



Nationella föreningen för  
SJUKSKÖTERS KOR  
I KIRURGISK VÅRD



SJUKSKÖTERS KOR  
I CANCERVÅRD

Stockholm 2024-01-18  
Diarienummer 12/09/24

## Remissvar Nationellt vårdprogram för Bukspottkörtelcancer

Ett väl genomarbetat vårdprogram som nu har uppdaterats. Språket är lättläst. En del stycken innehåller ordet "man" vilket uppfattas som talspråk och bör skrivas om. Få formaliafel är identifierade, men finns i stycke 9.6, 17.2, 19 (rekommendationsruta) och 20.2. Ordet drän skrivs på olika sätt, dränage är att föredra.

### *Begreppet palliativ vård*

Palliativ vård är ett begrepp som kan uppfattas på olika sätt för läsaren. Därför är det önskvärt att det framkommer tydligt vad texten avser. Ett ex. ses i stycket under rubriken Konsekvensbeskrivning/Antal patienter aktuella för behandling och uppföljning. "Av de aktuella patienterna med pankreascancer (inkl. periampullär cancer där radiologisk diagnos ej går att urskilja pankreas från distal gallgång, ampull eller duodenum) är 25 % aktuella för kirurgi och adjuvant behandling. 50 % är aktuella för cellgiftsbehandling i palliativt syfte. Resterande 25 % är endast aktuella för palliativ vård."

Dokumentet från Socialstyrelsen (2018) kanske kan vara till hjälp.

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2018-8-6.pdf>

Rubrikerna tillhörande kapitel 14: Palliativ behandling och kapitel 17; Palliativ vård och symtomlindrande behandling är ytterligare exempel på begreppsförvirring och kan leda till svårigheter att hitta den informationen läsaren söker. I kapitlet 16.4 nämns även begreppet "best supportive care".

I kapitlet Palliativ vård, onkologisk behandling står: "De flesta patienter som insjuknar i pankreascancer har lokalt avancerad eller metastaserad sjukdom och kan inte längre behandlas i kurativt syfte. Det är viktigt att dessa patienter tidigt får information om vårdens palliativa inriktning och erbjuds anslutning till ett palliativt hemsjukvårdsteam." Eftersom det gäller flertalet patienter (75 %) borde detta framkomma i texten på ett annat sätt.

Det saknas ett stycke om vad vården rekommenderas göra (ex. i stycke 12) om kirurgisk eller onkologisk behandling inte går att erbjuda. Är det önskvärt att alla patienter remitteras till enhet med specialistkompetens i palliativ medicin/ett palliativt hemsjukvårdsteam?

### Konsekvensbeskrivning

Underrubrik Resurs- och kostnadsbesparande åtgärder

"Rekommendationer med vårdplan och direkta överlämningar i vården samt införandet av "ERAS" kommer innebära ett minskat antal oplanerade återbesök och kortare vårdtid för de opererade patienterna."

Dessa rekommendationer torde ge positiva effekter ur ett patientperspektiv. Dessa effekter framkommer inte som viktig faktor, men borde lyftas fram under egen rubrik (personcentrerad vård, delaktighet). Genom standardiseringen går även urskiljbara källor till variation att identifiera, viktiga i förbättringsarbeten.

### Kapitel 7 Intraduktal papillär mucinös neoplasi IPMN

Alla stycken i kapitlet upplevs mer väl beskrivna och tydligare än tidigare, vilket uppfattas bra för patienter och medarbetare.

### Kapitel 8 Symtom och tidig utredning

“Vid tumör i caput är ikterus det vanligaste symtomet, och det kallas ofta ”tyst ikterus” pga. avsaknaden av kolikartad smärta. Ikterus kan ge svår klåda, trötthet och aptitlöshet.”

Information om omvårdnadsrekommendationer för hur och när ikterus bör behandlas/symtomlindras saknas i vårdprogrammet.

### Kapitel 9 Diagnostik

#### 9.6 Diagnosbesked

Vi föreslår en rangordning av ”hållpunkter för diagnosbeskedet och uppföljande samtal” utifrån angelägenhetsgrad. Listan är både omfattande och innehåller varierande aspekter vilket är positivt, men för att öka möjligheten för att den ska tillämpas skulle den kunna utformas annorlunda.

#### 9.7 Omvårdnad och rehabilitering

”Undersök om det finns kulturella preferenser för hur informationen ska ges”: vi vill påminna om att hälsolitteracitet utgår från så många andra aspekter än kulturella preferenser som exempelvis ålder, socioekonomiska faktorer och sammanhang.

### Kapitel 11 MDK

“För att den ska kallas för multidisciplinär ska deltagarna omfatta en kirurg som är specialiserad inom området, en onkolog och en radiolog, men det är önskvärt att även en patolog och specialist i palliativmedicin närvarar. Kontaktsjuksköterska ska närvara.”  
Det bör stå kontaktsjuksköterska med patientkännedom ska närvara.

“Vårdprogrammets mål är att minst 90 % av alla patienter ska bedömas på en MDK. Många patienter remitteras aldrig vidare till kirurgklinik pga. ålder och comorbidity och det finns då risk för att patienten inte registreras i nationella kvalitetsregistret.”

Här borde det framgå vad konsekvensen blir av att inte remitteras till kirurgklinik förutom att inte ingå i nationellt kvalitetsregister.

### Kapitel 13 Kurativ behandling

#### 13.7 Postoperativ vård efter pankreasresektion

“Sen postoperativ blödning är en allvarlig komplikation som förekommer i cirka 3 % av fallen. Blödningen föregås inte sällan av en första, skenbart mindre allvarlig gastrointestinal blödning, s.k. ”sentinel bleeding”. Postoperativa blödningar bör undersökas noggrant, och tillgång till angiografisk diagnostik och intervention har stort värde [343]. Angiografisk intervention och laparotomi kan bägge användas för att uppnå hemostas, men angiografisk intervention är förenad med lägre dödlighet än laparotomi och bör därför föredras[343].”

Vad menas här med ”sen”? Var vårdas patienten vanligtvis då, dvs. på universitetssjukhus, länsjukhus eller i hemmet? Har alla sjukhus tillgång till angiografisk intervention eller var ska vården ges (t.ex. snabbt tillbaka till universitetssjukhuset)?

#### 13.9 Omvårdnad och rehabilitering vid pankreaskirurgi

“Följande omvårdnadsinsatser ska göras i olika delar av den kirurgiska processen: • Ge patienten preoperativ undervisning om den kirurgiska vårdtiden. Det är centralt för god

kirurgisk vård. • Gör följande specifika observationer och värderingar i den direkta postoperativa fasen: – vitalparametrar och vikt för att upptäcka blödning och störd vätskebalans – mätning och bedömning av dränage för att upptäcka anastomosläckage och fistulering – bedömning av nutrition och illamående för att upptäcka ventrikelretention – mätning av glukosnivå för optimal behandling av hyperglykemi. • Håll ett postoperativt utskrivningssamtal med betoning på de långvariga symtomen och deras påverkan på dagligt välbefinnande samt på egenvårdsåtgärder. • Utforma vården baserat på multimodala vårdprogram, s.k. ”enhanced recovery programmes”. (++)”

Syftningsfel i texten; mätning och bedömning av dränage. Borde vara mätning och bedömning av dränerad vätska. Nu står det mätning och bedömning av själva dränaget.

“Bedömning av nutrition och illamående för att upptäcka ventrikelretention”. Val av begrepp är alltid svårt och det framkommer i kapitlet om understödande vård att nutritionsbehandling är en viktig omvårdnadsinsats i alla delar av vården av patient med bukspottkörtelcancer. I kirurgiska processen är nutritionsbehandling viktigt även för att förebygga vårdskador och optimera återhämtning.

För att genomföra ett postoperativt utskrivningssamtal där information om långvariga symtom och dess påverkan på dagligt välbefinnande och egenvårdsåtgärder krävs kunskap. Var och när förväntas utskrivningssamtalet ske och av vem (från det opererande sjukhuset eller ”allmän kirurgisk vårdavdelning” på länssjukhus)? Bör kontaktsjuksköterska på hemortssjukhuset i sådana fall ansvara för dessa utskrivningssamtal? Det behöver ske ett säkerställandet av kompetens på respektive enhet.

## Kapitel 14 Palliativ behandling

### 14.2.4 Duodenal obstruktion

Här nämns ”kirurgiskt sköra patienter”, vad innebär det? Begreppet skörhet/frailty saknas i vårdprogrammet och dess konsekvenser på olika behandling. En ny artikel finns publicerad i ämnet. Hur och när ska skörhet bedömas?

[Prevalence and Impact of Frailty in Pancreatic Cancer: A Systematic Review and Meta-Analysis Based on 35,191 Patients - PubMed \(nih.gov\)](#)

## Kapitel 16, understödande vård

Bättre struktur och tydligare än tidigare, vilket upplevs mycket bra.

## Kapitel 20 Uppföljning

### 20.4 Kontroll av återfall

“Det finns inget bevisat samband mellan klinisk uppföljning och ökad livslängd, men tidig upptäckt av återfall kan leda till tidigt insatt palliativ behandling vilket kan öka livslängden”. Vi vill understryka att det finns andra faktorer (PROM/PREM, rehabilitering) som är viktiga att beakta gällande klinisk uppföljning förutom livslängd.

Det är viktigt att patienterna alltid vet vart de ska vända sig vid problem och att de fortfarande kan vända sig till kontaktsjuksköterskan vid behov. Referens saknas till detta stycke och placeringen av informationen känns fel utifrån rubriken. Däremot är det viktigt att vården är lättillgänglig och att det finns en personkänedom hos sjukvårdspersonalen.

### 20.5 Förslag till uppföljningsintervall

Tabell 4 -> Bra uppdatering, utan “eventuellt” och möjlighet till egna tolkningar. Det leder till

samma regim i hela Sverige och är en förutsättning för patienters rätt till lika vård, mycket bra!

#### 20.8 Livslång symtomkontroll efter avslutad uppföljning

“Överlämning till primärvården bör vara aktiv, vilket innebär att den som har ansvaret för patienten tar kontakt, muntligt och skriftligt, med nästa instans. Den som aktivt överlämnat har fortsatt ansvar till dess att mottagande instans bekräftat att man tagit kontakt med patienten”. Vems ansvar ligger det ”aktiva” överlämnandet på? Mellan vilka professioner?

#### Kapitel 21 Underlag för nivåstrukturering

“Majoriteten av patienterna befinner sig dock i en palliativ situation där närhet till vård, omsorg och närstående är centralt, vilket är viktigt att notera”. Vad och varför är det viktigt att notera? Vad innebär det i förhållande till nivåstruktureringen? Är specialistkompetensen inom palliativ vård, cancerrehabilitering och för kontaktsjuksköterskan nivåstrukturerad? Vi föreslår ett förtydligande av detta.

Oili Dahl ordförande Svensk sjuksköterskeförening

Sandra Månsson sakkunnig Svensk sjuksköterskeförening

Nationella föreningen för sjuksköterskor i Kirurgisk vård, NFSK, genom:

Karolina Härle ordförande

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

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

Tina Börserud, PhD, översjuksköterska kirurgi, VO Kirurgi, SU/S, ledamot NFSK

Bodil Westman ordförande Sjuksköterskor i cancervård

Anna-Karin Ax styrelseledamot Sjuksköterskor i cancervård