Bilaga 1

Underlag för remissvar för kurativt syftande kirurgi vid matstrups- och övre magmunscancer

- **Kurativt syftande kirurgi utförs vid 4 nationella vårdenheter i landet.**
- **Verksamheten vid de nationella vårdenheterna ska utformas med stöd av sakkunniggruppens förslag.**
- **Ett uppdrag för en nationell vårdenhet baseras på ansökan och ska uppfylla de krav som ställs på nationella enheter avseende utveckling, utbildning, forskning mm.**
- **Nationell MDK ska finnas.**
- **Ansvar för nationell MDK utgår från en nationell vårdenhet.**

1. Stödjer ni det ovan beskrivna förslaget avseende antal nationella vårdenheter? Om ni ej stödjer förslaget, motivera svaret.

Ja.

2. Har någon av sjukvårdshuvudmännen i regionen intresse att åta sig ett nationellt vårdansvar inom området? Om så är fallet, avser sjukvårdsregionens ingående landsting att remittera patienter till aktuell vårdenhet?

Ja, Region Skåne genom Skånes Universitetssjukvård (SUS) vill åta sig ett nationellt vårdansvar för kurativt syftande kirurgi vid matstrups- och övre magmunscancer.

Ja, enligt den information vi har fått.

3. Om ni inte avser att åta er ett nationellt vårdansvar inom er region, och har specifika önskemål om vilka vårdgivare som bör ha ett sådant ansvar, ange dessa och motivera svaret.

-

4. Om ni vill ta ett nationellt vårdansvar ska ansökan enligt bilagd mall inlämnas samtidigt med remissvaret, bilaga 2.

Se ansökan.

5. Vilka konsekvenser blir det för huvudmännens vårdverksamheter i sjukvårdsregionen om det nationella vårduppdraget läggs inom en annan sjukvårdsregion?

Om esofaguscancerkirurgi inte finns i Södra sjukvårdsregionen så kommer bakjourskompetensen för akuta kirurgiska sjukdomar inom detta område att på sikt försvinna. Detta bör kompenseras genom att de enheter som tar på sig ansvar som nationellt centrum får en bakjoursfunktion inom detta område som omfattar hela dess upptagningsområde för esofagus/cardia cancer.

Den forskning som bedrivs lokalt runt esofaguscancer kommer att försvåras. Här bör nationella centra öppna för samarbete med intresserade forskare på andra universitetssjukhus för att hjälpa dem fortsätta bedriva projekt.

6. Hur avser ni att hålla ihop patientens vårdprocess om ni har det nationella vårdansvaret? Och hur avser ni att hålla ihop processen om ni inte har det ansvaret i er region?

Det finns idag en sammanhållen regional vårdprocess med plan för viss utökning till nationellt centrum, se ansökan.

Om nationellt vårdansvar inte tilldelas SUS kommer det regionala ansvaret för esofaguskirurgi, även benign sådan, inte att kunna upprätthållas.

7. Vilka praktiska konsekvenser för patienter och närstående ser ni av en nationell koncentration av den aktuella vårdinsatsen

En nationell koncentration innebär fördelar i form av kompetenshöjning, generell kvalitetsförbättring och ökade möjligheter till forskning och utveckling. Den olägenhet som ökade avstånd kan innebära för patienter och anhöriga uppvägs av dessa fördelar.

Ansökan om nationellt centrum för esofaguscancer kirurgi

RCC Syd

Region Skåne

Landstinget Blekinge

Region Kronoberg

Följande personer på SUS Lund har tillfrågats och fått lämna synpunkter kring behov av resurser vid nationellt centrum i Lund:

Anestesi-IVA:	Ingrid Östlund, Thomas Kander
Operation:	Pernilla Brantlund-Runsten
Avdelning 14:	Ingela Fridlund
Röntgen:	Sophia Zackrisson, Kerstin Malmgren
Patologi:	Per Rissler

Hela ansökan har bedömts av LPPL i den Regionala processgruppen för esofagus-ventrikelcancer. Gruppen har lagt fram ett förslag till hur utbildning-fortbildning ska organiseras regionalt kring dessa diagnoser. När ansökan är klar föreslår jag remissrunda enligt nedan.

Förslag till remiss instanser:

Chefer för kirurgklinikerna i Växjö, Karlskrona, Kristianstad, Ystad, SUS, Helsingborg
Berörda Förvaltningschefer Kronoberg, Blekinge, KRYH, SUS, SUND
Lokala processledare i RCC Syd
Chef RCC Syd
Klinik och divisionschefer röntgen Lund, An-op-IVA Lund, patologi Lund.

Lund 2015-10-12

Michael Hermansson

1. Beskrivning av verksamheten

Ansökan avser kurativt syftande kirurgi av esofagus-cardia cancer. Denna ansökan är gemensam för Region Skåne, Landstinget Blekinge och Region Kronoberg.

Kirurgin är en begränsad del av patientens hela process och denna ansökan kommer därför att försöka beskriva hur vi i Södra Regionen tänker oss arbeta med hela processen från diagnos till bot eller palliation.

Vem som gör vad i de olika faserna beskriver vi i flödesschemat på kapitel 7. Grundprincipen är att patienten ska få så mycket av sin handläggning som möjligt nära hemmet men att när specifik kompetens behövs som inte finns på hemsjukhuset så ska SUS, Lund utgöra ett kompetenscentrum för hela patientprocessen.

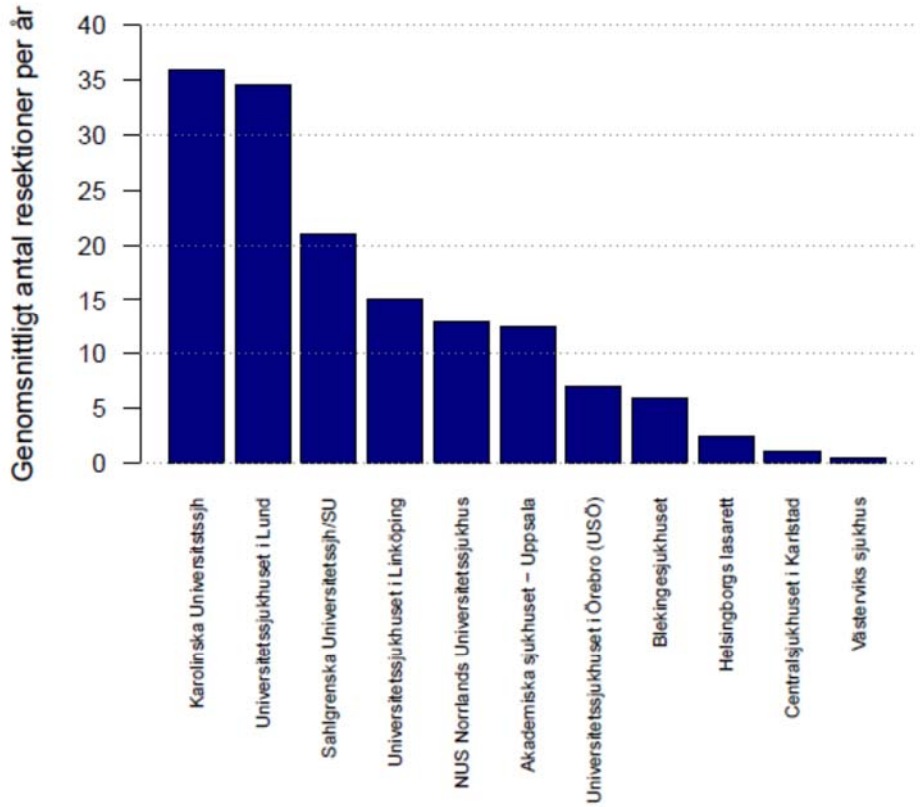
Detta kompetenscentrum ska, förutom att hantera perioperativ vård av esofagus-cardia cancer, även ansvara för en sista utposten funktion 24/7/265 inom detta område.

Lund ska vara navet i en regional modell för utbildning, vidareutbildning och FoU inom esofagus-cardia cancer för de sjukhus som skickar patienter för kirurgi.

2. Nuvarande vårdvolym samt planerad utökad

År 2013 insjuknade i Sverige 494 personer (398 män och 96 kvinnor) med adenocarcinom i esofagus/övre magmun och 174 personer (106 män och 68 kvinnor) med skivepitelcancer i esofagus. Södra regionens upptagningsområde motsvarar ungefär 15 % av dessa fall.

Volymerna av kirurgi finns beskrivna i årsrapporten från NREV.



Figur 16. Antal registrerade esofagusresektioner uppdelat på klinik för 2013 - 2014. Samtliga resektioner registrerade på kirurgkliniken.

Den sammanlagda volymen i Södra Regionen är enligt tabellen cirka 45 resektioner per år. De resektioner som tidigare utfördes i Helsingborg görs sedan 2014 i Lund.

Vi bedömer att Lund maximalt kan hantera 100 esofagus/cardia resektioner årligen.

3. Nuvarande struktur samt planerade förändringar vid ett utökat uppdrag på SUS Lund

I denna redogörelse diskuteras två olika scenarier:

1. Fyra enheter i landet delar på 200 operationer dvs 50-55 ingrepp per center vilket innebär en ökning för vår del med 10-15 ingrepp/år
2. Max kapacitet scenario där vi gör 100 ingrepp/år dvs. en dubblering av dagens verksamhet

Fysiska resurser

Mottagning: På vår mottagning finns möjlighet till både patientbesök och endoskopi i samma lokaler. Vi har daglig tillgång till ett endoskopirum och ett mottagningsrum. Kontaktsjuksköterskor (kssk) och koordinatorer är samlokaliserade. Vi har även övervakningsplatser efter lätt narkos.

För scenario 1 behövs sannolikt endast begränsade justeringar som kan lösas inom befintliga ramar

För scenario 2 krävs utökat fysiskt utrymme med en endoskopisal + ett mottagningsrum per dag.

Vårdplatser: Vi är i nuläget lokaliserade på en vårdavdelning med 8 vårdplatser varav 2 intermediärvårdsplatser (IMA). I dessa lokaler finns möjlighet att öka antalet fysiska vårdplatser till 16 och antal IMA platser till 4 om behov uppstår.

För scenario 1 räcker dagens vårdplatser på avdelningen

För scenario 2 finns det fysiskt utrymme men hela avdelningen kommer att behöva tas i anspråk för esofagus-ventrikel patienter

IVA: IVA har inga problem att hantera dagens volymer av esofagus-cardia kirurgi

Scenario 1: IVA beräknas klara ökningen med befintliga resurser och ramar.

Scenario 2: IVA räknar med att detta scenario kommer att kräva en extra IVA plats. Fysiska resurser finns men personella resurser behöver utökas med 8 heltidsresurser. Med denna personalökning räknar vi med att den

även ska täcka upp för ökning av postoperativ vård efter ventrikeloperationer.

Operationskapacitet: Från och med starten av SVF 1/9 disponerar vi 3,5 salsdagar per vecka totalt inom teamet. Dessa salar används framför allt för malign kirurgi men även för benign kirurgi och terapeutisk endoskopi.

För Scenario 1 bedömer vi att denna operations tid behöver öka med ytterligare 0,5 sal per vecka eftersom vår erfarenhet från tidigare nivåstrukturering är att det verkliga behovet blir högre än enbart de extra canceroperationer som tillkommer.

Denna ökning kan genomföras med justeringar i befintligt salsschema på operation. Bemanning gällande operationssjuksköterskor/undersköterskor ryms inom befintlig personalstab men för anestesi sköterskor/undersköterskor kan behövas nytt tjänsteutrymme med enstaka tjänster

För scenario 2 behöver vi ytterligare 1,5 salsdagar per vecka. Detta kommer innebära att annan verksamhet måste flyttas ut från centraloperation för att frigöra salar. Bemanningsmässigt behövs cirka 3 operationssjuksköterskor anställas. För anestesibemanning kräver detta scenario ytterligare 2 anestesisjuksköterskor, 2 anestesiundersköterskor samt 1 anestesiolog/IVA.

Kompetensutvecklings behov: När volymerna ökar behöver kompetens för dessa ingrepp finnas hos fler operationssjuksköterskor/undersköterskor. Behov av ökad kontinuerlig medicinsk teknisk utbildning kommer att krävas. Ökade utbildningsinsatser och samverkan med kirurger kommer att krävas. Samma gäller anestesipersonal

Teknisk utrustning: All utrustning som behövs för att bedriva avancerad esofagus-cardia kirurgi finns tillgängligt på Lunds Universitetssjukhus inklusive möjligheter för utveckling av avancerad laparoskopi och robot teknik. På operationsavdelningen finns hybridsal med möjlighet till kombinerade kirurgiska och radiologiska interventioner.

Bild- och funktionsdiagnostik: På sjukhusområdet finns utöver sedvanlig radiologisk kompetens även erfarna interventionella radiologer och PET. Det finns bakjour inom gastro-radiologi.

Utrustning för MDK: Vi har ett Tandem/Cisco system för videokonferenser regional och nationellt med god kapacitet för dagens behov. I en situation som nationellt centra behöver kapaciteten ses över.

Scenario 1: Beräknad ökning med en patient per vecka och detta kan vi hantera inom dagens organisation

Scenario 2: Ytterligare ett konferenstillfälle per vecka behöver införas

Patologi: Finns lokaliserad på sjukhusområdet

Patient- och anhörighotell: Patienthotell finns på sjukhusområdet med mycket god tillgång. Här finns redan idag möjlighet att hantera det behov som uppstår om vi får uppdrag att bli nationellt centra.

Personalresurser

Kirurger:

Esofagus-ventrikel kirurgi teamet är lokaliserat i Lund och består av:

- Jan Johansson, överläkare, docent.
- Christer Stael von Holstein, överläkare, docent (går i pension vid årsskiftet och kommer därför inte att ingå i den fortsatta beskrivningen)
- Michael Hermansson, överläkare, med dr, regional processledare för esofagus-ventrikel Södra Regionen
- Dan Falkenback, överläkare, med dr, lokal processledare
- Fredrik Svahn, överläkare, med dr
- Pauline Djerf, spec läkare
- Oskar Åkesson, spec läkare
- Martin Jeremiasen, spec läkare

JJ, MH och DF gör all resektionskirurgi inom esofagus-cardia. De besitter kompetens att agera som sista utposten kirurg inom detta område.

OÅ och MJ gör självständigt ventrikelkirurgi och kan på relativt kort tid utbildas att delta i standard esofagus-cardia kirurgi

PD är ffa verksam inom den benigna och endoskopiska verksamheten

FS är huvudansvarig för avancerad endoskopisk verksamhet och här pågår ett teambygge runt honom.

JJ och MH har nationella uppdrag inom esofagus-ventrikel cancer:

- JJ är registerhållare och vice ordförande i NREV samt medlem i den nationella vårdprogramsgruppen
- MH är redaktör för det nationella vårdprogrammet och medlem i NREV:s styrelse

Scenario 1: Dagens tillgång till kirurger räcker

Scenario 2: Dagens tillgång till kirurger räcker men vi behöver ytterligare tjänsteutrymme på läkarsidan för att avlasta kirurgerna med t.ex. avdelningsarbete, endoskopi mm.

Kompetensutveckling

SUS säkrar finansiering för att bevaka minst två av de viktigaste årliga internationella mötena inom detta område samt för utbyte med nationella och internationella enheter då det behövs för att utveckla och tillföra kompetens till verksamheten.

Varje läkare på teamet ska ha en individuell kompetensutvecklingsplan som uppdateras årligen. Som överläkare på teamet ska man ha godkänd europeisk ackreditering som esofagus-ventrikel kirurg.

Patologi: Vi har tillgång till dedikerade patologer inom vårt specialområde och de kan hantera dagens volymer. Nyrekrytering av patologer är god men vid ökade volymer under de närmaste åren kan det uppstå kapacitets problem. Denna fråga är belyst.

Radiologi: Vi har tillgång till dedikerade gastro-radiologer inom vårt specialområde och de kan hantera dagens volymer. Eftersom utredning sker på hemortssjukhus så räknar vi inte med att volymerna av primärgranskning kommer att öka. Däremot kommer det att ske en ökning av antalet fall på MDK

Scenario 1 innebär ca en patient ytterligare per vecka och kommer att kunna hanteras med smärre justeringar när det tjänsteutrymme som beviljats enligt SVF besatts.

Scenario 2 kommer att innebära ytterligare behov av 0,5 överläkartjänst inom bukradiologi samt förstärkning av administrativ resurs.

Operation-IVA-post op: (se ovan)

Sjuksköterskor vårdavdelning:

Scenario 1:

Rekrytering av ssk pågår för att uppnå rätt bemanning av 12 vårdplatser(10 + 2 IM). I ssk bemanningen finns det en stor andel som arbetet med denna typ av patienter mer än 15 år.

Undersköterskebemanningen är mycket god. Det är en stabil grupp med stor kompetens där flera usk arbetat med denna typ av patienter mer än 15 år.

Sjukgymnast resurser är också goda i relation till uppdraget liksom kurators resurs.

Dietistresursen är god.

Budget är äskad och godkänd för att utöka bemanningen i samband med att intermediärvårdsplatserna tas i bruk.

Scenario 2

Vid en dubblering av ÖGI verksamheten(16 + 4 IM), krävs en utökning av främst ssk- men även usk-bemanningen. Nytt ställningstagande för utökat budgetutrymme blir då aktuellt.

Oklart hur detta skulle påverka resurser av sjukgymnaster, kurator, medicinska sekreterare och dietister men ett visst ökad behov kan förväntas.

Kompetensutvecklingsprogram

På avdelningen finns kliniska omvårdnadsledare(ssk och usk) vars främsta uppdrag är att planera, leda och utvärdera kompetensutvecklingen på avdelningen. MJ, OÅ och PD har ett utbildningsuppdrag mot/med avdelningen och står för den medicinska kompetenshöjningen. Ett samarbete med IVA finns för att utbilda personalen vid införandet av IM platserna och som stöd i driften av dessa platser.

Mottagningspersonal: I nuläget ser den planerade bemanningen ut så här:

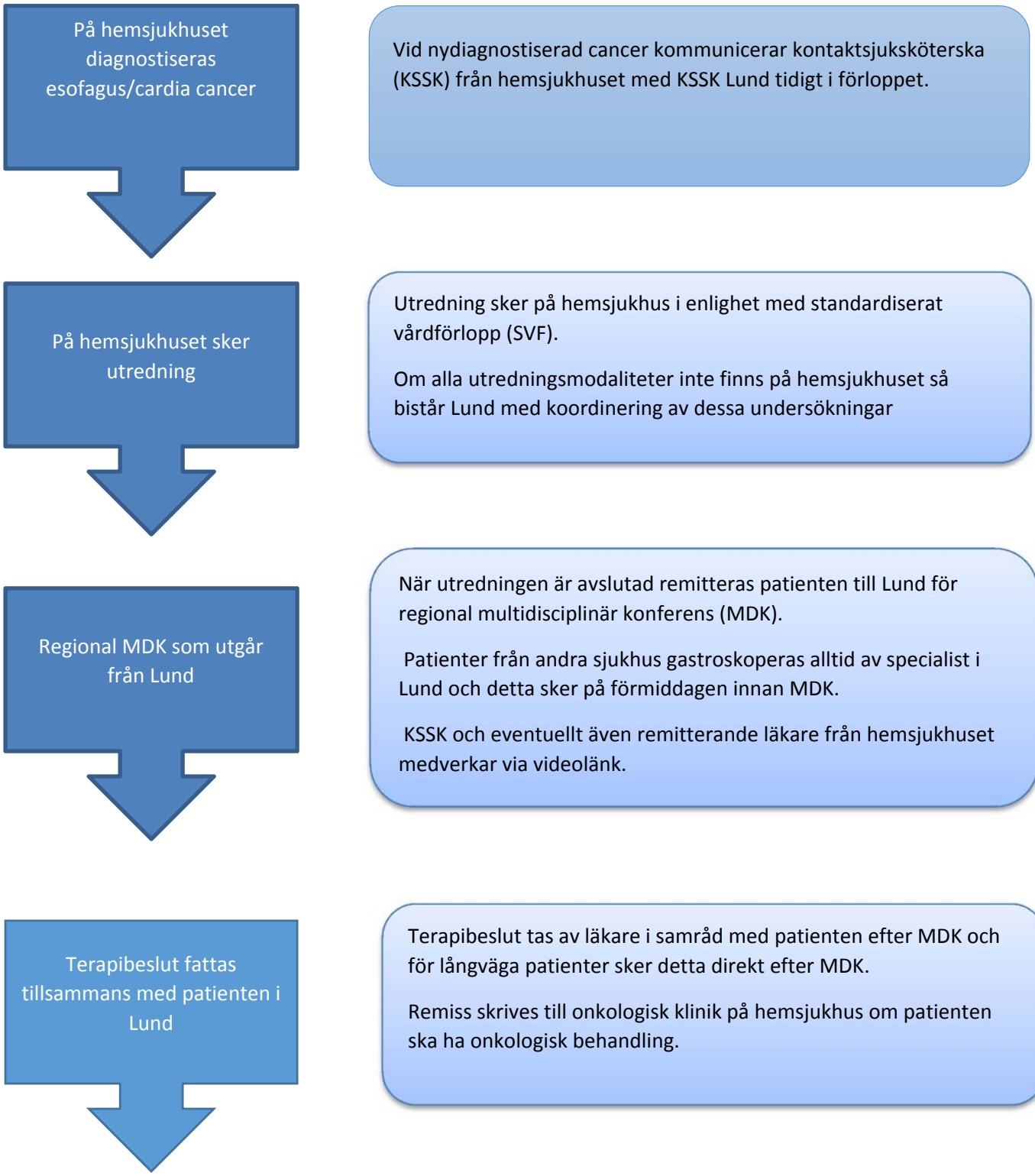
- 3,5 kssk tjänster som även sköter mottagnings- och endoskopiverksamhet
- 0,5 koordinator tjänst (sekreterare)

Alla tjänsterna ska vara besatta runt årsskiftet

För scenario 1 bedömer vi att den bemanning som planeras efter redan godkända rekryteringar är tillräcklig.

För scenarion 2 bedömer vi att det behövs tillskott med 1 kssk/koordinator tjänst och sannolikt en ytterligare renodling av nuvarande kssk arbetsuppgifter.

4. Översiktlig beskrivning av vårdprocessen från diagnos och behandling till uppföljning och palliativvård ur ett patientperspektiv



Onkologisk behandling på hemsjukhus

Eventuell onkologisk behandling ges på hemsjukhus.

I Södra regionen finns strålbehandling endast i Lund och Växjö

Kirurgisk behandling i Lund

Kirurgisk behandling och perioperativ vård sker i Lund.

Vi följer här ett Enhanced Recovery Program (ERP) där den perioperativa processen är noggrant beskriven (se bilaga 1). Patienten får en egen och mer översiktlig ERP broschyr där hen och anhöriga kan följa förloppet steg för steg (se bilaga 2) samt även en informationsbroschyr till patient och anhöriga kring vårdförloppet (se bilaga 4)

Postoperativ vård i Lund och på hemsjukhuset

När patienten bedöms vara i skick återvänder patienten antingen direkt hem eller till hemsjukhuset. Detta styrs av medicinska överväganden, rehabiliteringsbehov och behov av social planering med kommunen och sker i samråd med hemsjukhuset

Uppföljning sker huvudsakligen i Lund och så småningom i primärvården

I dagsläget sker uppföljningen efter kirurgi i Lund 1 mån, 3 mån, 6 mån och 1 år postoperativt. Vi arbetar med att ändra uppföljningen så att den ska bli behovsstyrd och anpassad efter patientens önskemål och behov. Det kommer att innebära att mer av uppföljning kommer att ske telefonledes via (KSSK). KSSK kommer även att koordinera uppföljningen i samråd med ÖGI specialist så att patienten får kontakt med den kompetens (dietist, läkare, sjukgymnast, kurator mfl) som är mest relevant för patientens behov. Detta ska även ske i samråd med hemmakliniken så att patienten inte behöver resa långt i onödan. När tiden bedöms lämplig remitteras patienten till primärvården.

Palliativ vård sker framför allt på hemsjukhus och i primärvård

Palliativ vård innebär i de flesta fall onkologisk behandling och/eller enbart best supportive care. Detta sker i de allra flesta fall på hemorten. Lund utgör i dessa fall en resurs när patienten behöver kirurgisk eller endoskopisk palliativ behandling som inte kan erbjudas på hemorten.

5. Detaljerad beskrivning av vårdprocessen som omfattas av det nationella uppdraget

Remitteringsrutiner:

Utredning enligt SVF sker på hemsjukhuset och patienten remitteras till SUS, Lund inför MDK.

Samverkan med remitterande enheter i Södra regionen:

Samverkan sker i flera forum:

- Regional processgrupp
- Kontaktsjuksköterskenätverk
- Regional MDK är under uppstart och ska vara i full funktion innan årsskiftet
- Gemensam plan för utbildning och fortbildning för olika yrkesgrupper inom detta område (se stycke nedan)

KSSK roll

Denna funktion finns reglerad i SVF och i det nya vårdprogrammet för esofagus-ventrikelcancer. KSSK sköter:

- Övergripande samordning av patientens utredning, planering inför behandling och uppföljning. På SUS, Lund är KSSK även nära involverade i arbetet på mottagning, t.ex. läkarmottagningar, gastroskopier, inskrivning mm
- Hjälper till med FoU arbete.
- Sköter inmatning av data till kvalitetsregistret.

Koordinatorns roll

Denna funktion är delvis reglerad i SVF. Koordinatorn sköter:

- bokning av bilddiagnostik
- skriver MDK anteckning

Aktiva överlämningar

- Telefon kontakt mellan KSSK hemsjukhus och KSSK Lund vid remiss.

- Grundprincipen är att KSSK från hemsjukhus ska medverka vid MDK. Alternativt kan KSSK Lund ta den funktionen under förutsättning att aktiv överlämning per telefon skett
- Vid överföring från Lund till hemsjukhus efter kirurgi ska överrapportering ske såväl mellan kirurger som mellan sjuksköterskor på respektive enheter.
- När uppföljningen avslutas från SUS, Lunds sida skickas skriftlig sammanfattning av förloppet till hemsjukhus och primärvård. Även andra yrkesgrupper, som sjukgymnast, dietist och kurator ska vid behov ha skriftlig eller muntlig kontakt med den part inom respektive profession som tar över ansvaret för patienten.

Arbetsfördelning mellan remitterande enheter och nationellt centrum

- Primär utredning enligt SVF sker på hemsjukhus.
- MDK är regional och organiseras via SUS, Lund. Lund är ordföranden vid konferensen och ansvarar för att en konferens anteckning med terapiförslag skapas. Här ska även tydligt framgå vem som ansvarar för att informera patienten och vad nästa steg i utredning/behandling är. Anteckningen ska vara utskriven senast innan lunch dagen efter MDK och kopia faxas till de kliniker som inte delar vårt journalsystem. I samband med MDK ifylles registerblankett 1 i kvalitetsregistret.
- Cellgiftsbehandling sker på hemsjukhuset. I Södra regionen finns strålbehandling i Lund och i Växjö.
- Kurativt syftande kirurgisk behandling sker i Lund. Behov av eventuellt kompletterande utredning inför kirurgi sker på hemsjukhus
- Patienten vårdas postoperativt i Lund tills hen är i ett sådant skick att patienten med god medicinsk säkerhet kan vårdas på hemsjukhuset. Beslut om överföring sker efter diskussion mellan kirurg Lund och kirurg hemsjukhus.
- Hantering av komplikationer sker på olika nivåer beroende av behov av medicinsk kompetens, dvs. antingen i Lund, på hemsjukhuset eller via primärvården. Övre-gastro kirurg i Lund finns tillgänglig på telefon 24/7/365 vid behov av konsultation.
- Uppföljning anpassas efter individens behov och sker i Lund, på hemsjukhus och i primärvård. Första återbesöket efter kirurgi sker alltid på SUS, Lund alternativt på hemsjukhuset men med kirurg från Lund närvarande på länk. En plan för uppföljning ska upprättas i samband med utskrivning efter kirurgi.

Patient/närstående information

Vem som har ansvar för informationen i olika faser av utredningen anges i SVF. Vi uppmuntrar alltid patienten att ha med anhörig vid alla besök.

Patient och anhöriga får muntlig och skriftlig information:

- Vid första besöket enligt SVF
- Vid terapibeslut efter MDK
- Vid inskrivning inför kirurgi
- Vid utskrivning efter kirurgi

Individuell vårdplan

Vi har utarbetat ett kompendium som en del i vårt Enhanced Recovery Program (ERP) (se bilaga 4) där det finns dels allmängiltig information kring tex kontaktuppgifter, rökning, utredning mm men även specifik information för den enskilde patienten. Individuell vårdplan upprättas vid första besöket med slutenvården och den uppdateras sedan efterhand som patienten går vidare i utrednings- och behandlings processen.

Rutiner för arbete med patientsäkerhet

Vi jobbar med patientsäkerhet i form av Avvikelserapportering med kontinuerlig återrapportering både internt och externt. Identifiering och bedömning av kvalitetsindikatorerna Fall, Trycksår och Nutrition varje vecka. Punktprevalensmätningar varje år gällande Vårdrelaterade infektioner och Trycksår. Mätningar av Basal hygien och klädregler utförs regelbundet på avdelningen. Daglig bedömning och fördelning av personalkompetens i relation till patienternas vårdtyngd och vårdbehov. Vi säkerställer även patientsäkerheten genom kontinuerligt utbildnings- och utvecklingsarbete för personalen. Divisionen utför patientsäkerhetsronder på avdelningarna inom verksamhetsområdet, med deltagare från den lokala avdelningen samt divisionsledningen.

Rutiner vid återfall

Återfall sker oftast under första året när patienten följs antingen av Lund, av hemsjukhus eller i primärvård beroende på behov. Palliativ vård innefattar sällan kirurgi utan oftast onkologisk behandling eller best supportiv care. Om det krävs kirurgisk eller endoskopisk kompetens som inte finns på hemsjukhuset så hjälper Lund till med detta. Behandlande läkare avgör om patienten ska anmälas för en ny MDK.

Rutiner för rapportering till kvalitetsregister

- Blankett 1 fylls i vid MDK och läggs in i INCA av KSSK
- Blankett 2 fylls i av operatör direkt in i INCA efter operationen. Detta finns med som en punkt i checklistan inom vårt Enhanced Recovery Program (ERP)
- Blankett 3 fylls i vid första återbesöket efter kirurgi som sker i Lund och data förs in i INCA av KSSK

Regional plan för utbildning och fortbildning

Den regionala processgruppen vill se utbildning/fortbildning baserade både på utbyte i olika former samt reguljära lunch till lunch möten med övernattning. Syftet med dessa utbildningar av olika slag är, förutom kunskapsöverföring, att stärka banden på personlig nivå mellan kollegor i regionen.

- I regionen vill vi skapa möjlighet till utbildning och fortbildning för kirurger i olika faser av karriären genom kortare eller längre besök på SUS Lund. Utbildningen ska formas i samråd mellan SUS Lund och hemmaklinik utgående från en kravspecifikation där hemmasjukhuset specificerar vad målet med utbildningen ska vara. Här följer exempel på olika modeller som kan vara aktuella:
    - Fast ”fellowship” position på esofagus-ventrikel teamet i Lund som nyblivna specialister i kirurgi från remitterande enheter kan söka. Dessa fellowship kan variera i längd och innehåll. Kontrakt ska upprättas som reglerar finansiering. Om intresse finns kan detta fellowship innehålla både en klinisk och en akademisk del. Under de perioder som inte besätts av läkare från regionen kan tjänsten erbjudas övriga landet och även internationellt
    - Kortare utbildningsblock i Lund riktade mot ST-läkare med specifik målsättning, t.ex. avancerad endoskopi
    - Auskultationsblock för överläkare
- Årligt esofagus-cardia möte med program för både läkare och sjuksköterskor i regionen. Mötet kan ha flera delar:
    - Bakjoursutbildning
    - Rapport från möten
    - Aktuell FoU
    - Specifikt sjuksköterske program.
    - mm…
- Vi vill även stimulera bilateralt utbyte mellan alla enheter i regionen i form av tex studiebesök för olika yrkesgrupper

6. Nuvarande resultat och FoU

I Södra Regionen rapporteras till Nationellt kvalitetsregister för Esofagus-Ventrikel (NREV) och inrapporteringsfrekvensen är över 90%. Rutiner för inrapportering beskrivs i kapitel 4.

I sammanställningen nedan beskrivs resultat för Region Syd som en helhet. Denna kirurgi är framför allt utförd i Lund men cirka 20% är utförd i Karlskrona eller Helsingborg.

Samtliga data är tagna ur den senaste årsrapporten utgiven av NREV 2015 som återfinns på RCC:s hemsida.

- LED tider: Tid från PAD till MDK har varit relativt konstant med i medel 21 dagar. Snitt i landet är 21 dagar.
- Volymer: I Södra Regionen utfördes 2011-2014 i snitt cirka 35 esofagusresektioner per år. Volymerna är ökande och under senaste året utfördes enbart i Lund cirka 40 esofagusresektioner.
- R0 resektioner: Andelen radikalt resekerade var 2013-14 94%. I landet som helhet var motsvarande resultat 89%.
- Antal undersökta lymfkörtlar anses av många vara ett kvalitetsmått för kirurgin och patologin gemensamt: I Södra Regionen var antalet undersökta lymfkörtlar i snitt 35. Medel i landet som helhet var 23.
- Postoperativa komplikationer inom 30 dagar: Dessa redovisas i årsrapporten ihop med ventrikelcancer och finns alltså i nuläget inte separat för esofaguscancer kirurgi. Under 2013-14 drabbades i Södra Regionen 38% av kirurgisk komplikationer och 46% av en allmän komplikation efter esofagus-ventrikelcancer kirurgi. Snitt i landet 31% respektive 34%.
- Vårtiden var i Södra Regionen i snitt 18 dagar. Snitt i landet 14 dagar.
- Mortalitet: Andel döda inom 90 dagar var i Södra Regionen 4,1%. Snitt i landet 3,9%
- Andel patienter som diskuteras på MDK: 93% i Södra regionen och 86% i landet som helhet.
- Långtidsöverlevnad finns inte beskrivet separat för de olika regionerna i landet.

Vårdprogram och guideline

Vi följer vårdprogrammets rekommendationer.

Vi deltar dessutom aktivt med nationellt vårdprogramsarbete. Michael Hermansson är redaktör och ansvarig för det nya nationella vårdprogram som snart publiceras. Jan Johansson, Dan Falkenback samt Pauline Djerf deltar som medförfattare.

Patient related outcome measures (PROM) och Patient related experience measures (PREM)

Dessa rapporteras till det Nationellt kvalitetsregister (NREV). Marlene Malmström som är affilierad till teamet har skrivit sin avhandling om patientupplevd vård och Maria Lithner också affilierad till teamet om informationsöverföring till patient och anhöriga.

Vetenskaplig forskning affilierad till esofagus-ventrikelteamet och dess medarbetare

Jan Johansson är docent, har handlett två doktorander till disputation och har två doktorander under handledning.

Docent Christer Stael von Holstein har handlett en doktorand till disputation.

Michael Hermansson och Dan Falkenberg är båda medicine doktorer och biträdande doktorandhandledare.

Med Dr Fredrik Swahn är delvis knuten till teamet och kommer att ersätta Christer Stael von Holstein som under nästa år går i pension.

Pauline Djerf, Oscar Åkesson och Martin Jeremiasen är samtliga doktorander.

Sjuksköterskorna Marlene Malmström och Maria Lithner som är knutna till teamet, har disputerat i omvårdnad efter canceroperationer i matstrupen respektive informationsöverföring till patient och anhöriga.

Jan Johanson och Michael Hermansson har båda varit research fellows vid University of Southern California, Los Angeles.

Dan Falkenback har innehavt ett års fellowship i Sydney och Pauline Djerf har återkommit efter ett år i Vancouver.

Publicerade vetenskapliga artiklar senaste 5 åren

Bariatric Surgery Provides a "Bridge to Transplant" for Morbidly Obese Patients with Advanced Heart Failure and May Obviate the Need for Transplantation.

Lim CP, Fisher OM, Falkenback D, Boyd D, Hayward CS, Keogh A, Samaras K, MacDonald P, Lord RV.Obes Surg. 2015 Jul 12.

MIC-1/GDF15 in Barrett's oesophagus and oesophageal adenocarcinoma.

O M Fisher, A J Levert-Mignon, S J Lord, K K M Lee-Ng, N K Botelho, D Falkenback, M L Thomas,Y V Bobryshev, D C Whiteman, D A Brown, S N Breit and R V Lord
British Journal of Cancer (2015), 1–8 | doi: 10.1038/bjc.2015.100.

High Expression of Cathepsin E in Tissues but Not Blood of Patients with Barrett's Esophagus and Adenocarcinoma

Fisher OM, Levert-Mignon AJ, Lord SJ, Botelho NK, Freeman AK, Thomas ML, Falkenback D, Wettstein A, Whiteman DC, Bobryshev YV, Lord RV.Ann Surg Oncol. 2014 Oct 28.

Robot-assisted oesophageal and gastric surgery for benign disease: antireflux operations and Heller's myotomy.Falkenback D, Lehane CW, Lord RV.ANZ J Surg. 2015 Mar;85(3):113-20.

Robot-assisted gastrectomy and oesophagectomy for cancer.Falkenback D, Lehane CW, Lord RV.ANZ J Surg. 2014 Oct;84(10):712-21.

Genetic profiles of gastroesophageal cancer: combined analysis using expression array and tiling array--comparative genomic hybridization.

Isinger-Ekstrand A, Johansson J, Ohlsson M, Francis P, Staaf J, Jönsson M, Borg A, Nilbert M. Cancer Genet Cytogenet. 2010:200(2):120-6.

Esophageal perforation in South of Sweden: results of surgical treatment in 125 consecutive patients.

Hermansson M, Johansson J, Gudbjartsson T, Hambreus G, Jönsson P, Lillo-Gil R, Smedh U, Zilling T. BMC Surg 2010:10:31.

Perceived information after surgery for colorectal cancer--an explorative study.

Lithner M, Johansson J, Andersson E, Jakobsson U, Palmquist I, Klefsgard R. Colorectal Dis 2012:14(11):1340-50.

Dermatan sulfate is involved in the tumorigenic properties of esophagus squamous cell carcinoma. Thelin MA, Svensson KJ, Shi X, Bagher M, Axelsson J, Isinger-Ekstrand A, van Kuppevelt TH, Johansson J, Nilbert M, Zaia J, Belting M, Maccarana M, Malmström A. Cancer Res. 2012:72(8):1943-52.

Long-term experiences after oesophagectomy/gastrectomy for cancer--a focus group study.Malmström M, Ivarsson B, Johansson J, Klefsgård R. Int J Nurs Stud 2013:50(1):44-52.

Differences in outcomes of oesophageal and gastric cancer surgery across Europe. Dikken JL, van Sandick JW, Allum WH, Johansson J, Jensen LS, Putter H, Coupland VH, Wouters MW, Lemmens VE, van de Velde CJ, van der GeestLG, Larsson HJ, Cats A, Verheij M. Br J Surg 2013:100(1):83-94.

Patients' experiences of supportive care from a long-term perspective after oesophageal cancer surgery - a focus group study.Malmström M, Klefsgård R, Johansson J, Ivarsson B. Eur J Oncol Nurs 2013:17(6):856-62.

Gastric ectopic pancreas: not always an innocent bystander.Kalaitzakis E, Elebro J, Johansson J. JOP 2013:14(6):684-5.

Common data items in seven European oesophagogastric cancer surgery registries: towards a European upper GI cancer audit (EURECCA Upper GI). de Steur WO, Henneman D, Allum WH, Dikken JL, van Sandick JW, Reynolds J, Mariette C, Jensen L, Johansson J, Kolodziejczyk P, Hardwick RH, van de Velde CJ;EURECCA Upper GI Group. Eur J Surg Oncol 2014:40(3):325-9.

Kindlund B, Sjöling Å, Adamsson J, Janzon A, Hansson LE, Hermansson M, Lundin S. *Increased proliferation of CD4+FOXP3+ T cells in gastric cancer mucosa contribute to higher local numbers of regulatory T cells.* Cancer Immunology and Immunotherapy (accepted for publication, del av akademisk avhandling)

Hermansson M, DeMeester SR. *Management of stage 1 esophageal cancer.* Surg Clin North Am. 2012 Oct;92(5):1155-67

Hansson M, Sundquist M, Hering S, Lundin BS, Hermansson M, Quiding-Järbrink M. *DC-LAMP+ dendritic cells are recruited to gastric lymphoid follicles in Helicobacter pylori-infected individuals.* Infect Immun. 2013 Oct;81(10):3684-92.

Validation of the paracetamol absorption test for measuring gastric tube emptying in esophagectomized patients versus gold standard scintigraphy.*Djerf P, Brundin M, Bajk M, Smedh U.Scand J Gastroenterol. 2015 Nov;50(11):1339-47.*

One- and ten-year outcome of laparoscopic anterior 120° versus total fundoplication: a double-blind, randomized multicenter study.*Djerf P, Montgomery A, Hallerbäck B, Håkansson HO, Johnsson F.Surg Endosc. 2015 Apr 1*

Swahn F, Edlund G, Enochsson L, Svensson C, Arnelo U. Ten years of Swedish experience with intraductal electrohydraulic lithotripsy and laser lithotripsy for treatment of difficult common bile duct stones. An effective and safe option for octogenarians. Surg Endosc. 2010;24:1011-1016

Enochsson L, Swahn F, Nilsson M, Löhr M, Persson G, Nationwide Population Based Data from 11074 ERCP Procedures from the Swedish Register for Gallstone Surgery and ERCP (GallRiks). Gastrointest Endosc. 2010;72(6):1175-84

Swahn F, Arnelo U, Enochsson L, Löhr M, Agustsson T, Gustavsson K, D'souza MA, Lundell L. Endoscopic closure of a perforated peptic ulcer. Endoscopy. 2010; 42:E1-E2.

Löhr M, Aabakken L, Arnelo U, Grönroos J, Halttunen J, Hauge T, Jonas E, Kleveland M, Nordblad Schmidt P, Swahn F, Saarola A, Toth E, Meissner S. How to cannulate? A servey of the Scandinavian Association for Digestive Endoscopy (SADE) in 141 endoscopist. Scand J Gastroenterol. 2012;47(7):861-9

Swahn F, Regnér S, Enochsson L, Lundell L, Permert J, Nilsson M, Thorlacius H, Arnelo U. Endoscopic retrograde cholangiopancreatography with rendezvous cannulation reduces pancreatic injury. World J Gastroenterol. 2013;28;19(36):6026-34

D'souza MA, Isaksson B, Löhr M, Enochsson L, Swahn F, Lundell L, Arnelo U. The clinicopathological spectrum and management of intraduktal papillary mucinous neoplasm of the bile duct (IPMN-B). Scand J Gastroenterol. 2013;48(4):473-9

Noel R, Enochsson L, Swahn F, Löhr M, Nilsson M, Permert J, Arnelo U. A 10-year study of rendezvous intraoperative endoscopic retrograde cholangiography during cholecystectomy and the risk of post-ERCP pancreatitis. Surg Endosc. 2013;27(7):2498-503

Swahn F, Nilsson M, Arnelo U, Löhr M, Persson G, Enochsson L. Rendezvous cannulation technique reduces post-ERCP pancreatitis: a prospective nationwide study of 12,718 ERCP procedures. Am J Gastroenterol. 2013;108(4):552-9

Påhlsson HI, Groth K, Permert J, Swahn F, Löhr M, Enochsson L, Lundell L, Arnelo U. Telemedicine: an important aid to perform high-quality endoscopic retrograde cholangiopancreatography in low-volume centers. Endoscopy. 2013;45(5):357-61

Löhr JM, Haas SL, Lindgren F, Enochsson L, Hedström A, Swahn F, Segersvärd R, Arnelo U. Conservative treatment of chronic pancreatitis. Dig Dis. 2013;31(1):43-50

Halttunen J, Meisner S, Aabakken L, Arnelo U, Grönroos J, Hauge T, Kleveland PM, Nordblad Schmidt P, Saarela A, Swahn F, Toth E, Mustonen H, Löhr JM. Difficult cannulation as defined by a prospective study of the Scandinavian Association for Digestive Endoscopy (SADE) in 907 ERCPs. Scand J Gastroenterol. 2014;49: 752-758

Arnelo U, Siiki A, Swahn F, Segersvärd R, del Chiaro M, Enochsson L, Lundell L, Verbeke C S, Löhr J M. Single-operator pancreatoscopy is helpful in the evaluation of suspected intraductal papillary mucinous neoplasms (IPMN). Pancreatology. 2014;14:510-514

Ernberg A, Kumagai K, Analatos A, Rouvelas I, Swahn F, Lindblad M, Lundell L, Nilsson M, Tsai J. The Added Value of Partial Stomach-partitioning to a Conventional Gastrojejunostomy in the Treatment of Gastric Outlet Obstruction. J Gastrointest Surg. 2015;19:1029-1035

Löhr JM, Lönnebro R, Stigliano S, Haas SL, Swahn F, Enochsson L, Noel R, Segersvärd R, Del Chiaro M, Verbeke CS, Arnelo U. Outcome of probe-based confocal laser endomicroscopy (pCLE) during endoscopic retrograde cholangiopancreatography: A single-center prospective study in 45 patients. United European Gastroenterol J. 2015; 0:1-10

Lübbe J, Arnelo U, Lundell L, Swahn F, Törnqvist B, Jonas E, Löhr JM, Enochsson L. ERCP-guided cholangioscopy using a single-use system: nationwide register-based study of its use in clinical practice. Endoscopy. 2015;47:802-807

Haraldsson E, Swahn F, Verbeke C, Mattsson JS, Enochsson L, Ung KA, Lundell L, Heuchel R, Löhr JM, Arnelo U. Endoscopic papillectomy and KRAS expression in the treatment of adenoma in the major duodenal papilla. Scand J Gastroenterol. 2015;14:1419-1427

Lübbe J, Arnelo U, Lundell L, Swahn F, Törnqvist B, Jonas E, Löhr MJ, Enochsson L. ERCP-guided cholangioscopy using a single-use system: nationwide register-based study of its use in clinical practice. Endoscopy. 2015;47:802-807

Wolin EM, Jarzab B, Eriksson B, Walter T, Toumpanakis C, Morse MA, Tomassetti P, Weber MM, Fogelman DR, Ramage J, Poon D, Gadbaw B, Li J, Pasieka JL, Mahamat A, Swahn F, Newell-Price J, Mansoor W, Öberg K. Phase III study of pasireotide long-acting release in patients with metastatic neuroendocrine tumours and carcinoid symptoms refractory to available somatostatin analogues. Drug Des Devel Ther. 2015;9:5075-5086

Pågående kliniska studier

Samtliga patienter som ska genomgå kirurgi för esofaguscancer erbjuds att delta i en klinisk studie. Dessa studier pågår för tillfället.

- NeoRes II: Tid mellan neo-adjuvant och kirurgi
- Palestra: Palliativ radio-kemo studie
- Metoder att förutsäga prognos efter thorakoabdominell kirurgi: Preoperativa fysiologiska studiers möjlighet att förutsäga prognos
- I manusform: leverresektion vid synkron levermetastasering vid ventrikelcancer.
- Endo-Drill: studerar effekt av nytt endoskopisk provtagnings instrument

Avhandlingar senaste 5 åren

- *Falkenback D*: Gastroesophageal reflux disease- complications and prognostic aspects. 2012
- *Swahn F*: Aspects of interventional endoscopic treatment of common bile duct stones 2012
- *Malmström M* : Quality of life and supportive care after oesophageal cancer surgery. Development and testing of a nurse-led telephone supportive care follow.up. 2013
- *Lithner M*: Let me be part of the plan - Experiences of information and information needs after colorectal cancer surgery. 2015
- *Pauline Djerf*: Reconstruction in the gastro-esophageal junction. 2015

Pågående doktorandprojekt

- *Martin Jeremiasen* – Endodrill – ett nytt instrument för endoskopisk provtagning.
- *Oscar Åkesson* – Mikrodialys med ytelektrod – en ny teknik som kan förutspå rekonstruktionsischemi.
- *David Borg* – Förbättrad onkologisk behandling av gastro-esophageal cancer

Samarbetspartner FoU

- Marianne Quiding, Sahlgrenska, Göteborg: Immunologiska aspekter på ventrikelcancer
- Peter James, LTH, Lund: Epigenetik vid esofagscancer.
- Reg Lord, St Vincents hospital, Sydney: Genetikstudier vid esofaguscancer
- Kajsa Paulsson, Lund : Genetikstudier vid esofaguscancer
- Michael Ekelund med flera vid Kirurg kliniken SUS Malmö: Metabola effekter av övre gastro-intestinala rekonstruktioner
- Steve DeMeester University of Southern California, Los Angeles – Effekt av antal uttagna lymfkörtlar efter esofaguscancer kirurgi
- Esofagusventrikel team på KI Huddingen och Sahlgrenska

7. Riskanalys

Om Lund får uppdraget

Scenario 1 (se fråga 4)

I förhållande till nuvarande volym är tillskottet relativt begränsat. Riskerna för problem med undanträngningseffekter och/eller brist på fysiskt utrymme eller kompetenser är små. Detta dock under förutsättning att de beslut om förstärkningar som beslutats i samband med införande av SVF förverkligas. De områden där det kan krävas vissa förstärkningar är operationskapacitet och vårdplatser.

Scenario 2

Risk för brist på fysiskt utrymme på operation.

Nyrekrytering av sjuksköterskor och undersköterskor både på avdelning, IVA, operation och narkos kommer att krävas. På läkarsidan behövs nyrekrytering av radiolog, anestesiolog samt förstärkning på kirurgkliniken. Se även beskrivning kapitel 3.

Det finns i detta scenario även risk för undanträngningseffekter. Sannolikt kommer annan verksamhet att få flyttas för att bereda plats, framför allt på operationsavdelningen.

Om Lund inte får uppdraget

Om esofaguscancer irurgi inte finns i Södra Regionen så kommer bakjourskompetensen för akuta kirurgiska sjukdomar inom detta område att på sikt försvinna. Detta bör kompenseras genom att de enheter som tar på sig ansvar som nationellt centrum får en bakjoursfunktion inom detta område som omfattar hela dess upptagningsområde för esofagus/cardia cancer.

Den forskning som bedrivs lokalt runt esofaguscancer kommer att försvåras. Här bör nationella centra öppna för samarbete med intresserade forskare på andra universitetssjukhus för att hjälpa dem fortsätta bedriva projekt

8. Programförklaring för esofagus/cardia kirurgi verksamheten

På hemsjukhuset diagnostiseras esofagus/cardia cancer

Vid nydiagnostiserad cancer kommunicerar KSSK från hemsjukhus per telefon med KSSK Lund tidigt i förloppet, lämpligen när PAD är klart. Tel nr 046-176238

De patienter som omfattas av vårt länssjukhus uppdrag kontaktas per telefon av KSSK så fort vi fått remissen från filterfunktionen

På hemsjukhuset sker utredning

Utredning sker på hemsjukhus i enlighet med SVF. Om alla utredningsmodaliteter inte finns på hemsjukhuset så bistår Lund med koordinering av dessa undersökningar. Lund har fasta tider för PET-CT som hela regionen kan utnyttja. Lund bistår även med konsult funktion av ÖGI specialist om man önskar hjälp under utredningsfasen. Denne nås via KSSK Lund.

De patienter som omfattas av vårt länssjukhus uppdrag kontaktas per telefon så fort vi fått remiss från filterfunktionen. En individuell vårdplan upprättas för alla patienter vid första läkarbesöket i Lund och då utses även KSSK.

Regional MDK som utgår från Lund

När utredningen enligt SVF är avslutad remitteras patienten till Lund för regional MDK. Patienter från andra sjukhus gastroskoperas alltid av ÖGI specialist i Lund och detta sker på förmiddagen innan MDK.

KSSK och eventuellt remiterande läkare från hemsjukhuset medverkar via videolänk. Alternativt kan KSSK Lund ta den rollen om en aktiv överlämning skett. Skriftligt svar från MDK skrivs ut dagen efter och skickas till remiterande läkare på hemsjukhus

Nationell konferens

Särskilt komplexa fall diskuteras på nationell konferens. Denna organiseras idag via Huddinge och anmälan sker till deras koordinator. Vid behov kan även Lund hålla i en sådan konferens. LED tiderna för nationell konferens finns inte reglerade i SVF såvida den inte ersätter regional MDK. Den nationella konferensen hålls varje vecka.

Terapibeslut fattas tillsammans med patienten i Lund

Terapibeslut tas av läkare i samråd med patienten efter MDK och för långväga patienter sker detta direkt efter MDK. I samband med detta besök uppdateras individuell vårdplan.

Remiss skrivs till onkologisk klinik på hemsjukhus om patienten ska ha onkologisk behandling.

Patienthotell finns för långväga patienter och anhöriga

Kirurgisk behandling i Lund

Kirurgisk behandling och perioperativ vård sker i Lund. Esofagus/cardiacancer opereras i Lund antingen helt minimalinvasivt laparo-thorakoskopiskt eller som ett hybridingrepp eller helt öppet beroende på omständigheter.

Vi följer ett Enhanced Recovery Program (ERP) där den perioperativa processen är noggrant beskriven (se bilaga 1). Patienten får en egen och mer översiktlig ERP broschyr där hen och anhöriga kan följa förloppet steg för steg (se bilaga 2) samt även en informationsbroschyr till patient och anhöriga kring vårdförloppet (se bilaga 4). Denna information delas ut vid slutgiltigt beslut om operation, dvs efter neoadjuvant terapi eller direkt efter MDK om patienten inte ska ha neoadjuvant behandling.

På vårdavdelningen har vi intermediärvårdsplatser som rondas i samarbete med IVA läkare.

Långväga anhöriga kan bo på patienthotellet.

Postoperativ vård i Lund och på hemsjukhuset

När patienten bedöms vara i skick återvänder patienten antingen direkt hem eller till hemsjukhuset. Detta styrs av medicinska överväganden, rehabiliteringsbehov och behov av social planering med kommunen och beslutet fattas i samråd mellan kirurg i Lund och ansvarig läkare på hemsjukhuset.

Grundprincipen för handläggning av postoperativa komplikationer är att de ska hanteras på den vårdnivå som krävs för en säker handläggning av god kvalité, det vill säga samma principer som för utskrivning och uppföljning. Detta innebär att de flesta kirurgiska komplikationer kommer att skötas i Lund.

Lund utgör även en resurs för sena komplikationer relaterade till esofaguscancer kirurgin som kräver vår specifika kirurgisk kompetens. Vi kan nås för konsultation 24/7/365.

Uppföljning sker huvudsakligen i Lund och så småningom i primärvården

I dagsläget sker uppföljningen efter kirurgi i Lund 1 mån, 3 mån, 6 mån och 1 år postoperativt. Vi arbetar med att ändra uppföljningen så att den ska bli behovsstyrd och anpassad efter patientens önskemål och behov. Det kommer att innebära att mer av uppföljning kommer att ske telefonledes via kontaktsjuksköterska (KSSK). KSSK kommer även att koordinera uppföljningen i samråd med ÖGI specialist så att patienten får kontakt med den kompetens (dietist, läkare, sjukgymnast, kurator med flera) som är mest relevant för patientens behov. Detta ska även ske i samråd med hemma kliniken så att patienten inte behöver resa lång i onödan. När tiden bedöms lämplig remitteras patienten till primärvården.

Palliativ vård sker framför allt på hemsjukhus och i primärvård

Palliativ vård innebär i de flesta fall onkologisk behandling och/eller enbart best supportiv care. Detta sker i de allra flesta fall på hemorten. Lund utgör i dessa fall en resurs när patienten behöver kirurgisk eller endoskopisk palliativ behandling som inte kan erbjudas på hemorten.

Om behandlande läkare bedömer det lämpligt kan patienten anmälas för en ny MDK för att diskutera behandlingsalternativ

Skånes universitetssjukhus
En del av Region Skåne

Version 1 (2015-06-05)

VO Kirurgi & Urologi
ERP Esofagus checklista
(för patienter som genomgår esofagusresektion)

ID-etikett

Dagen innan operationsdagen - På kirurg avdelning

- ☐ Skriv ut de senaste versionerna av denna checklista samt patientens checklista! De ligger under nätverket enligt följande: ”Div4-Gemensam” – ”Avd 14” – ”PM mappar” – ”PM Övre” – ”ERP Esofagus” – ”Postop ERP” samt ”Pat-info ERP”.
- ☐ Streckkodsklisterlappar med namn utskrivna och satt på checklistor osv.
- ☐ ID-armband
- ☐ Välj säng. Företrädesvis Hill-Rom säng alternativt säng med gradvisare och märk enl rutin
- ☐ Kontrollera att blodproverna (se sida 27 i denna checklista exakt definition) är tagna: Rutinprov, BAS test, Blodgruppering annars tas dessa direkt.
- ☐ MEWS (dokumenteras Melior)
- ☐ Mät ut för stödstrumpa (alla) och pumpstövel (endast till laparoskopisk esofagektomi)
- ☐ Antibiotika fästs på pärmen som medföljer patienten.
- ☐ SVPL inskrivning genomförs.
- ☐ OP-duschar.
- ☐ Håravkortning av operationsområdena kan skötas av patienten själv eller av personal.
- ☐ Pre-op förberedelser genomförda (ex spola v-sond, ev tarmförberedelse)
- ☐ Om diabetiker (både för de med insulin och/alt tablett behandlad) - Följ särskilt PM Perioperativ insulinbehandling av diabetespatienter.
- ☐ Näringsdryck (valfri) intas på kvällen innan kl 24.
- ☐ Fasta från fast föda från kl.24. Därefter endast dricka klar dryck såsom kaffe, te, saft, äppeljuice och klara näringsdrycker (efter förmåga) fram till kl 06 på operationsdagens morgon.
- ☐ Klexane inj sc ges (enligt läkemedelslista i Melior)
- ☐ Vilken anhörig ska kontaktas av kirurgen efter op-slut (dokumenteras i checklista).

Vill patienten att någon anhörig ska kontaktas av kirurgen efter operationens slut?

Ja ☐ Nej ☐

Nedanstående anhörig ska kontaktas av kirurg **Telefon nr**

_____

Datum	Signering	Läkare	Ssk	Usk	Sjukgymnast
	Fm				
	Em/Kväll				
	Natt				

Skånes universitetssjukhus
En del av Region Skåne

Version 1 (2015-06-05)

VO Kirurgi & Urologi
ERP Esofagus checklista
(för patienter som genomgår esofagusresektion)

ID-etikett

Operationsdagens morgon - På kirurg avdelning

- ☐ Väckning från kl 05,30.
- ☐ Klar näringsdryck Nutricias preOp (200ml=1flaska) erbjuds alla patienter (inkl diabetiker) fram till kl 06 på op-dagens morgon. Om annan klar dryck önskas, så erbjuds patienten kaffe, te, saft, äppeljuice etc. Sammantaget ska ej mer än totalt 200ml dryck intas innan kl 06.
- ☐ OP duschar samt Operationskläsel.
- ☐ Ta Vikt på avdelningens egen våg (dokumenteras i checklista)

Preoperativt på avd **(Viktigt att samma våg används under vårdtillfället)**

Patientens Vikt_____kg

- ☐ Kontrollera att håravkortning av operationsområdena är genomförd.
- ☐ Tillhörigheter märks och omhändertas.
- ☐ Premedicinering enligt narkosläkares och kirurgs ordinationer.
- ☐ Antibiotika medföljer patienten (fäst på pärmen).
- ☐ Stödstrumpor (alla) och pumpstövlar (endast laparoskopisk esofagus) medföljer till pre-op.
- ☐ Om diabetiker - Följ särskilt PM Perioperativ insulinbehandling av diabetespatienter. Insulinpump och glukosdropp påkopplas och följer patienten till pre-op avd.
- ☐ Kör patient till pre-op kl 07.00 (av natt usk samt driftstöd), framme på pre-op senast kl 07.05.

Operationsdagens morgon - På pre-operativa avdelningen

Ssk på pre-op kontrollerar följande är genomfört:

- ☐ Kirurgen har ritat op-området på patienten kl 07.05.
- ☐ Sätt på stödstrumpor (alla) och pumpstövlar (endast laparoskopiska esofagektomier).

Datum	Signering	Läkare	Ssk	Usk	Sjukgymnast
	Fm				
	Em/Kväll				
	Natt				

Skånes universitetssjukhus
En del av Region Skåne

Version 1 (2015-06-05)

VO Kirurgi & Urologi
ERP Esofagus checklista
(för patienter som genomgår esofagusresektion)

ID-etikett

COP (Före och under op)

Samtliga

- ☐ Mikromöte på op-sal kl. 07.15.
- ☐ Patient inne på op-sal kl. 07.25.
- ☐ Op-start senast kl. 08.30.

Kirurg

- ☐ Ritar in op-området på patienten kl 07.05 (på pre-op avd).
- ☐ Stämmer av och godkänner förberedelser på mikromötet kl 07.15 (på op-sal).
- ☐ Tar in patient tillsammans med salspersonal.
- ☐ Genomför WHO`s checklista före op-start samt handlingsplan för urakut vändning till bukläge.

Anestesiolog

- ☐ Vid behov förbereda och dra läkemedel före patientankomst.
- ☐ EDA läggs (Th 7-10). Ge testdos.
- ☐ Intubera med dubbellumentub om öppet thorax-ingrepp. Verifiera primärt med auskultation och i tveksamma fall med fiberbronkoskopi.
- ☐ Exsufflera blå kuff på dubbellumentuben.
- ☐ Artärnål och 2-lumen CVK läggs (dokumentera senare i Melior).
- ☐ Aktivera EDA:n med Carbocain 2% vid öppet bukingrepp, annars endast med Morfin.
- ☐ Ska etablera epiduralen inför thorakotomin i de lägen som bukingreppet är utfört med laparoskopisk teknik.
- ☐ Korrekt dubbellumen-tubläge ska återigen verifieras när patienten är vänd i sidoläge.
- ☐ Besluta om plan för vätsketerapi, typ av vätskor samt adekvat GDT-monitorering.
- ☐ Bestäm blodtrycksgränser.
- ☐ Utför lungavstängning enligt PM om OLV ska initieras.
- ☐ Använd CPAP-system på avstängd lunga vid behov.
- ☐ Faxa beställning av bupivacain-morfin EDA-lösning till apoteket.
- ☐ Förbered EDA-smärtpump. Fyll i protokoll. Ordinera i Melior.

Anestesisjuksköterska

- ☐ Pre-op trombosprofylax given.
- ☐ Pre-op antibiotika given 30-45 min före op-start.
- ☐ Ingen temp-mätning via esofagusprobe.
- ☐ Mät ut på V-sond med märkpenna 30cm från dess nedre del (för säker anastomos teknik).
- ☐ V-sond 16 Ch via höger näsborre.
- ☐ Dubbellumen endotrakealtub om öppet thoraxingrepp.
- ☐ Säkerställ narkosmetod med anestesiolog.
- ☐ Narkosmetod: Propofol, fentanyl, rocuronium, (suxametonium vb), desfluran, N2O/O2.
- ☐ Förbered efedrinspruta
- ☐ Säkerställ blodtrycksgränser.
- ☐ Notera SaO2 på luftandning före nedsövning.

Datum	Signering	Läkare	Ssk	Usk	Sjukgymnast
	Fm				
	Em/Kväll				
	Natt				

Skånes universitetssjukhus
En del av Region Skåne

Version 1 (2015-06-05)
VO Kirurgi & Urologi
ERP Esofagus checklista
(för patienter som genomgår esofagusresektion)

ID-etikett

COP (Före och under op)

Anestesiundersköterska

- ☐ Förbered utrustning för intubation, CVK, artärnål, EDA.
- ☐ Kolla att patienten har tagit av sig skjortan.
- ☐ Ta in och förbered fiberskopi om OLV.

Operationssjuksköterska

- ☐ Förberedelse av operationsbord (Dubbla kardborrband till armbord). Universalbord + förlängare.
- ☐ Lap-stapel (vid skopi) och övrig utrustning intaget på sal. Se plockekort för uppställning.
- ☐ Prata med koordinator inför nästa seans (uppdukning mm.)
- ☐ Steriltvätt och inklädning med op-start kl. 08.30.
- ☐ Ta in de flergångsinstrument enligt plockekort.
- ☐ Säkerställ engångsmaterial enligt plockekort.

Operationsundersköterska

- ☐ Insättning av KAD med tempgivare efter narkosinduktion.
- ☐ Planera för vad som krävs (preparatboxar, sterilt vatten, utrustning för vändning etc.).
- ☐ Förtvätta operationsområdet med Hibiscrub.
- ☐ Förbered op-bord för seans 2.
- ☐ Koppla pumpstövlar
- ☐ Förbered gastrostapel för ev gastroskopi i slutet av operationen.

Datum	Signering	Läkare	Ssk	Usk	Sjukgymnast
	Fm				
	Em/Kväll				
	Natt				

Skånes universitetssjukhus
En del av Region Skåne

Version 1 (2015-06-05)
VO Kirurgi & Urologi
ERP Esofagus checklista
(för patienter som genomgår esofagusresektion)

ID-etikett

COP (Operations-avslut)

Kirurg

- ☐ Ställningstagande – Ok med passiva thoraxdrän under transport?
- ☐ Rapport till IVA-läkare angående postoperativ vård.
- ☐ Orbit utsigneras.
- ☐ INCA Registerformulär 2 – operativ information ifylles.
- ☐ Daganteckning i Melior angående operationen och postoperativ vård.
- ☐ Läkemedelslista uppdateras.
- ☐ Anhöriginformation (tel-samtal).
- ☐ Operationsberättelse dikteras.

Anestesiolog

- ☐ Ordinera bolusdos i EDA:n vid behov.
- ☐ Beslut om extubation på sal.
- ☐ Kontrollera ordinationer.
- ☐ Rapport till IVA-läkare (SBAR).
- ☐ Anestesiologen är primärt ansvarig för att lägga upp en plan för postoperativa ordinationer avseende smärtlindring och vätskor, samt eventuellt fortsatt inotropt stöd för att gynna anastomosperfusionen. Detta ska alltid utföras och tydligt noteras i checklistan och gällande ordinationshandlingar. Se nästa sida.

Anestesisjuksköterska

- ☐ Antibiotika - Given peroperativt enligt Melior läkemedelsmodul.
- ☐ Postop antibiotikaordination – Verifiera ordination i Melior läkemedelsmodul.
- ☐ Avstämning om trombosprofylax.
- ☐ Påsar kopplas till V-sondens BÅDA kanaler (uppklippta påsar i toppen).
- ☐ Spola V-sondens BÅDA kanaler med koksalt, 20 ml vardera.
- ☐ Ok enligt operatör att passiva thoraxdrän används vid transport.
- ☐ Ge bolus i EDA:n enligt anestesiologens ordination.
- ☐ Koppla förberedd smärtpump.
- ☐ Konsultera med anestesiolog om extubation på sal.
- ☐ Flytta över patienten till säng och höj huvudändan 45 grader om patienten är extuberad.
- ☐ Transport till IVA. Rapport till IVA-ssk (SBAR).

Anestesiundersköterska

- ☐ Transport av patient till IVA.
- ☐ Sedvanligt efterarbete.
- ☐ Påfyllning.

Operationssjuksköterska

- ☐ Sedvanligt efterarbete.
- ☐ Märk kateter-jejunostomin.

Datum	Signering	Läkare	Ssk	Usk	Sjukgymnast
	Fm				
	Em/Kväll				
	Natt				

Skånes universitetssjukhus
En del av Region Skåne

Version 1 (2015-06-05)

VO Kirurgi & Urologi
ERP Esofagus checklista
(för patienter som genomgår esofagusresektion)

ID-etikett

COP (Operations-avslut)

Operationsundersköterska

- ☐ Thoraxdrän kopplas till 15 cm vattensug.
- ☐ Sedvanligt efterarbete.
- ☐ Påfyllning av skåp.

Anestesiologs rekommendationer till Postop / IMA

☐ Ordinationer postoperativt avseende smärtlindring och vätskor, samt ev fortsatt inotropt stöd.

- ☐ Ordineras i datajournal Melior/ICCA etc
- ☐ Ordineras här nedan

Datum	Signering	Läkare	Ssk	Usk	Sjukgymnast
	Fm				
	Em/Kväll				
	Natt				

Skånes universitetssjukhus
En del av Region Skåne

Version 1 (2015-06-05)

VO Kirurgi & Urologi
ERP Esofagus checklista
(för patienter som genomgår esofagusresektion)

ID-etikett

Postoperativt Op-dagen (Postop / IVA / IMA)

I sängläge på rygg ska patienten ligga med 45 graders vinkel!
Vid sidoläge kan patient få ligga i 30 graders vinkel.

- ☐ Mät V-sond från näsan till dess slut (cm), dokumentera i Melior.
- ☐ Målvärden (inkl ScV02) ifylls i ”dagens riktlinjer” i ICCA (timdiuresmål ca 0,5 ml/h/kg).
- ☐ IVA- status samt ScVO2 tas efter ankomst, samt efter sittande i 2 tim + vb.
- ☐ Oasis thoraxdränage kontrolleras vara aktivt med sugstyrka 15cmH_20.
- ☐ Analgesi EDK utvärderas; vid smärta i första hand bolus/ökning. Om EDK inte är väl-fungerande skall ny anläggas såvida inte manuell bolus och/eller justering löser problemet. Avvakta Klexane till EDK fungerar väl. Värdera EDK PCA hastighet samt bolusdoser.
- ☐ Lungröntgen beställs av anestesiolog & utförs innan morgonronden postoperativ Dag 1.
- ☐ Om avvikande utseende på vätska påkommer i något drän meddelas kirurg/operatör.
- ☐ Inspektera alla förband/snitt/sår samt kärlinfarter dagligen (hals/thorax/buk/infarter)

När patienten är vaken och stabil

- ☐ Antihalkstrumpor på innan patienten ska sitta upp.
- ☐ Successiv höjning till fullt sittande position i sängen. Beroende på typ av säng ev ta bort fotändan. Målet är 60-90 graders lutning av huvudändan. Se till att det finns fotstöd.
- ☐ Optimera cirkulationen enligt PM IVA.
- ☐ ScVO2 när patienten varit sittande 1-2 tim.

Mobiliseringsmål för dagen

- ☐ Pat ska sitta upp i sängen i minst 4 timmar i sträck på operationsdagens kväll (viktigt!).

Uppesittande	Kl:	Antal tim:	Sign:
Uppesittande	Kl:	Antal tim:	Sign:

Respiration

- ☐ PEP träna 10-15 andetag x 3, minst 1 ggr/tim. Uppmuntra patienten att djupandas.

Läkemedel, vätska och nutrition

- ☐ Läkemedel enl Melior/ICCA.
- ☐ Undvik illamående – Behandla PONV med inj Ondansetron eller Dridol (undvik Betapred).
- ☐ Axelsmärta, i första hand ge engångsdos inj Dynastat 20-40mg iv, alt TENS behandling.
- ☐ Dryck. Patienten får börja dricka sterilt vatten 30ml/tim.
  Om V-sond - drick med samtidigt öppen v-sond kopplad till påse.
- ☐ Sondnäring Fresubin 2 kcal HP fibre ges i kateter-jejunostomin 10ml/tim (tot 240 ml/dygn).
  Annan sondnäring: ☐ Isosource ☐ Diben ☐ annat:_____
- ☐ Om diabetiker eller hyperglykemi – Ge Actrapid enligt PM IVA ”Insulinbehandling av intensivvårdspatienter”.
- ☐ Substituera Kalium (om<4) samt Magnesium (om<1.1). Mål: K 4-5 mmol/l, Mg>1.1mmol/l.
- ☐ Blodprodukter individuell bedömning.
  Målvärde: Hb ≥100g/liter (hjärtsjuk) samt Hb≥ 90 g/liter (hjärtfrisk).

Datum	Signering	Läkare	Ssk	Usk	Sjukgymnast
	Fm				
	Em/Kväll				
	Natt				

Skånes universitetssjukhus
En del av Region Skåne

Version 1 (2015-06-05)
VO Kirurgi & Urologi
ERP Esofagus checklista
(för patienter som genomgår esofagusresektion)

ID-etikett

Postoperativ Dag 1. Dränagemängder ifylls på morgonen inför ronden

Vikt _____kg

Vätskebehov för denna patient är (x 25ml/kg)

+ _____ml Basbehov/dygn

Dränageförluster föregående dygn (Operationsdagen)

V-sond _____ ml

Thoraxdränage Hö_____ ml

Thoraxdränage Vä_____ ml

Drän_____ _____ ml

Drän_____ _____ ml

+ _____ml Total Dränförlust

Urin per dygn _____ ml

Datum	Signering	Läkare	Ssk	Usk	Sjukgymnast
	Fm				
	Em/Kväll				
	Natt				

Skånes universitetssjukhus
En del av Region Skåne

Version 1 (2015-06-05)
VO Kirurgi & Urologi
ERP Esofagus checklista
(för patienter som genomgår esofagusresektion)

ID-etikett

Postoperativ Dag 1 (Postop / IVA / IMA)

I sängläge på rygg ska patienten ligga med 45 graders vinkel!
Vid sidoläge kan patient få ligga i 30 graders vinkel.

Dagsrutiner

- ☐ IVA- status samt ScVO2 tas kl 05.
- ☐ Vikt (dokumenteras i checklistan)
- ☐ Stödstrumpor (helbensstrumpor) på dagtid (ev även nattetid). Antihalkstrumpor på dagtid.
- ☐ Avläsning/byte drän kl 06.00 (utseende, volym). Avvikande utseende meddelas kirurg.
- ☐ V-SOND; öppen till två klippta påsar. Spolas med 20ml koksalt 2 ggr/dygn.
- ☐ THORAX DRÄN; Överväg byte till Heimlichventil (Se kirurg PM Byte till Heimlichventil). Om luftläckage föreligger kontrollera dräningång samt skarvar först.
- ☐ Lungröntgen postoperativt Dag 1 utvärderas vid dagens morgonrond.
- ☐ Inspektera alla förband/snitt/sår samt kärlinfarter dagligen (hals/thorax/buk/infarter)

Smärtkontroll via Epidural kateter (EDK)

- ☐ EDK utvärderas av IVA-jour under natten och inför morgonronden, samt smärt-ssk på fm.

Mobiliseringsmål för dagen samt Respiration

- ☐ Mobilisera patient kl 07:00 till fullt sittande position i säng för att få 60-90 grader.
- ☐ Pat ska sitta upp i sängen i minst 4 timmar (i sträck) under dagen (viktigt!)

Uppesittande	Kl:	Antal tim:	Sign:
Uppesittande	Kl:	Antal tim:	Sign:

- ☐ ScV02 & A-gas tas när patienten kommit tillrätta i fullt sittande position.
- ☐ IVA-läkaren rondar samt upprättar dagens riktlinjer. Optimering inför mobiliseringen.
- ☐ Fysioterapeuten stämmer av med IVA-Iäkaren inför mobilisering & promenad.
- ☐ Kl 09 Fysioterapeut mobiliserar till stående tillsammans med postop ssk och usk. Mål för dagen: Mobilisering x2, gångsträcka 25-50m. Eftersträva självständig gång; undvik gåbord. Mobiliseringsfåtölj skjuts bakom patienten. Axelövningar.

Promenad nr 1	Kl:	meter:	Sign:
Promenad nr 2	Kl:	meter:	Sign:

- ☐ PEP träna 10-15 andetag x 3, minst 1 ggr/tim. Uppmuntra patienten att djupandas.
- ☐ Respiration; Optiflow vid behov. Ev Non-invasiv ventilation (konfirmeras med operatör).

Läkemedel, vätska och nutrition

- ☐ Läkemedel enl Melior/ICCA.
- ☐ Substituera Kalium (om<4) och Magnesium (om<1.1).
- ☐ Om diabetiker - Perioperativ insulinbehandling av diabetes patienter påkopplad (enligt PM).
- ☐ Sparsam vätskesubstitution iv. Ge ej TPN.
- ☐ Dryck. Får dricka sterilt vatten 30ml/timme (totalt ca 500ml vatten/dygn). Om V-sond – drick med samtidigt öppen v-sond kopplad till påse.
- ☐ Sondnäring Fresubin 2 kcal HP fibre ges endast på IVA/Postop. På Avd ges Isosource. Oavsett sondnäring ges den i kateter-jejunostomin med hastighet 25ml/tim (tot 600ml/dygn).

Annan sondnäring: ☐ Isosource ☐ Diben ☐ annat:_____

Datum	Signering	Läkare	Ssk	Usk	Sjukgymnast
	Fm				
	Em/Kväll				
	Natt				

Skånes universitetssjukhus
En del av Region Skåne

Version 1 (2015-06-05)
VO Kirurgi & Urologi
ERP Esofagus checklista
(för patienter som genomgår esofagusresektion)

ID-etikett

Postoperativ Dag 2. Dränagemängder ifylls på morgonen inför ronden

Vikt _____kg

Vätskebehov för denna patient är (x 25ml/kg)

+ _____ml Basbehov/dygn

Dränageförluster föregående dygn (Postoperativ Dag 1)

V-sond _____ ml

Thoraxdränage Hö_____ ml

Thoraxdränage Vä_____ ml

Drän_____ _____ ml

Drän_____ _____ ml

+ _____ml Total Dränförlust

Beakta att stora dränförluster kan ha ersatts på IVAunder den gångna natten och därför kanske ej behöver inräknas.

Viktuppgången postoperativt är utgångspunkt för hur dessa första dygns förluster ska ersättas!

Urin per dygn _____ ml
(räknas ej in i enkel vätskebalansräkning)

Planerad tillförsel Postoperativ Dag 2

Sondnäring _____ Totalt ml

Per os _____ Totalt ml

Läkemedelspädning_____ Totalt ml
(både per os samt iv, ex antibiotika, insulindropp)

− _____ml Tillförd vätska

Vätska iv= + Basbehov Glukos inf
+ Total Dränförlust
– Tillförd vätska

Mål Vätskebalans

_____

_____

Intravenös vätska planerad för Postoperativ Dag 2.

Totalt ca _____ml/dygn
(Ordinera i Melior ex10% Glukos + elektrolyter iv)

Datum	Signering	Läkare	Ssk	Usk	Sjukgymnast
	Fm				
	Em/Kväll				
	Natt				

Skånes universitetssjukhus
En del av Region Skåne

Version 1 (2015-06-05)
VO Kirurgi & Urologi
ERP Esofagus checklista
(för patienter som genomgår esofagusresektion)

ID-etikett

Postoperativ Dag 2

I sängläge på rygg ska patienten ligga med 45 graders vinkel!
Vid sidoläge kan patient få ligga i 30 graders vinkel.

Dagsrutiner

- ☐ Blodprover tas kl 05: Rutinprover(+Mg), Lever, Koagulation. (på IVA tas stort IVA-status.)
- ☐ Vikt (dokumenteras i checklistan)
- ☐ Stödstrumpor (helbensstrumpor) på dag samt även ev natt. Antihalkstrumpor på dagtid.
- ☐ Avläsning/byte drän (V-sond, Thoraxdrän, KAD, Exu-drän) kl 07 (utseende, volym).
- ☐ Inspektera alla förband/snitt/sår samt kärlinfarter dagligen (hals/thorax/buk/infarter)
- ☐ V-SOND; öppen till två klippta påsar. Spolas med 20ml koksalt 2 ggr/dygn.
- ☐ THORAX DRÄN; Överväg byte till Heimlichventil (Se kirurg PM Byte till Heimlichventil).
- ☐ Lungröntgen (sittande position) beställs om så krävs
- ☐ Utskrivningskriterier IVA uppfyllda. Överflyttningsant samt ordinera vätska närmaste dygn.
- ☐ Överflyttning till kir-avd: Uppkopplas enligt PM.

Smärtkontroll via Epidural kateter (EDK)

- ☐ EDK utvärderas av ssk samt även av smärt-ssk på förmiddagen.

Mobiliseringsmål för dagen samt Respiration

- ☐ Uppesittande (från kl 08) samt i fåtölj minst 4 tim x 2 i sträck under dagen.

Uppesittande nr1	Kl:	Antal tim:	Sign:
Uppesittande nr2	Kl:	Antal tim:	Sign:

- ☐ Succesiv höjning till fullt sittande innan uppstigning.
- ☐ Mobilisering x3, med gångsträcka 50-100m. Eftersträva självständig gång; undvik gåbord.

Promenad nr1	Kl: 09	meter:	Sign:
Promenad nr2	Kl: 12	meter:	Sign:
Promenad nr3	Kl: 15	meter:	Sign:

- ☐ Fysioterapeut kontrollerar axelövningar. (Överväg ytterligare dos inj Dynastat 20-40mg iv)
- ☐ PEP träna 10-15 andetag x 3, minst 1 ggr/tim. Uppmuntra patienten att djupandas.
- ☐ Respiration; Optiflow vid behov. Non-invasiv ventilation (konfirmeras med operatör).

Läkemedel, vätska och nutrition

- ☐ Dricka Klar Dryck (inkl klara näringsdrycker) 30 ml/tim (=totalt ca 500ml vätska/dygn).
  Om V-sond – drick med samtidigt öppen v-sond kopplad till påse.
- ☐ Sondnäring Fresubin 2 kcal HP fibre ges endast på IVA/Postop. På Avd ges Isosource.
  Oavsett sondnäring ges den i kateter-jejunostomin med hastighet 25ml/tim (tot 600ml/dygn).
  Annan sondnäring: ☐ Isosource ☐ Diben ☐ annat:_____
- ☐ Sparsam vätskesubstitution vb. Överväg albumin. Ge ej TPN.
- ☐ Substituera Kalium (om<4) och Magnesium (om<1.1).
- ☐ Om diabetiker - Perioperativ insulinbehandling av diabetes patienter påkopplad (enligt PM).
- ☐ Läkemedelsspädning samt även Glukos/insulin dropp ska inräknas i dygnets vätskebalans.

Datum	Signering	Läkare	Ssk	Usk	Sjukgymnast
	Fm				
	Em/Kväll				
	Natt				

Skånes universitetssjukhus
En del av Region Skåne

Version 1 (2015-06-05)
VO Kirurgi & Urologi
ERP Esofagus checklista
(för patienter som genomgår esofagusresektion)

ID-etikett

Postoperativ Dag 3. Dränagemängder ifylls på morgonen inför ronden

Vikt _____kg

Vätskebehov för denna patient är (x 25ml/kg)

\+ _____ml Basbehov/dygn

Dränageförluster föregående dygn (Postoperativ Dag 2)

V-sond _____ ml

Thoraxdränage Hö_____ ml

Thoraxdränage Vä_____ ml

Drän_____ _____ ml

Drän_____ _____ ml

\+ _____ml Total Dränförlust

Urin per dygn _____ ml
(räknas ej in i enkel vätskebalansräkning)

Planerad tillförsel Postoperativ Dag 3

Sondnäring _____ Totalt ml

Per os _____ Totalt ml

Läkemedelspädning_____ Totalt ml
(både per os samt iv, ex antibiotika, insulindropp)

– _____ml Tillförd vätska

Vätska iv=
+ Basbehov Glukos inf
+ Total Dränförlust
– Tillförd vätska

Mål Vätskebalans

_____

_____

Intravenös vätska planerad för Postoperativ Dag 3

Totalt ca _____ml/dygn
(Ordinera i Melior ex10% Glukos + elektrolyter iv)

Datum	Signering	Läkare	Ssk	Usk	Sjukgymnast
	Fm				
	Em/Kväll				
	Natt				

Skånes universitetssjukhus
En del av Region Skåne

Version 1 (2015-06-05)
VO Kirurgi & Urologi
ERP Esofagus checklista
(för patienter som genomgår esofagusresektion)

ID-etikett

Postoperativ Dag 3

I sängläge på rygg ska patienten ligga med 45 graders vinkel!
Vid sidoläge kan patient få ligga i 30 graders vinkel.

Dagsrutiner

- ☐ Blodprover tas på morgonen kl05: Rutinprover, Magnesium.
- ☐ Vikt (dokumenteras i checklistan)
- ☐ Stödstrumpor (helbensstrumpor) på dag samt även ev natt. Antihalkstrumpor på dagtid.
- ☐ Avläsning/byte drän (V-sond, Thoraxdrän, KAD, Exu-drän) kl 07 (utseende, volym).
- ☐ Inspektera alla förband/snitt/sår samt kärlinfarter dagligen (hals/thorax/buk/infarter)

Drän

Drän tas bort
Sign läk _____
Sign läk _____

- ☐ V-SOND; Spola 20ml koksalt x2 dagligen. Om<300ml/dygn tas bort på läkarordination.
- ☐ THORAXDRÄN: Överväg byte till Heimlichventil (Se PM Byte till Heimlichventil). Om < 250 ml/dygn i respektive thoraxdrän kan de tas bort på läkarordination.
- ☐ Ställningstagande av kirurg: ☐ Hö/Vä Thoraxdrän kvarstår ☐ Hö/Vä Thoraxdrän dras

Smärtkontroll via Epidural kateter (EDK)

- ☐ EDK utvärderas av ssk samt även av smärt-ssk på förmiddagen

Mobiliseringsmål för dagen samt Respiration

- ☐ Uppesittande (från kl 08) samt i fåtölj minst 4 tim x 2 i sträck under dagen.

Uppesittande nr1	Kl:	Antal tim:	Sign:
Uppesittande nr2	Kl:	Antal tim:	Sign:

- ☐ Succesiv höjning till fullt sittande innan uppstigning.
- ☐ Mobilisering x4, med gångsträcka 100-150m. Eftersträva självständig gång; undvik gåbord.

Promenad nr1	Kl: 09	meter:	Sign:
Promenad nr2	Kl: 12	meter:	Sign:
Promenad nr3	Kl: 15	meter:	Sign:
Promenad nr4	Kl: 17	meter:	Sign:

- ☐ PEP träna 10-15 andetag x 3, minst 1 ggr/tim. Optiflow vid behov.

Läkemedel, vätska och nutrition

- ☐ Dricka Klar Dryck (inkl klara näringsdrycker) 30 ml/tim (totalt ca 500ml vätska/dygn).
- ☐ Sondnäring Fresubin 2 kcal HP fibre ges endast på IVA/Postop. På Avd ges Isosource. Oavsett sondnäring ges den i kateter-jejunostomi med hastighet 50ml/tim (tot 1200ml/dygn).
  Annan sondnäringshastighet _____ml/tim, max _____ml/dygn.
  Annan sondnäring: ☐ Fresubin 2kcal HP fibre ☐ Diben ☐ _____
- ☐ Sparsam vätskesubstitution med kristalloid vätska samt albumin. Ge ej TPN.
- ☐ Substituera Kalium (om<4) och Magnesium (om<1.1).
- ☐ Om diabetiker - Perioperativ insulinbehandling av diabetes patienter påkopplad (enligt PM).
- ☐ Läkemedelsspädning samt även Glukos/insulin dropp ska inräknas i dygnets vätskebalans.

Datum	Signering	Läkare	Ssk	Usk	Sjukgymnast
	Fm				
	Em/Kväll				
	Natt				

Skånes universitetssjukhus
En del av Region Skåne

Version 1 (2015-06-05)
VO Kirurgi & Urologi
ERP Esofagus checklista
(för patienter som genomgår esofagusresektion)

ID-etikett

Postoperativ Dag 4. Dränagemängder ifylls på morgonen inför ronden

Vikt _____kg

Vätskebehov för denna patient är (x 25ml/kg)

\+ _____ml Basbehov/dygn

Dränageförluster föregående dygn (Postoperativ Dag 3)

V-sond _____ ml

Thoraxdränage Hö_____ ml

Thoraxdränage Vä_____ ml

Drän_____ _____ ml

Drän_____ _____ ml

\+ _____ml Total Dränförlust

Urin per dygn _____ ml
(räknas ej in i enkel vätskebalansräkning)

Planerad tillförsel Postoperativ Dag 4

Sondnäring _____ Totalt ml

Per os _____ Totalt ml

Läkemedelspädning_____ Totalt ml
(både per os samt iv, ex antibiotika, insulindropp)

– _____ml Tillförd vätska

Vätska iv=
+ Basbehov Glukos inf
+ Total Dränförlust
– Tillförd vätska

Mål Vätskebalans

_____

_____

Intravenös vätska planerad för Postoperativ Dag 4

Totalt ca _____ml/dygn
(Ordinera i Melior ex10% Glukos + elektrolyter iv)

Datum	Signering	Läkare	Ssk	Usk	Sjukgymnast
	Fm				
	Em/Kväll				
	Natt				

Skånes universitetssjukhus
En del av Region Skåne

Version 1 (2015-06-05)

VO Kirurgi & Urologi
ERP Esofagus checklista
(för patienter som genomgår esofagusresektion)

ID-etikett

Postoperativ Dag 4

I sängläge på rygg ska patienten ligga med 45 graders vinkel!
Vid sidoläge kan patient få ligga i 30 graders vinkel.

Dagsrutiner

- ☐ Blodprover tas kl05: Rutinprover.
- ☐ Vikt (dokumenteras i checklistan) ☐ Inspektera alla förband/snitt/sår samt kärlinfarter
- ☐ Stödstrumpor (helbensstrumpor) och Antihalkstrumpor endast på dagtid.
- ☐ Avläsning/byte drän (V-sond, Thoraxdrän, KAD, Exu-drän) kl 07 (utseende, volym).
- ☐ Kontrollera att SVPL inskrivning är genomförd
- ☐ Utbilda patienten att hantera självständigt: ☐ Sondnäring ☐ Klexane subcutan inj

Drän

Drän tas bort
Sign läk _____

- ☐ V-SOND; Spola 20ml koksalt x2 dagligen. Om<300ml/dygn tas bort på läkarordination
- ☐ THORAXDRÄN: Om<250 ml/dygn i resp thoraxdrän kan de tas bort på läkarordination

Sign läk _____

- ☐ Ställningstagande av kirurg: ☐ Hö/Vä Thoraxdrän kvarstår ☐ Hö/Vä Thoraxdrän dras
- ☐ Lungröntgen efter thoraxdrän dragning (aktivera förskriven röntgen remiss)

Smärtkontroll via Epidural kateter (EDK)

- ☐ EDK utvärderas av ssk samt även av smärt-ssk på förmiddagen

Mobiliseringsmål för dagen samt Respiration

- ☐ Uppesittande (från kl 08) samt i fåtölj minst 4 tim x 2 i sträck under dagen.

Uppesittande nr1	Kl:	Antal tim:	Sign:
Uppesittande nr2	Kl:	Antal tim:	Sign:

- ☐ Mobilisering x 5, med gångsträcka 200m. Eftersträva självständig gång, undvik gåbord.

Promenad nr1	Kl: 09	meter:	Sign:
Promenad nr2	Kl: 12	meter:	Sign:
Promenad nr3	Kl: 15	meter:	Sign:
Promenad nr4	Kl: 17	meter:	Sign:
Promenad nr5	Kl: 19	meter:	Sign:

- ☐ PEP träna 10-15 andetag x 3, minst 1 ggr/tim. Optiflow vid behov.

Läkemedel, vätska och nutrition

- ☐ Dricka Klar Dryck (inkl klar näringsdryck) 30 ml/tim (totalt ca 500 ml/dygn).
- ☐ Sondnäring Isosource kvarstår 50 ml/tim, (totalt ca 1200 ml/dygn)

När patienten släppt gaser

- ☐ Dricka Klar Dryck (inkl klar näringsdryck) 50 ml/tim (totalt ca 800ml /dygn).
- ☐ Sondnäring Isosource ökas till 75 ml/tim, (totalt ca 1800ml/dygn).

Annan sondnäringshastighet _____ml/tim, max _____ml/dygn.
Annan sondnäring: ☐ Fresubin 2kcal HP fibre ☐ Diben ☐ _____

- ☐ Sparsam vätskesubstitution vid behov. Överväg försiktig urvätskning. Ge ej TPN.
- ☐ Avveckla PM Perioperativ insulinbehandling av diabetes patienter. Diabetesjour kontaktas.

Datum	Signering	Läkare	Ssk	Usk	Sjukgymnast
	Fm				
	Em/Kväll				
	Natt				

Skånes universitetssjukhus
En del av Region Skåne

Version 1 (2015-06-05)
VO Kirurgi & Urologi
ERP Esofagus checklista
(för patienter som genomgår esofagusresektion)

ID-etikett

Postoperativ Dag 5. Dränagemängder ifylls på morgonen inför ronden

Vikt _____kg

Vätskebehov för denna patient är (x 25ml/kg)

\+ _____ml Basbehov/dygn

Dränageförluster föregående dygn (Postoperativ Dag 4)

V-sond _____ ml

Thoraxdränage Hö_____ ml

Thoraxdränage Vä_____ ml

Drän_____ _____ ml

Drän_____ _____ ml

\+ _____ml Total Dränförlust

Urin per dygn _____ ml
(räknas ej in i enkel vätskebalansräkning)

Planerad tillförsel Postoperativ Dag 5

Sondnäring _____ Totalt ml

Per os _____ Totalt ml

Läkemedelspädning_____ Totalt ml
(både per os samt iv, ex antibiotika, insulindropp)

\– _____ml Tillförd vätska

Vätska iv=
+ Basbehov Glukos inf
+ Total Dränförlust
– Tillförd vätska

Mål Vätskebalans

_____

_____

Intravenös vätska planerad för Postoperativ Dag 5.

Totalt ca _____ml/dygn
(Ordinera i Melior ex10% Glukos + elektrolyter iv)

Datum	Signering	Läkare	Ssk	Usk	Sjukgymnast
	Fm				
	Em/Kväll				
	Natt				

Skånes universitetssjukhus
En del av Region Skåne

Version 1 (2015-06-05)

VO Kirurgi & Urologi
ERP Esofagus checklista
(för patienter som genomgår esofagusresektion)

ID-etikett

Postoperativ Dag 5

I sängläge på rygg ska patienten ligga med 45 graders vinkel!
Vid sidoläge kan patient få ligga i 30 graders vinkel.

Dagsrutiner

- ☐ Blodprover tas på morgonen kl05: Rutinprover, Koagulationsstatus.
- ☐ Vikt (dokumenteras i checklistan) ☐ Inspektera alla förband/snitt/sår samt kärlinfarter
- ☐ Stödstrumpor (helbensstrumpor) och Antihalkstrumpor på dagtid
- ☐ Avläsning/byte drän (V-sond, Thoraxdrän, KAD, Exu-drän) kl 07 (utseende, volym).
- ☐ Utbilda patienten att hantera självständigt: ☐ Sondnäring ☐ Klexane subcutan inj

Drän

Drän tas bort
Sign läk _____

- ☐ V-SOND; Spola 20ml koksalt x2 dagligen. Om <300ml/dygn tas bort på läkarordination
- ☐ THORAXDRÄN: Om<250 ml/dygn i resp thoraxdrän kan de tas bort på läkarordination.

Sign läk _____

- ☐ Ställningstagande av kirurg: ☐ Hö/Vä Thoraxdrän kvarstår ☐ Hö/Vä Thoraxdrän dras
- ☐ Lungröntgen efter thoraxdrän dragning (aktivera förskriven röntgen remiss)

Smärtkontroll via Epidural kateter (EDK)

- ☐ EDK avveckling påbörjas: ☐ JA ☐ NEJ kvarstår

Avveckling; Sänk EDK på kvällen/ natten. Ge samtidigt Oxynorm via kateter-jejunostomin, alt Oxycontin per os för att förebygga smärta)

Mobiliseringsmål för dagen samt Respiration

- ☐ Uppesittande (från kl 08) samt i fåtölj minst 4 tim x 2 i sträck under dagen.

Uppesittande nr1	Kl:	Antal tim:	Sign:
Uppesittande nr2	Kl:	Antal tim:	Sign:

- ☐ Mobilisering x 6, med gångsträcka 200m. Eftersträva självständig gång, undvik gåbord.

Promenad nr1	Kl: 09	meter:	Självständigt ☐	Sign:
Promenad nr2	Kl: 12	meter:	Självständigt ☐	Sign:
Promenad nr3	Kl: 14	meter:	Självständigt ☐	Sign:
Promenad nr4	Kl: 16	meter:	Självständigt ☐	Sign:
Promenad nr5	Kl: 18	meter:	Självständigt ☐	Sign:
Promenad nr6	Kl: 21	meter:	Självständigt ☐	Sign:

- ☐ PEP träna 10-15 andetag x 3, minst 1 ggr/tim. Optiflow vid behov.

Läkemedel, vätska och nutrition

- ☐ Flytande kost max 1000 ml/dygn. ☐ Annan per os ordination_____
- ☐ Sondnäring Isosource ges fortsatt med 75 ml/tim (=totalt ca 1800ml/dygn).
  Öka om möjligt till 100 ml/tim (max 2000 ml/dygn).
  Annan sondnäringshastighet _____ml/tim, max _____ml/dygn.
  Annan sondnäring: ☐ Fresubin 2kcal HP fibre ☐ Diben ☐ _____
- ☐ Avveckla iv infusioner om möjligt. Planera urvätskning de närmaste dagarna.
- ☐ Dietist kontakt (vardag) om postoperativ diet och enteral nutrition.

Datum	Signering	Läkare	Ssk	Usk	Sjukgymnast
	Fm				
	Em/Kväll				
	Natt				

Skånes universitetssjukhus
En del av Region Skåne

Version 1 (2015-06-05)
VO Kirurgi & Urologi
ERP Esofagus checklista
(för patienter som genomgår esofagusresektion)

ID-etikett

Postoperativ Dag 6. Dränagemängder ifylls på morgonen inför ronden

Vikt _____kg

Vätskebehov för denna patient är (x 25ml/kg)

\+ _____ml Basbehov/dygn

Dränageförluster föregående dygn (Postoperativ Dag 5)

V-sond _____ ml

Thoraxdränage Hö_____ ml

Thoraxdränage Vä_____ ml

Drän_____ _____ ml

Drän_____ _____ ml

\+ _____ml Total Dränförlust

Urin per dygn _____ ml
(räknas ej in i enkel vätskebalansräkning)

Planerad tillförsel Postoperativ Dag 6

Sondnäring _____ Totalt ml

Per os _____ Totalt ml

Läkemedelspädning_____ Totalt ml
(både per os samt iv, ex antibiotika, insulindropp)

– _____ml Tillförd vätska

Vätska iv=
+ Basbehov Glukos inf
+ Total Dränförlust
– Tillförd vätska

Mål Vätskebalans

_____

_____

Intravenös vätska planerad för Postoperativ Dag 6.

Totalt ca _____ml/dygn
(Ordinera i Melior ex10% Glukos + elektrolyter iv)

Datum	Signering	Läkare	Ssk	Usk	Sjukgymnast
	Fm				
	Em/Kväll				
	Natt				

Skånes universitetssjukhus
En del av Region Skåne

Version 1 (2015-06-05)

VO Kirurgi & Urologi
ERP Esofagus checklista
(för patienter som genomgår esofagusresektion)

ID-etikett

Postoperativ Dag 6

I sängläge på rygg ska patienten ligga med 45 graders vinkel!
Vid sidoläge kan patient få ligga i 30 graders vinkel.

Dagsrutiner

- ☐ Blodprover tas på morgonen kl05: Rutinprover, Koagulationsstatus.
- ☐ Vikt (dokumenteras i checklistan) ☐ Inspektera alla förband/snitt/sår samt kärlinfarter
- ☐ Stödstrumpor (helbensstrumpor) och Antihalkstrumpor på dagtid.
- ☐ Avläsning/byte drän (V-sond, Thoraxdrän, KAD, Exu-drän) kl 07 (utseende, volym).
- ☐ Dietist kontakt (vardag) om postoperativ diet och enteral nutrition.
- ☐ Utbilda patienten att hantera självständigt: ☐ Sondnäring ☐ Klexane subcutan inj

Drän

Drän tas bort
Sign läk

- ☐ V-SOND; Spola 20ml koksalt x2 dagligen. Om<300ml/dygn tas bort på läkarordination _____
- ☐ THORAXDRÄN: Om<250ml/dygn i resp thoraxdrän kan de tas bort på läkarordination Sign läk
- ☐ Ställningstagande av kirurg: ☐ Hö/Vä Thoraxdrän kvarstår ☐ Hö/Vä Thoraxdrän dras _____
- ☐ Lungröntgen efter thoraxdrän dragning (aktivera förskriven röntgen remiss)

Smärtkontroll

- ☐ Epiduralkatetern (EDK) ska avvecklas: ☐ JA (se punkt 1-4) ☐ NEJ kvarstår
  1) Ge Oxycontin (per os) alternativt Oxynorm (via kateter-jejunostomin) kl 08-09.
  2) Utvärdera smärtstillning till lunch kl12 och stäng då av EDK.
  3) Drag EDK enligt sedvanlig rutin (kontrollera koagulations prover innan etc).
  4) KAD avvecklas nästkommande morgon (efter minst 8 tim efter att EDK stängts av).

Mobiliseringsmål för dagen samt respiration

- ☐ Uppesittande (från kl 08) samt i fåtölj minst 4 tim x 2 i sträck under dagen.
- ☐ Mobilisering x 6 under dagen, med gångsträcka över 200m.

Promenad nr1	Kl: 09	meter:	Självständigt ☐	Sign:
Promenad nr2	Kl: 12	meter:	Självständigt ☐	Sign:
Promenad nr3	Kl: 14	meter:	Självständigt ☐	Sign:
Promenad nr4	Kl: 16	meter:	Självständigt ☐	Sign:
Promenad nr5	Kl: 18	meter:	Självständigt ☐	Sign:
Promenad nr6	Kl: 21	meter:	Självständigt ☐	Sign:

- ☐ PEP träna 10-15 andetag x 3, minst 1 ggr/tim.

Läkemedel, vätska och nutrition

- ☐ Fri Flytande kost. ☐ Annan per os ordination_____
- ☐ Sondnäring Isosource ges endast nattetid, hastighet 100-125 ml/tim, max 1000 ml/per natt.
  Annan sondnäringshastighet _____ml/tim, max _____ml/dygn.
  Annan sondnäring: ☐ Fresubin 2kcal HP fibre ☐ Diben ☐ _____

Planering inför hemgång

- ☐ SVPL skickas inför Vårdplanering alternativt planera för överföring till hemortssjukhus.

Datum	Signering	Läkare	Ssk	Usk	Sjukgymnast
	Fm				
	Em/Kväll				
	Natt				

Skånes universitetssjukhus
En del av Region Skåne

Version 1 (2015-06-05)
VO Kirurgi & Urologi
ERP Esofagus checklista
(för patienter som genomgår esofagusresektion)

ID-etikett

Postoperativ Dag 7. Dränagemängder ifylls på morgonen inför ronden

Vikt _____kg

Vätskebehov för denna patient är (x 25ml/kg)

_____ml Basbehov/dygn

Dränageförluster föregående dygn (Postoperativ Dag 6)

V-sond _____ ml

Thoraxdränage Hö_____ ml

Thoraxdränage Vä_____ ml

Drän_____ _____ ml

Drän_____ _____ ml

_____ml Total Dränförlust

Urin per dygn _____ ml
(räknas ej in i enkel vätskebalansräkning)

Planerad tillförsel Postoperativ Dag 7

Sondnäring _____ Totalt ml

Per os _____ Totalt ml

Läkemedelspädning_____ Totalt ml
(både per os samt iv, ex antibiotika, insulindropp)

_____ml Tillförd vätska

Vätska iv=
+ Basbehov Glukos inf
+ Total Dränförlust
– Tillförd vätska

Mål Vätskebalans

_____

_____

Intravenös vätska planerad för Postoperativ Dag 7.

Totalt ca _____ml/dygn
(Ordinera i Melior ex10% Glukos + elektrolyter iv)

Datum	Signering	Läkare	Ssk	Usk	Sjukgymnast
	Fm				
	Em/Kväll				
	Natt				

Skånes universitetssjukhus
En del av Region Skåne

Version 1 (2015-06-05)

VO Kirurgi & Urologi
ERP Esofagus checklista
(för patienter som genomgår esofagusresektion)

ID-etikett

Postoperativ Dag 7

I sängläge på rygg ska patienten ligga med 45 graders vinkel!
Vid sidoläge kan patient få ligga i 30 graders vinkel.

Dagsrutiner

- ☐ Blodprover tas på morgonen kl05: Rutinprover.
- ☐ Vikt ☐ Inspektera alla förband/snitt/sår samt kärlinfarter
- ☐ Stödstrumpor (helbensstrumpor) och Antihalkstrumpor på dagtid
- ☐ Avläsning/byte drän (V-sond, Thoraxdrän, KAD, Exu-drän) kl 07 (utseende, volym).

Drän

Drän tas bort
Sign läk

- ☐ V-SOND; Spola 20ml koksalt x2 dagligen. Om<300ml/dygn tas bort på läkarordination _____
- ☐ THORAXDRÄN: Om<250 ml/dygn i resp thoraxdrän kan de tas bort på läkarordination Sign läk
- ☐ Ställningstagande av kirurg: ☐ Hö/Vä Thoraxdrän kvarstår ☐ Hö/Vä Thoraxdrän dras _____
- ☐ Lungröntgen ska göras efter thoraxdrän dragning

Smärtkontroll

- ☐ Om EDK är avvecklad: Ssk utvärderar smärtlindring. Dosjustera Oxycontin alt Oxynorm.
  Om EDK kvarstår bestäms: ☐ Avvecklas (se Dag 6) ☐ Kvarstår

Mobiliseringsmål för dagen samt Respiration

- ☐ Uppesittande (från kl 08) samt i fåtölj minst 4 tim x 2 i sträck under dagen.
- ☐ Mobilisering x 6 under dagen, med gångsträcka över 200m. Prova trappgång!

Promenad nr1	Kl: 09	meter:	Självständigt ☐	Sign:
Promenad nr2	Kl: 12	meter:	Självständigt ☐	Sign:
Promenad nr3	Kl: 14	meter:	Självständigt ☐	Sign:
Promenad nr4	Kl: 16	meter:	Självständigt ☐	Sign:
Promenad nr5	Kl: 18	meter:	Självständigt ☐	Sign:
Promenad nr6	Kl: 21	meter:	Självständigt ☐	Sign:

- ☐ PEP träna 10-15 andetag x 3, minst 1 ggr/tim.

Läkemedel, vätska och nutrition

- ☐ Läkemedelslista i Melior rensas inför hemgång.
- ☐ Allmän Kost / Finfördelad kost / Flytande kost ☐ Annat_____
- ☐ Sondnäring Isosource ges endast nattetid, hastighet 100-125 ml/tim, max 1000 ml/ natt.
  Annan sondnäringshastighet _____ml/tim, max _____ml/dygn.
  Annan sondnäring: ☐ Fresubin 2kcal HP fibre ☐ Diben ☐ _____
- ☐ KAD avvecklad, alternativt ☐ kvarstår
- ☐ CVK avvecklad, alternativt ☐ kvarstår

Planering inför hemgång

- ☐ SVPL / Vårdplanering (inkl förhöjningskil) alt planera för överföring till hemortssjukhus.
- ☐ Dietist har informerat om postoperativ diet och enteral nutrition.
- ☐ Utbilda patienten att hantera självständigt: ☐ Sondnäring ☐ Klexane subcutan inj

Datum	Signering	Läkare	Ssk	Usk	Sjukgymnast
	Fm				
	Em/Kväll				
	Natt				

Skånes universitetssjukhus
En del av Region Skåne

Version 1 (2015-06-05)
VO Kirurgi & Urologi
ERP Esofagus checklista
(för patienter som genomgår esofagusresektion)

ID-etikett

Postoperativ Dag 8. Dränagemängder ifylls på morgonen inför ronden

Vikt _____kg

Vätskebehov för denna patient är (x 25ml/kg)

+ _____ml Basbehov/dygn

Dränageförluster föregående dygn (Postoperativ Dag 7)

V-sond _____ ml

Thoraxdränage Hö_____ ml

Thoraxdränage Vä_____ ml

Drän_____ _____ ml

Drän_____ _____ ml

+ _____ml Total Dränförlust

Urin per dygn _____ ml
(räknas ej in i enkel vätskebalansräkning)

Planerad tillförsel Postoperativ Dag 8

Sondnäring _____ Totalt ml

Per os _____ Portion / m_____

Läkemedelspädning_____ Totalt ml
(både per os samt iv, ex antibiotika, insulindropp)

− _____ml Tillförd vätska

Vätska iv=
+ Basbehov Glukos inf
+ Total Dränförlust
– Tillförd vätska

Mål Vätskebalans

_____

_____

Intravenös vätska planerad för Postoperativ Dag 8.

Totalt ca _____ml/dygn
(Ordinera i Melior ex10% Glukos + elektrolyter iv)

Datum	Signering	Läkare	Ssk	Usk	Sjukgymnast
	Fm				
	Em/Kväll				
	Natt				

Skånes universitetssjukhus
En del av Region Skåne

Version 1 (2015-06-05)

VO Kirurgi & Urologi
ERP Esofagus checklista
(för patienter som genomgår esofagusresektion)

ID-etikett

Postoperativ Dag 8 och dagarna framöver _____

I sängläge på rygg ska patienten ligga med 45 graders vinkel!
Vid sidoläge kan patient få ligga i 30 graders vinkel.

Dagsrutiner

- ☐ Blodprover som ordinerats tas: _____.
- ☐ Vikt ☐ Inspektera alla förband/snitt/sår samt kärlinfarter
- ☐ Stödstrumpor (helbensstrumpor) och Antihalkstrumpor på dagtid.
- ☐ Avläsning/byte drän (V-sond, Thoraxdrän, KAD, Exu-drän) kl 07 (utseende, volym).

Drän

Dränen tas bort Sign läk

- ☐ V-SOND; Spola 20ml koksalt x2 dagligen. Om<300ml/dygn tas bort på läkarordination _____
- ☐ THORAXDRÄN: Om<250 ml/dygn i resp thoraxdrän kan de tas bort på läkarordination Sign läk
- ☐ Ställningstagande av kirurg: ☐ Hö/Vä Thoraxdrän kvarstår ☐ Hö/Vä Thoraxdrän dras _____
- ☐ Lungröntgen efter thoraxdrän dragning

Smärtkontroll

- ☐ EDK ska nu vara avvecklad (eller avvecklas enligt Dag 6). Ssk utvärderar smärtlindring.

Mobiliseringsmål för dagen samt Respiration

- ☐ Uppesittande (från kl 08) samt i fåtölj minst 4 tim x 2 i sträck under dagen.
- ☐ Mobilisering x 6 under dagen, med gångsträcka över 200m. Prova trappgång!

Promenad nr1	Kl: 09	meter:	Självständigt ☐	Sign:
Promenad nr2	Kl: 12	meter:	Självständigt ☐	Sign:
Promenad nr3	Kl: 14	meter:	Självständigt ☐	Sign:
Promenad nr4	Kl: 16	meter:	Självständigt ☐	Sign:
Promenad nr5	Kl: 18	meter:	Självständigt ☐	Sign:
Promenad nr6	Kl: 21	meter:	Självständigt ☐	Sign:

- ☐ PEP träna 10-15 andetag x 3, minst 1 ggr/tim.

Läkemedel, vätska och nutrition

- ☐ Allmän Kost / Finfördelad kost / Flytande kost ☐ Annat_____
- ☐ Sondnäring Isosource ges endast nattetid, hastighet 100-125 ml/tim, max 1000 ml/ natt.
  Annan sondnäringshastighet _____ml/tim, max _____ml/dygn.
  Annan sondnäring: ☐ Fresubin 2kcal HP fibre ☐ Diben ☐ _____
- ☐ KAD avvecklad, alternativt ☐ kvarstår
- ☐ CVK avvecklad, alternativt ☐ kvarstår

Planering inför hemgång

- ☐ Vårdplanera färdigt alternativt planera för överföring till hemsjukhus
- ☐ Dietist kontakt etablerad inför utskrivning.
- ☐ Remisser / Annat_____
- ☐ Patient Utbildning – självständigt Administrera sondnäring.
- ☐ Patient Utbildning – självständigt Ge Klexane injektion sc.

Datum	Signering	Läkare	Ssk	Usk	Sjukgymnast
	Fm				
	Em/Kväll				
	Natt				

Skånes universitetssjukhus
En del av Region Skåne

Version 1 (2015-06-05)

VO Kirurgi & Urologi
ERP Esofagus checklista
(för patienter som genomgår esofagusresektion)

ID-etikett

Postoperativ Dag _____. Dränagemängder ifylls på morgonen inför ronden

Vikt _____kg

Vätskebehov för denna patient är (x 25ml/kg)

\+ _____ml Basbehov/dygn

Dränageförluster föregående dygn

V-sond _____ ml

Thoraxdränage Hö _____ ml

Thoraxdränage Vä _____ ml

Drän_____ _____ ml

Drän_____ _____ ml

\+ _____ml Total Dränförlust

Urin per dygn _____ ml
(räknas ej in i enkel vätskebalansräkning)

Planerad tillförsel Postoperativ Dag ____

Sondnäring _____ Totalt ml

Per os _____ Portion / ml

Läkemedelspädning_____ Totalt ml
(både per os samt iv, ex antibiotika, insulindropp)

\– _____ml Tillförd vätska

Vätska iv=
+ Basbehov Glukos inf
+ Total Dränförlust
– Tillförd vätska

Mål Vätskebalans

_____

_____

Intravenös vätska planerad för Postoperativ Dag ____.

Totalt ca _____ml/dygn
(Ordinera i Melior ex10% Glukos + elektrolyter iv)

Datum	Signering	Läkare	Ssk	Usk	Sjukgymnast
	Fm				
	Em/Kväll				
	Natt				

Skånes universitetssjukhus
En del av Region Skåne

Version 1 (2015-06-05)

VO Kirurgi & Urologi
ERP Esofagus checklista
(för patienter som genomgår esofagusresektion)

ID-etikett

Postoperativ dag _____ UTSKRIVNING. Datum_____

Kriterier
- ☐ Läkare anser att utskrivning ska ske.
- ☐ Patient och anhöriga är insatta i given information.
- ☐ Patienten kan nu självständigt inför hemgång: Administrera sondnäring
- ☐ Patienten kan nu självständigt inför hemgång: Ge Klexane injektion subcutant.

Läkare
- ☐ Kontakt / Överrapporterad till Hemortssjukhus/ Vårdplatskoordinator/ ASIH/ Distriktsläkare
- ☐ Patientinformation / Utskrivningssamtal
- ☐ Recept på aktuella nya läkemedel utfärdas
- ☐ Läkemedelslista utskriven
- ☐ Sjukintyg
- ☐ Vårddata / Komplikationer ifylls angående vårdtiden
- ☐ Sondmatsordinationen från dietist kontrolleras / signeras
- ☐ Epikris dikterad samt Remisser utfärdas

Sjuksköterska / Undersköterska / Driftsstöd
- ☐ Omvårdnadsepikris
- ☐ Kontakt / Överrapporterad till Hemortssjukhus/ ASIH/ Distrikt-ssk
- ☐ Behandlingsmeddelande till Dsk om sårvård, borttagande av agraffer, ståltrådssuturer etc.
  Likartat för både öppen samt porthålskirurgi är:
  Buksnitt: Agraffer (hudsstapler) tas bort ca 10-14 dagar postoperativt vid normalläkning.
  Thoraxsnitt: Agraffer (hudsstapler) samt ståltrådssuturer tas normalt bort efter 14-18 dagar.
- ☐ Sondnärings ordination av dietist ges till patienten
- ☐ Meddela kontaktsjuksköterska Övre team, kir mott (71310, 76236) utskrivning så patienten kan få en återbesöks tid innan hemgång
- ☐ Informationsbroschyr, Återbesökstid, Kontakt ssk tel nr.
- ☐ Transport bokad
- ☐ Omläggningsmaterial enligt PM medsändes patienten
- ☐ Avveckling av tobakspungssuturer PM medsändes patienten
- ☐ Trombosprofylax. Patienten får med sig hem Klexane förfylld spruta för subcutan injektion för totalt 2 veckors postoperativt bruk (räknas från op-dagen samt 2 veckor därefter)

Sjukgymnast / Fysioterapeut
- ☐ Fysioterapeuten informerar om fortsatt fysisk aktivitet och eventuella restriktioner. Instruktioner för mobilisering och övningar i hemmet medföljer patienten hem.

Sekreterare
- ☐ Epikris skickas till Övre team kontakt-ssk för uppföljning
- ☐ Anmälan till Esofagus-ventrikel konferens för PAD genomgång 4v efter op-dagen.
- ☐ Scanning av checklistan ombesörjs

Skånes universitetssjukhus
En del av Region Skåne

Version 1 (2015-06-05)

VO Kirurgi & Urologi
ERP Esofagus checklista
(för patienter som genomgår esofagusresektion)

ID-etikett

NATIONELLT KVALITETSREGISTER ESOFAGUS- OCH VENTRIKELCANCER–VÅRDDATA/KOMPLIKATIONER
Registerformulär ifylles i anslutning till utskrivning

Utskrivningsdatum efter op .....(År-mån-dag)
Utskriven till
☐ 1 Hemmet
☐ 2 Annan kir klin, specificera .....
☐ 3 Annan klinik inkl rehabklinik
☐ 4 Sjukhem
☐ 5 Övrig konvalescens
☐ 6 Annan, specificera.....
☐ 7 Avliden

Planerad ytterligare behandling
☐ 1 Ingen
☐ 2 Kurativt syftande kemo-/radioterapi
☐ 3 Palliativ kemo-/ radioterapi
Vid ev kemo-/radioterapi; Behandlande klinik: .....
Behandlande sjukhus:.....
☐ 4 Endoskopisk resektion
☐ 5 Öppen resektion

Kirurgiska komplikationer efter huvudoperationen
☐ Nej, inga
☐ Ja, specificera nedan

Markera med ETT kryss den komplikation som gett upphov till Clavien-Dindo klassificering

☐ Blödning Def: Mer än 2 l eller behov av reoperation.	☐ Öppen reop	☐ Konservativ behandling	☐
☐ Anastomosinsufficiens Def: Kliniskt signifikant läckage. Enbart röntgenologiskt misstänkt läckage utan klinisk motsvarighet inkluderas ej.	☐ Öppen reop	☐ Konservativ behandl m antibiotika + ev perkutant dränage	☐
	Stentbehandling	☐ Nej ☐ Ja	
☐ Substitutnekros Def: Kliniskt signifikant ischemi med perforation eller ulceration.	☐ Öppen reop	☐ Konservativ behandl m antibiotika + ev perkutant dränage	☐
	Stentbehandling	☐ Nej ☐ Ja	
☐ Intraabdominell abscess Def: Röntgenologiskt eller kirurgiskt påvisad varansamling på minst 3x3 cm med kliniska symtom såsom feber eller värk.	☐ Öppen reop	☐ Konservativ behandl m antibiotika + ev perkutant dränage	☐
☐ Intrathorakal abscess Def: Röntgenologiskt eller kirurgiskt påvisad varansamling på minst 3x3 cm med kliniska symtom såsom feber eller värk eller dyspné.	☐ Öppen reop	☐ Konservativ behandl m antibiotika + ev perkutant dränage	☐
☐ Ductus thoracicusskada Def: Lymfläckage i thorax som kräver dränering mer än 7 dagar eller reop.	☐ Öppen reop	☐ Konservativ behandling	☐
☐ Nervus recurrenspares Def: Recurrenspares enligt bedömning av öronspecialist			☐
☐ Annan svår vårdförlängande komplikation Def: Vårdtid mer än sju dagar längre än förväntad normal vårdtid.	Beskrivning..... ☐ Öppen reop	☐ Konservativ behandling	☐

Allmänna komplikationer inom vårdtiden
☐ Nej, inga
☐ Ja, specificera nedan

☐ Allvarlig pneumoni Def: Röntgenologiskt påvisat infiltrat med klinisk bild med feber eller hosta eller dypsné.			☐
☐ Sepsis Def: Feber, frossa och påvisad växt av bakterier i blodet.	☐ Öppen reop	☐ Konservativ behandling	☐
☐ Allvarlig cardiovaskulär komplikation Ex nydebuterad rytmrubbning som krävt behandling, hjärtinfarkt, stroke			☐
☐ Lungemboli Def: Röntgenologiskt verifierad och behandlingskrävande lungemboli.			☐
☐ Annan svår vårdförlängande komplikation Def: Vårdtid mer än sju dagar längre än förväntad normal vårdtid.	Beskrivning..... ☐ Öppen reop	☐ Konservativ behandling	☐

Clavien-Dindoklassificering (svåraste komplikationen klassificeras)

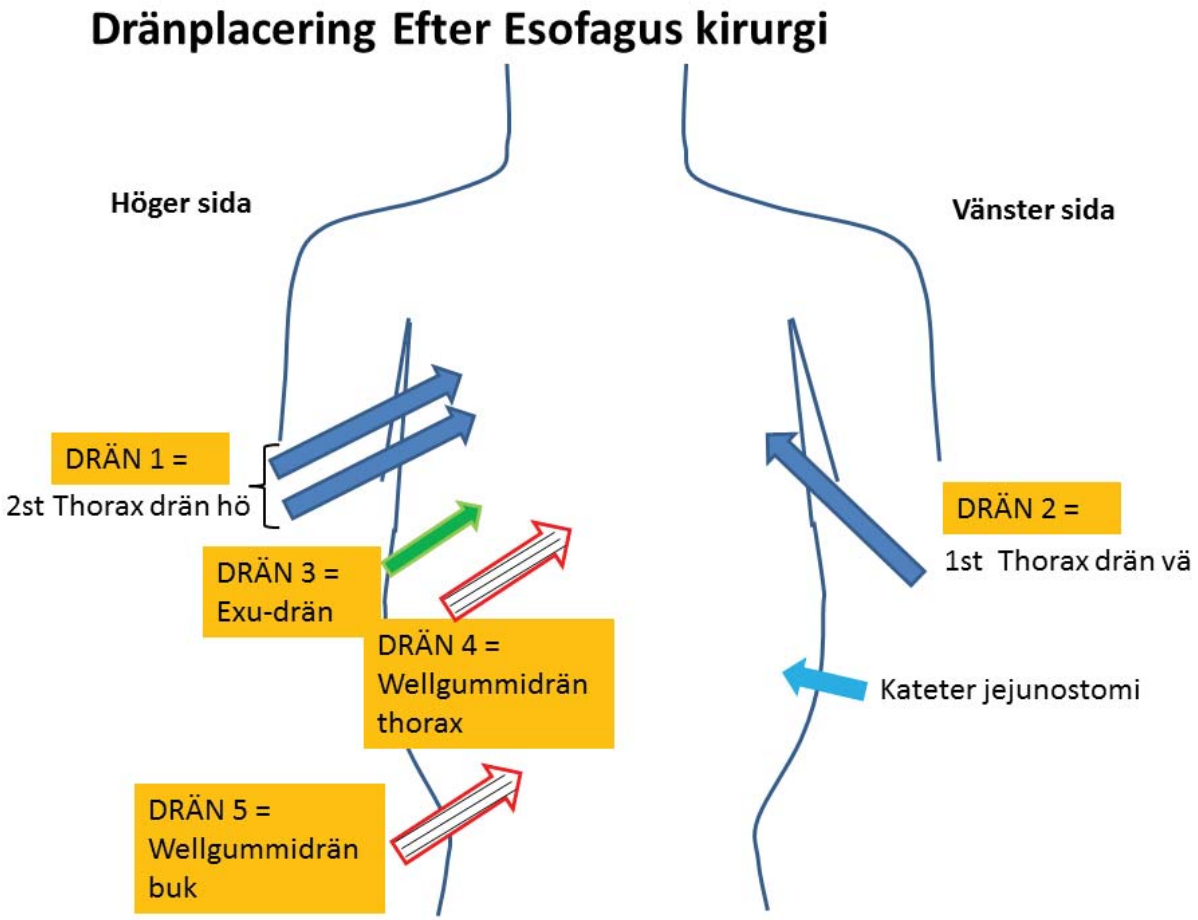
Avvikelse från normalt postop förlopp utan behov av farmakologisk behandling el kirurgiska, endoskopiska och radiologiska interventioner. Tillåtna terapeutiska behandlingar: antiemetika, febernedsättande, smärtstillande, diuretika och elektrolytersättning samt sjukgymnastik. Denna grad omfattar även sårinfektioner öppnade på sängkanten.	Farmakologisk behandling krävdes inkl blodtransfusion el parenteral nutrition. Undantaget: antiemetika, febernedsättande, smärtstillande, diuretika, elektrolytersättning	Komplikation som krävt kirurgisk, endoskopisk eller radiologisk (perkutant dränage) behandling		Livshotande komplikation (inkl CNS) som krävt intensivvård		Död
		utan narkos	i narkos	med svikt av ett organ (inkl dialys)	med multiorgansvikt	Död
Grad ☐ I	☐ II	☐ III a	☐ III b	☐ IV a	☐ IV b	☐ V

Kommentarer:

Skånes universitetssjukhus
En del av Region Skåne

Version 1 (2015-06-05)
VO Kirurgi & Urologi
ERP Esofagus checklista
(för patienter som genomgår esofagusresektion)

ID-etikett



Blodprover

Rutinprover	= Hb, Vita, CRP, Na, K, Krea, Basöverskott (+ eventuellt Albumin, Ca-jon)
Koagulationsstatus	= PK (INR), APT, Trombocyter,
Leverstatus	= ASAT, ALAT, ALP, Bilirubin, GT, Amylas
Mg	= Magnesium i plasma

Remisser

Rutinmässigt skickas följande förskrivna remisser av sekreteraren i samband med att operationsberättelsen skrivs ut:

- **Rtg Pulm remiss** - Post Thorax Drän Dragning (aktiveras efter thorax drän dragits)
- **Dietist remiss**

Skånes universitetssjukhus
En del av Region Skåne

Version 1 (2015-06-05)

VO Kirurgi & Urologi
ERP Esofagus checklista
(för patienter som genomgår esofagusresektion)

ID-etikett

Telefon nr

Kontaktsjuksköterska Övre intern	76238 (för patienter 71310)
Operationskoordinator Läk	75250
Operationskoordinator Ssk	75252
IVA jour/ MIG team	72784
Pre-Op avd	75669
Operatörer kirurgi	
Jan Johansson	71432
Michael Hermansson	72086
Christer Stael von Holstein	72383
Oscar Åkesson	76236
Martin Jeremiasen	72992
Pauline Djerf	76242
Dan Falkenback	76237
Fredrik Swahn	71865
Avd 14 Driftstöd/Exp	72414
Avd 14 Team Övre 1	71863
Avd 14 Team Övre 2	71886
Avd 14 Chef Ingela Fridlund	71935
Avd 14 Sekr	75943, 71805

Skånes universitetssjukhus
En del av Region Skåne

ERP Esofagus: Postoperativ standardvårdplan Esofagektomi (hänvisar till ERP checklistan för detaljerad information)

	Operationsdag	Dag 1	Dag 2	Dag 3	Dag 4	Dag 5	Dag 6	Dag 7	Dag 8
Dagsrutiner	**IVA postoperativt** IVA-status, ScVO2 Thoraxdrän aktiva Lungröntgen best. Öppen V-sond kopplad till 2påsar Spola V-sond Stödstrumpor + antihalkstrumpor	Blodprover Avläs Dränmängder Vikt Stödstrumpor + antihalksockar på Spola v-sond Inspektera förband Lungröntgen Byte till Heimlichventil?			Drändragning? Thorax-drän V-sond Patientutbildning: Inj Klexane Sondmatshantering	Lungröntgen efter thoraxdrän dragning	ev KAD avvecklas		
Smärtkontroll	EDK utvärderas, ev läggas om!	EDK utvärderas				EDK avveckling påbörjas	EDK avveckling	EDK är avvecklad. Ge Oxycontin + Oxynorm	
Mobilisering Respiration	PEP-träna Sitta upprätt 4h i sträck	Fysioterapeut PEP-träna Promenader x 2 Promenadlängd 25-50m	Sitta upprätt 4h x2 Promenad x3 Promenadlängd 50-100m	Promenader x 4 Promenadlängd 100-150m	Promenader x 5 Promenadlängd 200m	Promenader x 6			
Läkemedel Vätska Nutrition	Dryck Vatten 30ml/h Sondnäring 10 ml/h Behandla PONV Ge ej Klexane förrän EDK färdig!	Dryck Vatten 30ml/h Sondnäring 25ml/h	Klar Dryck 30ml/h	Sondnäring 50 ml/h	Klar Dryck 30ml/h (50ml/h vid gasavgång) Sondnäring 50 ml/h (75ml/h vid gasavgång)	Flytande kost 1000ml Sondnäring 75 ml/h (ev öka till 100ml/h) Dietistkontakt	Fri flytande kost Sondnäring 100-125ml/h Endast 1500 ml/natt	Allmän kost Sondnäring -125ml/h Endast 1000 ml/natt	
Utskrivning	SVPL inskrivning dagen innan op				Kontrollera att SVPL inskrivning är genomförd	Vårdplaneringsfrågor: SVPL kallelse skickad? Kommunkontakt? Vårdplanera!		Överföring till hemortssjukhus? Förbered hemgång	**Hemgång** Patient information Läkarsamtal Recept Läkemedelslista Sjukintyg Epikriser Remisser etc

ERP Esofagus
Medicinskt ansvarig: Dan Falkenback, Överläkare
Vo Kirurgi samt Urologi

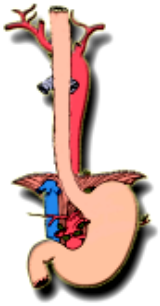
Skånes universitetssjukhus
En del av Region Skåne

Version 2015-06-04

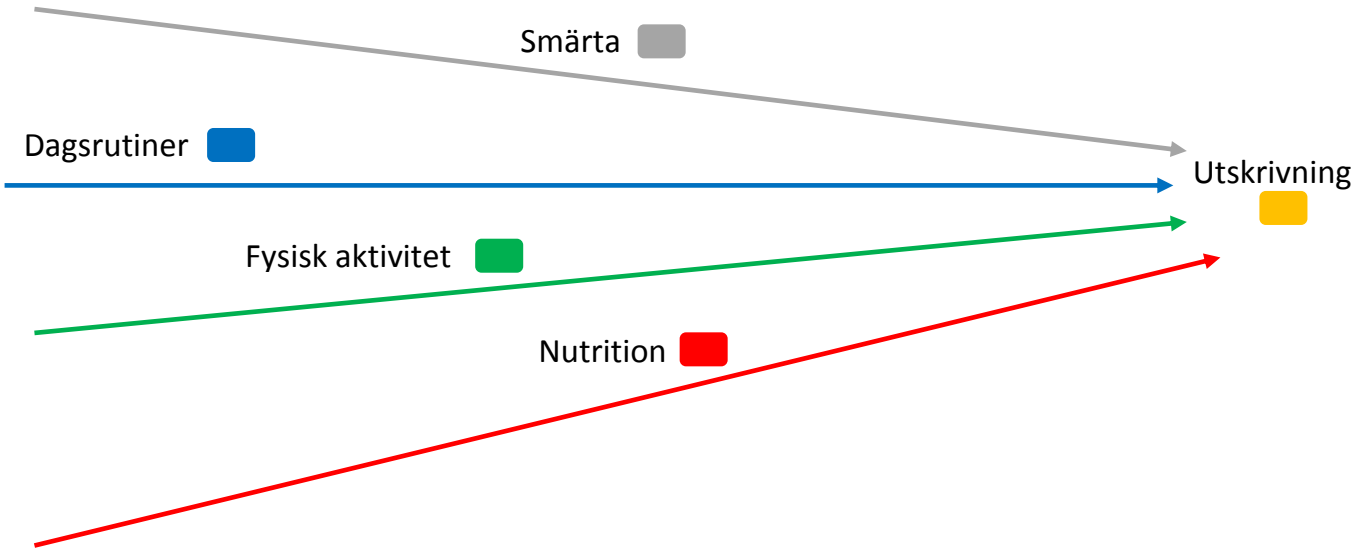
Vo Kirurgi & Urologi
Övre Gastrointestinal Kirurgi
SUS Lund

_____

Patientens namn



Checklista till patienten som genomgår matstrupsoperation

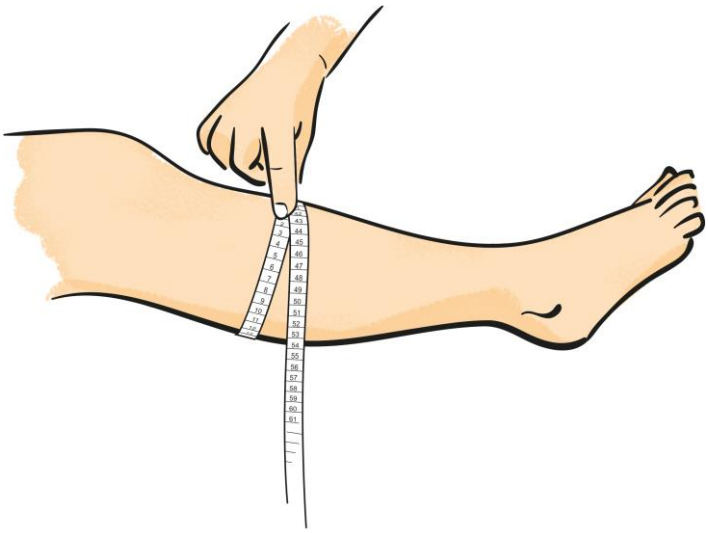


Skånes universitetssjukhus
En del av Region Skåne

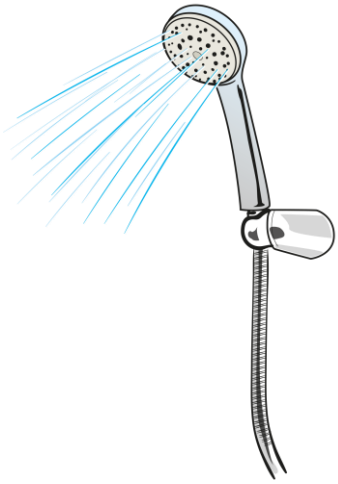
Dagen innan operationsdagen

Dagsrutiner

- ☐ Du kommer till avdelningen kl 18.
- ☐ Blodprover, blodtryck och puls samt vikt tas för att kontrollera att allt är bra inför operation.
- ☐ Personal mäter ut stödstrumpor till dig som du kommer att använda under och efter operation.



- ☐ Hår vid operationsområdet klipps bort.
- ☐ Innan du går och lägger dig ska du duscha med rengöringsmedel deskutan.



- ☐ Om du är diabetiker så får du instruktioner av oss vad för medicin som skall tas.
- ☐ Meddela personalen vem du vill ska bli uppringd efter operationen av kirurgen.
- ☐ Du kommer att få en blodförtunnande spruta i huden.
- ☐ Du kommer sent på kvällen att bli erbjuden näringsdryck att dricka (innan kl 24).
- ☐ Du får inte äta någon fast föda efter kl 24 men däremot dricka klara drycker, såsom kaffe, te, saft, äppeljuice och vissa klara näringsdrycker fram till kl 06 på operationsdagens morgon.

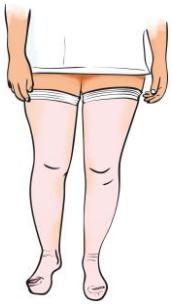
Skånes universitetssjukhus
En del av Region Skåne

Operationsdagen datum_____

Innan operation på avd

Dagsrutiner

- ☐ Du blir väckt från cirka 05,30 på morgonen.
- ☐ Tidigt på morgonen (innan kl 06) kommer du att få dricka klar näringsdryck.
- ☐ Du ska duscha inför operationen.
- ☐ Hår vid operationsområdet ska vara bortklippt.
- ☐ Du får ta de mediciner som narkosläkare och kirurg har ordinerat.



- ☐ 07.00 rullas du liggandes i din säng från avdelningen till pre-operativa avdelningen.
- ☐ Du får hjälp med att sätta på dig stödstrumpor och pumpstövlar.
- ☐ Kirurgen kommer till pre-op avd kl 07.05, hälsar på dig och ritar ut operationsområdet. Därifrån rullas du in på operationsavdelningen.
- ☐ På operationsavdelningen får du din ryggbedövning och sedan sövs du.

Efter operation på IVA/ Post-Op

- ☐ När du är ordentligt vaken ska du få hjälp att sitta uppe helt (i 90 grader) i din säng.

- ☐ För att andningsträna får du blåsa i en så kallad PEP-ventil 10-15 andetag x 3 varje timme.
- ☐ Antihalkstrumpor tas av, på kvällen.
- ☐ Lungröntgen kommer du att genomgå efter operationen

När du ligger på rygg i sängen ska huvudändan vara i minst 45 graders vinkel. När du ligger på sidan ska huvudändan vara i minst 30 graders vinkel för att motverka att du får ned magsäcksinnehåll i luftstrupen och lungorna.

Skånes universitetssjukhus
En del av Region Skåne

Dag 1 efter operation

Dagsrutiner

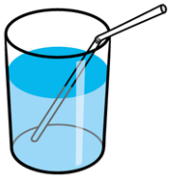
- ☐ Ca kl 05-06 kommer du att väckas för blodprovstagning
- ☐ Du ska få komma upp och sitta i 90 grader i din säng.
- ☐ Din vikt tas varje dag
- ☐ På morgonen sätter du på dig stödstrumpor och antihalkstrumpor. De kan tas av på kvällen.

Smärtkontroll

- ☐ Under förmiddagen kommer smärtsjuksköterskan och utvärderar din smärtlindring.
  Smärtstillning sker via epidural (rygg) kateter eller intravenös smärtpump.

Matintag

- ☐ Du får börja dricka en medicinkopp (30ml) med vatten 1 ggr per timme.
  Du får samtidigt näring via nutritionsskatetern.



Middagsvila

- ☐ Vanligtvis vid lunchtid infaller en lugn timme för dig att vila.

Fysisk aktivitet

- ☐ Ca klockan 09 kommer fysioterapeuten till dig för gångträning.
  Målet för dagen är att du ska komma upp och gå två gånger (ca 25-50meter/ tillfälle).

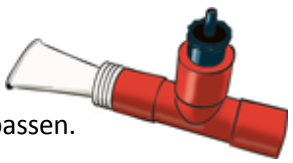
	Mål för dagen	Klockan	Jag promenerade:
Promenad nr 1	☐ 25-50 m	:	meter
Promenad nr 2	☐ 25-50 m	:	meter

- ☐ Under dagen ska du sitta uppe i fåtölj i minst 4 timmar totalt sätt.

	Mål för dagen	Mellan Klockslagen	Mellan Klockslagen
Uppesittande	☐ 4 tim	:	:

Andningsträning

- ☐ För att andningsträna kommer du att blåsa i en så kallad PEP-ventil.
  PEP träna 10-15 andetag x 3, minst 1 ggr/tim. Djupandas i mellan träningspassen.



När du ligger på rygg i sängen ska huvudändan vara i minst 45 graders vinkel. När du ligger på sidan ska huvudändan vara i minst 30 graders vinkel för att motverka att du får ned magsäcksinnehåll i luftstrupen och lungorna.

Skånes universitetssjukhus
En del av Region Skåne

Dag 2 efter operation

Dagsrutiner

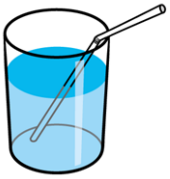
- ☐ Ca kl 05-06 kommer du att väckas för blodprovstagning
- ☐ Du ska få komma upp och sitta i 90 grader i din säng.
- ☐ Din vikt tas.
- ☐ På morgonen sätter du på dig stödstrumpor och antihalkstrumpor. De kan tas av på kvällen.

Smärtkontroll

- ☐ Under förmiddagen kommer smärtsjuksköterskan och utvärderar din smärtlindring. Smärtstillning sker via epidural (rygg) kateter eller intravenös smärtpump.
- ☐ Psykosocialt välbefinnande är viktigt! Du får gärna prata med vår kurator!

Matintag

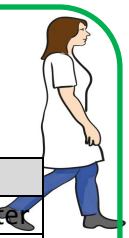
- ☐ Du får fortsätta dricka en medicinkopp (30ml) med vatten 1 ggr per timme. Du får samtidigt näring via nutritionsskatetern.



Middagsvila

- ☐ Vanligtvis vid lunchtid infaller en lugn timme för dig att vila (ca kl 12,30-13,30).

Fysisk aktivitet



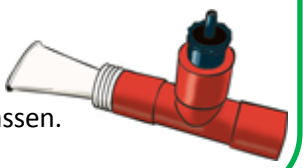
- ☐ Ca klockan 08-09 kommer fysioterapeuten till dig för gångträning. Målet för dagen är att du ska komma upp och gå tre gånger (ca 50-100 meter/ tillfälle).

	Mål för dagen	Klockan	Jag promenerade:
Promenad nr 1	☐ 50-100 m	:	meter
Promenad nr 2	☐ 50-100 m	:	meter
Promenad nr 3	☐ 50-100 m	:	meter

- ☐ Målet för dagen är att du ska sitta uppe i fåtölj vid två tillfällen i minst 4 timmar vardera.

	Mål för dagen	Mellan Klockslagen	Mellan Klockslagen
Uppesittande	☐ 4 tim	:	:
Uppesittande	☐ 4 tim	:	:

Andningsträning



- ☐ För att andningsträna kommer du att blåsa i en så kallad PEP-ventil. PEP träna 10-15 andetag x 3, minst 1 ggr/tim. Djupandas i mellan träningspassen.

När du ligger på rygg i sängen ska huvudändan vara i minst 45 graders vinkel. När du ligger på sidan ska huvudändan vara i minst 30 graders vinkel för att motverka att du får ned magsäcksinnehåll i luftstrupen och lungorna.

Skånes universitetssjukhus
En del av Region Skåne

Dag 3 efter operation

Dagsrutiner

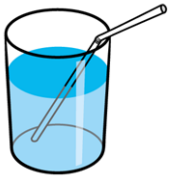
- ☐ Ca kl 05 kommer du att väckas för blodprovstagning.
- ☐ Ca kl 07 ska du sitta upp i sängen i 90 grader.
- ☐ På morgonen sätter du på dig stödstrumpor och antihalkstrumpor. De kan tas av på kvällen.
- ☐ Din vikt tas.

Smärtkontroll

- ☐ Utvärdering sker av din smärtlindring (rygg kateter eller intravenös smärtpump).
- ☐ Psykosocialt välbefinnande är viktigt! Du får gärna prata med vår kurator!

Matintag

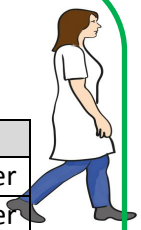
- ☐ Du får fortsätta dricka en medicinkopp (30ml) med vatten 1 ggr per timme.
  Du får samtidigt näring via nutritionsskatetern.



Middagsvila

- ☐ Vanligtvis vid lunchtid infaller en lugn timme för dig att vila (ca kl 12,30-13,30).

Fysisk aktivitet



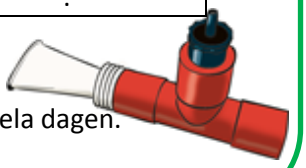
- ☐ Ca klockan 08 kommer fysioterapeuten till dig för gångträning.
  Målet för dagen är att du ska komma upp och gå fyra gånger (ca 100-150 meter/ tillfälle).

	Mål för dagen	Klockan	Jag promenerade:
Promenad nr 1	☐ 100-150 m	:	meter
Promenad nr 2	☐ 100-150 m	:	meter
Promenad nr 3	☐ 100-150 m	:	meter
Promenad nr 4	☐ 100-150 m	:	meter

- ☐ Målet för dagen är att du ska sitta uppe i fåtölj vid två tillfällen i minst 4 timmar vardera.

	Mål för dagen	Mellan Klockslagen	Mellan Klockslagen
Uppesittande	☐ 4 tim	:	:
Uppesittande	☐ 4 tim	:	:

Andningsträning



- ☐ Andningsträna med din PEP ventil 10-15 andetag x 3, minst 1 ggr/tim under hela dagen.

När du ligger på rygg i sängen ska huvudändan vara i minst 45 graders vinkel. När du ligger på sidan ska huvudändan vara i minst 30 graders vinkel för att motverka att du får ned magsäcksinnehåll i luftstrupen och lungorna.

Skånes universitetssjukhus
En del av Region Skåne

Dag 4 efter operation

Dagsrutiner

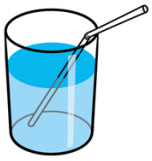
- ☐ Kl 05 väcks du för blodprovstagning samt från kl 07 ska du sitta upp i sängen 90 grader i rygg.
- ☐ På morgonen sätter du på dig stödstrumpor och antihalkstrumpor. De kan tas av på kvällen.
- ☐ Dagens vikt tas.
- ☐ Under dagen kommer du tillsammans med personalen att träna på sondmatshantering
- ☐ Under dagen kommer du att få träna på att ge dig själv den blodförtunnande sprutan.

Smärtkontroll

- ☐ Utvärdering sker av din smärtlindring (epidural (rygg) kateter eller intravenös smärtpump).
- ☐ Psykosocialt välbefinnande är viktigt! Du får gärna prata med vår kurator!

Matintag

- ☐ Om Du har släppt gaser kommer du att få dricka mer vatten dvs 50ml (ca ½ glas) per timme).
  Om du inte har släppt gaser dricker du som tidigare 30ml per timme.
  Du får samtidigt näring via nutritionsskatetern.



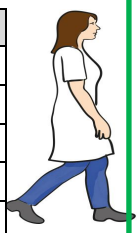
Middagsvila

- ☐ Vanligtvis vid lunchtid infaller en lugn timme för dig att vila (ca kl 12,30-13,30).

Fysisk aktivitet

- ☐ Ca klockan 08 kommer fysioterapeuten till dig för gångträning.
  Målet för dagen är att du ska komma upp och gå fem gånger (ca 200 meter/ tillfälle).

	Mål för dagen	Klockan	Jag promenerade:
Promenad nr 1	☐ 200 m	:	meter
Promenad nr 2	☐ 200 m	:	meter
Promenad nr 3	☐ 200 m	:	meter
Promenad nr 4	☐ 200 m	:	meter
Promenad nr 5	☐ 200 m	:	meter

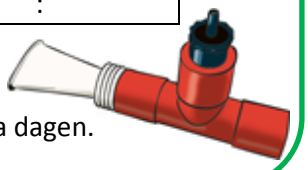


- ☐ Målet för dagen är att du ska sitta uppe i fåtölj vid två tillfällen i minst 4 timmar vardera.

	Mål för dagen	Mellan Klockslagen	Mellan Klockslagen
Uppesittande	☐ 4 tim	:	:
Uppesittande	☐ 4 tim	:	:

Andningsträning etc

- ☐ Andningsträna med din PEP ventil 10-15 andetag x 3, minst 1 ggr/tim under hela dagen.



När du ligger på rygg i sängen ska huvudändan vara i minst 45 graders vinkel. När du ligger på sidan ska huvudändan vara i minst 30 graders vinkel för att motverka att du får ned magsäcksinnehåll i luftstrupen och lungorna.

Skånes universitetssjukhus
En del av Region Skåne

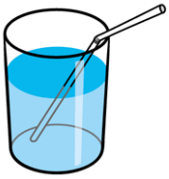
Dag 5 efter operation

- ☐ Kl 05 väcks du för blodprovstagning samt från kl 07 ska du sitta upp i sängen 90 grader i rygg.
- ☐ På morgonen sätter du på dig stödstrumpor och antihalkstrumpor. De kan tas av på kvällen.
- ☐ Dagens vikt tas.
- ☐ Fortsatt träning av Sondmatshantering så du kan genomföra det självständigt.
- ☐ Under dagen kommer du att få träna på att ge dig själv den blodförtunnande sprutan.

- ☐ Om kirurg godkänner trappas smärtlindringen ut via smärtpump och du kommer börja få ta långtidsverkande morfin-preparat istället.

Matintag

- ☐ Om kirurg godkänner får du börja dricka flytande först klara drycker, såsom svart kaffe, te, saft, äppeljuice och sedan under dagen flytande kost och näringsdrycker, max 1 liter. Du får samtidigt näring via nutritionsskatetern.
  (Om du inte haft några gaser ännu får du fortsätta dricka en medicinkopp (30ml) med vatten 1 ggr per timme.)



Middagsvila

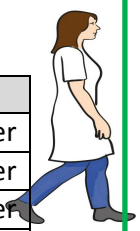
- ☐ Vanligtvis vid lunchtid infaller en lugn timme för dig att vila (ca kl 12,30-13,30).

Dietist

- ☐ Om möjligt kommer dietisten och informerar (vardag).

Fysisk aktivitet

- ☐ Ca klockan 08 kommer fysioterapeuten till dig för gångträning.
  Målet för dagen är att du ska komma upp och gå sex gånger (mer än 200 meter/ tillfälle).

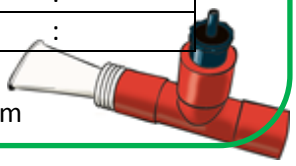


	Mål för dagen	Klockan	Jag promenerade:
Promenad nr 1	☐ 200 m	:	meter
Promenad nr 2	☐ 200 m	:	meter
Promenad nr 3	☐ 200 m	:	meter
Promenad nr 4	☐ 200 m	:	meter
Promenad nr 5	☐ 200 m	:	meter
Promenad nr 6	☐ 200 m	:	meter

- ☐ Målet för dagen är att du ska sitta uppe i fåtölj vid två tillfällen i minst 4 timmar vardera.

	Mål för dagen	Mellan Klockslagen	Mellan Klockslagen
Uppesittande	☐ 4 tim	:	:
Uppesittande	☐ 4 tim	:	:

Andningsträning etc



- ☐ För att andningsträna fortsätter du PEP träna 10-15 andetag x 3, minst 1 ggr/tim

När du ligger på rygg i sängen ska huvudändan vara i minst 45 graders vinkel. När du ligger på sidan ska huvudändan vara i minst 30 graders vinkel för att motverka att du får ned magsäcksinnehåll i luftstrupen och lungorna.

Skånes universitetssjukhus
En del av Region Skåne

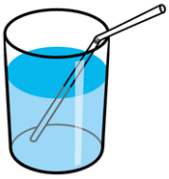
Dag 6 efter operation

- ☐ Kl 05 väcks du för blodprovstagning samt från kl 07 ska du sitta upp i sängen 90 grader i rygg.
- ☐ På morgonen sätter du på dig stödstrumpor och antihalkstrumpor. De kan tas av på kvällen.
- ☐ Dagens vikt tas.
- ☐ Fortsatt träning av Sondmatshantering så du kan genomföra det självständigt.
- ☐ Under dagen kommer du att få träna på att ge dig själv den blodförtunnande sprutan.

- ☐ Om smärtlindringen är god kan smärtpumpen tas bort. Du får ta morfin-preparat istället via mun eller nutritionskateter.

Matintag

- ☐ Om kirurg godkänner får du börja dricka allt flytande fritt. Du får samtidigt sondnäring via nutritionsskatetern.



Middagsvila

- ☐ Vanligtvis vid lunchtid infaller en lugn timme för dig att vila (ca kl 12,30-13,30).

Dietist

- ☐ Om möjligt kommer dietisten och informerar (vardag).

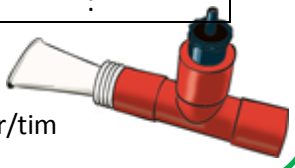
Fysisk aktivitet

- ☐ Ca klockan 08 kommer fysioterapeuten till dig för gångträning och kanske trappträning. Målet för dagen är att du ska komma upp och gå sex gånger (mer än 200 meter/ tillfälle).

	Mål för dagen	Klockan	Jag promenerade:
Promenad nr 1	☐ 200 m	:	meter
Promenad nr 2	☐ 200 m	:	meter
Promenad nr 3	☐ 200 m	:	meter
Promenad nr 4	☐ 200 m	:	meter
Promenad nr 5	☐ 200 m	:	meter
Promenad nr 6	☐ 200 m	:	meter

- ☐ Målet för dagen är att du ska sitta uppe i fåtölj vid två tillfällen i minst 4 timmar vardera.

	Mål för dagen	Mellan Klockslagen	Mellan Klockslagen
Uppesittande	☐ 4 tim	:	:
Uppesittande	☐ 4 tim	:	:



Andningsträning etc

- ☐ För att andningsträna fortsätter du PEP träna 10-15 andetag x 3, minst 1 ggr/tim

När du ligger på rygg i sängen ska huvudändan vara i minst 45 graders vinkel. När du ligger på sidan ska huvudändan vara i minst 30 graders vinkel för att motverka att du får ned magsäcksinnehåll i luftstrupen och lungorna.

Skånes universitetssjukhus
En del av Region Skåne

Dag 7 efter operation

- ☐ Kl 05 väcks du för blodprovstagning samt från kl 07 ska du sitta upp i sängen 90 grader i rygg.
- ☐ På morgonen sätter du på dig stödstrumpor och antihalkstrumpor. De kan tas av på kvällen.

- ☐ Dagens vikt tas.

- ☐ Smärtpumpen tas bort. Du får ta morfin-preparat istället via mun eller nutritionskateter.

Matintag

- ☐ Om kirurg godkänner får du börja äta mjuk kost (ex potatismos, fisk eller malet kött). Du får samtidigt näring via nutritionsskatetern på natten.

Middagsvila

- ☐ Vanligtvis vid lunchtid infaller en lugn timme för dig att vila (ca kl 12,30-13,30).

Dietist

- ☐ Om möjligt kommer dietisten och informerar (vardag).

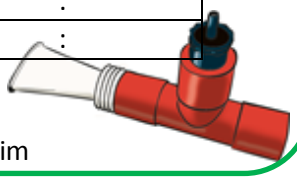
Fysisk aktivitet

- ☐ Ca klockan 08 kommer fysioterapeuten till dig för gångträning och kanske trappträning. Målet för dagen är att du ska komma upp och gå sex gånger (mer än 200 meter/ tillfälle).

	Mål för dagen	Klockan	Jag promenerade:
Promenad nr 1	☐ 200 m	:	meter
Promenad nr 2	☐ 200 m	:	meter
Promenad nr 3	☐ 200 m	:	meter
Promenad nr 4	☐ 200 m	:	meter
Promenad nr 5	☐ 200 m	:	meter
Promenad nr 6	☐ 200 m	:	meter

- ☐ Målet för dagen är att du ska sitta uppe i fåtölj vid två tillfällen i minst 4 timmar vardera.

	Mål för dagen	Mellan Klockslagen	Mellan Klockslagen
Uppesittande	☐ 4 tim	:	:
Uppesittande	☐ 4 tim	:	:



Andningsträning etc

- ☐ För att andningsträna fortsätter du PEP träna 10-15 andetag x 3, minst 1 ggr/tim

Planering inför Din hemgång

- ☐ Fortsatt träning av Sondmatshantering så du kan genomföra det självständigt
- ☐ Fortsatt träning av att ge dig själv den blodförtunnande Klexane-sprutan
- ☐ Planering inför din hemgång.

När du ligger på rygg i sängen ska huvudändan vara i minst 45 graders vinkel. När du ligger på sidan ska huvudändan vara i minst 30 graders vinkel för att motverka att du får ned magsäcksinnehåll i luftstrupen och lungorna.

Skånes universitetssjukhus
En del av Region Skåne

Dag 8 efter operation, samt dagarna därefter
Du skrivs ut om du mår tillräckligt bra samt att våra kriterier är uppfyllda.

- ☐ Kl 05 väcks du för blodprovstagning samt från kl 07 ska du sitta upp i sängen 90 grader i rygg.
- ☐ På morgonen sätter du på dig stödstrumpor och antihalkstrumpor. De kan tas av på kvällen.
- ☐ Dagens vikt tas.

- ☐ Smärtpumpen tas bort och Du får smärtstillande läkemedel via mun eller nutritionskateter.

Matintag

- ☐ Om kirurg godkänner får du börja äta mjuk kost (ex potatismos, fisk eller malet kött). Du får samtidigt näring via nutritionsskatetern på natten.
- ☐ Fortsatt träning av Sondmatshantering så du kan genomföra det självständigt

Middagsvila

- ☐ Vanligtvis vid lunchtid infaller en lugn timme för dig att vila (ca kl 12,30-13,30).

Dietist

- ☐ Om möjligt kommer dietisten och informerar (vardag).

Fysisk aktivitet

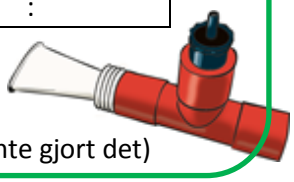
- ☐ Målet för dagen är att du ska komma upp och gå sex gånger (mer än 200 meter/ tillfälle).

	Mål för dagen	Klockan	Jag promenerade:
Promenad nr 1	☐ 200 m	:	meter
Promenad nr 2	☐ 200 m	:	meter
Promenad nr 3	☐ 200 m	:	meter
Promenad nr 4	☐ 200 m	:	meter
Promenad nr 5	☐ 200 m	:	meter
Promenad nr 6	☐ 200 m	:	meter

- ☐ Målet för dagen är att du ska sitta uppe i fåtölj vid två tillfällen i minst 4 timmar vardera.

	Mål för dagen	Mellan Klockslagen	Mellan Klockslagen
Uppesittande	☐ 4 tim	:	:
Uppesittande	☐ 4 tim	:	:

Andningsträning etc



- ☐ För att andningsträna fortsätter du PEP träna 10-15 andetag x 3, minst 1 ggr/tim
- ☐ Om alla dränage är borttagna, så kommer du att genomgå lungröntgen (om du inte gjort det)

Planering inför Din hemgång

- ☐ Fortsatt träning av Sondmatshantering så du kan genomföra det självständigt
- ☐ Fortsatt träning av att ge dig själv den blodförtunnande sprutan.

När du ligger på rygg i sängen ska huvudändan vara i minst 45 graders vinkel. När du ligger på sidan ska huvudändan vara i minst 30 graders vinkel för att motverka att du får ned magsäcksinnehåll i luftstrupen och lungorna.

Skånes universitetssjukhus
En del av Region Skåne

Utskrivningsdag

Du skrivs ut om du mår tillräckligt bra samt du har uppnått följande kriterier:

- ☐ Sondmat och sondmatspump kan du hantera självständigt.
- ☐ Blodförtunnande sprutan kan du nu ge dig själv.
- ☐ Dietisten har gett dig information om mat och sondnäring.
- ☐ Fysioterapeuten har gett dig råd om fortsatt fysisk aktivitet.
- ☐ Läkaren har haft ett utskrivningssamtal

Du får med dig hem följande:

- ☐ Recept samt läkemedelslista
- ☐ Sjukintyg
- ☐ Behandlingsmeddelande till distriktssköterska
- ☐ Omläggningsmaterial
- ☐ Sondmatsmaterial om så behövs

Du kommer bli kallad per brev till:

- ☐ Återbesök ca 1 månad efter utskrivning för genomgång av operationsresultat.

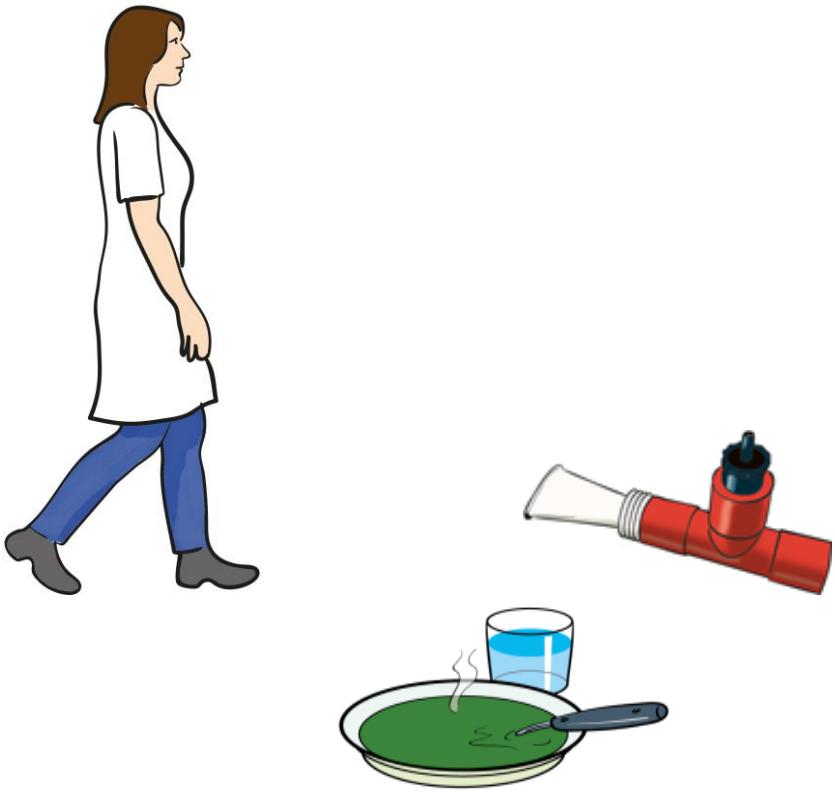
Du har möjlighet att få träffa kuratorn om så önskasinför din hemgång.

Vid frågor och funderingar vänligen kontakta vår:

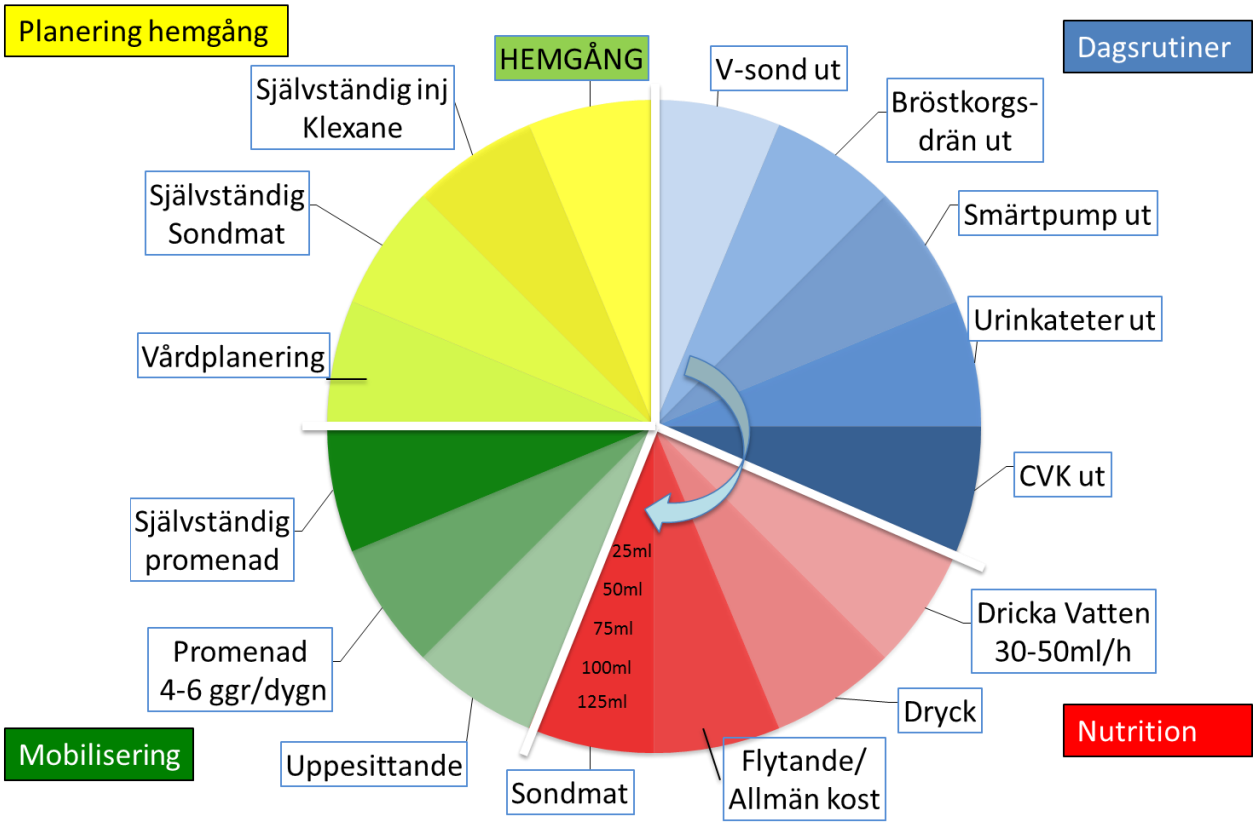
Kontaktsjuksköterska **på kirurg mottagningen (Övre Gastrointestinal kirurgi), på telefon nr 046 – 17 13 10.**

Kurators **telefon nr 046 – 17 17 47.**

Nutritionsteamet (Dietist och ssk) **som har hand om patienterna som går hem med sondmat. Telefon nr 046 – 17 21 43.**



Vår målsättning är att dessa bitar ska vara uppfyllda innan Din hemgång!



Skånes universitetssjukhus
En del av Region Skåne
Verksamhetsområde Kirurgi

Till dig som behandlas för cancer i matstrupen eller magsäcken

Innehåll:

1. Allmän information
2. Inför operation
3. Dag för dag på sjukhuset
4. Hemgång från sjukhuset
5. När du kommer hem

Ta gärna med denna mapp med information vid alla besök i sjukvården

Kontaktuppgifter

Kontaktsjuksköterska
Marie Larsson
Wenche Melander
Ingrid Palmgren
Maria Lithner (inskrivning inför op)
Kirurgens Öppenvårdsmottagning
Vardagar kl. 9-12. Telefon 046-171310.

Sekreterare
Christina Svensson
Telefon 046-17 77 29

Kurator
Jonas Johansson
Telefon 046-171747 (tel svarare finns)

Dietist
Nutritionsteamet, sjuksköterska och dietist (under tiden du har sondmat i hemmet)
Telefon 046-17 21 43 (tel svarare finns)

Dietist Nilla Persson (före operation samt när sondmat i hemmet är avslutad)
Telefon 046-17 36 60 (tel svarare finns)

Avdelning 14
Under tiden du är inlagd på sjukhuset
Telefon 046-172414

Till dig som fått diagnosen cancer i matstrupe eller magsäck

Den här informationen vänder sig till dig som ska behandlas för cancer i matstrupen eller magsäcken på kirurgiska kliniken i Lund. Var inte rädd för att fråga om du undrar över något som du inte får svar på här.

Att drabbas av cancer väcker oro hos de flesta, men vi är till för att hjälpa dig och dina närstående med det vi kan. Du kan kontakta både din sjuksköterska och din kurator för att få stöd under behandlingstiden.

Tala med din familj och dina vänner och låt dem gärna läsa denna information. Här finns beskrivningar av vård och behandlingar och vem man kan kontakta om man har frågor eller behöver stöd.

Inledande utredning

Utredning av misstänkt tumörsjukdom i matstrupe eller magsäck startar oftast med en *gastroskopi*. Det är en undersökning där läkaren för ned ett böjbart instrument med kamera i spetsen, via matstrupen ned till magsäcken. Man kan både se hur slemhinnan ser ut och ta vävnadsprover från den.
För att få veta mer om sjukdomens utbredning görs också en *skiktröntgen* av bröstkorg och buk.

Din utredning och behandling samordnas och planeras vid en konferens

För att kunna ge dig som patient bästa möjliga behandling diskuteras och bedöms dina undersökningssvar på en konferens där flera olika specialister deltar; *Kirurgläkaren* som ansvarar för gastroskopiundersökningar och eventuell operation. *Patolog* är läkaren som bedömer vävnadsprover och avgör om de visar cancer. *Röntgenläkaren* tolkar röntgenbilder. *Onkologläkaren* ansvarar för behandling med cytostatika och strålning. En *klinisk fysiolog* kan bedöma vissa funktionsundersökningar som ibland används vid utredning av matstrupscancer. *Kontaktsjuksköterskan* på Kirurgiska kliniken samordnar och planerar det som beslutats på konferensen angående din fortsatta vård.

Den bästa behandlingen för dig

Om undersökningarna visar att tumören bara kan ses i matstrupen/magsäcken eller precis i närheten används ofta en kombination av onkologisk behandling (strålbehandling och/eller cytostatika) och kirurgisk behandling (operation). När syftet är att bromsa sjukdomen används i första hand onkologisk behandling.

Din individuella vårdplan

Här nedan kan du se två vanliga förlopp när det gäller cancer i matstrupe eller magsäck. Ibland kan man behöva ytterligare utredningar för att kunna fatta beslut om den bästa behandlingen för dig. Om ditt förlopp därför ser lite annorlunda ut så skriver vi det på nästa sida, på rad 3.

1 Utredning → Konferens → Onkologisk behandling → Konferens → Operation

- ☐ Datortomografi/CT
- ☐ PET undersökning
- ☐ Gastroskopi
- ☐ ----------
- ☐ ----------

Läkarbesök

Behandlingsstart

Datum operation

---

2 Utredning → Konferens → Onkologisk behandling

- ☐ Datortomografi/CT
- ☐ PET undersökning
- ☐ Gastroskopi
- ☐ ----------
- ☐ ----------

Läkarbesök

Behandlingsstart

3

☐ ---------- ☐ ----------

☐ ---------- ☐ ----------

☐ ---------- ☐ ----------

All utredning och behandling som utförs dokumenteras i vårt nationella register för cancervård, vilket är ett krav som ställs på oss vårdgivare. Vi följer kontinuerligt upp våra resultat via registret för att kunna utveckla kvaliteten på vården och behandlingen vi ger.

Rökstopp och alkoholstopp inför behandlingen

Du kan själv påverka hur du mår under behandlingen och samtidigt minska riskerna och bieffekterna. Vår rekommendation är att du slutar helt med rökning och alkohol. Risken att få problem med hjärta, lungor och blodkärl minskar betydligt. Att minska rökningen gör ingen större skillnad utan man behöver sluta helt. Det går bra att använda nikotinpreparat som ersättning. Alkohol leder till ökade risker för infektioner, akuta hjärtproblem och blödningar. Om du har diabetes, högt blodtryck eller annan hjärtsjukdom är vinsterna med alkoholstopp ännu större.

Vi erbjuder dig professionellt stöd att genomföra dessa förändringar. Här skriver vi planen för dig när det gäller rökstopp/alkoholstopp:

Hur man kan äta bra inför behandlingen

Om du gått ner i vikt kan du ha nytta av några tips om hur man kan bromsa viktnedgången och försöka återfå några kilo. Du mår bättre under behandlingsperioden om du kan behålla ungefär din vanliga vikt.

Det är bra om du kan äta ofta under dagen, flera små måltider. Gärna tre huvudmål och 2-3 mellanmål.

Berika maten med extra fett och använd mjölkprodukter med minst 3% fetthalt och välj att ta smör på brödet och ost med hög fetthalt.

Det är bra att ta grädde i såsen och soppan. Man kan också berika grönsaker och potatis med en klick smör eller margarin.

Välj söta drycker som saft, juice eller mjölk i stället för vatten när du är törstig. Ta gärna socker eller sylt på gröten och filen för att öka mängden energi i maten. Söta efterrätter och mellanmål som kräm, fruktsoppa eller glass ger också extra energi.

Näringsdrycker ger dig ytterligare näring och kalorier. De smakar bäst om de dricks kalla direkt från kylskåpet eller med en isbit i. Näringsdrycker ersätter inte maten utan ska helst komplettera den som mellanmål.

Här nedan är planen för din näringstillförsel:

För dig som vill söka mer information

Cancerfonden www.cancerfonden.se

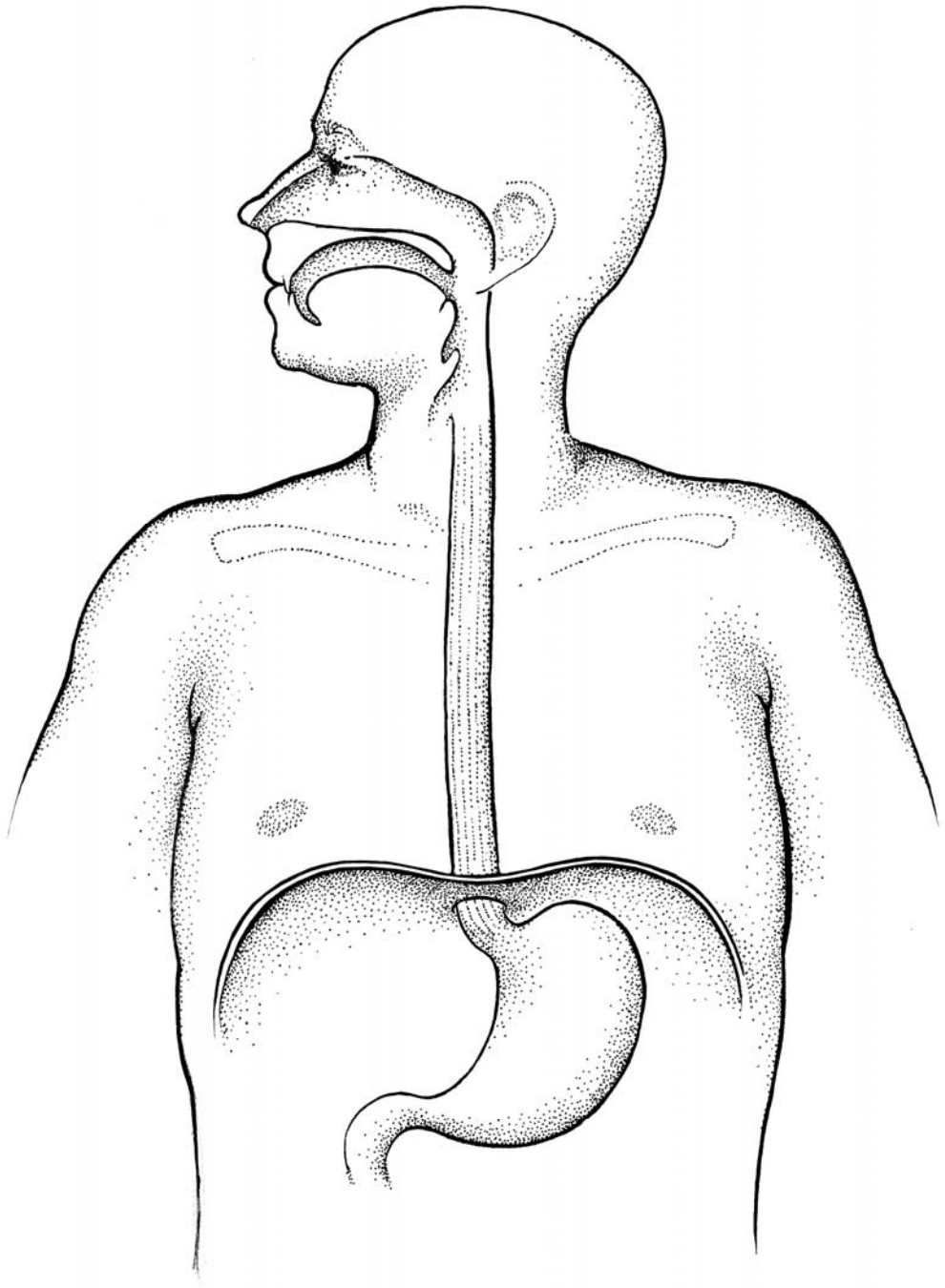
Lär från andra patienter och från forskningen
https://www.patientslikeme.com/

Nationellt vårdprogram - sök på Google:
Matstrups- och magsäckscancer - Beskrivning av standardiserat vårdförlopp
http://www.cancercentrum.se/Global/RCC%20Samverkan/Dokument/Miljardsatsningen/Standardiserade%20v%c3%a5rdf%c3%b6rlopp/stand_v%c3%a5rdf%c3%b6rlopp_matstrupe_mags%c3%a4ck_2015-01-19.pdf

Eller ladda ner appen: Cancervård

För dig som närstående: www.cancerkompisar.se

Här ritar läkaren hur du ser ut inuti



Inför din operation

Resultaten från din utredning har diskuterats på en konferens. Rekommendationen är att du ska genomgå en operation. Här får du veta vilka förberedelser som behövs inför den.

Undersökningar som görs inför inskrivningen

För att kunna genomföra operationen så säkert som möjligt behöver vi veta mer om dig. Därför kommer vi att ställa frågor och göra undersökningar som ska vara klara inför inskrivningen.

Vi behöver göra en ny *gastroskopi* för att bedöma hur tumören ser ut inför operationen. Vid det besöket får du datum och tid för inskrivningen.

Vi kommer att behöva ta *blodprover*. Du kan lämna blodproverna på din vårdcentral eller på Provtagningen på ditt närmaste sjukhus. Om du använder blodförtunnande medicin (t.ex. Waran eller Trombyl) så ska du berätta det för din läkare direkt.

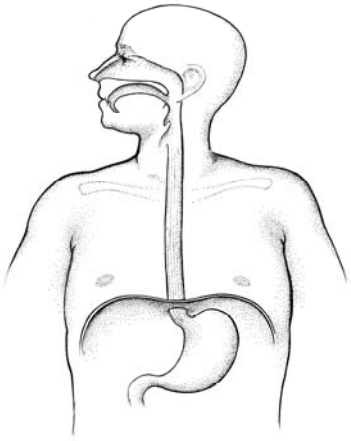
Vi undersöker ditt hjärta med *EKG*. Det sker på Fysiologiska kliniken, Hisshall A, plan 2 eller på ditt sjukhus eller vårdcentral hemma.

Viktigt med rökstopp och alkoholstopp inför operation

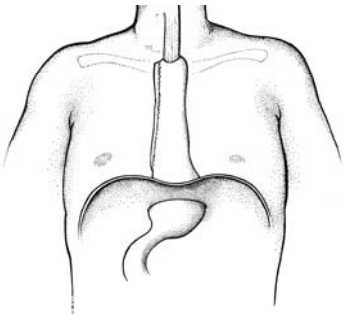
Vi vill upprepa informationen om rökning och alkohol då det har stor betydelse för hur det ska gå för dig under och efter din operation. Om man är helt rökfri 6 veckor före sin operation blir läkningen bättre och risken för sårinfektioner minskar. Risken att få problem med hjärta, lungor och blodkärl minskar också betydligt. Att röka mindre inför operation gör ingen större skillnad utan man behöver sluta helt. Det går bra att använda nikotinpreparat som ersättning.

Det är mycket viktigt att sluta helt med alkohol minst 4 veckor före operation eftersom alkohol leder till ökade risker för infektioner, akuta hjärtproblem och blödningar. Om du har diabetes, högt blodtryck eller annan hjärtsjukdom är vinsterna med alkoholstopp ännu större.

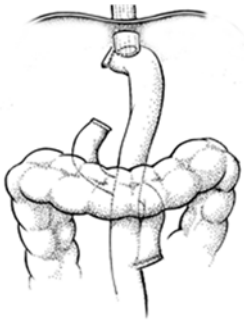
Så här planerar vi att operera dig



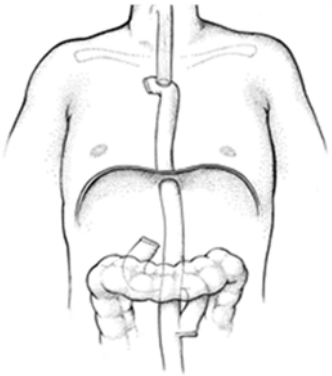
Före operation



Esophagektomi med ventrikeltubsrekonstruktion

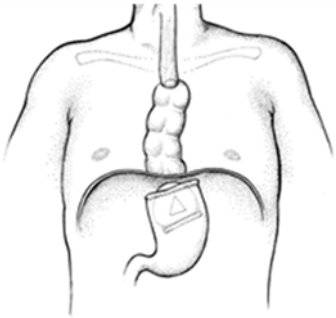


Total gastrektomi med en Roux-en-y rekonstruktion



Esophagogastrektomi med en Roux-en-y rekonstruktion (utvidgad total gastrektomi)

Ventrikel resektion - Billroth II



Esophagektomi med coloninterposition

Inskrivningsdagen

När dina undersökningar är klara kallas du till vår mottagning för inskrivning. Då får du träffa flera olika personer som hjälper dig att förbereda inför operationen och tiden efter den.

- *Kontaktsjuksköterskan* informerar om vad som händer på sjukhuset före och efter operationen.
- *Kirurgläkaren* informerar om vad som görs under själva operationen och vad som kan förväntas första tiden efteråt.
- *Narkosläkare* talar om smärtlindring och sövning.
- *Fysioterapeut* ger instruktioner om andningsträning och fysisk aktivitet efter operationen
- *Kuratorn* informerar om möjligheter till socialt och psykologiskt stöd.

Inskrivningen tar ca 4-5 timmar och sedan får du åka hem. Det kan bli stunder av väntan mellan olika samtal, så ta gärna med något att läsa eller lyssna på.

Inskrivningen sker på Kirurgens Öppenvårdsenhet, Hisshall B, våning 5.

Datum: Tid:

Inskrivning inför din operation

Förberedelse av tarmen

Vid inskrivningen ordinerar läkaren oftast Cilaxoral droppar att ta dagligen fram till operationen. Dessa ska minska risken att bli förstoppad inför operationen och göra det lättare för magen att komma igång efteråt.

Vårdprogrammet ERP för dig som ska operera matstrupen

Det har visat sig att patienter återhämtar sig fortare och bättre när de deltar i ett standardiserat vårdprogram. ERP (Enhanced Recovery Programme) består av många olika åtgärder som sammantaget ska hjälpa dig att uppleva mindre stress och obehag efter operationen. Det viktigaste för dig är att bli delaktig och aktiv i att sköta din nutrition och dina fysiska aktiviteter efter operationen.

Vid förra besöket fick du information om vad som ska hända dag för dag på sjukhuset i samband med operationen. Fokus är på vad du får dricka/äta och vilken träning du behöver varje dag du vistas på sjukhuset. Sedan kommer vi att repetera det standardiserade schemat varje morgon så att du vet vad som ska hända just den dagen.

Dagen före operation

Morgonen före operationsdagen ska du duscha och tvätta dig med en bakteriedödande tvättsvamp hemma. Den får du av oss. Undvik att få in tvål i ögon och öron. Efter helkroppstvätten använd ren handduk och ta på dig rena kläder. Ta bort eventuellt nagellack, smycken och piercing.

Klockan 18 kvällen före operation …….. kommer du till Kirurgen avdelning 14, hisshall A, våning 11. Där får du en sängplats och ett skåp att låsa in dina saker i, men lämna smycken och andra värdesaker hemma. Ta gärna med innetofflor och hygienartiklar. Du kan inte använda mobiltelefon under de första dagarna när du har enkelrum, i stället kan du få en telefon med sladd inkopplad.

Vi kommer att ge en spruta som förebygger blodproppar, ta nya blodprover, prova ut stödstrumpor och väga dig. Du får duscha en andra gång på samma sätt som på morgonen men nu även tvätta håret. Även nu ska du undvika tvål i ögon och öron. Du får äta och dricka som vanligt fram till midnatt och du får en extra näringsdryck inför operationen. Efter midnatt får du dricka enbart klara drycker som the, kaffe, äppeljuice och klar näringsdryck.

På operationsdagen och IVA

Dagen börjar med en tredje dusch, håret behöver inte tvättas. Klockan 7 på morgonen åker du i säng till en avdelning där du förbereds inför operationen, avdelningen kallas pre-op. Där blir du uppkopplad till hjärtövervakning och får en tunn slang inlagd i ett blodkärl på armen. De flesta får även en tunn slang inlagd långt ner på ryggen som ska användas till smärtlindring, en epidural kateter. Flera av slangarna sätts när du sover: kateter för urinen, slang via näsan till magsäcken, slang på magen för sondmat och en slang på halsen för att ge dropp. Eventuella slangar till lungsäcken sätts också medan du är sövd.

När operationen är klar vaknar du och flyttas till en intensivvårdsavdelning (IVA). Där stannar du ungefär ett dygn för övervakning och kontroll av smärtlindring innan du kommer tillbaka till avdelning 14.

Dina närstående kan kontakta IVA på telefon 046-171182. De kan också besöka dig dagtid kl 10-12 eller från kl 13.30 och fram till kvällen.

Hur lång tid på sjukhuset?

Varje person har olika förutsättningar så det är svårt att planera exakt hur många dagar du stannar på sjukhuset. Du behöver kunna sköta sondmaten och ge en spruta i benet för att förebygga proppar innan du är klar för hemgång. Om man följer ERP programmet dag för dag blir tiden på sjukhuset ca 8-12 dagar.

Åttonde dagen efter operation – planerad utskrivningsdag

(Om du skulle stanna kvar på sjukhuset kommer dagen se ungefär ut som den gör under den sjunde dagen)

Du skrivs ut om du mår tillräckligt bra och om du har uppnått detta:

- ☐ Själv kan hantera sondmat och pump.
- ☐ Själv kan ge dig den blodförtunnande sprutan.
- ☐ Dietisten har gett dig information om mat och sondnäring.
- ☐ Fysioterapeuten har gett råd om fortsatt fysisk aktivitet.
- ☐ Läkaren har haft ett utskrivningssamtal.

Du får följande med dig hem:

- ☐ Recept och läkemedelista.
- ☐ Utskrivningsmeddelande.
- ☐ Sjukintyg.
- ☐ Behandlingsmeddelande till Distriktssköterska.
- ☐ Omläggningsmaterial.
- ☐ Sondmatsmaterial om så behövs.

Du kommer bli kallad per brev till ett återbesök cirka 1 månad efter utskrivning.

Vid frågor vänligen kontakta:

Kontaktsjuksköterska på Kirurgens Öppenvårdsmottagning, vardagar kl. 9-12
Telefon 046-171310.

Dietist Kirurgiska kliniken
Telefon 046-172143

Kurator Kirurgiska kliniken
Telefon 046-171747.

Detta behöver jag komma ihåg när jag kommer hem:

När du kommer hem efter operation

När man kommer hem drabbas många av trötthet och nedstämdhet. Detta är ofta en reaktion på allt man har gått igenom och fullständigt naturligt. Dessa känslor går ofta över succesivt i takt med att du återhämtar dig. Passa på att måna om dig själv. Om du blir orolig eller undrar över något så ring din kontaktsjuksköterska. Det finns också möjlighet till råd och information från kuratorn och dietisten. Du kan själv kontakta dem eller be din sjuksköterska göra det. Här nedan följer information man kan ha nytta av under den första tiden hemma.

Mat

Operationen innebär att din magsäck och matstrupen ser annorlunda ut och inte heller fungerar på samma sätt som tidigare. Du kan inte äta lika mycket mat och känner dig snabbt mätt. Maten kan också smaka annorlunda än vad du är van vid. Ät därför mindre portioner med mer näringsrik mat och oftare.

Det är vanligt att man går ner i vikt efter operationen men det brukar stabilisera sig efter en tid. Genom att äta näringsrika mellanmål och tillsätta tex grädde smör i maten så kan man minska viktnedgången. De första månaderna är det bra att väga sig varje vecka. Det är bra att komplettera maten med receptfria vitamintillskott av typen multivitamin.

Du kommer troligen att fortsätta få sondmat i den tunna slangen på magen (jejunostomi kateter). Dietisten kommer att ge dig och dina närstående muntlig och skriftlig information om hur ni ska hantera det hemma.

Illamående och uppstötningar

En del patienter mår illa i samband med måltiderna. Detta kan bero på att rörelserna i mag-tarmkanalen är långsammare. Illamåendet förbättras ofta efter en tid.

Den övre magmunnen togs bort vid operationen och då kan magsyran backa upp i munhålan. För att förebygga risken att magsyran kommer ner i luftvägarna när du sover, ska du använda en sänggavelsförhöjning. Arbetsterapeuten i kommunen kan hjälpa till med detta. Du ska alltid ha minst 30 graders högre under huvudet jämfört med fötterna när du ligger ner.

Hur magen sköter sig

Efter operationen kan avföringsvanorna ändras. Det kan bero på att tarmen inte ”suger upp” lika mycket vätska och det kan ge lösare avföring. Tarmens rörelser kan också bli långsammare och kan leda till hårdare avföring. Besväras du av hård avföring kan du vid behov ta laxerande droppar. Diskutera med din läkare eller kontaktsjuksköterska vilka receptfria läkemedel som kan användas för dessa besvär. Avföringsvanorna stabiliseras vanligen efter några månader.

Smärta

Du kommer att få recept på smärtstillande läkemedel vid utskrivningen. Om du inte har så ont kan du minska ner mängden successivt. Smärtorna i magen avtar vanligen relativt snabbt medan de som även opererats via ryggen/flanken kan ha besvär av smärta och känna stelhet i detta område en längre tid.

Du kan köra bil igen när du slutat använda smärtstillande medicin och känner att du orkar koncentrera dig.

Sårläkning

Under lång tid efter operationen kan operationsområdet kännas konstigt. Det kan göra ont, hugga, sticka, bränna, krypa o.s.v. Det är normalt och en del i sårläkningsprocessen som kan vara i upp till ett år.

Om det finns stygn eller metallklips kvar när du går hem får du en remiss till distriktssköterskan som tar bort dem. De torra och läkta såren behöver inte läggas om. Undvik direkt solljus den första tiden eller använd stark solskyddsfaktor för att skydda området.

Träning påskyndar din återhämtning

Det är viktigt att komma igång med vardagsaktiviteter efter operationen. För att bygga upp konditionen och styrkan behöver du röra på dig varje dag. Välj aktiviteter du tycker mest om. Det kan vara promenader, cykling, stavgång, dans eller lätt jogging. Simning och vattengympa går också bra när såren är helt läkta.

De första 6-8 veckorna ska du undvika tyngre lyft, bukmuskelträning (t.ex. situps) och tung styrketräning p.g.a. risken för ärrbråck. Undvik även rörelser som framkallar smärta.

Psykosocialt stöd

Sjukdom innebär förändringar i livet både för dig som patient och för dig som närstående. Det kan medföra att du ställs inför nya och ovana situationer. Kurator kan då erbjuda socialt, psykologiskt och emotionellt stöd. Kuratorn kan även ge råd och stöd i kontakter med myndigheter samt information om samhällets resurser (se kontaktuppgifter under flik 1).

Uppföljning på Kirurgiska kliniken när du kommit hem

Det första planerade besöket görs ca 1 månad efter att du kommit hem. Då får du träffa en kirurgläkare och diskutera hur du haft det efter operationen och vad vävnadsproverna från operationen visade. Om det behövs någon vidare onkologisk behandling får du information om det.

När det gått 3 månader efter hemgång kontrollerar vi blodprover och du får genomgå en ny gastroskopi. Vid 6 månader och 1 år kontrollerar vi dina blodprover och du får träffa kirurgläkaren.

När ett år har gått efter din operation är det din husläkare som har huvudansvaret för din fortsatta uppföljning. Då kommer ni att följa upp hur det går med matvanorna och vikten, samt kontrollera vissa blodprover.

Vårdförlopp för dig som ska genomgå matstrupsoperation

Verksamhetsområde Kirurgi & Urologi

Dagen innan operationen

Du kommer till avdelning kl. 18 för inläggning.

Personalen kommer ta blodprover, blodtryck och puls för att se att allt ser bra ut innan operation.

Personalen kommer att mäta upp stödstrumpor som du kommer att använda tiden efter operationen.

Sent på kvällen, innan klockan 24, kommer du att få dricka en näringsdryck.

Innan du går och lägger dig duschar med en särskild duschsvamp.

Efter klockan 24 får du inte äta någon fast föda längre men det går bra att du dricker klara drycker fram till klockan 06:00 på operationsdagens morgon. Som klara drycker räknas svart kaffe, te, saft, äppeljuice samt vissa typer av klara näringsdrycker.

Operationsdagen

Innan operation

Du kommer att väckas cirka klockan 06:00 på morgonen av personalen för att återigen duscha, och du får därefter sätta på dig stödstrumporna.

Du får dricka klara drycker fram till kl. 06.00. Du erhåller även de mediciner som narkosläkare och kirurg kan ha ordinerat.

Klockan 07:00 rullas du liggande i säng från avdelning till pre-operativa avdelningen. Kirurgen kommer dit och hälsar på dig, och ritar ut operationsområdet. Därifrån rullas du in på operationsavdelningen. På operationsavdelningen får du din ryggbedövning och sedan sövs du.

Efter operation på intensivvårdsavdelning/postoperativ avdelning

Så snart du är ordentligt vaken vinklas din säng upp till 90 graders sittande och målet är att du ska sitta i fyra timmar. För att andningsträna kommer du varje timme andas i en så kallad PEP-ventil minst 10 x 3 andetag.

På kvällen tas stödstrumporna av och du sover utan dessa på natten.

Generellt för dagarna efter operationen

Daglig aktivitet

Varje morgon väcks du och du kommer upp och sitter i 90 graders vinkel i sängen en stund före du stiger upp.

Du kommer vägas dagligen.

På morgonen får du på dig stödstrumpor och antihalkstrumpor som sedan tas av till kvällen.

Smärtlindring

En smärtsköterska kommer varje dag och utvärderar samt eventuellt kompletterar din smärtlindring.

Vätske- och näringsintag

De första dagarna efter operation får du intravenöst dropp.

Under hela vårdförloppet kommer du att få näring via en tunntarmskateter. Ditt mat och -dryckintag kommer trappas upp enligt ett särskilt schema.

Mobilisering och andningsgymnastik

Du kommer att följa ett schema de kommande dagarna över såväl sittande som gångträning. Dessa mobiliseringsåtgärder trappas successivt upp dag för dag. Varje dag, med start redan dagen efter operationen, kommer fysioterapeuten till dig på morgonen för att gångträna. I början kommer du att gå i armkrok med en person var om din sida. Eterhand går du alltmer självständigt. Om du har använt dig av någon form av gånghjälpmedel är det bra att du har det med dig på operationsdagen.

Du kommer också att andningsträna varje vaken timme för att hålla dina lungor öppna. Du får instruktion i tekniken av fysioterapeuten.

När du ligger på rygg i sängen ska huvudändan alltid vara i minst 45 graders vinkel.
När du ligger på sidan ska huvudändan alltid vara i minst 30 graders vinkel.
Det här är för att motverka att magsäcksinnehåll kommer ned i luftstrupen och lungorna.

Första dagen efter operation

Mobilisering och andningsgymnastik

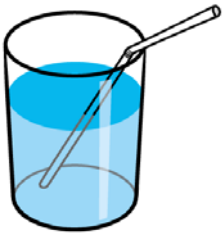
Du kommer att sitta uppe minst 4 timmar i sträck, antingen i fåtölj eller i fullt sittande position i sängen.

Du andningstränar varje timme du är vaken.

Målet för dagen är att du ska gå två promenader ca 25-50 meter/gång tillsammans med fysioterapeut och avdelningspersonal.

Vätskeintag

Efter kirurgens godkännande kommer du att till en början få dricka 30 ml vatten en gång i timmen.



Andra dagen efter operation

Mobilisering och andningsgymnastik

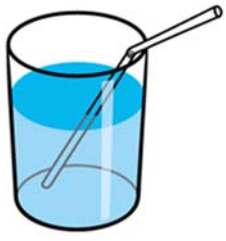
Du kommer hädanefter de följande dagarna sitta uppe minst 4 timmar i sträck vid två tillfällen under dagen vilket innebär totalt 8 timmar. Du sitter antingen i fåtölj eller fullt sittande position i säng.

Du fortsätter att andningsträna varje timme du är vaken.

Målet för dagen är att du ska gå tre promenader ca 50-100 meter/gång tillsammans med fysioterapeut och avdelningspersonal.

Vätskeintag

Du får dricka 30 ml klar dryck 1 gång/timme.



Tredje dagen efter operation

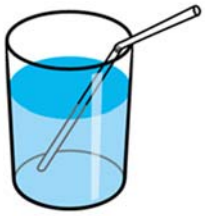
Mobilisering och andningsgymnastik

Du sitter uppe som dag två och fortsätter andningsträna.

Målet för dagen är att du ska gå fyra promenader ca 100-150 meter/gång tillsammans med fysioterapeut och avdelningspersonal.

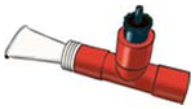
Vätskeintag

Du får fortsätta dricka 30 ml klar dryck 1 gång/timme.



Fjärde dagen efter operation

Mobilisering och andningsgymnastik

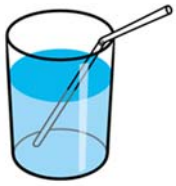


Du sitter uppe som dag två och fortsätter andningsträna.

Målet för dagen är att du ska gå fem promenader ca 200 meter/gång tillsammans med fysioterapeut och avdelningspersonal.

Vätskeintag

Om Du haft gasavgån får du nu börja dricka 50 ml klar dryck per timme. I annat fall fortsätter du dricka 30 ml klar dryck 1 gång per timme.



Utbildning i injektion och sondnäring

Sjuksköterskan kommer påbörja din utbildning i att lära dig att ge dig själv den blodförtunnande sprutan självständigt. Denna får du för att motverka blodproppar.

Sjuksköterskan kommer också att påbörja din utbildning i att lära dig hantera sondmaten och dess pump självständigt.

Femte dagen efter operation

Mobilisering och andningsgymnastik

Du sitter uppe som dag två och fortsätter andningsträna.

Målet för dagen är att du ska gå sex promenader ca 200 meter/gång tillsammans med fysioterapeut och avdelningspersonal. Du kommer att gå alltmer självständigt med mindre stöd. Om alla dränage är borttagna kommer du tillsammans med fysioterapeuten prova att gå i trappor.

Vätskeintag

Du får börja äta flytande kost max 1000 ml per dygn.

Smärtlindring

Om kirurgen godkänner kommer den epidurala smärtlindringen börja trappas ut och du kommer börja ta långtidsverkande morfin-preparat istället. Smärtsköterskan kommer som tidigare att utvärdera din smärtlindring under dagen.

Utbildning i injektion och sondnäring

Sjuksköterskan kommer fortsätta din utbildning i att lära dig att ge dig den blodförtunnande sprutan och hantera sondmaten och dess pump självständigt.

Sjätte dagen efter operation

Mobilisering och andningsgymnastik

Du sitter uppe som dag två och fortsätter andningsträna.

Målet för dagen är att du ska gå sex promenader som är längre än 200 meter/gång tillsammans med fysioterapeut och avdelningspersonal. Om allt går bra kommer du även att börja gå egna promenader. Om alla dränage är borttagna kommer du tillsammans med fysioterapeuten prova att gå i trappor.

Vätskeintag

Du får äta flytande kost utan begränsning.

Om möjligt kommer dietisten och informerar.

Smärtlindring

Om du är bra smärtlindrad med hjälp av morfinpreparat kommer den epidurala smärtlindringen tas bort.

Utbildning i injektion och sondnäring

Sjuksköterskan kommer fortsätta din utbildning i att lära dig att ge dig den blodförtunnande sprutan och hantera sondmaten och dess pump självständigt.

Sjunde dagen efter operation

Mobilisering och andningsgymnastik

Du sitter uppe som dag två och fortsätter andningsträna.

Målet för dagen är att du ska gå sex promenader som är längre än 200 meter/gång tillsammans med fysioterapeut och avdelningspersonal. Du kommer att gå alltmer självständigt. Om alla dränage är borttagna kommer du tillsammans med fysioterapeuten prova att gå i trappor.

Vätske- och näringsintag

Om kirurg godkänner får du nu börja äta mjuk kost, t.ex. potatismos, fisk eller malet kött. Om möjligt kommer dietisten och informerar.

Smärtlindring

Om du är bra smärtlindrad med hjälp av morfin-preparat kommer den epidurala smärtlindringen tas bort.

Utbildning i injektion och sondnäring

Sjuksköterskan kommer fortsätta din utbildning i att lära dig att ge dig den blodförtunnande sprutan och hantera sondmaten och dess pump självständigt.

Vi planerar nu inför din hemgång!

Åttonde dagen efter operation – planerad utskrivningsdag.

(Om du skulle stanna kvar på sjukhuset kommer dagen se ungefär ut som den gör under den sjunde dagen.)

Du skrivs ut om du mår tillräckligt bra samt du har uppnått följande kriterier:

- ☐ Sondmat och dess pump hanteras självständigt.
- ☐ Du kan ge dig den blodförtunnande sprutan självständigt.
- ☐ Dietisten har gett dig information om mat och sondnäring.
- ☐ Fysioterapeuten har gett råd om fortsatt fysisk aktivitet.
- ☐ Läkaren har haft ett utskrivningssamtal.

Du får följande med dig hem:

- ☐ Recept samt läkemedelista.
- ☐ Sjukintyg.
- ☐ Behandlingsmeddelande till Distriktssköterska.
- ☐ Omläggningsmaterial.
- ☐ Sondmatsmaterial om så behövs.

Du kommer bli kallad per brev till ett återbesök cirka 1 månad efter utskrivning.

Vid frågor vänligen kontakta:

Kontaktsjuksköterska på Kirurgens Öppenvårdsmottagning, vardagar kl. 9-12

Telefon 046-171310.

Dietist Kirurgiska kliniken

Telefon 046-172143

Kurator Kirurgiska kliniken

Telefon 046-171747.

Egna anteckningar

Ev. flödesschema med bilder från vår illustratör.