

Matilda Fagerberg, leg sjuksköterska matilda.fagerberg@lj.se
Per-Olof Nostell, överläkare; båda urologsektionen, kirurgiska kliniken, Högländssjukhuset, Eksjö

Uppföljning av urinblåsecancer – en uppgift för urologsjuksköterska?

Historiskt sett har det inom sjukvården funnits skarpa gränser mellan olika personalkategoriernas uppgifter. Efter en för många år sedan försiktig inledning med sjuksköterskeledda hypertoni- och diabetesmottagningar har man kommit till insikt om att vissa sjukvårdsuppgifter som man anser bör utföras av läkare bättre sköts av specialutbildade sjuksköterskor. Det har även blivit alltmer uppenbart att arbetet inom sjukvården är ett lagarbete där det är viktigt att olika personalkategoriernas kompetens och förmåga kommer till sin rätt. Den ekonomiska utvecklingen inom sjukvården visar med all tydlighet vikten av att den kompetens som finns används rationellt.

I Sverige har man inom urologin varit ett föregångsland avseende särskild sjuksköterskemottagning för män med prostatacancer. För vår egen del har vi sedan åtta år mycket goda erfarenheter, och sjuksköterskornas insats är uppskattad av patienterna. Det faller sig därför naturligt att tänka på andra områden inom urologin där sjuksköterskornas kompetens kan utnyttjas.

Vid vår mottagning sker numera alla cystoskopier med flexibelt instrument, försett med kamera kopplad till en bildskärm. Det har visat sig att assisterande sjuksköterska snabbt lär sig tolka cystoskopifynden. Denna erfarenhet samt en studie från England [1] stärkte oss i vår uppfattning att uppföljning av patienter med känd urinblåsecancer kan vara en del av den urologiska mottagningsverksamhet som kan tänkas utföras av specialutbildad urologsjuksköterska.

Metod

Under en inlärningsperiod gjorde vi cirka 100 cystoskopier tillsammans, där teknik och cystoskopifynd ingående diskuterades.

Studien omfattar 50 konsekutiva kontroller av patienter med känd blåscancer. Sjuksköterskan inledde undersökningen med att gelanestsera uretra, föra in cystoskopet och notera eventuellt tumörrecidiv, vilket angavs på en urinblåseskiss. Urologen tog därefter över cystoskopin och noterade ovetande om sjuksköterskans fynd sina eventuella fynd på en motsvarande skiss. Vid skilda resultat granskade vi tillsammans urinblåsan för att komma fram till en gemensam uppfattning. Vid tumörrecidiv som bedömdes lämpliga att provexcidera eller koagulera gjordes detta direkt av sjuksköterskan. Blåssköljvätska togs rutinmässigt för cytologisk undersökning. Avslutningsvis inspekterade vi båda uretra.

Sammanfattat



Användandet av flexibla cystoskop har förenklat cystoskopiförfarandet.

I England följer specialutbildade sjuksköterskor självständigt upp patienter med blåstumörer. För att se om detta kan vara tillämpligt även hos oss har vi efter en träningsperiod gjort en uppföljning av 50 patienter med kända blåstumörer. 23 recidiv diagnostiserades, samtliga av sjuksköterskan, medan urologen missade två små recidiv.

Vi menar att en välutbildad sjuksköterska mycket väl kan självständigt följa upp patienter med kända blåstumörer.

Resultat

Av de 50 kontrollerade patienterna visade sig 23 ha tumörrecidiv. Samtliga registrerades av urologsjuksköterskan medan urologen skam till sägandes inte identifierade två små recidiv av grad 1-tumör.

Statistiskt kan man uttrycka överensstämmelsen mellan undersökarna såsom det för slumpvis överensstämmelse korrigerade värdet kappa (κ). $\kappa=0$ anger ingen överensstämmelse medan $\kappa=1$ är fullständig överensstämmelse. I vårt fall är $\kappa=0,92$, vilket får anses vara mycket bra [2].

Diskussion

Blåscancer är en sjukdom som kräver lång uppföljning med regelbundna cystoskopikontroller. I och med att flexibla cystoskop alltmer används har undersökningen, inte minst för patienterna men även för undersökaren, blivit avsevärt förenklad. Riskerna för iatrogena skador med dessa instrument är negligerbara jämfört med undersökning med stelt cystoskop.

England är ett föregångsland när det gäller särskilda sjuksköterskeledda cystoskopimottagningar vid blåscanceruppföljning, och man har där även gått ett steg längre och visat att hematuriutredningar mycket väl kan skötas av urologsjuksköterska [3]. Man har nyligen beskrivit ett träningsprogram

för flexibel cystoskopi i simulator, där ett antal markeringar i »urinblåsan« ska identifieras och även tidsåtgången registreras. Träningsprogrammet anses vara effektivt för att lära in tekniken [4].

Såvitt vi vet har inte någon studie gjorts i Sverige för att verifiera erfarenheterna från England, dvs att urologsjuksköterska mycket väl kan sköta uppföljningen av blåstumörer. Vid ett möte nyligen med urologer från den sydöstra regionen inom Linköpings upptagningsområde ställdes frågan hur många av de närvarande urologerna som genomgått en formaliserad utbildning i cystoskopi. Svaret blev det väntade, dvs ingen.

Formaliserad utbildning viktig

Bristande cystoskopiutbildning för blivande urologer rapporteras även från England. Kanske kan en formaliserad sjuksköterskeutbildning tjäna som förebild även för blivande urologers träning. Det stora antalet cystoskopitillfällen vid urologmottagningar innebär att en blåstumörmottagning ledd av sjuksköterska inte bör vara ett hinder för doktorers möjlighet att lära sig att cystoskopera. Tvärtom är det sannolikt så att en erfaren sjuksköterska kan bidra till deras utbildning.

För patienten är det väsentligt att den som utför cystoskopin är välutbildad och kompetent att utföra undersökningen och värdera eventuella fynd. Om det sedan är en sjuksköterska eller läkare som utför undersökningen är oväsentligt. Ur medikolegal synpunkt är det viktigt att sjuksköterskan genomgått en formaliserad utbildning, vilket inte minst Socialstyrelsen betonar i en skrivelse, som framhåller vikten av att sjuksköterskor med egen mottagningsverksamhet har formell kompetens [5].

Den personliga kompetensen helt avgörande

Såväl skriftlig delegering som arbetsbeskrivning skall finnas, där det även framgår vem som formellt är ytterst ansvarig för sjuksköterskemottagningen, lämpligen den för urologiverksamheten ansvarige överläkaren. I övrigt kan vi ur legal synpunkt inte finna någon skillnad mellan denna delegering och den som ständigt sker till läkare i underordnad ställning. Det helt avgörande är den personliga kompetensen för uppgiften.

För att uppföljning av blåstumörer skall ske rationellt bör såväl provexcision som koagulation vid recidiv, där så är lämpligt, kunna ske direkt i anslutning till undersökningen. Som tidigare nämnts har sjuksköterskan vid våra gemensamma cystoskopier så-väl provexciderat som koagulerat när så har varit aktuellt. Denna kunskap och erfarenhet bör enligt vårt förmenande göra sjuksköterskan väl lämpad att även på egen hand bedöma när provexcision eller koagulation är indicerad och själv göra detta.

Vid misstanke om eller konstaterat recidiv som kräver mer omfattande diagnostik eller behandling bör sjuksköterskan självständigt göra en anmälan till operation. Vid tveksamhet skall alltid urolog kunna konsulteras.

Hittills enbart positiva erfarenheter

Vi anser att vår lilla studie bekräftar det resultat som rapporterats från England och ger stöd för att man även här med stort förtroende kan ha särskilda blåstumörmottagningar ledda av sjuksköterska. Vi har därför på försök sedan snart ett halvt år en sådan mottagning vid Höglandssjukhuset i Eksjö under i första hand ett år för att därefter göra en utvärdering. Cirka 100 blåstumörkontroller har gjorts med hittills enbart positiva erfarenheter.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Referenser

1. Gidlow AB, Laniado ME, Ellis BW. The nurse cystoscopist: a feasible option? *BJU Int* 2000;85:651-4.
2. Altman DG. *Practical statistics for medical research*. London: Chapman & Hall; 1991. p. 403-5
3. Taylor JM, Pearce I, O'Flynn KJ. Nurse-led cystoscopy: the next step. *BJU Int* 2002;90:45-6.
4. Shah J, Montgomery B, Langley S, Darzi A. Validation of a flexible cystoscopy course. *BJU Int* 2002;90:833-5.
5. Sjuksköterskeledda mottagningar inom somatisk sjukvård i sydöstra sjukvårdsregionen. Resultat av tematisk tillsyn. Stockholm: Socialstyrelsen; 2004.



=artikeln är referentgranskad

SUMMARY

The introduction of the flexible cystoscope has simplified the examination for both the patient and the examiner. With an attached video camera to the cystoscope it showed that the assistant nurse fastly learned to interpret any finding in the bladder. In an article from England it was shown that a trained nurse cystoscopist had the same accuracy in detecting bladder tumors as a consultant urologist. The present study addresses the question if the same is valid in our department. After a period of training we started the study. 50 consecutive patients with known bladder cancer were first examined by the nurse who recorded any relapses of bladder tumor. Then the urologist examined the bladder unaware of the nurse's finding. Any discrepancy was reexamined together. 23 relapse cases of tumor were found, all which were diagnosed by the nurse. The urologist was un-able to detect 2 small grade 1 tumors. The result strengthened us to initiate a nurse-led follow up of patients with known bladder tumor. Until now about 100 cystoscopies have been done by a nurse with only good experience.

Matilda Fagerberg, Per-Olof Nostell

Correspondence: Matilda Fagerberg, Kirurgiska kliniken, Höglandssjukhuset, SE-575 81 Eksjö, Sweden matilda.fagerberg@lj.se