



Nationella föreningen för  
SJUKSKÖTERSKOR  
I KIRURGISK VÅRD



SJUKSKÖTERSKOR  
I CANCERVÅRD

Stockholm 2024-03-26  
Svensk sjuksköterskeförenings diarienummer: 12/23/24

## Remissvar Nationellt vårdprogram matstrups-och magsäckscancer

### 3. Mål med vårdprogrammet

I kapitel 2.1 framkommer att många läsare är patienter och närstående. Trots detta nämns inte nytta för patienten i kapitel 3, mål med vårdprogrammet.

### Kapitel 4. Bakgrund och orsaker

*Rökning och hög alkoholkonsumtion, särskilt i kombination, ökar risken för skivepitelcancer i esofagus (+++).* Innebär det att fler patienter som diagnostiseras med esofagus cancer röker och dricker (jämfört med andra diagnosgrupper)? Är det således fler som behöver rök- och alkoholavvänjning innan operation eller att det är särskilt viktigt för denna patientgrupp (vilket i sådana fall kunde förtydligas i senare kapitel). Detta preventiva arbete påverkar även verksamheten och organisationen i form av resurser.

Det nämns att alla verksamheter inom hälso- och sjukvården bör kunna hantera frågor som gäller levnadsvanor, men det nämns inte i vilket syfte. Är det generellt inför behandling (vilket nämns senare i egenvårdskapitlet) för att förebygga komplikation och främja läkning eller är det för att förebygga recidiv i denna patientgrupp?

### Kapitel 7.1

*Behandling av tumörer i esofagus och ventrikel kan vara mycket påfrestande varför man noggrant bör utreda patientens fysiska förutsättningar.* Till denna mening saknas referenser. Här behövs förtydligande om vad som är påfrestande och vem i vårdkedjan som ska definieras om det är för påfrestande för just denna patient. På vilket sätt bör patientens fysiska förutsättningar utredas, bedömas och värderas? Bedömning av patientens fysiska status beskrivs senare i vårdprogrammet i annat kapitel.

På vilken nivå i vårdkedjan ska dessa bedömningar göras?

Om biopsin visar makroskopisk tumör, ska ev. begränsade fysiska förutsättningar göra att patienten inte remitteras till utredande specialitet (såsom beskrivs ska ske enligt kapitel 6.2)? Finns det något sätt att optimera patienten? Beskrivs senare i vårdprogrammet, men saknas här alt. önskas en hänvisning till var det står i vårdprogrammet.

### Kapitel 7.2

Det framkommer inte när och av vem som patienten ska informeras om planerade undersökningar och erbjudas individuell utrednings- och behandlingsplan. Det står att det är kontaktsjuksköterskan som ska säkerställa att "min vårdplan" upprättas där den individuella utrednings- och behandlingsplanerna ska ingå.

Hör detta stycke till "utredningskapitlet" eller är det egentligen ansvarig läkare som remitterar till olika undersökningar som ska säkerställa att patienten har fått information om syftet med undersökningen, när patienten förväntas ges besked på svar från undersökning och den fortsatta planeringen?

### **Kapitel 7.2.2**

Om rökning och alkoholkonsumtion ökar risken för cancer, kan öka risk för postoperativa komplikationer och att hälso- och sjukvårdens arbete bör bygga på nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder för levnadsvanor ifrågasätts varför inte särskilt fokus bör läggas på värdering av detta.

I egenvårdskapitlet 12 rekommenderas patienten att avstå från rökning, men inte hur länge. Det står även att patienten ska vara uppmärksam på sina alkoholvanor, men inte i vilket syfte och vad patienten ska göra med informationen. I prehabiliteringen står att patienten kan drabbas av abstinens vid hög alkoholkonsumtion, men det är inte specifikt för denna patientgrupp. Men denna patientgrupp kanske har en högre andel patienter som överkonsumerar alkohol?

Även i detta kapitel nämns patientens fysiska funktionsgrad utan referens. *Fysisk funktionsgrad bör utvärderas*. När då? Inför olika behandlingsstarter i vårdkedjan? Vad avgör om WHO/ECOG eller CFS ska användas? Referensen är fel efter CFS.

### **Kapitel 9**

Finns det behov att definiera vilken kontaktsjuksköterska (ex. en kontaktsjuksköterska med patientkännedom) som deltar eller kan det vara en kontaktsjuksköterska vilken som helst med kunskap om ämnet?

Bör man precisera om det är någon fördjupad kunskap som krävs hos medverkanden för att säkerställa kompetensen på MDK'n?

*Andra specialiteter medverkar när behov finns. Målet med behandlingsrekommendationerna från MDK är kurativt syftande behandling, livsförlängande behandling, symtomlindrande behandling eller "best supportive care".* Borde inte rekommendationen vara att specialist inom palliativmedicin bör delta?

*Patienter, där det är uppenbart att ingen aktiv behandling är aktuell, sker val av nivå på MDK utifrån regionens rutiner.* Kan det innebära risk för vård på lika villkor för patienten? Finns specialistkompetensen för symtomlindrande vård på samtliga länssjukhus?

I slutet av detta kapitel lyfts värdet av att använda standardiserade instrument för att bedöma samsjukligheten inför MDK för att undvika att fel behandlingsrekommendationer ges. Bedömning av samsjuklighet nämns inte tidigare. Däremot bedömning av funktionsgrad eller skörhet.

### **Kapitel 10.1.3**

*Patienter i gott skick bör erbjudas definitiv kemoradioterapi...* Vad menas med "gott skick"? Detta återkommer i Kapitel 10.2.3 Kapitel 10.2.4

### **Kapitel 10.2.1**

Patienter med god funktionsstatus... Vad innebär det utifrån WHO/ECOG eller CFS?

### **Kapitel 10.5**

Hur påverkar dumping livskvaliteten? Saknar referenser till stycket som beskriver symtomen. Dumping beskrivs senare i nutritionskapitlet.

### **Kapitel 10.7.1**

I slutet av detta kapitel hänvisas till 10.5 – program för snabb återhämtning. Kapitel 10.5 heter här Komplikationer efter kirurgisk eller onkologisk behandling. Hänvisning ska göras till 11.5.1.

### **Kapitel 11**

Bra och viktigt med stort fokus på nutrition. Vid interventionell nutritionsproblematik skulle man med fördel kunna hänvisa till Vårdhandboken för handhavande, och på så vis få in omvårdnadsfokuset. Finns det något bedömningsinstrument man skulle kunna rekommendera för malnutrition?

#### **11.1 Kontaktsjuksköterska**

Kontaktsjuksköterskans roll och ansvar är mycket väl beskriven, med hänvisning till den nationella uppdragsbeskrivningen, likaså den nationella vårdplanen och hälsoskattningen.

Det står att kontakten med kontaktsjuksköterska etableras vid första besöket eller vid diagnostillfället. När i vårdkedjan är detta? På specialistenhet eller på hemort (länssjukhus). Det nämns att vård kan bedrivas på olika kliniker, men det kan också ges på olika vårdnivåer.

Önskvärt att kontaktsjuksköterskans bör ha diagnosspecifika kompetens för att säkerställa den ex. på länsjukhus där kontaktsjuksköterskan har "kontaktsjuksköterskeansvar" för patienter med olika cancerdiagnoser.

I sista meningen står att kontaktsjuksköterska bör vara tillgänglig alla vardagar. Med nuvarande resurser på flera sjukhus är detta ingen självklarhet. Således kommer det påverka verksamhet och organisation. För att säkerställa att detta införlivas bör medel tillföras för detta.

#### **11.2 Min vårdplan**

"Om nationell Min vårdplan finns bör den användas och erbjudas patienten" är en otydlig mening. Vad menas? Bör/ska min vårdplan erbjudas patienten eller inte? Om patienten tackat ja till min vårdplan så ska den väl användas?

Det står i tidigare stycke att kontaktsjuksköterskan är ansvarig för att den upprättas, men vilken profession är ansvarig för att informationen om sjukdomen, vård och behandling är individanpassad? Vem bedömer om rehabiliteringsbehov finns och när definieras dessa (eftersom dessa ska framgå i Min vårdplan)? Kan kontaktsjuksköterskan remittera vid behov av stöd från personal med högre kompetens? För att kunna initiera och uppdatera "Min vårdplan" krävs att aktuell vårdplan är uppdaterad och överenskommen med patienten. Vilket kapitel tar upp dessa krav på tillgänglig information?

Min vårdplan finns ännu inte tillgänglig digitalt/via 1177, men remissrunda är på gång. Det står att "min vårdplan" finns tillgänglig digitalt på 1177's e-tjänster.

#### **11.4 Cancerrehabilitering**

Cancerrehabiliteringen är mycket väl beskriven, och inkluderar hänvisning både till det nationella vårdprogrammet för generell rehabilitering, samt innehåller den för de aktuella diagnoserna specifik uppföljning och omvårdnadsåtgärder, med hänvisning till aktuella referenser. Likaså prehabiliteringen är väl beskriven. Bra uppdaterad sammanställning av den litteratur som finns gällande livskvalitet hos patienter med esofaguscancer.

Patienten och de närstående ska återkommande få information om och stöd i grundläggande rehabilitering och egenvård. Detta kan man anta påverkar verksamhetens organisation och arbetssätt samt innebära ökade kostnader och resurser för att fullföljas. Vad tillhör specialistsjukvård och vad tillhör primärvård, ex. närståendes behov av stöd?

Barn som närstående, deras behov av stöd saknas i texten. De nämns i närstående som kan vara i behov av cancerrehabilitering.

#### **11.4.2**

Behovsbedömningar av rehabiliteringsbehov. Hur ofta ska dessa bedömningar göras? Vem och vad initierar till ny bedömning?

#### **11.5.2 Prehabilitering**

Vi är mycket positiva till detta, men vill poängtera att det kräver särskilda resurser om detta ska fullföljas.

#### **11.5.3**

Rekommendation – ge patienten preoperativ undervisning. Hur säkerställs att den är individanpassad och att patienten har förstått den undervisning som givits?

Det står att ”smörbedömning” ska göras till dess patienten är smärtfri.

Ska patienten vara smärtfri med eller utan analgetika? Ska patienten vara ineliggande för att smärtbedömning ska göras kontinuerligt till smärtfrihet? Blir patienten smärtfri? Längre ner står att patienten behöver nedtrappningsschema för analgetika med sig hem...

Hur vanligt är delirium postoperativt för dessa patienter?

Vilka evidensbaserade preventiva åtgärder samt bedömningsinstrument finns för postoperativt delirium?

Hur bedöms och värderas dumping och hur informeras patienten om risk för, förebygga samt vilken egenvård rekommenderas? Hänvisa till kapitel 11.8.6 där råden finns.

Ett kirurgiskt vårdförlopp... rekommenderar hälsokattning innan kirurgi samt bedömning av levnadsvanor inför operation.

Vad gäller vid onkologisk behandling?

Finns det nytta att förändra levnadsvanor i denna patientgrupp eller gäller råden bara inför kirurgisk behandling?

Hur förebyggs lungkomplikationer? Behövs höjd huvudända för att undvika aspiration om övre magmun saknas? Munvård (stor kirurgi, nedsatt ork, nedsatt intag per os)?

Hur länge behöver patienten vårdas på specialistvårdsenhet och när kan patienten vårdas på länssjukhus? Finns några sådana kriterier. Står en del på avslutning, men berör inte tiden efter kirurgiskt ingrepp på nationellt centra.

Det saknas generellt referenser i kapitlet.

Vi saknar den diagnosspecifika omvårdnaden, i vårdprogrammet anges ERAS (enhanced recovery after surgery) vilket är allmänna rekommendationer efter kirurgi.

Operationssnitt på thorax, hur sköts det?

Får patienten dränage?

Kan patienter ta tabletter per os trots hög anastomos?

Får sjuksköterska/ specialistsjuksköterska sätta ventrikelsond eller finns några risker vid hög anastomos?

*Uppföljningstiden på specialistenhet varierar beroende på lokala rutiner, avstånd till specialistenheten och patientens behov. Är det en rekommendation eller ett konstaterande? Vilka konsekvenser ger de till jämlik och säker vård?*

#### **11.5.5**

Uppfattningen är att bedömning av PREM inte görs i samtliga sjukvårdsregioner (ex. norr).

Fatigue och oro för sjukdom och hälsa, vilka rekommendationer ger ni för behandling/lindring av detta? När och var skattas det i utredning, inför behandling eller i uppföljning?

#### **11.7.3**

Beskriver andningsträningen vilket gör att den kortare texten i omvårdnadskapitlet bör tas bort.

#### **11.8.4**

Hela stycket saknar referenser.

#### **11.8.5 Nutritionsbehandling vid icke botbar sjukdom**

*Patienten ska sedan regelbundet och rutinmässigt följas gällande nutritionsstatus, matintag, aptit och vikt. Detta gäller endast till brytpunkt till vård i livets slutskede vilket bör läggas till.*

#### **Kapitel 12**

Välskrivet och länkat till det nationella vårdprogrammet för cancerrehabilitering samt information om levnadsvanor i Nationellt kliniskt kunskapsstöd.

#### **Kapitel 13**

Hänvisar till det nationella vårdprogrammet för generell palliativ vård och fokuserar på specifika insatser som berör patienter med dessa tumörformer.

#### **Kapitel 14**

Detta kapitel om uppföljning är mycket väl skrivet. Kontaktsjuksköterskans ansvar gällande uppföljning är tydligt och innehåller behovsbedömning av rehabilitering och levnadsvanor. Aktiva överlämningar ingår.

#### **15. Nivåstrukturering**

Vilken del av vården är nivåstrukturerad till två nationella center?

I kapitel 14, uppföljning, står i 14.7 om Avslut av uppföljning i specialistsjukvården. Vad menas med specialistsjukvården här? På nationellt center eller uppföljning på kirurgisk enhet på hemortssjukhus, ex länssjukhus?

#### **19. Vårdprogramgruppen**

Bra representation av sjuksköterskor med hög akademisk kompetens (professor) och samt kliniskt omvårdnadsansvarig sjuksköterska. Det ingår även patientrepresentant i vårdprogramgruppen. Vill man utöka andelen omvårdnadskompetens ytterligare kan man inkludera även en kontaktsjuksköterska i gruppen.

#### **Övriga kommentarer**

Vårdprogrammet innehåller omvårdnad vid kirurgisk och onkologisk omvårdnad, båda väl beskrivna mestadels med referenser och länkade till det nationella vårdprogrammet för cancerrehabilitering samt nationella vårdprogrammet. För bedömning och omvårdnadsåtgärder från symptom efter onkologisk behandling länkas det till

bedömningsstödet i kunskapsbanken, och för smärtskattning hänvisas det till Vårdhandboken.

Sammanfattningsvis är det ett mycket väl genomarbetat och välskrivet vårdprogram, där omvårdnad nu fått ett eget kapitel: 11 Omvårdnad, rehabilitering och nutrition. Vårdprogrammet har en bra struktur och lättläst språk. Det är tydligt beskriven vårdkedja som innehåller både allmänna, samt för de aktuella cancerdiagnoserna specifika, bedömningar och omvårdnadsåtgärder. Vården beskrivs som personcentrerad och vikten av teamet kring patienten är tydlig. Det är genomgående hänvisning till aktuella referenser och länkar till gemensamma riktlinjer för de generella delarna.

### **Formalia**

Språket skrivs olika mellan kapitlen vilket stör läsningen något.

Ex. har procent mellanslag efter siffra ibland och inte alltid.

Ordet "man" används i vissa stycken.

Symtom är stavat med "p" vid något ställe.

Texten känns inte helt naturlig i flödet.

Vad som ska göras beskrivs på ett ställe samtidigt som hur det ska göras kommer längre bort i texten (ex. anamnes och utredning samt prehabilitering, omvårdnad, fysisk aktivitet och nutrition).

Bedömning av patientens funktionsstatus där även olika benämningar används.

Information som berör samtliga professioner kan riskeras att inte nå berörda (ifall ex. läkare inte läser omvårdnadskapitlet).

En del saker upprepas.

Ex. andningsträning (omvårdnad och fysisk aktivitet).

Bedömning av levnadsvanor.

Språklig petitesse s.87: Det är viktigt att under men efter avslutad behandling aktivt efterfråga både allmänna symtom och biverkningar. Det är viktigt att under och? efter avslutad behandling aktivt efterfrågar både allmänna symtom och biverkningar.

### **Konsekvensbeskrivning**

I konsekvensbeskrivningen framkommer att avsnitt i vårdprogrammet som berör cancerrehabilitering, omvårdnad, egen vård\* samt symtomlindrande vård till stora delar är omskrivna och uppdaterade.

Trots detta tror man inte att dessa förändringar i vårdprogrammet har någon påverkan på verksamhet eller organisation. Fortsättningsvis anser man att detta inte kommer innebära ökade kostnader eller leda till resurs- eller kostnadsbesparande åtgärder.

Det framkommer i texten att ex. kontaktsjuksköterskan har en viktig funktion i prehabilitering, cancerrehabilitering, informationsgivning och aktiv överrapportering vilket rekommenderas(?). Det kommer innebära resurser i form av förutsättningar att utföra arbetsuppgifter samt diagnosspecifik kunskap.

Även i omvårdnadskapitlet beskrivs behov som bör tillgodoses för att förebygga komplikationer och att inneliggande vårdtid ska bli så kort som möjligt (i syfte att minska

lidande för patient och en kostnadsbesparing?) vilket borde påverka verksamhet och organisation för att säkerställa.

Arbetet för att förebygga komplikationer, tidigt identifiera komplikation och sätta in åtgärder samt arbeta för snabb återhämtning och god rehabilitering bör prioriteras och torde vara kostnadsbesparande åtgärder trots att det påverkar verksamhet och organisation.

\* är ett sammansatt ord, dvs. egenvård

Oili Dahl ordförande Svensk sjuksköterskeförening

Sandra Månsson sakkunnig Svensk sjuksköterskeförening

Karolina Härle ordförande Nationella föreningen för sjuksköterskor i kirurgisk vård (NFSK)

Annelie Magnusson, kontaktsjuksköterska övre-gastro sektionen, Norrlands  
Universitetssjukhus Umeå, ledamot NFSK

Maria Sandgren, specialistsjuksköterska kirurgisk vård, Transplantationscentrum SU/S, Vice  
ordförande NFSK

Bodil Westman ordförande Sjuksköterskor i Cancervård

Charlotta Bergström styrelseledamot Sjuksköterskor i Cancervård