

Perioperativ handläggning av kolorektal cancer

Förändringar sedan föregående version
Korrigerat Alvedondosen. Förtydligat medicineringen under
Preoperativa mottagningen.

Sammanfattning

Rutin för perioperativ vård vid elektiv kirurgi för kolorektal cancer.

Innehållsförteckning

Sammanfattning	1
Bakgrund och syfte	3
Avgränsningar	3
Kirurgimottagningen.....	3
Preoperativa mottagningen.....	5
Förberedelser i hemmet	7
Operationsdagen - på operationsmottagningen	8
Operationsdagen – under operation Operation/Anestesi.....	8
Operationsdagen – efter operation UVA/Slutenvård.....	10
Postoperativ dag 1.....	11
Postoperativ dag 2	13
Postoperativ dag 3 – 5	14
Utskrivning	16
Källförteckning	18

Bakgrund och syfte

Syftet är att säkerställa bästa möjliga vård, optimera fysiologin för snabb återhämtning och uppnå goda långtidsresultat.

Avgränsningar

Detta vårdprogram gäller elektiva patienter som genomgår öppen eller laparoskopisk cancerkirurgi på kolon och rektum med okomplicerat vårdförlopp. CRS/HIPEC handläggs enligt [HIPEC - Cytoreduktiv kirurgi med hypertermisk intraperitoneal cytostatika](#). Lambå handläggs enligt [Lambåkirurgi vid avancerad bäckenkirurgi; pre-, peri- och postoperativt omhändertagande](#).

Kirurgimottagningen

Inför besök 1

Om **koloskopi** inger misstanke om kolorektal cancer får patienten omgående muntlig och skriftlig information om fortsatt utredning inom det standardiserade vårdförloppet (SVF).

Endoskopimottagningen meddelar SVF-koordinator på Kirurgimottagning 1 via fax.

SVF-koordinator

- Beställer röntgenundersökningar:
 - DT buk + DT thorax (koloncancer)
 - MR buk + DT thorax (rektalcancer)
 - Vid ofullständig koloskopi: DT kolon för att säkerställa clean colon avseende synkrona tumörer
- Beställer venös provtagning inför besök 1: HB (+ HbA1c hos diabetiker som medicinerar med tabletter eller insulin)
- Bokar besök 1
- Anmäler till nästkommande MDK efter besök 1

Under besök 1

Kirurg

- Auskultation **hjärta och lungor**

- **Anorektal undersökning** inkl. rektoskopi vid rektalcancer och sigmoideumcancer. Vid rektaltumör noteras tumörnivå. Biopsi tas om detta ej är gjort eller om tidigare biopsi inte visat cancer. Vid palpabel tumör anges om tumören är mobil eller ej. Sfinkterfunktion värderas. Syftet med rektoskopi vid sigmoideumtumör är att utesluta att tumören sitter i rektum
- Funktionsnivå enligt **ECOG/WHO** (>64 år även bedömning av skörhet, **CFS**). Anges förutom i Melior även i Orbit vid operationsanmälan
- Vid behov av **preoperativ optimering**: Remiss till kardiolog, lungmedicin, anestesi etc
- **Remiss till diabetesmottagningen** om HbA1c >52 (DM typ 1) resp >48 (DM typ 2) Informera om extra noggrann sockerkontroll fram till operation
- **Barnönskan** hos fertila: Kontakt med Reproduktionsmedicin vid behov
- **Polyp** (potentiell men ej säkerställd cancer): Remiss till GEA (ESD/EMR?) Gastroenterolog tar fallet vidare till polypkonferens vid behov
- **dMMR/MSI** <65 år: Ring Cancergenetiska mottagningen för pre op Lynch-utredning (snabbspår)
- Kort information om vad **stomi** innebär i de fall det kan bli aktuellt
- **Överväg inklusion i aktuella studier**
- Vid **Hb <110** ordineras järn intravenöst (*Ferrinjekt/Monofer* 1 g alt 1,5 g beroende på vikt)
- Journalanteckningen skall innefatta hereditet, tidigare sjukdomar, medicinering, aktuellt status, funktionsgrad samt preliminär behandlingsrekommendation
- Eventuell operationsanmälan skrivs, förutsatt att alla avgörande undersökningar är klara

Kontaktsjuksköterska

- **Blodtryck, puls och saturation**
- **Längd och vikt**
- **Preoperativt nutritionsstatus** Kontaktsjuksköterska gör en riskbedömning för undernäring samt åtgärddar utifrån resultat enligt [Preoperativ nutrition vid kolorektal cancer, analcancer och appendixcancer och vid CRS, HIPEC](#)
- **Rökning och alkoholvanor** Alkoholarens samt rökstopp inför operation! SOB *Rök- och alkoholfri före och efter operation* samt informationsbroschyr *Tobaksfri i samband med operation*
- **Samtalsstöd** Information om möjlighet till samtalsstöd med kurator. Lämna vid behov ut kontaktuppgift samt broschyr Information & Samtalsstöd
- Information om **förväntat vårdförlopp samt optimering** inför operation. Genomgång av Min Vårdplan. Rekommendera fysisk aktivitet dagligen fram till op utifrån individuell förmåga

Efter besök 1

Kontaktsjuksköterska

- Kontaktsjuksköterska återkopplar MDK-beslut till patienten efter överenskommelse med patientansvarig läkare

Medicinsk sekreterare

- Efter operationsanmälan: Bokning av provtagning inför preoperativt mottagningsbesök: PK, APTT, TPK, elstatus, blodgruppering, CEA, Hb, albumin

Preoperativa mottagningen

Undersköterska

- **Blodtryck och puls**, om tidigare mätning är äldre än 3 månader

- Delar ut **SOB NEMO**, digitalt eller i pappersform

Sjuksköterska

- Efterhör hur **rökstopp och alkoholkarens** fungerat hemma
- Informerar om **patientens egenansvar** för återhämtning, utskrivningskriterier och planerad utskrivningsdag
- **Följande skickas med patienten hem:**
 - **Vid rektal laxering:** 2 st *Klyx* 120 ml
 - **Vid oral laxering:** *Plenvu* Dos 1 och Dos 2 enligt [Tarmförberedelser](#) samt T. *Neomycin* 1g x 2 (1g morgon och 1g kväll) och T. *Metronidazol* 1g x 2 (1g morgon och 1g kväll), ska tas dagen före operationen som utökad antibiotikaproylax
 - 3 st preoperativ dryck (ej till diabetiker)
 - 1 st *Innohep* 4500 IE alt. *Fragmin* 5000 IE

Kirurg

- Kort sammanfattande inskrivningsanteckning. Oftast räcker det att hänvisa till befintlig mottagningsanteckning. Fokusera på sådant som tillkommit sedan mottagningsbesöket. Finns några hinder för planerad operation?
- Informerar om **patientens egenansvar** för återhämtning, utskrivningskriterier och planerad utskrivningsdag
- Ordinerar läkemedel. Använd rätt läkemedelsmall utifrån planerat ingrepp!

Narkosläkare

- **Narkosbedömning** samt information om planerad anestesi

Stomiterapeut

- Information om vad det innebär att leva med stomi
- Stomimarkering (registreras i Orbit)
- Patienten instrueras om och får träna på att byta stomibandage
- Pedagogiska verktyg delas ut: stomifilmen, patientbroschyr, preoperativt stomiträningskit, samt irrigationsbroschyr vid behov.

Förberedelser i hemmet

Laxering

- **Rektumresektion/vänstersidig kolonresektion/sigmoideumresektion med anastomos**
 - *Plenvu* dos 1 och 2 dagen innan operation tillsammans med utökad antibiotikaprofylax per oralt, enligt [Tarmförberedelser](#)
- **Rektumamputation eller rektumresektion/vänstersidig kolonresektion/sigmoideumresektion med kolostomi, eller kolektomi med IRA/ISA/ileostomi**
 - Ett *Klyx* 120 ml på kvällen innan operationen samt ett *Klyx 120 ml* på operationsdagens morgon innan kl. 06
- **Högersidig kolonresektion**
 - Ingen laxering

Nutrition

- **Vid oral laxering:** Följ PM gällande fast föda. Klara drycker är tillåtna fram till två timmar innan operation. Patienten ska dricka 2 st 200 ml preoperativ dryck från kl. 14 dagen innan operation och 1 st preoperativ dryck på operationsdagens morgon vid uppvaknandet. Diabetiker ska inte dricka preoperativ dryck

- **Om ej oral laxering:** Fast föda får intas fram till midnatt. Klara drycker är tillåtna fram till två timmar innan operationen. Patienten ska dricka 2 st 200 ml preoperativ dryck från kl. 14 dagen innan operation och 1 st preoperativ dryck på operationsdagens morgon vid uppvaknandet. Diabetiker ska inte dricka preoperativ dryck

Trombosprofylax

- *Innohep* 4500 IE alt. *Fragmin* 5000 IE s.c från kvällen före operation till 28 dagar efter operation

Rengöring

- Patienten duschar med vanlig duschtvål kvällen före operation samt på operationsdagens morgon

Operationsdagen - på operationsmottagningen

Premedicinering

- *T. Postafen* 25 mg

Vätskebehandling/Infusion

- I normalfallet ges ingen parenteral vätska

Operationsdagen – under operation Operation/Anestesi

Antibiotikaprofylax

- *Eusaprim* 10 ml i.v och *Metronidazol* 1,5 g i.v. ges vid anestesistart
- Extrados *Eusaprim* 10 ml i.v. ges klockan 15 om operationen fortfarande pågår då

Smärtlindring

- **Om det inte görs någon tarmanastomos** ges *Dynastat* 40 mg i.v 45 min innan avslutad operation till alla patienter, därefter 20 mg i.v var 6:e timme i två ytterligare doser. Observera kontraindikationer enligt FASS! *Dynastat* signeras i Melior.
- *Paracetamol* 1 g i.v och *Catapresan* 75 µg i.v 45 min före operationsslut, ges rutinmässigt om inte kontraindikation föreligger
- **Minimalinvasiv kirurgi**
 - **Morfinspinal** (vid rektumamputation eventuellt EDA)
 - **Lokalanestesi.** Vid portsättning samt vid minilaparotomi (ex Pfannenstiel-snitt) injiceras 20 ml *Marcaïn-adrenalin* 2,5 mg/ml sc. Vid avslutad operation injiceras ytterligare totalt 30 ml *Marcaïn-adrenalin* 2,5 mg/ml sc vid samtliga operationssår
- **Öppen kirurgi**
 - **EDA**
 - **Lokalanestesi.** Vid öppen operation injiceras 20 ml *Ropivacain* 7,5 mg/ml lokalt s.c vid hudförslutningen. Max 3 mg/kg kroppsvikt. OBS viktigt att ta hänsyn till given dos i EDA

Drän

- Passiva drän i bukhålan skall inte användas rutinmässigt utan bara efter noggrant övervägande. Aktivt drän (med sug) kan övervägas vid rektumamputation.

Urinkateter

- I första hand KAD. Hematurikateter peroperativt vid rektumamputation byts till vanlig KAD innan väckning
- Cystofix kan övervägas i utvalda fall

V-sond

- Endast undantagsvis behöver patienten ventrikelsond postoperativt

Steriltvätt

- Vid rektumamputation spritas och försluts anus i samband med att hematurikateter sätts.

Operationsdagen – efter operation UVA/Slutenvård

Smärtlindring

- T. *Alvedon* 1 g på kvällen till **alla** patienter
- Patienter som genomgår öppen kirurgi får som regel EDA (se [Epiduralsmärtlindring](#))
- Om patienten inte har EDA ges T Targiniq 10 mg på kvällen, förutom vid minimalinvasiv kolonkirurgi då dosen är 5 mg.
- Operation **utan** anastomos: *Dynastat* 20 mg i.v ges 6 h efter första dos (vilken är given under operation). Därefter 20 mg efter ytterligare 6 h. Observera kontraindikationer enligt FASS! *Dynastat* signeras i Melior.

Elimination

- Dygnsdiures mäts
- Dygnsdiures ned till 800 ml accepteras vid normal njurfunktion
- K. *Magnesiumoxid* APL 500 mg, 2 kapslar på kvällen till alla med kolon kvar

Nutrition

- Klar dryck 2 timmar efter operation. Därefter får patienten äta.
- Patienten skall dricka >1 liter, inklusive 2 st näringsdryck. Diabetiker får näringsdrycken *Diben Drink*

- Intravenös vätska restriktivt och endast vid behov (som regel max 500 ml)

Mobilisering

- Sitta i fätölj, sitta på sängkanten och stå i sammanlagt två timmar
- Rektumamputerade skall använda sittring

Trombosprofilax

- *Innohep* 4500 IE alt *Fragmin* 5000 IE s.c 6 timmar efter operationen

Postoperativ dag 1

Smärtlindring

- *Alvedon* 1g x 3 till alla
- Patienter som genomgår öppen kirurgi får som regel EDA (se [Epiduralsmärtlindring](#))
 - Operation **med** anastomos: Om patienten inte har EDA ges T. *Targiniq* 10 mg 1 x 2 förutom vid minimalinvasiv kolonkirurgi då dosen är 5 mg 1 x 2.
 - Operation **utan** anastomos: T. *Arcoxia* 90 mg 1 x 1.
Vid öppen kirurgi ges T. *Targiniq* 10 mg 1 x 2 om patienten inte har EDA
 - Vid minimalinvasiv kirurgi utan anastomos ges alltså ingen *Targiniq*

Elimination

- Dygnsdiures mäts
- Dygnsdiures ned till 800 ml accepteras vid normal njurfunktion
- Vid EDA-behandling ska KAD/Cystofix kvarstå under hela behandlingen
- Om ej EDA avvecklas KAD dag 1 vid kolonkirurgi
- Blåsövervakning efter KAD enligt Vårdhandboken

- Vid urinretention efter KAD avveckling - följ Vårdhandbokens rekommendationer
- Kapsel *Magnesiumoxid* APL 500 mg 2 x 2 dagligen till alla med kolon kvar

Dränage

- Passivt drän: Följ daglig volym i ml, avveckla om dygnsvolym är <200 ml om inget annat framgår i operationsberättelsen
- Aktivt drän: Följ daglig volym i ml, avveckla om dygnsvolym är <30 ml om inget annat framgår i operationsberättelsen

Lab-prover

- CRP och Hb på alla
- Kreatinin kontrolleras på patient som fått förlängd NSAID-medicinering

Vikt

Daglig vikt tills medicinskt färdig. Vid viktuppgång >2 kg, överväg Inj. Furix 20 mg i.v

Checklista

Checklista och patientloggbok/SOB NEMO fylls i

Nutrition

Fritt intag av mat och dryck. 3 x 200 ml näringsdryck. Diabetiker får näringsdrycken *Diben Drink*.

Dropp avslutas kl. 6 om inte medicinskt motiverat.

Stomi

Inspektion av knopp: färg, blödning och storlek. Inspektion av bandage. Träning x 3 dagligen, se [Stomiträning, undervisning och program för individuellt anpassad stomiträning](#). Vid Brickerdeviation, se rutin [Brickerdeviation](#).

Mobilisering

Uppre ur säng 6 - 8 timmar per dygn inklusive gångträning, 1 - 2 timmar i taget. Äta i matsalen. Rektumamputerade skall använda sittring

Trombosprofylax

Innohep 4500 IE alt *Fragmin* 5000 IE s.c. Patienten tränar på att sticka sig själv från dag 1

Postoperativ dag 2

Smärtlindring:

- *Alvedon* 1g x 3 till alla
- EDA avvecklas postoperativ dag 2 vid kolonkirurgi
 - Operation **med** anastomos: Om patienten inte har EDA, eller om behandlingen avslutas, ges T *Targiniq* 10 mg 1 x 2, förutom vid minimalinvasiv kolonkirurgi då dosen är 5 mg 1 x 2.
 - Operation **utan** anastomos: T *Arcoxia* 90 mg 1 x 1. **Vid öppen kirurgi** ges T *Targiniq* 10 mg 1 x 2 om patienten inte har EDA eller om behandlingen avslutas
 - Vid minimalinvasiv kirurgi utan anastomos ges alltså ingen *Targiniq*

Elimination:

- KAD avvecklas i samband med EDA-avveckling för kolonkirurgi
- Om ej EDA avvecklas KAD dag 2 vid rektumkirurgi
- Blåsövervakning efter KAD enligt Vårdhandboken
- Vid urinretention efter KAD-avveckling - följ Vårdhandbokens rekommendationer
- Vid laparoskopisk kirurgi med cystofix: stäng cystofix på prov vid lunch

- Kapsel *Magnesiumoxid APL* 500 mg 2 x 2 dagligen till alla med kolon kvar

Lab-prover

- CRP och Hb på alla.
- Kreatinin kontrolleras på patient som fått förlängd NSAID-medicinering

Vikt

Daglig vikt tills medicinskt färdig. Vid viktuppgång >2 kg överväg Inj *Furix* 20 mg i.v

Checklista

Checklista och patientloggbok/SOB NEMO fylls i

Nutrition

Fritt intag av mat och dryck. 3 x 200 ml näringsdryck. Diabetiker får näringsdrycken *Diben Drink*.

Stomi

Inspektion av knapp: färg, blödning och storlek. Inspektion av bandage. Träning x 3 dagligen, se [Stomiträning, undervisning och program för individuellt anpassad stomiträning](#). Vid Brickerdeviation, se rutin [Brickerdeviation](#).

Mobilisering

Uppe ur säng 6 - 8 timmar per dygn inklusive gångträning, 1 - 2 timmar i taget. Äta i matsalen. Rektumamputerade skall använda sittring.

Postoperativ dag 3 – 5

Smärtlindring

- *Alvedon* 1g x 3 till alla
- EDA avvecklas postoperativ dag 3 vid rektumkirurgi
 - Operation **med** anastomos: Om patienten inte har EDA eller om behandlingen avslutas, ges T.

Targiniq 10 mg 1 x 2, förutom vid minimalinvasiv kolonkirurgi då dosen är 5 mg 1 x 2.

- Operation **utan** anastomos: T. Arcoxia 90 mg 1 x 1.
Vid öppen kirurgi ges T. Targiniq 10 mg 1 x 2 om patienten inte har EDA, eller om behandlingen avslutas
- Vid minimalinvasiv kirurgi utan anastomos ges alltså ingen Targiniq

Elimination

- KAD avvecklas i samband med EDA-avveckling för rektumkirurgi
- Kapsel *Magnesiumoxid* APL 500 mg 2x2 dagligen till alla utom de med ileostomi

Lab-prover

- CRP och Hb endast efter läkarordination
- Kreatinin kontrolleras på de patienter som fått förlängd NSAID-medicinering

Vikt

Daglig vikt tills medicinskt färdig. Vid viktuppgång >2 kg överväg Inj *Furix* 20 mg i.v

Checklista

Checklista och patientloggbok/SOB NEMO fylls i

Nutrition

Fritt intag av mat och dryck. 3 x 200 ml näringsdryck. Diabetiker får näringsdrycken *Diben Drink*.

Stomi

Inspektion av knapp: färg, blödning och storlek. Inspektion av bandage. Träning x 3 dagligen, se [Stomiträning, undervisning och program för individuellt anpassad stomiträning](#). Vid Brickerdeviation, se rutin [Brickerdeviation](#).

Mobilisering

Uppe ur säng 6 - 8 timmar per dygn inklusive gångträning, 1 - 2 timmar i taget. Äta i matsalen. Rektumamputerade skall använda sittring.

Utskrivning

Utskrivningskriterier

- Kan äta och dricka
- Haft gas- eller fecesavgång
- Väl smärtlindrad
- Mobiliserad
- Kan sköta eventuell stomi
- Ingen komplikation som kräver sjukhusvård

När dessa kriterier är uppfyllda skrivs patienten ut till hemmet alternativt färdigmarkeras i SAMSA mot kommunen. **Ev överflytt till hemsjukhus kan ske tidigare.**

Förbered detta dagen innan planerad hemgång:

- Recept på analgetika och eventuell laxantia eller *Dimor*
- Muntlig och skriftlig info om vätskeersättning enligt tarmsviktscentrums recept till patienter som fått avlastande loop-ileostomi
- Sjukskrivning
- Vård- och läkemedelsberättelse. Skall även skrivas inför helger för att underlätta utskrivning då
- DSK-remiss för tagning av suturer/agraffer: 10 dagar på buken, 14 dagar perianalt
- Stomiterapeut förskriver stomimaterial och patienten får med material för en vecka från avdelningen. Patient med ileostomi/loopileostomi får broschyren ”*Kost, dryck och egenvård till dig med en stomi på tunntarmen*”

Medicinsk sekreterare

- Planerar in postoperativt återbesök 4 veckor efter operation

- Planerar in uppföljning av kontaktsjuksköterska 3 – 5 dagar efter hemgång
- Planerar in uppföljning av stomiterapeut cirka 14 dagar efter hemgång

Skickas med vid utskrivning:

- Injektion trombosprofylax för kvarvarande dagar
- Instruktionsbroschyr för injektion trombosprofylax
- Vård- och läkemedelsberättelse
- DSK-remiss för sutur-/agrafftagning
- Hänvisning till kontakt med kirurgimottagning
1/kontaktsjuksköterska via Min Vårdplan 1177.se
- Stomimaterial i aktuella fall (se ovan)

Arbetsgrupp

Dan Asplund, Sektionschef Kolorektalsektionen, verksamhet Kirurgi Östra, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

David Ljungman, Överläkare, verksamhet Kirurgi Östra, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Maria Hermanson, Specialistläkare, verksamhet Kirurgi Östra, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Charlotta Larsson, Överläkare, verksamhet Kirurgi Östra, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Elaine Sandén, Enhetschef Öppenvården, verksamhet Kirurgi Östra, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Anna Persson, Stomiterapeut, verksamhet Kirurgi Östra, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Malin Jademan, Kontaktsjuksköterska och Operationskoordinator, verksamhet Kirurgi Östra, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Emma Isaksson, Kontaktsjuksköterska, verksamhet Kirurgi Östra, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Anna Wallroth, Vårdenhetschef avdelning 351, verksamhet Kirurgi
Östra, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Malin Nyberg, Sektionsledare avdelning 351, verksamhet Kirurgi
Östra, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Sanna Iskrenovic, TF Vårdenhetschef, verksamhet Kirurgi Östra,
Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Monica Silebäck, Avancerad specialistsjuksköterska, verksamhet
Kirurgi Östra, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Nicke Antonov, Avancerad specialistsjuksköterska, verksamhet Kirurgi
Östra, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Randolph Schnorbus, Sektionschef, verksamhet AnOpIVA Östra,
Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Therese Garthman, Verksamhetsutvecklare, verksamhet Kirurgi Östra,
Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Källförteckning

Gustafsson et al. Guidelines for Perioperative care in Elective Colorectal surgery:
ERAS Society Recommendation: 2019 Mar 43 (3) 659-695 World Journal of
Surgery.

Varadan et al. The enhanced recovery after surgery (ERAS) pathway for patients
undergoing major elective open colorectal surgery: a meta-analysis of
randomized controlled trials. Clin Nutr. 2010 Aug;29(4): 434-40.

Rahbari et al. Meta-analysis of standard, restrictive and supplemental fluid
administration in colorectal surgery. Br J Surg. 2009; 96(4): 331-41.

Svensk Förening för Anestesi och Intensivvårds nationella riktlinjer.

Koskenvuo L, Lunkka P, Varpe P, et al. Morbidity After Mechanical Bowel
Preparation and Oral Antibiotics Prior to Rectal Resection: The MOBILE2
Randomized Clinical Trial. JAMA Surg. Published online March 20, 2024.

Frontzas, M.; Michalopoulou, V.; Georgiou, G.; Kanata, D.; Matiatou, M.;
Kimpizi, D.; Matthaïou, G.; Spiliotopoulos, S.; Vouros, D.; Toutouzas, K.G.; et al.
The Impact of Mechanical Bowel Preparation and Oral Antibiotics in Colorectal

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Cancer Surgery (MECCA Study): A Prospective Randomized Clinical Trial. J. Clin. Med. 2024, 13, 1162.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Verksamhet Kirurgi Östra, Verksamhet Anestesi
Operation IVA Östra

Innehållsansvar: Dan Asplund, (danas), Sektionschef

Granskad av: Thérèse Garthman, (thrga1),
Verksamhetsutvecklare

Godkänd av: Malin Ragnmark Ek, (malek3), Verksamhetschef

Dokument-ID: SU9785-1904528390-404

Version: 3.0

Giltig från: 2025-09-04

Giltig till: 2027-09-01