Andel anastomoselekkasjer er på hhv 7% og 8% ved MIR og SSJ i 2019. Det er for høyt og det anbefales gjennomgang for å finne mulige tiltak.

Andel pasienter reoperert for sårruptur i forbindelse med åpne eller konverterte inngrep var for SSJ 0%, for MIR 8% i 2019.

I NorGast 2019 rapporten fremkommer også gjennomsnittet for årene 2017-2019 som sammenligningsgrunnlag for tallene for 2019. SSJ har lav innrapportering til NorGast for årene 2016-2018.

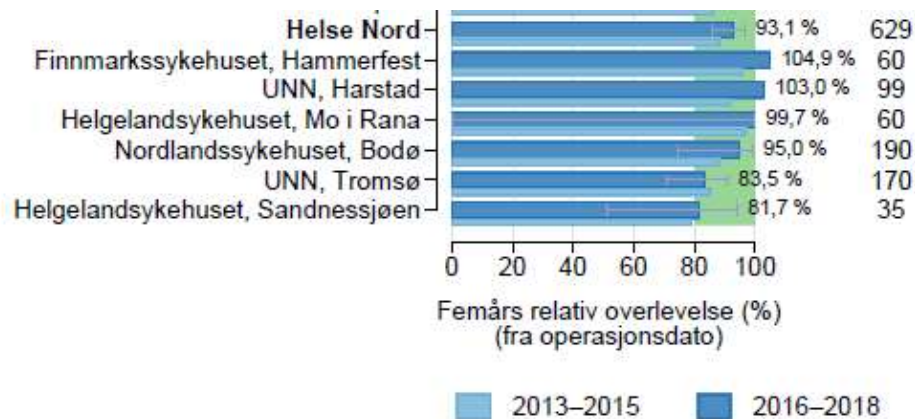
Basert på det norske kvalitetsregisteret for gastrokirurgi (NorGast) for 2019, så finner jeg ingen grunn til bekymringer om kvaliteten for kirurgien i hhv Mo i Rana eller Sandnessjøen.

Kreftregisteret

Systematisk lav kvalitet på kirurgisk behandling over tid vil man også kunne påvise ved lavere 5 års relativ overlevelse for pasienter operert ved sykehuset. Årsrapportene fra Kreftregisteret viser at 5 års overlevelse for HSYS er på nivå med landsgjennomsnittet. Det nasjonale måltallet er >80%, noe som begge sykehusene innfrir. Resultatene fra MIR er særdeles gode.

Kreftregistrets årsrapport for årene 2016-2019 viser heller ingen systematiske avvik i overlevelse etter kirurgi for tykktarmskreft ved SSJ eller MIR.

Utklipp fra Årsrapport Kreftregisteret 2018, 5 års relativ overlevelse



Figur 3.16: Relativ overlevelse for pasienter i stadium I-III per sykehus - tykktarmskreft.

På landsbasis er 5-års relativ overlevelse på 89 % i perioden 2016-18, og dette er litt bedre enn foregående periode. Tallene for siste periode er estimerte siden man ikke har 5 års oppfølging for denne pasientgruppen. Noen få sykehus har en relativ overlevelse som er lavere enn kvalitetsmålet på 80 %. Konfidensintervallene (usikkerhetsmarginene) er imidlertid brede, og når disse tas med i vurderingen, ligger alle sykehusene innenfor målet som er satt.

Konklusjoner:

1. Journalgjennomgangen har ikke avdekket holdepunkter for at coloncancerkirurgien ved Sandnessjøen sykehus er uforsvarlig eller avviker vesentlig fra kvalitetskrav for coloncancerkirurgien nasjonalt.
2. Det er få pasienter med kreft i tykktarmen som opereres ved både Sandnessjøen og Mo i Rana. Dette skaper store konfidensintervall for resultatene ved begge enheter og gjør det vanskelig å vurdere både gode og dårlige resultater.
3. Moderne kreftkirurgi kan ikke vurderes alene utfra behandlingsresultater eller journaler. Helsedirektoratet anbefaler at moderne kreftkirurgi skal drives av fagmiljø som består av tre eller flere spesialister for å sikre kontinuitet, et faglig kollegium, samt tilstrekkelig robusthet i forbindelse med ferie og annet fravær. Videre anbefaler Helsedirektoratet at kreftkirurgien skal være organisert slik at den sikrer spesialistutdanning, faglig fordypning og kvalitetsarbeid, samt at alle avdelinger som utfører kreftkirurgi registrerer i nasjonale komplikasjonsregistre, samt monitorere og dokumentere egne resultater som grunnlag for forbedring.

Vennlig hilsen

Rolv-Ole Lindsetmo
Klinikkjef K3K, UNN
Professor, UiT

Vedlegg

Vedlegg 1

Indikatorer för god vård

Indikatorer för tjock- och ändtarmscancervård

Förteckning över indikatorernas nummer, namn och målnivå samt vilka rekommendationer som de avser att spegla (hänvisning till rad i tillstånds- och åtgärdslistan, bilaga 1)

Nr	Namn	Mål	Rekom- mendation
4.1	Omoperation p.g.a. komplikation	Akut operation: < 7 % Elektiv operation: <5 %	–
4.2	Avlidna inom 30 respektive 90 dagar efter operation	30 dagar: Akut operation: < 4 % Elektiv operation: <1 % 90 dagar: Akut operation: < 10 % Elektiv operation: < 3 %	–
4.3	Minst 12 undersökta lymfkörtlar i operationspreparat	> 95 %	–
4.4	Avlidna inom 60 dagar efter start av cytostatikabehandling	Adjuvant: < 1 % Palliativ: 1–4 %	–
4.5	Återfall av cancer i bäckenet inom 5 år efter operation av ändtarmscancer	< 5 %	–
4.6	Läkemedelsbehandling efter operation vid stadium II och III	60–90 %	K082a– K083b
4.7	Start av läkemedelsbehandling efter operation vid stadium II och III	Inom 8 veckor: > 94 %. Inom 9-12 veckor: < 6 %	K082a– K083b, K078, K080, K091–K093
4.8	Röntgenundersökning inför operation vid nydiagnostiserad tjock- eller ändtarmscancer	> 98 %	K019, K020, K022
4.9*	Multidisciplinär konferens vid begränsad metastasering av tjock- eller ändtarmscancer	–	K099
4.10*	PET-DT-undersökning vid lokalt återfall eller lever- eller andra metastaser	–	K098

* = Utvecklingsindikator

Vedlegg 2

Illustrasjoner som viser eksempel på lymfeknutespredning og reseksjonsomfang.

Cancer coli transversi : Lymfeknutemetastaser i N1, N2, N3

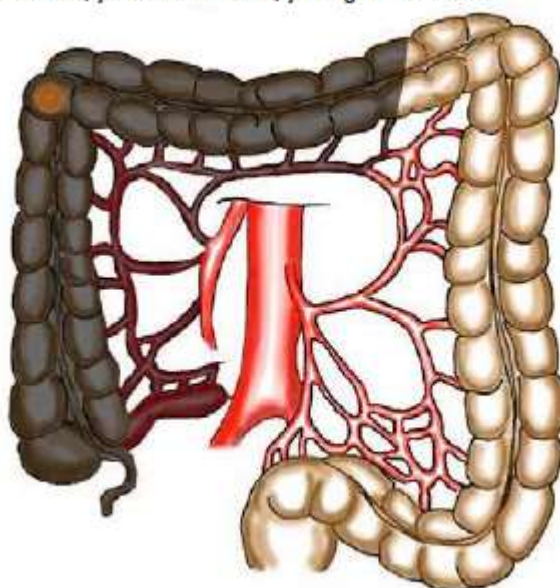
n= 53

Infrapyloric lymph nodes: 4

obs

Toyota S. Dis Col Rect
1995;38:705-11

Cancer i høyre flexur: Utvidet høyresidig hemicolectomi



Kvalitetskontroll av den kirurgiske behandlingen av pasienter med tykktarmkreft ved Helgelandssykehusene i perioden 2016-2019

Arild Nesbakken, Professor emeritus / Overlege i Gastrokirurgi, Oslo Universitetssykehus

Dato: 20.08.20

Oppdragsgiver: Foretaksledelsen ved Helgelandssykehuset HF ved Fagsjef Ida RK Bukholm

Bakgrunn: Foretaksledelsen ønsket å foreta en kvalitetskontroll som kunne gi grunnlag for kvalitetsforbedring av behandlingen for tykktarmkreft ved Helgelandssykehusene, 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)	14 % (5/35)
5- års relativ overlevelse* hos opererte (Periode 2013-18)	88 %	90 %	81 %

* 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 SS ligger mellom 6 % og 32 % og dette er signifikant forskjellig fra landsgjennomsnittet (3.0 -3.6 %). Det er ikke statistisk signifikant forskjell i 5-års relativ overlevelse etter operasjon (med fjerning av primærsvulsten) mellom landsgjennomsnittet og Helgelandssykehusene.

Foretaksledelsen satte ned en prosjektgruppe under ledelse av Fagsjef Ida Bukholm som skulle foreta en kvalitetsevaluering av tarmkreftkirurgien ved sykehusene i perioden 2016-2019. Denne bestod av gastrokirurgiske overleger ved de to sykehusene i tillegg til Fagsjefen. Dessuten ba man om en ekstern vurdering av gastrokirurger fra Universitetssykehuset i Nord-Norge, St Olavs Hospital i Trondheim og fra Oslo Universitetssykehus (OUS). Denne rapporten kommer altså fra sistnevnte.

Arild Nesbakken, kort fra CV, relevant kompetanse i forhold til dette oppdraget.

- Overlege i Gastrokirurgi ved OUS fra 1997, Professor fra 2004.
- Publisert ca 120 vitenskapelige artikler, de fleste omhandler tarmkreft, både rene kliniske og translasjonelle studier (kliniske + molekylærbiologi).
- Medlem av Norsk Gastrointestinal Cancer gruppe (NGICG) 2000-2017, som fra 1990-tallet har utarbeidet retningslinjer for tarmkreftbehandling i Norge, fra 2010 har disse (etter gjennomgang i departementet) vært publisert som «*Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av kreft i tykktarm og endetarm*». Jeg har hatt hovedansvaret for utarbeidelse av kapitlet om «Behandling av tykktarmkreft uten metastaser». Teksten utarbeides av

hovedredaktør for kapitlet, drøftes i NGICG sin referansegruppe inntil konsensus og oversendes så til departementet for gjennomgang og publisering.

- Hovedansvar for arrangement og gjennomføring av det første nasjonale kurs i kirurgisk behandling av tykktarmkreft (Gardermoen-møtet 2004).

- Årlige foredrag ved kurs og møter med tema kirurgiske aspekter ved operasjon for tarmkreft, blant annet ved Kirurgisk høstmøte, Akershus Universitetssykehus sine symposier.

- Fast foreleser ved LapConor kurs – dette er teoretisk og praktisk kurs i laparoskopisk (kikkehull) kirurgi for tarmkreft. <https://lapconor.com/>

-Redaktør av nettstedet www.oncolex.no, kapitel om tykk- og endetarmkreft, som er OUS sin webside

Mandat

Det vises til vedlegg 1. Mandatet ble presisert muntlig av Fagsjefen ved oppstart. Kort sagt var oppdraget å vurdere kvaliteten av tarmkreftkirurgien basert på en gjennomgang av journalene til samtlige pasienter operert i perioden 2016- 2019, i alt 49 pasienter ved SS og 105 pasienter ved MiR.

Kort om kirurgi ved tarmkreft

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. Jeg legger 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 i kirurgiske avdelinger fra 01.01.16. Det kom oppdaterte handlingsprogram 02/2017, 04/2019 og 09/2019 som ikke innebar vesentlige endringer i kapitlet om tykktarmkreft.

I 2004 utarbeidet jeg på oppdrag fra Direktøren i Helseregion Øst rapporten «*Kreftkirurgi i Helseregion Øst; Dagens situasjon og fremtidig funksjonsfordeling*». Til denne rapporten lagde jeg et vedlegg som på et folkelig språk beskriver alle trinn i utredning, behandling og kontroll av kreft. Rapporten omfattet alle kreftformer i mage-tarm-trakten, lunge, urinveier og gynekologisk kreft. Den ligger som vedlegg 2 i denne rapporten, og kan leses for ikke-fagpersoner som har interesse for å sette seg grundigere inn i problemstillingene knyttet til behandlingen av pasienter med tarmkreft.

Metode

Før jeg startet min gjennomgang hadde prosjektgruppen hentet ut en rekke data fra journalene og disse var registrert i et excel-ark, i alt 44 parametre. Jeg har så 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
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

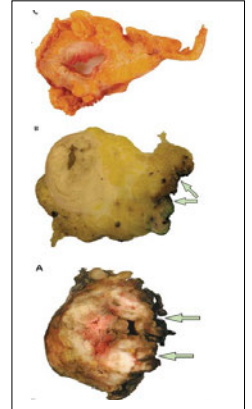
Jeg har notert ned alle avvik fra anbefalingene som er gitt i Nasjonalt handlingsprogram i excel-filen, og merknadene på hver enkelt pasient kan leses i kolonnene «Kommentar A. Nesbakken» og «Konklusjon avvik A Nesbakken». Jeg har så systematisert funnene og redegjør for resultatene for hvert av de to sykehusene.

Vedr pkt 5:

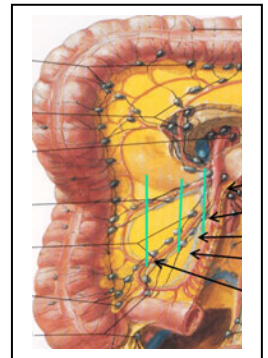
Når det gjelder planlegging og gjennomføring av operasjonen, den kanskje viktigste del av evalueringen som jeg har foretatt, er det tre hovedelementer som er viktige for å oppnå helbredelse av sykdommen, dvs gjennomføre en kurativ operasjon:

1: Korrekt disseksjon i anatomiske plan på utside av fettvev og bindevev som omslutter tarmen og tarmkrøset (tarmoppheget, 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)



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 eventuelle lymfekjertler med kreftspredning blir fjernet. [Man bruker terminologien D3-disseksjon (nær hovedårene, som anbefalt), D1 disseksjon (fjerner kun lymfeknutene nærmest tarmen, lite radikal operasjon) og D2 disseksjon (en intermediær avsetning av karene ikke helt inne ved hovedårene, dette er illustrert med grønne streker i figuren)].

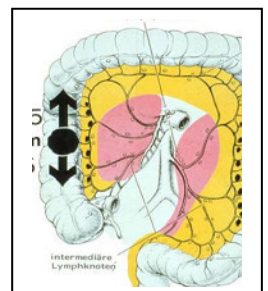


Grunnlag for vurdering: 1: Kirurgens beskrivelse av plan og gjennomføring. 2: Antall lymfeknuter i preparatet; det avhenger både av hvor mange kirurgen har fjernet og hvor godt patologen har lett etter lymfeknuter i operasjonspreparatet for undersøkelse i mikroskop, med andre ord en ganske usikker parameter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

Det er anbefalt at minst 12 lymfeknuter skal undersøkes; dersom færre er undersøkt kan man overse spredning til lymfeknute. 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 /tarmoppheget (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 2) måling på operasjonspreparatet (skrumper ca 30 % etter fiksering i formalin



Resultater og tolkning av funnene

I. Sandnessjøen sykehus

Halvparten av alle opererte pasienter hadde ett eller flere avvik fra nasjonale retningslinjer for behandling av tarmkreft. Dette inkluderer avvik i forhold til preoperativ utredning, vurdering av hvor operasjonen burde foretas, gjennomføring av det kirurgiske inngrepet, diagnostikk og behandling av komplikasjoner og oppfølging, samt evt etterbehandling av kreftsykdommen.

Etter min vurderingen var avvikene alvorlige / potensielt alvorlige hos 41 % av de opererte. De avvikene jeg har kategorisert som mindre alvorlige er: Reseksjonsmarginen langs tarmrøret er mellom 5 og 10 cm når anbefalingen er mer enn 10 cm; uforståelig operasjonsbeskrivelse; glemte å kartlegge familiær opphopning / potensiell arvelig disposisjon for tarmkreft og (genetisk) relaterte kreftformer.

En samlet fremstilling av antall pasienter og prosentandel med de ulike avvik er presentert i Tabell 1, og jeg 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 30% av pasientene. 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 16 % av pasientene.

En sjelden gang kan det hos skrøpelige pasienter med kort forventet levetid og med høy risiko for komplikasjoner være aktuelt å gjøre et mer begrenset kirurgisk inngrep, dette 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 30 % og 16 % med avvik fra retningslinjene var pasienter som man ville forvente ville tåle radikal operasjon. Hvorfor dette likevel ikke ble utført er ukjent, og det er ikke redegjort for det i journalene. Grunnen er mest sannsynlig 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 reseksjonsmargin) er svært vanskelig å vurdere ut fra operasjonsbeskrivelsen; da må man nesten være til stede ved operasjonen eller se et godt video-opptak av den. Jeg klarte heller ikke å forstå operasjonsbeskrivelse og hvordan operasjonen egentlig ble gjennomført hos 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. Samlet sett synes jeg det er meget vanskelig å gi en kvalifisert vurdering av kvaliteten på den circumferensielle disseksjonen i dette materialet.

I noen tilfelle var det vanskelig å definere korrekte anatomiske plan og få tilstrekkelig oversikt ved kikkeshull-operasjonen, 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.

Intraoperativ skade

Det oppstod skade på organer hos 3 pasienter, herav to med kirurg-påført (iatrogen) tarmperforasjon, og en med skade på milt.

Komplikasjoner

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

Jeg 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 gjennomgangen av intraoperative/postoperative komplikasjoner hos pasienter om overlevde vært så grundig og godt kvalitetssikret som ønskelig; tallene er dels hentet fra gjennomgangen foretatt av andre. Det kan foreligge mindre feil i tallene som presenteres.

Diagnostikk og behandling av komplikasjoner

Hos 5 av 18 (28 %) pasienter som fikk komplikasjoner mener jeg at ble komplikasjonene ikke ble utredet og/eller behandlet i tråd med vanlig praksis. Tre av disse pasientene døde.

- En pas fikk abscess (verkebyll i bukhule/bekken) som ikke ble adekvat drenert
- En pas. ikke overflyttet intensiv-avdelingen raskt nok ved tegn på komplikasjon, døde
- En pasient med sannsynlig oversett blødning, døde
- En pasient forsinket reoperasjon av anastomoselekkasje, overlevde
- En pasient fikk sent i forløpet en abscess som ikke ble drenert, døde

Jeg mener at andelen pasienter som ikke fikk tidlig nok og adekvat behandling av komplikasjoner er for høyt, og gir grunnlag for bekymring

Postoperativ død

Seks pasienter (12 %) døde innen 100 dager etter operasjonen, herav døde 3 innen 30 dager. Dødeligheten er signifikant høyere enn landsgjennomsnittet i Norge. Dog var ett av dødsfallene sannsynligvis ikke på grunn av operasjon / komplikasjon. Fire av dødsfallene skjedde i 2016, ett i 2018 og ett i 2019.

En pasient burde ha hatt preoperativ hjertemedisinsk vurdering, en annen ble operert under pågående medisinerings med dobbel blodplate-hemming og fikk blødning. To av pasientene hadde iatrogen tarmperforasjon. Hos tre av pasientene ble komplikasjon ikke identifisert og behandlet i tråd med vanlige retningslinjer, jmf. foregående punkt.

Etter min vurdering hadde minst fire av disse pasientene så mye komorbiditet / skrøpeligheit at de burde ha vært operert ved sykehus med døgnkontinuerlig beredskap og tilgjengelig høy kompetanse innen intensivmedisin (anestesilege), røntgen-diagnostikk og -behandling samt hjertemedisinsk, infeksjonsmedisinsk og gastrokirurgisk kompetanse.

II. Mo i Rana

18 % av alle opererte pasienter hadde ett eller flere avvik fra retningslinjene som er gitt i Nasjonalt handlingsprogram for tarmkreft. Etter min vurderingen var avvikene alvorlige / potensielt alvorlige hos 11 % av de opererte (Tabell 1).

Jeg mener at disse resultatene er akseptable og trolig representerer et vanlig resultat ved norske sykehus.

Kirurgisk radikalitet

Disseksjonen langs sentrale karstamme med fjerning av alle lymfeknuter, inklusive de sentrale, synes ikke å ha vært gjennomført iht retningslinjene hos 6 % av pasientene. Radikalitet kan (med store forbehold) 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 3 % av pasientene.

Jevnt over var det gode og forståelige operasjonsbeskrivelser.

Intraoperativ skade

Det oppstod skade på organer hos 5 pasienter, herav tre med iatrogen tarmperforasjon, som ble identifisert og reparert hos to, men ble oversett og krevde reoperasjon hos en pasient. To pasienter fikk skade på milt, og en pasient fikk skade på bukspyttkjertelen med langvarig lekkasje.

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

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. 20 pasienter (19%) ble reoperert, og jeg er i tvil om det var godt grunnlag for reoperasjon hos tre av disse. Det skyldes at man i disse tilfellene gjorde diagnostisk laparoskopi for å undersøke uklar bukstatus, heller enn å utrede med CT som første tiltak.

Diagnostikk og behandling av komplikasjoner

Jeg mener at komplikasjonene ble håndtert i tråd med god medisinsk praksis, kanskje da med unntak av de tre pasientene hvor det ikke var klart grunnlag for reoperasjon.

Postoperativ død

Fire pasienter (4 %) døde innen 30 dager etter operasjonen, og ytterligere en pasient døde mellom dag 31 og 90. Dette er sammenlignbart med dødelighet blant de som blir operert i Norge.

Alle fire pasientene hadde høy risiko for å utvikle komplikasjoner som kunne gi fatal utgang. Jeg mener det var grunnlag for operasjon hos alle, men hos to pasienter er jeg skeptisk til at man valgte å skjøte tarmen heller enn å legge stomi; [REDACTED]

[REDACTED] Begge døde etter lekkasje i tarmskjøten.

Jeg mener at alle fikk adekvat oppfølging og behandling av komplikasjoner.

Ut fra preoperativ vurdering av operasjonsrisiko mener jeg at tre, kanskje alle fire, av pasientene som døde burde vært operert ved sykehus med beredskap som omtalt under tilsvarende punkt under SS.

III. Forhold som gjelder begge sykehus

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 onkolog 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 og tidligere operasjoner, en sammenfatning av all utredning som er foretatt og om det gjenstår nødvendig utredning, og møtevedtak og 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

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 om det er aktuelt med etterbehandling, i så fall henvisning videre, og opplegg for kontroll med tanke på tilbakefall av sykdommen.

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. Jeg 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 krefttilfelle 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 kan informere slektninger om arvelig disposisjon.

Jeg 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 intrådt plutselig og uventet, har overveiet å sende melding til internt kvalitetsutvalg, politiet eller tilsynsmyndighet. Om dette likevel har skjedd uten at det er anført i journalen, er ukjent for meg.

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. Dette kan skyldtes at de opererte pasienter som var skrøpelige og med mye komorbiditet, og som når de i tillegg fikk komplikasjon(er) til operasjonen, ikke tålte belastningen.

I tillegg synes det som om komplikasjoner ble erkjent for sent og at tiltakene ikke var i tråd med god praksis i flere av tilfellene.

Etter min vurdering hadde flere av pasientene så høy risiko for meget alvorlige komplikasjoner at det hadde vært tryggere om de ble operert ved sykehus med høyere beredskapsnivå og bredere, tverrfaglig kompetanse i vaksjiktet enn det lokalsykehusene har. **Jeg mener at den høye dødeligheten gir grunnlag for bekymring.**

Hos mer enn en tredjedel av pasientene ble ikke operasjonen utført så radikalt (omfattende) som anbefalt i norske, nasjonale retningslinjer. Hos 30 % ble det ikke utført så sentral lymfeknute-fjerning som anbefalt og hos 16 % fjernet man mindre av tarmrøret med tilhørende krøs enn det som er anbefalt. Kompromisser i forhold til radikal fjernelse av svulsten kan øke risikoen for at pasienten ikke blir helbredet av kreftsykdommen. Hvorvidt avvikene som er påvist i denne pasientserien har ført 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 operasjonstidspunktet. Uansett er pasientserien så liten, og den statistiske usikkerheten i estimatene av overlevelse så stor, at det aldri vil være mulig å si sikkert (med 95 % sikkerhet) om resultatene i Sandnessjøen er dårligere enn landsgjennomsnittet. **Jeg mener likevel det er bekymringsfullt når det påvises så hyppige avvik fra nasjonale retningslinjer som jeg har funnet her.**

Ved Mo i Rana sykehus opererte man i snitt 25 pasienter med tykktarmkreft per år. Dødeligheten var ikke signifikant forskjellig fra landsgjennomsnittet. Avvik fra nasjonale retningslinjer for radikal kreftkirurgi var forholdsvis sjelden (mindre enn 10%), og jeg vil anta at dette er like godt som det andre norske sykehus presterer.

Også ved MiR opererte man noen pasienter med stor risiko for alvorlige komplikasjoner, og som etter min vurdering bør opereres ved sykehus med høy beredskap.

Ved begge sykehus mener jeg 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 Helgelandssykehusene

Tallene er antall pasienter (prosentandel i parentes)

	Sandnessjøen		Mo i Rana	
Avvik fra nasjonale retningslinjer				
Ja	24	49 %	19	18 %
Herav alvorlige	20	41 %	11	11 %
Nei	25		86	
Sentral disseksjon kar / lymfeknuter				
Ikke iht retningslinjene	15	30 %	6	6 %
Adekvat	34		99	
Reseksjonsmargin langs tarmrøret				
Ikke iht retningslinjer	8	16 %	3	3 %
Adekvat	44		102	
Iatrogen (kirurg-påført) skade under opr				
Tarmperforasjon	3	6 %	3	3 %
Ikke oppdaget under opr: MiR 1, SS 1				
Miltskade	0		2	2 %
Ingen	46		100	
Uforståelig operasjonsbeskrivelse				
Ja	10	20 %	1	1%
Postoperative komplikasjoner				
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 %
Behandling av komplikasjoner (n=18)				
Ikke iht god praksis	5	28 %	3	10 %
Adekvat	13		27	

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

Vedlegg 1: Oppdragsdokument gitt til Arild Nesbakken

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	Parameter
Informasjon om pasienten	Sykehus
	NPR-nummer
	Kommunennummer
	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 (kvivtid)
	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 intakt 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 2

Fra rapporten: «Kreftkirurgi i Helseregion Øst; Dagens situasjon og Fremtidig funksjonsfordeling»

Inkludert oppsummering fra Fagseminar / Konsensus - konferansen i mars 2004

Rapport dato: **23.03.2004**
Rapport utarbeidet av: Arild Nesbakken
Oppdragsgiver: Direktøren i Helse-Øst

I denne rapporten skrev jeg følgende tillegg, beregnet på ikke medisinsk personell og personer som ikke til daglig arbeider med tarmkreft, for å forklare problemstillingene på en forhåpent-ligvis forståelig måte

Dette står som et vedlegg i rapportens side 70

Vedlegg: Utredning og behandling av kreftpasienter

Hovedelementene i utredning, behandling og etterkontroll av kirurgiske kreftpasienter:

- ◆ Undersøkelser for å verifisere eller avkrefte kreftdiagnosen
- ◆ Undersøkelser for å avklare svulstens lokale utbredelse
- ◆ Undersøkelser for å avklare om svulsten har spredt seg (gitt metastaser)
- ◆ Kartlegge pasientens generelle tilstand / ledsagende sykdommer (spesielt hjerte-lunge funksjon)
- ◆ Bestemme behandlingens siktemål (kurativt / palliativt), hvorvidt operasjon er aktuelt, og i tilfelle hvilken type operasjon som er den optimale.
- ◆ Avklare om forbehandling før eventuell operasjon er aktuelt
- ◆ Avklare hvor - og av hvem - operasjonen best kan utføres. Er spesialister fra flere fagområder nødvendig eller ønskelig for å gjennomføre operasjonen ?
- ◆ Tolke funn som blir gjort under operasjonen og foreta det endelig valg vedr. operasjonsprosedyre
- ◆ Gjennomføre operasjonen etter standardiserte og aksepterte kirurgiske metoder med dokumentert effekt - "state of the art"
- ◆ Tolke funn patologen gjør ved undersøkelse av fjernet preparat
- ◆ Bestemme om etterbehandling er aktuelt
- ◆ Bestemme om etterkontroll er nødvendig, omfanget av denne og hvem som skal forestå den
- ◆ Avklare om kreftsykdommen er arvelig betinget, og om intervensjon overfor slektninger er aktuelt

Mer om de enkelte punkter:

1. Verifisere / avkrefte kreftdiagnosen

Første trinn er en målrettet klinisk undersøkelse. For de kreftformer som denne utredning omhandler er supplerende røntgenundersøkelser og / eller endoskopiske undersøkelser vanligvis nødvendige for å påvise primærsvulsten:

Konvensjonell røntgen med / uten kontrast, ultralyd, CT, MR, evt. andre.

Gastroskopi, rektoskopi / coloskopi, cystoskopi er endoskopiske undersøkelser for å undersøke øvre og nedre magetarm traktus og urinveier

En celle- eller vevsprøve for å fastslå med sikkerhet at det dreier seg om kreft er alltid ønskelig, men ikke alltid oppnåelig før behandling starter. Slike vevsprøver kan tas i forbindelse med klinisk undersøkelse, endoskopisk eller ved hjelp av bildediagnostiske hjelpemidler. Både prøvetaking og undersøkelse av preparat (cytolog / patolog) krever erfaring.

2. Undersøkelser for å avklare svulstens lokale utbredelse

Når svulsten er lokalisert og kreftdiagnosen verifisert må svulstens lokale utbredelse bestemmes. I denne sammenheng er svulstens størrelse, utbredelse i forhold til organets naturlige grenser, og relasjon (innvekst ?) til naboorganene viktig. For svulster som kan nås med kirurgens hånd / fingre er den kliniske undersøkelsen viktig. CT og MR, gjerne med spesielle teknikker, kan være viktige supplerende undersøkelser. Endoskopisk ultralyd er lite anvendt i Norge, men i utstrakt bruk internasjonalt.

3. Undersøkelser for å avklare om svulsten har spredt seg (metastasert)

Ulike primærsvulster har forskjellig tendens til å sette opp fjernmetastaser. Lunge, lever og skjelett er de hyppigste steder for fjernmetastaser. Konvensjonell røntgen av lunger samt ultralyd eller CT av lever gjøres rutinemessig i utredningen. Andre undersøkelser kan være aktuelle, f.eks. skjelettscintigrafi eller MR ved mistanke om skjelettmetastaser.

4. Bestemme behandlingens siktemål

På bakgrunn av resultatene av utredningen nevnt i foregående punkter kan følgende alternativer være aktuelle:

4.1 Kurativ reseksjon / excisjon, dvs fjernelse av kreftsvulsten med helbredende siktemål. Dersom det på diagnosetidspunktet ikke foreligger fjernspredning og den lokale svulsten ikke er mer avansert enn at den lar seg fjerne med frie marginer, vil dette være siktemålet for behandlingen. Unntaksvis kan pasienter med fjernspredning også gjennomgå kurativ reseksjon dersom metastasen(e) også kan fjernes komplett.

4.2 Palliativ reseksjon / excisjon, dvs fjernelse av primærsvulsten selv om inngrepet ikke kan helbrede pasienten. Dette gjøres for å lindre plager eller forhindre at plager senere oppstår. Palliativ reseksjon gjøres vanligvis bare dersom fjernspredningen ikke er uttalt og dersom pasientens gjenværende levetid ikke antas å være kort. Palliativ reseksjon er ikke aktuelt for kreft i spiserør, bukspyttkjertel, galleveier eller urinblære, og gjøres bare sjelden ved kreft i magesekk og endetarm. Endoskopisk reseksjon av prostata er ofte indisert ved prostatakraft.

Andelen pasienter hvor det er aktuelt å gjøre reseksjon av primærsvulsten varierer sterkt med hvilket organ som er utgangspunktet. Andelen som gjennomgår reseksjon i forhold til det totale antall pasienter med kreft i organet uttrykkes som **reseksjonsrate**. Kjennskap til forekomsten av kreft i populasjonen og reseksjonsraten, forteller hva volumet av reseksjons-inngrep skal være.

4.3 Annet palliativt kirurgisk inngrep kan være aktuelt ved visse krefttyper, f.eks. stent-behandling eller kirurgisk bypass av trange passasjer i magetarm kanal og galleveier.

4.4 Annen palliativ behandling utenom kirurgi

Mange ganger er det enkelt å bestemme siktemålet for behandlingen før denne starter, men noen ganger kan det først avgjøres definitivt i forbindelse med operasjonen.

Det kan være svært vanskelig å velge ut de pasientene som vil ha nytte av en palliativ prosedyre, og det er mangelfull vitenskapelig dokumentasjon vedrørende effektiviteten av de fleste aktuelle prosedyrer. Det kreves stor klinisk kompetanse og erfaring for å vurdere den optimale palliative behandling.

5. Avklare om forbehandling før operasjon er aktuelt

I tilfelle primærsvulsten er lokalavansert, kan det være indikasjon for å gi strålebehandling, eventuelt cellegift- og/eller hormonbehandling før operasjonen. Slike typer behandling kan gis alene eller i kombinasjon. Hensikten er å redusere svulstens størrelse og øke muligheten for at den kan fjernes radikalt. Dette vil igjen redusere risikoen for lokalt tilbakefall av svulsten.

Basis for en korrekt vurdering av spørsmålet ligger i at den preoperative stadievurdering er korrekt, jmf. pkt 2 og 3 ovenfor. Kirurgen kan selvstendig avgjøre om forbehandling er aktuelt ved kreftformer der det finnes standardiserte handlingsprogrammer, forutsatt at han/hun har tilegnet seg detaljkunnskap om disse programmene. I mange tilfelle må det konfereres med onkolog som er fagpersonen med størst kompetanse på dette området. Dersom forbehandling skal gis, blir dette som regel en oppgave for onkologisk avdeling.

Samlokalisering av onkolog og kirurgen som har behandlingsansvaret er en fordel, men ingen absolutt forutsetning når vanskelige tilfelle skal diskuteres. Gode kommunikasjonslinjer og klar ansvarsfordeling er alltid nødvendig.

6. Hvor og av hvem skal operasjonen best utføres ?

Den kirurgiske prosedyre er standardisert for de fleste radikale kreftoperasjoner, men det kan være ulike synspunkter hva gjelder omfanget av reseksjon, bl.a. av regionale lymfekjertler, og andre forhold ved operasjonen. Det er naturligvis viktig at kirurgen har oppdatert kunnskap om anbefalt kirurgisk metode og er familiær med det planlagte inngrep. Volum / kvalitet- relasjonen er viktig i denne sammenheng.

Det er grunn til å understreke at kirurgen også trenger kompetanse når det gjelder intraoperativ vurdering av svulstens lokale utbredelse, samt vurdere funn som gir mistanke om fjernspredning. Det kirurgiske inngrep kan måtte modifiseres i forhold til det som var planlagt på forhånd og i forhold til standard-inngrep. Kirurgens erfaring og kompetanse kan være svært viktig for å treffe korrekt beslutning.

Supplerende undersøkelser kan være nødvendig intraoperativt. Eksempel er vevsprøver undersøkt med fryseseisnitt-teknikk som blir tatt for å avklare om mistenkelige knuter inneholder svulstvev. Dette krever at det finnes patolog til stede på sykehuset. Intraoperativ ultralyd-undersøkelse kan være aktuelt for å kartlegge lokalisasjon, utbredelse og antall svulster – spesielt ved leverkirurgi. Undersøkelsen krever spesialutstyr og kompetent undersøker.

Kirurgen trenger adekvat utstyr for å gjennomføre operasjonen best mulig, og det er en betydelig utvikling på utstysfronten. Dersom nødvendig spesialutstyr er svært dyrt, eller mye trening er nødvendig for å kunne bruke utstyret korrekt, taler det for samling av kirurgien til færre enheter.

Laparoskopiske teknikker (kikkehullsoperasjoner) kan være aktuelle også ved kreftkirurgi. Slik teknikk har i Norge bl.a. vært i bruk ved leverkirurgi, og det er sannsynligvis på vei inn i behandlingen

av kreft i visse deler av tykktarm / endetarm. Innlæring av teknikken er vanskelig og krever for de fleste kirurger / operasjonsteam et betydelig volum, og at dette volumet oppnås i løpet av rimelig tid. Det er derfor viktig at slik kirurgi konsentreres til få enheter.

I enkelte tilfelle kan det være en fordel at grenspesialister fra forskjellige fagområder samarbeider om operasjonen. Det er særlig aktuelt ved kirurgi i bekkenet (urinblære, endetarm, eggstokk) hvor et samarbeid mellom gynekolog, gastrokirurg og urolog kan være en fordel.

Det er nødvendig at også den øvrige del av teamet på operasjonsstuen er trent og har erfaring (volum) ved større kirurgiske inngrep.

”Store” operasjoner er av og til ledsaget av alvorlige komplikasjoner. Avdelinger som utfører slike operasjoner må ha en beredskap (hele døgnet / uka) slik at komplikasjoner identifiseres og tiltak treffes uten unødvendig forsinkelse. Diagnostikk av slike komplikasjoner krever ofte utstyr og ekspertise innen radiologi, og behandlingen krever stor ekspertise innen kirurgi og intensivmedisin (anestesilege) samt tilgang på ressurser – kapasitet på operasjonsstue og intensivavdeling.

7. Bestemme om etterbehandling er aktuelt

Undersøkelse av det fjernede operasjonspreparat krever kvalifisert patologisk undersøkelse. På bakgrunn av patologens rapport og de funn som kirurgen gjorde under operasjonen, må man ta stilling til om pasienten er tjent med etterbehandling (strålebehandling, cellegift etc). Spørsmålet kan noen ganger besvares enkelt ut fra standardiserte handlingsprogrammer, i andre tilfelle kreves en grundigere vurdering av onkolog og kirurg i fellesskap.

Kirurgen som har behandlingsansvaret må ha god kjennskap til eksisterende handlingsprogrammer og være oppdatert på den medisinske utvikling på dette feltet. Det er vist f.eks. i det norske rectumcancer prosjektet at mange pasienter som etter anbefalt rutine skulle hatt postoperativ strålebehandling likevel ikke har fått slik behandling.

8. Rutiner for etterkontroll

Avdelinger som tar behandlingsansvar for kreftpasienter må ha klare rutiner som sikrer adekvat oppfølging av pasientene. Disse rutiner bør være basert på nasjonal konsensus dersom slik foreligger. I andre tilfelle bør det være lokale retningslinjer for oppfølging, i hovedsak basert på risiko for tilbakefall av kreftsykdommen og muligheter for behandling av slik tilbakefall. Samhandlingen med primærhelsetjenesten bør være nedfelt i skriftlige rutiner. Vurdering av funn ved etterkontroll og hvordan man går videre ved mistenkt, men ikke bevist tilbakefall, krever høy kompetanse.

9. Tiltak ved recidiv (tilbakefall)

Dersom recidiv blir påvist må man ta stilling til hvordan og hvor dette skal behandles. Forsøk på kirurgisk fjernelse at et lokalt recidiv kan kreve betydelig erfaring, noe som taler for sentralisering av slik kirurgi. Beslutninger vedrørende palliativ kirurgi kan være enkle eller vanskelige. Annen palliativ behandling må avklares med onkolog.

10. Konklusjon / konsekvenser

Prosesen med utredning, behandling og kontroll er beskrevet detaljert for å belyse en del viktige momenter ved kreftbehandling, og følgende konklusjoner kan trekkes:

Kirurgen trenger volum – ikke bare for å beherske det teknisk operative ved en standard operasjon, men minst like mye for å kunne foreta korrekte vurderinger og beslutninger før – under – og etter operasjonen.

Radiologen trenger volum for å oppnå tilstrekkelig kompetanse – både i vurdering av lokal utbredelse av svulsten, i vurdering av fjernspredning og lokalt tilbakefall, samt i bildeveiledet prøvetaking

Patologen / cytologen trenger volum for å oppnå kompetanse når det gjelder å ta cytologiske / histologiske prøver, samt i vurderingen av slike prøver og av operasjonspreparater

Onkologen trenger erfaring og oppdatert kunnskap vedr. pre- og postoperativ tilleggsbehandling samt palliativ behandling

Indremedisinere / anestesileger trenger kompetanse og volum for å gi en korrekt vurdering og behandling før, under og etter operasjonen.

Operasjonssykepleiere trenger trening og volum for å gi kvalifisert operasjonsassistanse, og andre spesialsykepleiere er viktig under og etter operasjonen.

Multidisiplinær utredning og behandling forutsetter god samhandling mellom disse aktørene.

Journalgjennomgang ved eksterne fageksperter

Mandat:

Basert på Excel-filer med oversikt over pasienter operert for tykktarmskreft i Helgelandssykehuset 2016 – 2019

Gjennomgang av

- journaler med kommentarer fra de interne fagpersonene
- journaler med re-operasjoner
- anastomoselekkasjer
- andre journaler som det var grunn til å se gjennom

Underveis i prosessen ble det gitt supplerende spørsmål til alle de eksterne:

- Hvordan vurderes den totale behandlingen som gis ved Helgelandssykehuset
- Hvordan er kvalitet på behandlingen som gis i Mo i Rana og i Sandessjøen
- Anbefaling for videre håndtering av de aktuelle pasientene.

	Journaler gjennomgått		Inkludert
	Ssj	MiR	
St. Olavs	37	>45	Alle med anmerkning eller dødsfall Alle reoperert Alle anastomoselekkasjer
UNN	42	81	Alle dødsfall Alle elektive Alle med anmerkning
OUS	49	105	Alle

Arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet i Helgelandssykehuset

sammenfatning ved Kvalitetsleder Sigurd Finne

Basert på kvalitetsstrategien i Helse Nord arbeider Helgelandssykehuset med:

Pasientens helsetjeneste

Aktiv pasient- og brukerrolle

HSYK følger den regionale utviklingen på områdene under, og deltar i de regionale/nasjonale initiativene i DPT og DIS som direkte knyttes til målområdet.

Helgelandssykehuset legger til rette for en åpenhetskultur der pasienter og brukere benytter seg av selvbetjeningsløsninger som elektronisk tilgang til timebestilling, henvisningsprosess, pasientjournal, innsynslogg, epikrise og pasientens helsearkiv, mine behandlingsvalg, og at helsepersonell veileder pasienter og brukere etter deres behov.

Pasientforløp/pakkeforløp kreft

Det er opprettet stillinger som forløpskoordinatorer ved alle tre sykehusenhetene. Kvalitetsindikatoren andel gjennomført forløp innen anbefalt tid rapporteres månedlig til styret og Helse Nord i virksomhetsrapporten.

Samhandling

Tiltak vedrørende etablering av rutiner for evaluering og revidering av overordnet samarbeidsavtale og underliggende tjenesteavtaler.

Helgelandssykehuset ved samhandlingssjef arbeider med å samle forhandlingsutvalget i kommunene på Helgeland og forhandlingsutvalget i Helgelandssykehuset til et møte, for å drøfte etablering av gode rutiner for evaluering og revidering av overordnet samarbeidsavtale og underliggende tjenesteavtaler. Møtet er foreløpig ikke avviklet, men saken følges opp.

Tiltak for system/rutiner for at melding av samhandlingsavvik forenkles.

Helgelandssykehuset har gjenopprettet funksjonen som samhandlingskoordinatorer. Så snart disse er på plass vil det bli opprettet samarbeide med alle kommunene på Helgeland for å etablere gode samarbeidsrutiner rundt samhandlingsavvik.

I tillegg er Helgelandssykehuset representert i styringsgruppen og arbeidsgruppen vedrørende prosjektet rundt anskaffelse av nytt kvalitetssystem.

Pasienterfaringsundersøkelser

Helse Nord RHF har ansvar for å utvikle elektronisk løsning for innhenting av opplysninger om pasientopplevd kvalitet (PREMs), løsningen er ikke på plass enda.

Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) har fått i oppdrag å utvikle bruken av PROMs i de medisinske kvalitetsregistrene, løsning er ikke på plass enda.

Det er innført egne pasientevalueringsskjemaer der pasienten evaluerer forskjellige punkter om sykehusoppholdet (innført av Fagsjef Ida Bukholm).

Fristbrudd og ventetider

Helgelandssykehuset hadde lavest gjennomsnittlig og median ventetid for avviklede pasienter i 1. tertial 2020, og til tross for Covid-19-epidemien, påregnes det at målet om gjennomsnittlig ventetid på 50 dager innen utgangen av 2021, skal nås.

Det gjøres et systematisk arbeid for å unngå fristbrudd. Under covid-19-epidemien har antall fristbrudd økt, men det arbeides nå for å fjerne antall fristbrudd ila 2020.

Pasientsikkerhet

Pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24-7

- HSYK har gjennomført GTT-målinger siden 2010, først med ett team, så med ett team på hver enhet og fra 2017 to gjennomgående team i foretaket. Endringer i team sammensetningen gjennomført med bakgrunn i kvalitet og kontinuitet.
 - Resultat har i noen grad vært presentert, men ikke i stor grad brukt til forbedringsarbeid.
 - Det er i sommer laget ny plan for presentasjon og bruk av GTT funn i forbedringsarbeid
- Alle relevante innsatsområder som ble igangsatt i Pasientsikkerhetskampanjen var på plass i alle relevante enheter innen utgangen av 2016.
 - HSYK har forholdt seg til nasjonale måltall, med å redusere andel pasientopphold med pasientskader med 25 % fra 2012 til 2018
- HSYK har innført følgende valgfrie innsatsområder fra Pasientsikkerhetsprogrammet:
 - Ernæringscreening
 - Bruk av kvalitetstavler

HSYK var pilot sykehus for innsatsområdet «Tidlig oppdagelse og rask respons ved forverret somatisk tilstand». Alle somatiske sengeposter i HSYK bruker NEWS score og har egne instruktører i ProAct. Isbar brukes aktivt ved henvendelse om pasient og ved rapport når

pasienter overføres til annen avdeling. LIS 1 legen får opplæring i NEWS og Isbar i på felles introduksjonsdag. Mens sykepleiere og helsefagarbeidere får opplæring/oppfrisking på faste fagdager i turnus.

Smittevern

- Alle nyansatte får opplæring i basale smittevernrutiner. LIS-leger: Mosjøen og Mo har fast gjennomgang til disse. Smittevern personell tilbyr opplæring til nyansatte.
- Alle ansatte i Helse Nord gjennomfører e-læringskurs i håndhygiene.
- Infeksjonsregistrering (prevalensundersøkelse og NOIS – POSI) gjennomføres, og resultatene brukes som utgangspunkt for forbedringsarbeid.
- Disse gjennomføres. Prevalensundersøkelse gjennomføres 4 ganger årlig. Det gjennomføres tverrfaglig gjennomgang av de dype postoperative sårinfeksjonene som registreres i NOIS-POSI.
- Nasjonal retningslinje er implementert. Det deles ut lommeformat til alle nyansatte leger + sendes ut informasjonsmail til alle nyansatte leger om riktig bruk av antibiotika i sykehuset, inkluderer e-læringskurs samt lenke til nasjonal retningslinje. Etterlevelse av retningslinjen sjekkes jevnlig vha antibiotika visitter.
- HSYK har styringsprogram og tverrfaglig A-team (alle enheter er inkludert). Fast sak i de lokale kvalitetsrådene.
- Pasienthender berører ikke felles mat. I normalsituasjon har noen sengeposter frokostbuffet. Dette er fjernet nå som coronatiltak.
- Rutiner for rengjøring og desinfeksjon er beskrevet i Smittevernhåndboka i Docmap.

Legemiddelsikkerhet

- Det er innført klinisk farmasi på alle tre enhetene (medisin SSJ, medisin MSJ, Kirort MiR og fallpol MiR). Ved alle enhetene jobbes det etter IMM-modellen og alle deler av IMM er innført (hvilke deler av IMM den enkelte pasient mottar bestemmes ut fra behov).
- Forbedringssaker i forhold til legemiddelsikkerhet er; risikovurdering av tilberedning av legemidler inkludert oppfølging av risikoområder, antibiotikastyring inkludert antibiotikavisitter, avvikshåndtering.

Oppfølging og læring av uønskede hendelser

- Senter for fag, forskning og utdanning (SFFU) utarbeider månedlige oversikter over meldte avvik og status i avviksbehandling. Disse oversendes enhetsledere og presenteres i de lokale kvalitetsrådsmøtene. Uønskede pasienthendelser og pasientskader er også fast

på agenda for foretakets kvalitetsutvalg. Avvik (uønskede pasienthendelser og pasientskader) er også satt opp som fast punkt på agenda på foretakets ledermøter.

- Uønskede hendelser og skader på ansatte følges opp i AMU/AMR
- 3 ansatte i avdeling for SFFU og en ansatt fra Enhet Sandnessjøen har gjennomført kurs i hendelsesanalyse i regi av Helsedirektoratet. Disse 4 utgjør foretakets «analyseteam».
- I 2019 ble det gjennomført 3 hendelsesanalyser. For 2020 er en analyse under arbeid.
- I tillegg har de lokale enhetene/avdelingene gjennomført flere egne hendelsesgjennomganger, medlemmer fra «analyseteamet» har bidratt inn i arbeidet for flere av disse.
- Ift hendelsesanalyse følges retningslinjer fra Helsedirektoratet for oppfølging av pårørende og pasienter.

Kunnskapsforankring

Regional utdanning i forbedringsarbeid

Ansatte i HSYK, både fra somatikk og psykisk helse og rus, har deltatt i regional forbedringsutdanning arrangert av Regional kompetansetjeneste for pasientsikkerhet. Denne utdanningen er nå et samarbeid mellom NLSH og UNN, i pågående kull deltar det 4 ledere og ansatte fra HSYK. I tillegg har 3 ansatte deltatt på Nordisk forbedringsutdanning og en ansatt på veiledningsutdanning i regi av Pasientsikkerhetsprogrammet nasjonalt.

Eksempel på prosjekter som har vært tema under forbedringsutdanning:

- Ernæringscreening
- Ventelister ortopedi poliklinikk
- «Riktig behandling av hjertepasienter i akuttmottak»
- «akutt abdomen i akuttmottak»
- AAT- systematisk arbeide med forbedring etter evalueringsrapport
- «rett hjelp til rett tid» psykisk hele og rus voksne
- Forbedring av arbeidsmiljøet med fokus på tiltak rettet mot arbeidsrelatert sykefravær

Dokumentasjon, analyse og oppfølging av klinisk praksis

Sikre god datakvalitet

HSYK kvalitetssikrer at brukerne av pasientadministrative systemer får opplæring som dokumenteres og vedlikeholdes over tid.

Analyse som drivhjul i kvalitetsarbeidet

HSYK har et analyseteam (4 personer) som veileder enhetene i å analysere og forstå egen praksis med mål om å redusere uønsket variasjon etter behov.

Internrevisjon/klinisk fagrevisjon

HSYK deltar med fagpersoner inn i revisjonsteam ved gjennomføring av fagrevisjoner i regi av Helse Nord. HSYK gjennomfører interne revisjoner og de følges opp i enhetene samt i kvalitetsrådene.

Kvalitetskultur

Det gjennomføres en årlig Forbedringsundersøkelse som tas opp i ledermøter og gjennomgås ute på avdelingene og der tiltak blir vurdert og iverksatt på områder med lav score.

Eksempler på andre kvalitetsforbedrings prosjekter i HSYK de siste 2 årene:

Navn	Innhold
Helsefagarbeidere inn i poliklinikk	Rendyrke mer sykepleie og legeoppgaver, f.eks egne sykepleie- «poliklinikker». Helsefagarbeider inn i poliklinikk og etter hvert også lærlinger i helsefaget. Helsefagarbeider skal ikke erstatte dagens sykepleiere.
Id-sikring av pasienter (lab/blodbank)	Innføring av strekkode på pasientarmbånd som kan avleses med barkodeleser, pasientsikkerhet.
Direkte overføring av blodgassprøvesvar direkte til DIPS (lab/blodbank)	Tilgjengelighet og sikring av ID, alt foregår med barkodeleser
Blodsukkerkurvesvar direkte inn i DIPS (lab/blodbank)	Raskt tilgjengelig prøvesvar i DIPS på blodsukkerkurve.
Oppgaveglidning inne på operasjonsstua	Bedre utnyttelse av kompetansen til eksisterende personell, som renholdsmedarbeiderne, slik at det frigjør kapasitet hos spesialsykepleiere.
Mottak smittepasienter, Covid	Prosedyrer, organisering etc mottak og behandling covidpasienter.
Kvalitetsforbedringsprosjekt Intensiv og akuttmottak	Felles forståelse og konkret plan for å videreutvikle intensiv og akuttmottak (og dagkirurgi), herunder faglig, areal, logistikk og samhandling mellom de ulike profesjonene. Avklar og konkretiser oppgavefordeling mellom Intensiv og akuttmottak.

Hurtigttest av Covid-19 (lab/blodbank)	Planlegges å videreføres til andre respiratoriske virus, identifisering av bakterie og resistens i blodkultur, meningitt, gastrointestinale virus og bakterie.
Mor barn vennlig avdeling	Ble godkjent etter de siste retningslinjene i sommer. Fokus på amming og mor/barn kontakt.
BEST-team	Voksen indremedisinsk akutt team. Barne-BEST. Mottak av kritisk syke, systematisk undersøkelse for å avdekke om pasienten er kritisk syk. Definert personell/teammedlemmer, definerte oppgaver og systematiske månedlige øvelser.
MIS telefon – mobil Intensiv Sykepleier	MIS telefonen ble opprettet som en del av prosjektet «Tidlig oppdagelse av forverret tilstand». Avdelingene kan kontakte intensivsykepleier og få hjelp til å vurdere pasientens tilstand og hvorvidt det er behov for å innhente ytterligere bistand fra lege, evt om pas må overflyttes til intensivavdelingen.
Tidlig oppstart	Foretaksprosjekt. Pågående arbeid. Flere avdelinger, bl.a. anestesi, intensiv og leger innenfor gen.kir/orto/anestesi, er med i dette prosjektet som skal resultere i at operasjonene kommer tidligere i gang på morgenen.
Bemanningsressurs	Foretaksprosjekt. Legge til rette for at spesialsykepleiere kan jobbe ved spesialavdeling ved alle tre sykehusenhetene.
ERAS pasienter	Ny og forbedret sjekklister samt laget en egen informasjonsprosedyre til denne pasientgruppen som de får når de er på journalopptak. Bl.a. sikrer en gjennomføring av ernæringscreening og henvisning til fysioterapeut.

Rapport etter gjennomført kvalitetssikringsprosjekt for behandling av tykktarmskreft i Helse Nord

Innledning og målsetting

Etter initiativ fra klinikkjef Rolv-Ole Lindsetmo, UNN Tromsø, ble det igangsatt et kvalitetssikringsprosjekt for behandling av tykktarmskreft i Helse Nord januar 2018. Hovedmålet med prosjektet har vært bidra til kvalitetssikring og heving på kvaliteten av kirurgi for tykktarmskreft ned nordnorske sykehus og samtidig bidra til å styrke utdanningen av yngre kolleger i denne type kirurgi.

Tidsperiode

Prosjektet har gått over en 2-års periode fra 11.01.2018 til 09.01.2020.

Deltagere

Det har vært deltagere blant kirurger fra alle sykehus i Helse Nord som opererer tykktarmskreft elektivt.

Hammerfest: Uwe Agledahl, Bernt Engebretsen, Christer Johansen

Tromsø: Trond Dehli, Stig Norderval

Harstad: Lars Martin Bjerke, Ragnhild Mikkelsen, Trond Ellingsen

Bodø: Caroline Sagatun, Kåre Nordland, Khayam Butt

Mo i Rana: Lukasz Krajnik, Stefan Dehof

Sandnessjøen: Leszek Markiewicz, Jarle Norstein, Petter Dahle, Knut Magne Augestad, Hege Carlsen

Økonomi

Det har ikke vært noen egen støtte til prosjektet. Alle utgifter knyttet til prosjektet i forbindelse med reiser og fravær har vært dekt av deltagerens egen avdeling.

Metode

Prosjektet har blitt gjennomført som en serie møter ved alle deltagende sykehus. Programmet for møtene har vært

1. Deltagelse ved operasjon for tykktarmskreft ved aktuelle sykehus.
2. Faglig diskusjon tilknyttet forskjellige sider ved kirurgisk behandling og andre aktuelle temaer.
3. Identifisere områder med potensiale for forbedring.
4. Utarbeidelse av skriftlig dokumentasjon/prosedyre der dette er naturlig.

Skriftlige prosedyrer er utarbeidet ved enighet i gruppa om tiltak som kan bedre behandlingen av tykktarmskreft, og som skal gjelde i hele Helse Nord. Målet er å standardisere behandlingen slik at alle pasienter med tykktarmskreft i Helse Nord mottar samme helsehjelp uavhengig av sykehus.

Resultater

Samtlige sykehus har vært vertskap for prosjektet og gjennomført møte i prosjektperioden:

01.11.18	Tromsø	Oppstartmøte
15.03.18	Bodø	Faglig møte med operasjon
06.09.18	Hammerfest	Faglig møte med operasjon
01.11.18	Harstad	Faglig møte med operasjon
10.01.19	Tromsø	Faglig møte med operasjon
09.05.19	Mo i Rana	Faglig møte med operasjon

12.09.19 Sandnessjøen Faglig møte med operasjon
09.01.20 Tromsø Oppsummeringsmøte

I prosjektet har vi sammen funnet følgende forslag til tiltak for forbedring:

- Utarbeidelse av standard prosedyrebeskrivelse for operativ behandling av tykktarmskreft. Prosedyrebeskrivelser er lagt ut offentlig tilgjengelig på UNN sine nettsider.
- Tatovering av svulst i tykktarm ved første koloskopi (for å unngå ny koloskopi for tatovering alene). Skriftlig prosedyre er utarbeidet.
- Billedutredning med CT som inkluderer arteriefase, slik at kar-anatomi kartlegges bedre og man kan planlegge kirurgi bedre.
- Kartlegging av kort-tidsresultater etter tykktarmskirurgi i Helse Nord.

Samtlige tiltak er utarbeidet slik at det passer med nasjonale retningslinjer og faglige retningslinjer for øvrig.

Samtlige tiltak er implementert eller under implementering ved deltagende sykehus.

Prosjektet og korttidsresultater er presentert på Kirurgisk Høstmøte oktober 2019, med god mottagelse i det kirurgiske miljøet i Norge.

Det er forsøkt bidratt til at yngre leger alltid er med-operatør ved kirurgi på tykktarmskreft, men det har prosjektet ikke lyktes så godt med. Gjennomsnittlig LIS deltagelse er 49 %, med stor variasjon mellom sykehusene. Hovedutfordringen ved de mindre sykehusene er uerfarne LIS hvor colonkirurgi kommer for tidlig i utdannelsen.

Konklusjon

Prosjektet har bidratt til å

- Sette fokus på et av de viktigste inngrepene i kirurgisk virksomhet i Helse Nord
- Bidratt til å sikre og heve kvaliteten på helsehjelpen knyttet til tykktarmskreft
- Bidratt til nærmere samarbeid mellom sykehus og kolleger i Helse Nord
- Vist at vi har tilfredsstillende resultater for kirurgi for tykktarmskreft i Helse Nord
- Sette fokus på utdanning av yngre leger i kirurgi for tykktarmskreft

Modellen for prosjektet (besøk ved alle deltagende sykehus/live operasjon/faglig diskusjon/utarbeidelse av prosedyrebeskrivelse) er godt egnet til å drive kvalitetsarbeid og kvalitetssikring. En viktig begrensende faktor er økonomi, det koster mye å reise. Helse Nord bør ta et økonomisk ansvar for å gjennomføre kvalitetsarbeid av denne typen.

Fremtidige tiltak

Manuskript om korttidsresultater etter tykktarmskirurgi i Helse Nord vil bli utarbeidet i løpet av våren 2020. Det vil bli sendt til Tidsskrift for norsk Legeforening med anmodning om publikasjon.

Modellen er foreslått videreført med andre temaer. Første møte er planlagt juni -20 i Harstad, med tema lyskebrokk. Vi planlegger å ha 1-2 møter pr år, med tema som velges på foregående møte. Dette skal rullere blant sykehusene i Nord-Norge.

Vi retter en stor takk til alle kirurgiske avdelinger som har bidratt til å gjøre dette prosjektet mulig.

På vegne av prosjektgruppen

Trond Dehli, Gastrokir.avd. UNN Tromsø

Vedlegg

To abstrakt presentert under Kirurgisk Høstmøte, oktober 2019, Oslo.
Prosedyrebeskrivelse for reseksjon av kreft i tykktarm.

Kopi

Alle avdelingsledere ved deltagende avdelinger
Fagdirektør Helse Nord

Forbedringsarbeid innenfor kolonkreftkirurgi ved Helgelandssykehuset Sandnessjøen i perioden 2017-2019.

Tiltakene som er gjort innenfor forbedringsarbeid i kolonkreftkirurgi i Sandnessjøen er samlet i flere notater. Her følger en oppsummering av arbeidet som er gjort i perioden 2017 til 2019.

Deltakelse i «Nordnorsk nettverk i kolonkreftkirurgi»

Nordnorsk nettverk i kolonkreftkirurgi er et prosjekt initiert av UNN Tromsø, støttet av Helse Nord. Prosjektet har hatt som hensikt å øke kvaliteten ved sykehus som opererer kreft i tykktarm i Helse Nord. Deltakere fra alle sykehus har i prosjektet reist rundt og sett på hverandre operere. Vi har deltatt på samtlige møter og vi har hatt besøk i Sandnessjøen der de andre i nettverket har sett oss operere. Prosjektet har også samlet inn data fra samtlige sykehus for å se på kvalitet i operasjonsvirksomheten.

Gjennomgang av pasientdata

Vi har i forbindelse med nettverksmøter i Helse Nord registrert egne kvalitetsdata på pasienter som er operert for kolonkreft (2017-2018). Etter at dette arbeidet var ferdig har avdelingen valgt å fortsette å registrere de samme data i tillegg til flere parametere (se vedlegg med «mal for dataregistrering»). Etter publisering av årsrapporten til kreftregisteret om tykk- og endetarmskreft fra 2018, har det vært gjort hendelsesgjennomgang av pasientene som døde innen 100 dager, for de tre siste årene 2017, 2018 og 2019. I perioden 2017-2019 var det to pasienter som døde innen 100 dager, etter henholdsvis 83 dager (2018) og 63 dager (2019). Det var ingen pasienter som døde innenfor 100 dager i 2017. Sykehuset rapporterer også gastrokirurgisk kvalitetsregister (NorGAST) og har fra 2019 tilfredsstillende dekningsgrad, etter at man startet å registrere i 2018.

Intern kvalitetssikringsgruppe

Det ble opprettet en lokal kvalitetsgruppe våren 2019 som en forlengelse av nettverksprosjektet i Helse Nord. Kvalitetsgruppen er bestående av anestesilege, gastroenterologisk kirurg, kvalitetsrådgiver og to leger i spesialisering fra kirurgisk avdeling. Det er utarbeidet en kravliste (se vedlegg) til vår egen avdeling basert på krav og anbefalinger i «nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av kreft i tykktarm og endetarm (2019)». I tillegg har vi lagt til egne lokale krav som vi mener er viktig for å opprettholde god kvalitet. Listen fungerer som en sjekklister for å overvåke at vi hele tiden oppfyller kravene og eventuelt kan gjøre endringer i virksomheten (hospitering, fagkompetanse, MDT-møte osv.). Arbeidet følger samme modell som kravlister for BEST, som sykehuset vant en kvalitetsforbedringspris for i 2018.

Deltakelse i tverrfaglige møter (MDT-møter)

Alle pasienter som opereres elektivt (planlagt) for tykktarmskreft i Sandnessjøen, diskuteres først i tverrfaglig møte. Møtet holdes over telestudio med kollegaer ved Nordlandssykehuset Bodø. På møtet deltar kirurger fra Sandnessjøen. Fra Bodø deltar kirurger, kreftlege (onkolog), røntgenlege (radiolog) og patolog. På dette møtet bestemmes det i konsensus operasjonsindikasjon, operasjonstype samt hvor pasienten skal opereres.

Gastrokirurgisk kompetanse ved kirurgisk avdeling

Vår kirurgiske avdeling har i dag 5 overlegestillinger der alle er spesialister i generell kirurgi. To av disse spesialistene har også grenspesialitet innen gastroenterologisk kirurgi. I inngangen av våren 2016 var ingen av de ansatte overlegene spesialist i gastroenterologisk kirurgi. Det har vært et helt bevisst strategi etter 2016 å rekruttere denne typen spesialister. Dette har man klart. Avdelingen har behov for vikarer for å kunne avvikle ferie og overlegepermisjoner. Vi har bevisst valgt å hente inn og bruke vikarer fra blant annet gastrokirurgisk avdeling UNN Tromsø, som også bidrar til faglig utvikling. En av spesialistene i gastroenterologisk kirurgi har doktorgrad innenfor kolorektalkirurgi, og driver med aktiv forskning ved flere sentre, blant annet som veileder for en doktorstipendiat ved Nordlandssykehuset Bodø.

Individuell sjekklister

Gjennomsnittspasienten i Sandnessjøen er jevnt over ved høy alder og har i gjennomsnitt betydelig komorbiditet. I perioden 2017 til 2019 er gjennomsnittlig ASA-skår 2,6 og gjennomsnittlig alder 74,3 år. Dette innebærer at det pre- og postoperative forløpet må skreddersys for den enkelte pasient. Det er derfor i 2019 jobbet med en individuell sjekklister der personale fra ulike avdelinger som er involvert i pasientbehandlingen møtes og planlegger forløpet. Avdelingene/funksjonene som er representert er hovedoperatør, anestesilege, operasjonssykepleier, sykepleier fra oppvåkning/intensivavdeling og sykepleier fra kirurgisk post. Andre spesialiteter som for eksempel lungelege, nyrelege, hjertelege deltar ved behov.

Oppfølging av postoperative infeksjoner

Postoperative infeksjoner registreres i NOIS (Norsk overvåkings-system for antibiotikabruk og helsetjeneste-assosierte infeksjoner), og det gjennomføres hendelsesanalyser ved dype sårinfeksjoner. Volumet av dette er så lite ved sykehuset at vi også har hendelsesanalyser av overfladiske sårinfeksjoner.

Utdanning av leger i spesialisering

Kirurgisk avdeling har 5 leger i spesialisering (del-2/3) innen kirurgi. Vi har hatt fokus på utdanning og kvalitet på spesialistutdanning. Da med målsetting om økt deltakelse på operasjon og økt antall prosedyrer hos leger i spesialisering. Dette skjer selvfølgelig under supervisjon av overlege/spesialist. Resultatene ble presentert som abstrakt av leger i spesialisering på kirurgisk høstmøte i 2019 (se vedlegg).

Med vennlig hilsen

Petter Stausland Dahle
Avdelingsleder for leger, kirurgisk område
Helgelandssykehuset Sandnessjøen

Leszek Markiewicz
Seksjonsoverlege, kirurgisk avdeling
Helgelandssykehuset Sandnessjøen

Vedlegg:

- Kravliste gastrokirurgi
- Mal for dataregistrering
- Abstrakt: Trender i antall prosedyrer hos leger i spesialisering ved Helgelandssykehuset Sandnessjøen
- Abstrakt: Kirurgi for tykktarmskreft i Helse Nord: Korttidsresultater
- Abstrakt: Kirurgi for tykktarmskreft i Helse Nord: Nettverksgruppe som metode for kvalitetsarbeid