



Stockholm 2021-05-10

Socialstyrelsens diarienummer 12826/2019-93

Till: Socialstyrelsen

Remissvar

Underlag för beslut om nationell högspecialiserad vård Vårdområde bedömning och kirurgi vid huvud- och halscancer

Svensk sjuksköterskeförening och Sjuksköterskor i cancervård tillstyrker sakkunniggruppens förslag att vårdområdet ska utgöra nationell högspecialiserad vård och bedrivs vid det angivna antalet vårdenheter. Det måste dock beaktas att dessa grupper har lika stora behov av högspecialiserad omvårdnad i efterförloppet och detta måste säkerställas.

Kompetenskraven på sjuksköterskor som anges under särskilda villkor är till viss delgivna och står även benämnda under ”kritisk kompetens” vilket vi ställer oss mycket positiva till. Däremot anges i beskrivningen av det multidisciplinära omhändertagandet enbart medicinska specialistkompetenser. Vi vill understryka att denna patientgrupp har ett omfattande omvårdnadsbehov vilket förutsätter sjuksköterskor och specialistsjuksköterskor i teamet med kompetens att exempelvis utföra följande:

- *Aktiva överlämningar och informationsöverföring, särskilt vid en ”delad” vårdkedja där patienter får kirurgisk behandling på en klinik, ev. efterbehandling och rehabilitering, samt uppföljning på en annan klinik.*
- *Stöd och hjälp att hantera ett ev. förändrat utseende efter operation*
- *Undervisning i egenvård och hantering av ev. trakeostomi*
- *Koordinering av rehabiliteringsinsatser*
- *Kunskap om de specifika nutritionsproblem denna patientgrupp har; sväljningsproblem, smak, lukt påverkan, lymfödem och långvariga problem med munhåla och tänder.*
- *Stöd i efterförloppet och hantering av symtom och besvär mycket vanliga för denna grupp (förutom ovanstående); nutritionsproblem, rädsla för återfall (ofta relaterat till hög grad av symtom/besvär långt efter behandlingsslut), social påverkan pga både nutritionsproblem och förändrat utseende.*

- Vid lokoregionala recidiv, *koordinering* av ev. palliativa insatser där kunskap om symtom/besvär orsakade av recidiv el. recidivkirurgi ofta saknas.

Vidare vill vi särskilt lyfta behovet av att det finns särskild omvårdnadskompetens med kunskap kring:

- de specifika områdena nämnda ovan och kring återhämtning - särskilt för de patienter som får både kirurgisk och onkologisk behandling, för att kunna stötta i det specifika efterförloppet, ofta under hela första året efter behandling.
- de specifika aspekter ibland yngre som ibland drabbas av några av dessa diagnoser
- stöttning av förändrat utseende vid lokoregionalt recidiv, ev. risk för blödning och samordning mellan ansvariga med kunskap kring kirurgi/onkologi och palliativ vård.

Vi anser att det bör tillses att vårdkedjan inte bara blir ”förbättrad” pga. hög kompetens vid de ställen där till exempel operationen genomförs. Det finns ett stort behov av aktiva överlämningar av information och kunskap vidare i vårdförloppet för att patienten ska känna sig trygg och få den omvårdnad och rehabilitering som är adekvat.

Vi noterar att det står nämnt att patient med lokoregionalt recidiv kan ha stora behov av regelbundna samtal med ansvarig läkare, vi vill hävda att detta i ännu högre grad gäller regelbundna samtal och stöd av kontaktsjuksköterska.

Vi anser vidare att kontaktsjuksköterskor bör finnas på samtliga enheter, både den behandlande och de som ansvarar för patient i efterförloppet. Kontaktsjuksköterskan kan med fördel vara ansvarig för aktiva överlämningar.

Avseende uppföljningsmått anges enbart medicinska resultat, och det saknas uppföljningsmått för omvårdnad som är relevanta för patientgruppen exempelvis smärta, nutrition, livskvalitet.

Vi ser mycket positivt på beskrivningen av strukturen för den nationella styrgruppen för huvud- och halscancer med såväl medicinsk som omvårdnads- och patientrepresentant.

Ami Hommel
Ordförande
Svensk sjuksköterskeförening

Helena Ullgren
Ordförande
Sjuksköterskor i cancervård

Sandra Månsson
Sakkunnig
Svensk sjuksköterskeförening