

## Granskning av Nationellt vårdprogram för peniscancer 2012

Sjuksköterskor i cancervård anser att Nationella vårdprogram för olika cancerdiagnoser är av stort värde för att uppnå en god och säker cancervård i Sverige.

- *Angående sammansättning av professioner och specialiteter i arbetsgruppen för vårdprogrammet*  
I presentationen av de som ingår i vårdprogramgruppen finns endast en sjuksköterska vilket Sjuksköterskor i cancervård ser som en brist. Saknar så väl kliniskt verksamma sjuksköterskor från olika specialiteter som möter dessa patienter samt sjuksköterska med akademisk kompetens. Endast en sjuksköterska klarar inte att täcka in kunskapsfältet från diagnos, kirurgisk omvårdnad till onkologisk omvårdnad. Fördelningen beträffande medicinarens specialiteter uppfattas ojämnt representerad med en två urologer från varje RCC jmf med exempelvis en onkolog. Angående akademisk kompetens bland medicinarna representeras det av en professor i onkologi.

- *2. Mål*

Ur ett holistiskt synsätt på patienten ser Sjuksköterskor i cancervård att det är värdefullt med ett mål att förbättra omhändertagandet och ha ambitionen att vården ska bli enhetlig. Målet kan med fördel utökas till ett *multiprofessionellt* omhändertagande. Då antalet patienter med denna diagnos är få, ställer vi oss positiva till en centralisering av vården. Behövs punkt tre under syftet (öka intresse o stimulera forskning), ingår inte det i att öka kunskapsnivån eller ligger det i åtgärder för vad ni tänkt göra? Eller för ihop dessa två syften.

Sista punkten under ”syfte med registrering...” föreslår Sjuksköterskor i cancervård ändring till

- utnyttja registret för kvalitetsdokumentation, *förbättringsarbete* och forskning

Angående planerade utveckling koppla gärna detta tydligare mot tidigare beskrivna mål. Hur planerar gruppen att de tänkta förbättringarna ska planeras, genomföras och utvärderas på ett evidensbaserat sätt?

- *4. Etiologi*

Är det ett urval av faktorer som redovisas eller finns det fler?

- *6. -6.1*

Klinisk undersökning, hur tas PAD? Finnålsbiopsi? Längre fram står att om tvivel föreligger tas biopsi... Otydlighet i hur diagnostiseringen går till, men kanske tydligt för de som diagnostiserar?

- *6.3*

Svår första mening ”förekommer inte utan” = ”förekommer tillsammans med”?

- *7. Diagnosbesked o information till patient (och partner/närstående?)*

Bra att ni visar på värdet av att både sjuksköterska (kontaktsjuksköterska?) och läkare finns med från början vid diagnosbesked och planering av behandling för att på bästa sätt få en motiverad och informerad patient. Avseende språket i texten görs lite omtag angående muntlig och skriftlig info i stycket som med fördel kan stramas upp.

- I vårdprogrammet bör begreppet **kontaktsjuksköterska** utvecklas. Egen rubrik i anslutning/el före omvårdnad. Kontaktsjuksköterska är en befattning kopplad till en patient/patientgrupp med en viss diagnos. En kontaktsjuksköterska är i de allra flesta fall en specialistsjuksköterska inom någon specialitet och hon bör alltid medverka vid den multidisciplinära konferensen, vilket innebär att meningen under *punkt 9* ändras till *bör*. Se gärna SKLs befattningsbeskrivning och/eller andra nationella vårdprogram (bröstcancer, pancreascancer).



Förutom psykosocialt omhändertagande bör kanske lyftas fram kontaktsjuksköterskans kompetens i bedömning och hantering av symtom. Hur ska kontaktsjuksköterskan arbeta gentemot patientens hemklinik? Då det är en ny befattning kan det vara av värde att utvärdera hennes/hans arbete.

- *12. Omvårdnad*  
Sjuksköterskor i cancervård anser att detta avsnitt bör utvecklas då det är ofullständig och omvårdnad innefattar betydligt fler områden än lymfödem (jmf beskrivningar under 7). Även om det finns begränsad omvårdnadsforskning avseende patienter med peniscancer finns exempelvis studier av god kvalitet såväl övergripande som mer specifika avseende påverkan på sexualitet. Andra områden som inte omnämns är ex. smärta och/eller om patienten har problem att urinera och vilka omvårdnadsproblem detta kan medföra. Saknas helt i programmet omvårdnad kopplat till kemoterapi och strålbehandling.
- *15. Palliativ behandling och vård*  
För att hålla nere textmassan i ett vårdprogram ställer sig Sjuksköterskor i cancervård positiva till att hantera detta område genom att länka till ett annat vårdprogram.
- *16. Sexualitet och livskvalitet*  
Detta område bör komma tidigare och kan med fördel läggas i anslutning till omvårdnadsavsnittet. Kontaktsjuksköterskan till denna patientgrupp bör ha kompetens i att öppna upp för samtal om sexualitet och identifiera och stödja ev. problem och initiera andra professioners kompetens när det behövs (urolog, sexolog, psykolog). Detta avsnitt bör ses över angående vilka begrepp som används, ex aktivitet bör förtydligas med att det är sexuell aktivitet som avses. Vad avser ”sexuell aktiv ålder” – finns det en ålder där vi inte är sexuellt aktiva längre? Eller tar den sexuella aktiviteten sig andra uttryck. Finns det andra aspekter än påverkad sexualitet som kan påverka patientens livskvalitet? Kan kanske vara värdefullt att tydliggöra att livskvalitet är mångdimensionellt där sexualitet är en del, som i sin tur förutom sexuell dysfunktion kan avse påverkan på självbild, minskad lust m.m.
- *Cancerrehabilitering*  
Saknas, kan med fördel lyftas in i vårdprogrammet.
- *Psykosocialt stöd*  
Omnämns i inledningen men kan med fördel lyftas in som egen rubrik i vårdprogrammet och utvecklas.
- *Språkligt*  
Se gärna över begrepp och ordval för att få en enhetlighet i vårdprogrammet. Vore det värdefullt att infoga kapitel/områdesförfattare i vårdprogrammet?

Med vänlig hälsning

Sjuksköterskor i cancervård/genom

Cecilia Olsson  
Specialistsjuksköterska inom cancervård  
Doktorand  
Avdelning för omvårdnad, Karlstads Universitet  
[cecilia.olsson@kau.se](mailto:cecilia.olsson@kau.se)