

Health Technology Assessment  
HTA-rapport 2010:29

# Specialistsjuksköterskemottagningar

I-L Koinberg, M Browall, T Johansson, Å Jellvert, C Bergh,  
T Svanberg, Y Holmberg

## Utlåtande och sammanfattande bedömning från Kvalitetssäkringsgruppen Specialistsjuksköterskemottagningar

HTA-kvalitetssäkringsgruppen har ett uppdrag att yttra sig över genomförda HTA i Västra Götalandsregionen. Yttrandet skall innefatta sammanfattning av frågeställning, samlat evidensläge, patientnytta, risker samt ekonomiska och etiska aspekter för den studerade teknologin.

Denna HTA har genomförts på begäran av verksamhetschef Per Carlsson, överläkare, Jubileumskliniken, verksamhet Onkologi, område 5, SU/Sahlgrenska. En arbetsgrupp har utsetts bestående av Inga-Lill Koinberg, universitetslektor, Onkologi, SU/Sahlgrenska, Maria Browall, specialistsjuksköterska, Onkologi, SU/Sahlgrenska, Totte Johansson, vårdenhetschef, Onkologi, SU/Sahlgrenska, Åsa Jellvert, specialistläkare, Onkologi, SU/Sahlgrenska. Från HTA-centrum har professor Christina Bergh och HTA-bibliotekarie Therese Svanberg, samt bibliotekarie Yommine Holmberg varit resurspersoner. HTA-rapporten och åberopad och förtecknad litteratur har sedan granskats av Elisabeth Hansson-Olofsson, med dr, Ortopedi, SU/Sahlgrenska. Slutsatser har diskuterats vid möten mellan HTA-centrum och HTA-projektgruppen. Ett utlåtande har tagits fram, diskuterats och fastställts vid HTA-kvalitetssäkringsgruppens möte 2010-06-02. Projektet har pågått under perioden 2009-11-18--2010-06-02. Den systematiska litteratursökningen avslutades 2010-03-03.

HTA-kvalitetssäkringsgruppen:

Christina Bergh Professor	Peter Johansson Med.dr.	Maria Skogby Med.dr.
Magnus Hakeberg, Professor	Anders Larsson Med.dr.	Annika Strandell Docent
Hans Hedelin, Professor,	Ola Samuelsson, Docent	Therese Svanberg HTA-bibliotekarie
Lennart Jivegård, Universitetslektor	Henrik Sjövall Professor	

**Frågeställning:** Föreligger det någon skillnad mellan specialistsjuksköterskemottagning och läkarmottagning för patienter med bröstcancer eller huvud- och halscancer avseende upptäckt av tumörrecidiv, mortalitet, psykologisk morbiditet, livskvalitet, patienttillfredsställelse och hälsoekonomi?

**PICO:** (Patient, Intervention, Comparison, Outcome)

P 1 = Patienter med huvud- och halscancer under och efter kurativt syftande strålbehandling

P 2 = Patienter med bröstcancer

I = Specialistsjuksköterskemottagning/sjuksköterskemottagning-antingen via telefon eller besök (symptom-biverkningskontroll, läkemedelsdosering, egenvårdkontroll)

C = Läkarmottagning

O 1, O 2 = Mortalitet, Patienttillfredsställelse, Livskvalitet, Hälsoekonomi, Upptäcka tumörrecidiv, Psykologisk morbiditet

Resultatet av HTA-processen:

#### Metod och målgrupp:

Traditionellt har all mottagningsverksamhet och uppföljning av patienter med bröstcancer och huvud- halscancer skötts av läkare. Under de senaste åren har det etablerats specialistsjuksköterskemottagningar som ett komplement till, eller i vissa fall ersättning för, läkarmottagningar. Det finns ingen enhetlig policy i Sverige om hur sjuksköterskemottagningar ska se ut eller vilket innehåll de ska ha. Det vanligaste är att specialistsjuksköterskan har ansvar för uppföljningen och kontroller efter operationen samt efterföljande årliga kontroller

#### Bröstcancer

Bröstcancer är den vanligaste cancerformen hos kvinnor. Det diagnostiseras ca 7000 nya fall årligen i Sverige. 2008 diagnostiserades 1343 fall i Västra Götaland. Risken att insjukna i bröstcancer ökar med åldern och medianåldern för insjuknande är 63 år. Överlevnaden för bröstcancer har förbättrats och den relativa 10-årsöverlevnaden är ca 75 %. Ca 40 % upptäcks via hälsokontroller med mammografi utan att vara palpabla.

#### Huvud- halscancer

År 2008 diagnostiserades 981 nya cancerfall inom huvud-halsregionen i Sverige och 240 nya fall i Västra Götaland. Huvud- och halscancer är en heterogen tumörgrupp och omfattar alla maligna tumörer som uppträder i läpp, munhåla, svalg, struphuvud, näsa och bihåla, spottkörtel och thyroidea. Den åldersspecifika incidensen ökar markant efter 50 år.

#### Evidensläge för studerad patientnytta:

##### Bröstcancer:

Den systematiska litteratursökningen fann 5 randomiserade, kontrollerade studier, en fallserie samt två hälsoekonomiska studier. Av de kontrollerade studierna var en av hög kvalitet, en av måttlig och tre av låg kvalitet. Endast en (låg kvalitet) av fem selekterade artiklar studerar bröstcancer utan begränsning. Resten av de selekterade artiklarna begränsar populationen till bröstcancer med låg/måttlig risk för återfall. Slutsatserna nedan grundar sig således på bröstcancerpatienter med låg/måttlig risk för återfall

- En studie av låg kvalitet rapporterade *mortalitet* utan skillnad mellan grupperna (otillräckligt vetenskapligt underlag, Evidensgrad enligt Grade ⊕).
- *Tumörrecidiv* rapporterades i två studier av hög respektive medelhög kvalitet och i två studier av låg kvalitet. Ingen skillnad i återfall förelåg mellan grupperna (begränsat vetenskapligt underlag, Evidensgrad enligt Grade ⊕⊕).
- *Psykologisk morbiditet* rapporterades av 5 studier (en med hög, en med medelhög och 3 med låg kvalitet). Ingen skillnad i psykologisk morbiditet förelåg mellan grupperna (måttligt starkt vetenskapligt underlag, Evidensgrad enligt Grade ⊕⊕⊕).
- *Livskvalitet* rapporterades av 3 studier (en medelhög, två låg kvalitet). Ingen skillnad i QoL noterades mellan grupperna (begränsat vetenskapligt underlag, Evidensgrad enligt Grade ⊕⊕).

- *Patienttillfredsställelse* rapporterades av 4 studier (en med hög och 3 med låg kvalitet). Patienter i specialistsjuksköterskegruppen var signifikant mer nöjda med behandlingen jämfört med kontrollgruppen (måttligt starkt vetenskapligt underlag, Evidensgrad enligt Grade ⊕⊕⊕).
- Hälsoekonomi redovisas i 2 studier men har ej bedömts enligt Grade.

#### Huvud- halscancer:

Den systematiska litteratursökningen fann endast en, kontrollerad, icke-randomiserad studie av låg kvalitet.

- Studien fann ingen skillnad i *patienttillfredsställelse* eller *livskvalitet* (otillräckligt vetenskapligt underlag, Evidensgrad enligt Grade ⊕). Utfallsmått mortalitet, återfall, psykologisk morbiditet och hälsoekonomi redovisas ej.

#### Risker

Inga specifika risker rapporteras. Återfall/tumörrecidiv redovisas ovan såsom utfall.

#### Etiska aspekter:

Det är tveksamt att införa specialistsjuksköterskemottagningar i rutinsjukvården för huvudhalscancer då evidensstyrkan för att en sådan skulle innebära någon fördel gentemot läkarmottagning för samtliga utfall är otillräckligt.

För bröstcancer finns stöd för att specialistsjuksköterskemottagningar inte skiljer sig gentemot läkarmottagning avseende omhändertagande variabler. Angående mortalitet och återfall är evidensläget otillräckligt eller begränsat vilket kan innebära tveksamheter för införande i rutinsjukvården.

#### Ekonomiska aspekter

Två hälsoekonomiska artiklar avseende bröstcancer finns redovisade. Den ena (svensk) visar en besparing med införande av specialistsjuksköterska jämfört med läkarmottagning medan den andra (engelsk) visar att specialistsköterskemottagning var dyrare.

#### Sammanfattning och slutsats

Bröstcancer: Vid jämförelse mellan specialistsjuksköterskemottagning och läkarmottagning finner man ingen skillnad avseende mortalitet (Grade ⊕), frekvens tumörrecidiv (Grade ⊕⊕), psykologisk morbiditet (Grade ⊕⊕⊕) och livskvalitet (Grade ⊕⊕). Patienttillfredsställelsen förbättras (Grade ⊕⊕⊕). Det är oklart om införande av sjuksköterskemottagning leder till några ekonomiska besparingar.

Huvud- halscancer: Vid jämförelse mellan specialistsjuksköterskemottagning och läkarmottagning finner man ingen skillnad avseende patienttillfredsställelse och livskvalitet (Grade ⊕).

För HTA-kvalitetssäkringsgruppen 2010-06-02

Christina Bergh  
Ordförande

Statement from the Regional HTA Centre of Region Västra Götaland, Sweden

## Specialist Nurse-Led Clinic

### Question at issue:

Is there any difference between specialist nurse-led clinic and doctor-led clinic, for patients with breast cancer, or head and neck cancer, regarding detection of tumor recurrence, mortality, psychological morbidity, quality of life, patient satisfaction, and health economy?

### PICO (Patient, Intervention, Comparison, Outcome)

- P1= Patients with head and neck cancer, during and after curative-intent radiation therapy
- P2= Patients with breast cancer
- I= Specialist nurse-led clinic/nurse-led clinic, by telephone, or by visit at the clinic (control of symptoms-adverse effects, drug dosage, control of self-care)
- C= Doctor-led clinic
- O= Mortality, patient satisfaction, quality of life, health economy, detection of tumor recurrence, psychological morbidity.

### **Summary of the health technology assessment:**

#### Method and target group:

Traditionally, all clinical appointments and follow-up visits, for patients with breast cancer, or head and neck cancer, are managed by doctors (i.e. MD). During recent years, specialist nurse clinics have been established to supplement, or in some cases, to replace doctor-led clinics.

In Sweden, there is no uniform policy on how nursing clinics should be arranged and what kind of health care services they should deliver. Most commonly, a specialist nurse is responsible for the follow-up and controls after surgery and subsequently for the annual controls.

#### Breast cancer

Breast cancer is the most common type of cancer among women. About 7,000 new cases are diagnosed annually in Sweden. In 2008, 1,343 cases were diagnosed in Västra Götaland. The risk of developing breast cancer increases with age and the median age of disease onset is 63 years. The survival rate for breast cancer has improved, to about a 75% survival rate over 10-years.

Approximately 40% of the tumors are detected by screening and mammography, without being palpable.

#### Head and neck cancer

In 2008, there were 981 new cases of head and neck cancer in Sweden, and 240 new cases in Västra Götaland. Head and neck cancer is a heterogeneous tumor group, which covers all malignant tumors that occur in the lip, oral cavity, pharynx, larynx, nose and sinuses, as well as in the salivary glands, and the thyroid. The age-specific incidence increases markedly after the age of 50 years.

#### Level of evidence and studied patient benefit

##### Breast cancer:

Systematic literature search located five randomized controlled trials (RCTs), one case series, and two health economical studies. One of the RCTs was of high-quality, one of moderate quality, and three of low quality. Only one (low quality) out of five selected RCTs studied breast cancer without restrictions. The remaining trials had restricted the studied populations to breast cancer patients with low/moderate recurrence risk. Thus, the conclusions below are based on breast cancer patients with low/moderate recurrence risk.

- ❑ One RCT of low quality reported no difference in *mortality* between the groups (very low level of evidence, GRADE ⊕).
- ❑ *Tumor recurrence* was reported in two RCTs, with high, and moderate quality, respectively, and in two trials of low quality. No differences were seen between the groups (low level of evidence, GRADE ⊕⊕).
- ❑ *Psychological morbidity* was reported in five RCTs (one of high quality, one of moderate quality, three of low quality). No differences in psychological morbidity were seen between the groups (moderate level of evidence, GRADE ⊕⊕⊕).
- ❑ *Quality of life* was reported in three RCTs (one of moderate quality, two of low quality). No differences in quality of life were seen between the groups (low level of evidence, GRADE ⊕⊕).
- ❑ *Patient satisfaction* was reported in four RCTs (one of high quality, three of low quality). Patients in the specialist nurse group were significantly more satisfied with the treatment than those in the control group (moderate level of evidence, GRADE ⊕⊕⊕).
- ❑ *Health economy* was reported in two trials, but was not assessed according to GRADE.

#### Head and neck cancer:

The systematic literature search located one controlled, non-randomized study, of low quality.

- ❑ The study reported no difference in *patient satisfaction* or *quality of life* between the groups (very low level of evidence, GRADE ⊕). The outcome measures: *mortality*, *tumor recurrence*, *psychological morbidity*, and *health economy*, were not reported.

#### **Risks**

No specific risks were reported. Tumor recurrence was reported as an outcome measure.

#### **Ethical aspects**

It is doubtful to introduce nurse-led clinics into routine care of head and neck cancer, since the level of evidence was very low, for any benefits in comparison to a doctor-led clinic.

Regarding breast cancer there is low to moderate level of evidence that specialist nurse-led clinics do not differ from doctor-led clinics regarding care-related outcomes. However, for mortality, and tumor recurrence the level of evidence ranges from very low to low, which makes introduction to routine medical care doubtful.

#### **Economic aspects**

There were two health economic studies regarding breast cancer. One of them (Swedish) showed lower costs when a specialist nurse-led clinic was introduced, compared to a doctor-led clinic, whereas the other study (from UK) showed that the specialist nurse-led clinic was more expensive.

#### **Summary and conclusion**

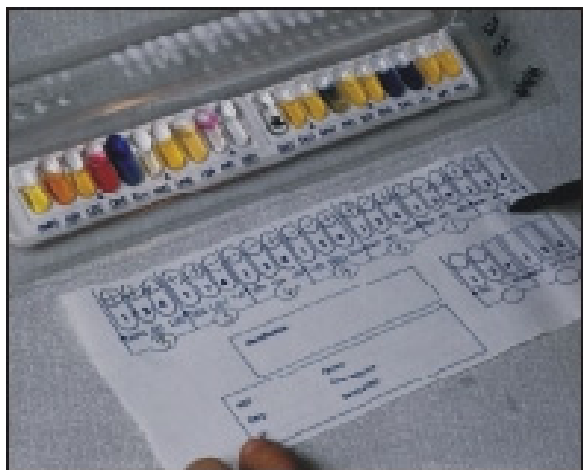
Breast cancer: There is no difference between specialist nurse-led clinic and doctor-led clinic regarding mortality (GRADE ⊕), tumor recurrence rate (GRADE ⊕⊕), psychological morbidity (GRADE ⊕⊕⊕), or quality of life (GRADE ⊕⊕). The patient satisfaction is improved (GRADE ⊕⊕⊕). It is unclear if introduction of specialist nurse-led clinic leads to any cost reductions.

Head and neck cancer: There is no difference between specialist nurse-led clinic and doctor-led clinic regarding patient satisfaction and quality of life (GRADE ⊕).

On behalf of the Regional HTA Centre of Region Västra Götaland, Sweden  
Göteborg, Sweden, 2011-05-25

Christina Bergh, Professor, MD.

Head of Regional HTA Centre of Region Västra Götaland, Sweden.



### Vad är HTA?

**HTA står för Health Technology Assessment, en systematisk granskning av den vetenskapliga dokumentationen för en metod eller teknologi inom hälso- och sjukvården. Avsikten med ett HTA-projekt är att värdera en viss teknik eller metod avseende:**

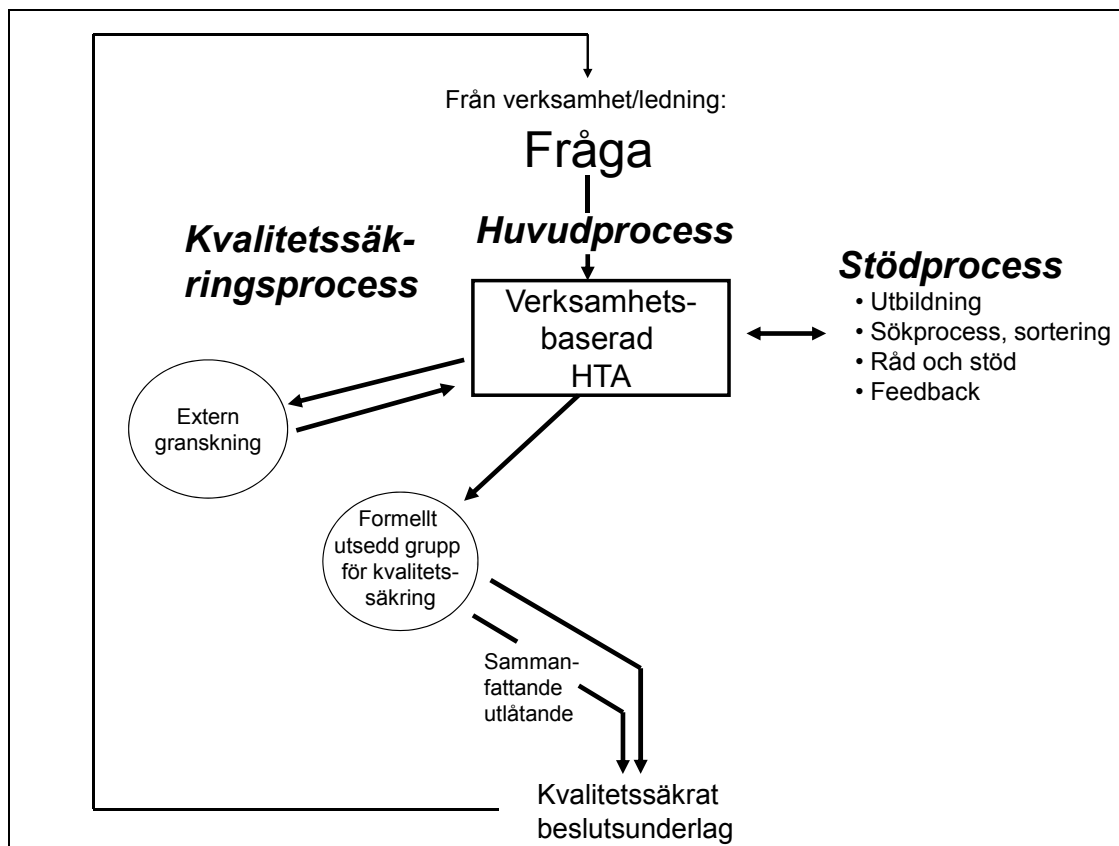
- Effekten i form av patientnytta och risker
- Etiska aspekter
- Organisatoriska aspekter
- Kostnader

**HTA-centrum använder sig av det internationellt utarbetade GRADE-systemet för att gradera evidensstyrkan i det sammanlagda vetenskapliga underlaget för slutsatsen avseende en viss fråga. Evidensstyrkan graderas i fyra olika nivåer:**

- ◆ Starkt vetenskapligt underlag = ⊕⊕⊕⊕ (Motsvarar tidigare Evidensgrad 1)
- ◆ Måttligt starkt vetenskapligt underlag = ⊕⊕⊕ (Motsvarar tidigare Evidensgrad 2)
- ◆ Begränsat vetenskapligt underlag = ⊕⊕ (Motsvarar tidigare Evidensgrad 3)
- ◆ Otillräckligt vetenskapligt underlag = ⊕ (Motsvarar tidigare Evidensgrad 4)

I GRADE-systemet finns också en rekommendationsdel som inte används av HTA-centrum. Utvärderingen ger ändå vägledning för hälso- och sjukvården. Vid hög och måttlig evidensstyrka för slutsatsen att det finns en positiv effekt är underlaget gott och motiverar sannolikt att metoden tillämpas i hälso- och sjukvårdens kliniska vardag. Begränsad evidensstyrka för samma slutsats visar på att det finns ett visst vetenskapligt underlag som kan motivera att metoden används under förutsättning att andra krav på en acceptabel balans mellan nytta och risk, kostnadseffektivitet och etiska aspekter är uppfyllda. Om evidensstyrkan är otillräcklig indikerar det behov av mer forskning innan metoden börjar tillämpas i klinisk vardag. (GRADE 2004, GRADE List of publications)

Christina Bergh, professor, HTA-chef  
HTA-centrum



Figuren visar schematisk HTA-centrums organisation uppdelat på huvudprocess, stödprocess och kvalitetssäkringsprocess.

## Innehållsförteckning

Vilken metod vill ni utvärdera? .....	4
Aktuell sjukdom och vård.....	5
Aktuell teknologi inklusive PICO.....	10
Evidensprövning.....	13
Etiska aspekter.....	16
Organisationen.....	17
Ekonomi.....	18
Obesvarade frågeställningar.....	19
Sammanfattning.....	20

### Bilagor:

Bilaga 1 Resultattabeller per utfallsmått

Bilaga 2 Exkluderade artiklar

Bilaga 3 Litteratursökningsprocessen

## Vilken metod vill ni utvärdera?

Föreligger det någon skillnad mellan specialistsjuksköterskemottagning och läkarmottagning för patienter med bröstcancer eller huvud- och halscancer avseende upptäckt av tumörrecidiv, mortalitet, psykologisk morbiditet, livskvalitet, patienttillfredsställelse och hälsoekonomi?

### **1 Vem skall leda projektet?**

Inga-Lill Koinberg, specialistsjuksköterska, med.dr., onkologi, Sahlgrenska sjukhuset, universitetslektor, institutionen för vårdvetenskap och hälsa, Sahlgrenska Akademin, Göteborgs universitet

#### **1a. Vem har ställt frågan?**

Per Karlsson, verksamhetschef, Jubileumskliniken, Sahlgrenska sjukhuset

#### **1b. Ytterligare frågeställare?**

Inga-Lill Koinberg, universitetslektor, Onkologi, Sahlgrenska sjukhuset

#### *Medarbetare:*

Maria Browall, specialistsjuksköterska, Onkologi, Sahlgrenska sjukhuset  
Totte Johansson, vårdenhetschef, Onkologi, Sahlgrenska sjukhuset  
Åsa Jellvert, specialisläkare, Onkologi, Sahlgrenska sjukhuset

#### **1c. Övriga medverkande, från HTA-centrum och externa granskare**

Christina Bergh, överläkare, professor, reproduktionsmedicin  
Therese Svanberg, HTA-bibliotekarie  
Yommine Holmberg, bibliotekarie

#### Extern granskare:

Elisabeth Hansson-Olofsson, Med dr, Ortopedi, Sahlgrenska sjukhuset

#### **1d. Föreligger intressekonflikter för förslagsställare eller någon i arbetsgruppen?**

Projektledaren Ingalill Koinberg är huvudförfattare på två av studierna (Koinberg 2009, 2004)

**2a. Aktuell sjukdom och dess svårighetsgrad**

Bröstcancer

Bröstcancer är den vanligaste cancerformen hos kvinnor. Risken för att insjukna i bröstcancer ökar med åldern och medianåldern för insjuknande är 63 år.

Överlevnaden för kvinnor med bröstcancer har förbättrats och den relativa 10-års överlevnaden är ca 75 %. 2002 var incidensen 140/100,000 invånare. Ca 80 % av fallen tillhör gruppen låg eller måttlig risk för återfall. Ca 40 % av fallen upptäcks vid hälsokontroller med mammografi utan att vara palpabla (Vårdprogram bröstcancer, Västra sjukvårdsregionen 2007).

Huvud- och halscancer

Cancer inom huvud- och halsregionen är en heterogen tumörgrupp och omfattar alla maligna tumörer som uppträder i läpp, munhåla, svalg, struphuvud, näsa och bihåla, i spottkörtel och thyroidea (Vårdprogram för huvud- och halscancer, Södra sjukvårdsregionen Onkologiskt centrum 2005).

**2b. Aktuella sjukdomens prevalens och incidens?**

Bröstcancer

År 2008 diagnostiserades ca 7000 nya fall av bröstcancer i Sverige, varav 1343 fall i Västra sjukvårdsregionen. Därtill kommer ca 100 fall av bröstcancer in situ som mottagningsmässigt och behandlingsmässigt hanteras på liknande sätt som invasiv cancer. År 2008 levde 16291 kvinnor med diagnosen bröstcancer i Västra Götaland (Vårdprogram bröstcancer, Västra sjukvårdsregionen 2007).

**Tabell I**

**Antal nydiagnostiserade bröstcancerpatienter som utreds/behandlas i västra  
Götalandsregionen år 2008**

Sjukhus i regionen	Diagnostiserade patienter per år	Multidisciplinärt omhändertagande	Specialistsjuksköterskemottagning
Norra Halland (Varberg)	<b>103</b>	Mammografi Kirurgi Onkologkonsult <b>Halmstad</b> patologi	Uppföljning/kontroll efter operation samt årskontroller
Sahlgrenska Universitetssjukhuset (Göteborg)	<b>627</b>	Kirurgi, mammografi patologi och onkologi	Uppföljning/kontroll efter operation samt årskontroller
NU-sjukvården (NÄL)	<b>242</b>	Kirurgi, mammografi patologi och Onkologkonsult	Uppföljning/kontroll efter operation
SÄS (Borås lasarett)	<b>175</b>	Kirurgi, mammografi patologi och onkologi	Uppföljning/kontroll efter operation. Telefonuppföljning, svar på mammografi.
SKAS (Skövde)	<b>196</b>	Kirurgi, mammografi patologi och onkologi Onkologkonsult	Uppföljning/kontroll efter operation samt årskontroller

Huvud- och halscancer

Det diagnostiserades 981 nya fall av cancer inom huvud- och halsregionen år 2008 i Sverige, 594 män och 387 kvinnor (exklusive hudcancer och malignt melanom) (Cancer Incidence in Sweden 2008). I Västra Götalandsregionen diagnostiserades det 240 nya cancerfall (Svenskt kvalitetsregister för huvud- och halscancer 2008).

Majoriteten av dessa utgörs histologiskt av skivepitelcancer, lokaliserad till munhåla, svalg, larynx, näsa och bihålor. Den åldersspecifika incidensen ökar markant efter 50 års ålder och skivepitelcancer är relativt ovanlig hos yngre individer, undantagandes epipharynxcancer, medan däremot både spottkörtelcancer och thyreoideacancer inte är helt ovanlig hos individer under 40 år.

Det finns för skivepitelcancer inom huvud- och halsregionen en tendens till långsam stegring av den ålderskorrigerade incidensen, vilken sannolikt kan förklaras av en ökande exposition för carcinogen. Vidare ses att tungcancerincidensen ökar bland yngre individer (Svenskt kvalitetsregister för huvud- och halscancer 2008; Vårdprogram för huvud- och halscancer, Södra sjukvårdsregionen Onkologiskt centrum 2005)

## Antal patienter som har uppföljning i Västra Götalandsregionen

### Bröstcancer

En uppskattad siffra är att det finns ca 6000 (friska), kvinnor med diagnosen bröstcancer som har någon form av uppföljning i Västra Götalandsregionen. Av dessa har ca 500 kvinnor pågående adjuvant behandling i form av anti-hormonell behandling eller cytostatikabehandling. Det finns ca 900 kvinnor som fått ett återfall i sjukdomen (spridning av cancersjukdomen utanför bröstområdet) och som har stora komplexa vård- och omvårdnadsbehov.

Bröstbevarande kirurgi: Ett första återbesök sker till läkare 6 månader efter avslutad behandling. Därefter kallas patienten till ett besök årligen i tre år med klinisk undersökning och mammografi. Dessa uppföljningsbesök kan ske hos en sjuksköterska (se tabell I). Om patienten är recidivfri och inte har någon fysisk eller psykisk morbiditet så följs patienten fortsättningsvis via mammografisk hälsokontroll.

Mastektomi: Efter avslutad behandling sker ett första återbesök till läkare efter sex månader för klinisk palpation, därefter kallas patienten till ett besök årligen i två år för klinisk undersökning. Om patienten är recidivfri och inte har någon fysisk eller psykisk morbiditet så följs patienten fortsättningsvis via mammografisk hälsokontroll (Vårdprogram bröstcancer, Västra sjukvårdsregionen 2007).

### Huvud- och halscancer

Efter avslutad behandling sker ett första återbesök efter 6-8 veckor och därefter var 3:e månad i två år. Uppföljning sker i regel under 5 års tid. Om patienten är opererad förläggs återbesöket till opererande klinik eller hemortens öron- näs- och halsklinik.

## 2c. Nuvarande handläggning av den aktuella sjukdomen inom primärvård/ slutenvård

### Bröstcancer

Diagnostik och behandling har genomgått väsentliga förändringar de senaste åren. Det multidisciplinära omhändertagandet har fått hög prioritet i Socialstyrelsens nationella riktlinjer. I utredningen och behandlingen ingår en mammografienhet, en bröstkirurgisk mottagning och operationsavdelning, en enhet för onkologi och strålbehandling, en enhet för cytologi/patologi, en nuklearmedicinsk avdelning och bröstsjuksköterska (Vårdprogram bröstcancer, Västra sjukvårdsregionen 2007). Den normala kurativa behandlingen av bröstcancer består av kirurgi som huvudbehandling samt med tillägg av strålbehandling, cytostatika, hormonbehandling och/eller antikroppsbehandling utifrån tumörstatus och allvarlighetsgrad. Efter avslutad adjuvant behandling rekommenderar vårdprogrammet 1-2 årliga besök i upp till tre år. Om kvinnan får ett diagnostiserat recidiv i bröstcancersjukdomen, påbörjas vanligtvis strål-, cytostatika- och/eller hormonbehandling beroende på lokalisering av recidivet, sk second-line terapi. Uppföljningen styrs av sjukdomens symtomatologi samt hur den aktuella behandlingen behöver monitoreras och vilka biverkningar den ger.

### Huvud- och halscancer

Utredning av misstänkt huvud- och halscancer sker vanligtvis på närmaste öron-, näs- och halsklinik. Beslut om behandling och behandlingens genomförande sker företrädesvis på regionsjukhus i dialog och samverkan mellan öron- näs- och halsklinik och onkologisk klinik.

I förekommande fall sker multidisciplinär samverkan med andra specialiteter såsom plastikkirurgi, käkkirurgi, neurokirurgi eller thorax/allmänkirurgi. Registrering och uppföljning av huvud- och halscancer i Sverige sker inte systematiskt. Cancer i detta område utgår från flera lokalisationer och patientgrupperna är små vilket gör att det är problem med att utvärdera sjukdomen vid respektive klinik. (Det har därför bildats ett kvalitetsregister med målsättning att öka kunskapen om huvudhalscancer i Sverige för att peka på eventuella svagheter i utredning och behandling så att förbättringar kan ske (Svenskt kvalitetsregister för huvud- och halscancer 2008).

Patienter med misstänkt eller konfirmerad huvud- och halscancer remitteras till en multidisciplinär konferens på ÖNH-kliniken Sahlgrenska. Här deltar tumörkirurger, onkologer, patolog, radiolog och i förekommande fall oralkirurg och plastikkirurg. Varje enskilt fall stadiendelas och det är önskvärt att patienten finns på plats för att bedöma patientens allmäntillstånd. Därefter bestämmer man tumörstadium och vilken behandling som rekommenderas. Beroende på vilken modalitet som blir huvudbehandling, blir patienten sedan informerad om upplägget av vederbörande specialist.

Huvud- och halscancer behandlas framför allt med strålning och kirurgi. Ibland räcker det med operation eller strålning, tillsammans eller var för sig. Cytostatika kan användas före eller under strålbehandling för att förstärka effekten av strålningen vid kurativt syftande terapi eller för att lindra symptom vid spridd sjukdom eller återfall. Den nya generationens medicin kallas målsökande terapi, "targeted therapy". Den riktar sig mot receptorer på tumörcellerna och ges tillsammans med strålning.

Kombinationen med cytostatika och strålbehandling ges under cirka 6 veckors tid. Vanligtvis sker detta polikliniskt men om biverkningar så som illamående/kräkningar, trötthet, och slemhinnereaktioner uppträder kan det bli aktuellt med inläggningar, från någon dag upp till flera veckor. Vid fulldos strålbehandling mot huvudhalsområdet får patienterna efter ca 2 veckor svåra slemhinneproblem som förhindrar per os försörjning och ger svåra problem med smärta i svalget. Besvären kvarstår vanligen hela behandlingstiden och man kan också räkna med kvarvarande besvär i 1-2 månader efter avslutad behandling. Smärta och försörjningssvårigheter kan i enstaka fall bli ett långvarigt problem. Huvud- och halscancer patienterna får ett läkarbesök per vecka under strålbehandlingen och sedan ca 6 v efter behandlingen.

**2d. Antal patienter som utreds/ behandlas på nuvarande sätt per år?**

Se under rubrik 2c

**2e. Patientens normala väg genom vården**

Se under rubrik 2c.

**2f. Faktisk väntetid till utredning/behandling i dagar**

Bröstcancer

Vid nydiagnostiserad bröstcancer handlägger ett multidisciplinärt team behandlingsstrategin på en PAD-konferens. Tid till strålbehandling är ca 4 veckor vilket beror på att operationssåret måste vara läkt innan strålbehandlingen påbörjas. Väntetid till cytostatikabehandling är i dagsläget ett par veckor.

Patienter som fått recidiv kommer ofta från annan specialist på remiss eller från primärvården. Patienten får träffa en onkolog. Därefter planeras patienten till behandling med cytostatika/ antihormonell behandling och/eller strålbehandling. För närvarande finns inga väntetider.

Huvud- och halscancer

De ungefärliga väntetiderna för radiokemoterapi är ca 2-6 veckor och för operation cirka 2 veckor.

**3a. Namn, beteckning för aktuell teknologi som detta HTA-projekt avser**

Specialistsjuksköterskemottagningar för kvinnor som opererats för bröstcancer kan ha olika funktioner. De vanligaste är att specialistsjuksköterskan har ansvar för uppföljningen och kontroller efter operationen samt efterföljande årliga kontroller (se tabell I). Om patienten får ett återfall i bröstcancersjukdom saknas det vårdprocesser och därmed upparbetade rutiner för var patienten kan söka vid misstanke om recidiv och för hur kontakten med specialistsjukvården kan återupptas.

Specialistsjuksköterskemottagningar för patienter med huvud- och halscancer är sällsynta, men det finns kvalitativa studier som beskriver sjuksköterskans omvårdnadsåtgärder i form av stöd och råd om nutrition och behandling av smärtproblematik (Larsson 2007, Sharp 2006).

Läkarbesök efter genomgången cancer brukar vara tätare första året för att senare glesas ut. Besöken föregås ofta av radiologiska utvärderingar av behandlat område samt ibland laboratorieundersökningar. Vid palliativ terapi styrs mottagningsfrekvensen av pågående behandlings förväntade toxicitet samt biverkningar. Besöksfrekvensen kan vara mellan 1-6 månader. Behandlingseffekten och aktuell sjukdomsutbredning följs.

**3b. HTA-gruppens uppfattning om specialistsjuksköterskemottagningar versus läkarmottagningar avseende patienter med bröst- och huvud halscancer.**

Traditionellt har all mottagningsverksamhet och uppföljning av patienter med bröstcancer och huvud- halscancer skötts av läkare. Under de senaste åren har det etablerats sjuksköterskemottagningar som ett komplement till, eller i vissa fall ersättning för, läkarmottagningar. Det finns ingen enhetlig policy i Sverige om hur sjuksköterskemottagningar ska se ut eller vilket innehåll de ska ha.

Det finns studier som belyser specialistsjuksköterskans handläggning av bröstcancerpatienter och huvud- halscancer patienter (Cruichank et al 2008, Eicher et al 2006, Ouwens et al 2009, Larsson et al 2007). Studierna visar att sjuksköterskemottagningar skiljer sig från den traditionella läkarmottagningen genom att sjuksköterskan kan identifiera emotionella och psykologiska behov och bidra till ett ökat fysiskt och psykosocialt välbefinnande (Maguire 1983, Eicher et al 2006, Cox & Wilson 2003, Brown et al. 2002). Sjuksköterskan kan ge stödinsatser i olika former t.ex. sluta röka grupper och nutritionsovervakning (Sharp 2006). Sjuksköterskan kan bidra med hantering av biverkningar (Wengström et al 2008) och fånga patientens behov av trygghet, samt skapa en medicinskt säker och tillitsfull relation (Larsson et al 2007; Koinberg et al 2004). Telefonen eller interaktiva hjälpmedel kan användas för att stödja patienter och anhöriga i hemmet (Salonen et al 2009, Ryhänen et al 2010).

### **Vinster för patienterna med specialistsjuksköterskemottagning**

Sjuksköterskan kan och bör

- vara delaktig tillsammans med läkare i diagnosbesked (primärt och vid recidiv)
- ansvara för omvårdnadsplanering
- koordinera vården
- ge information och skapa utrymme för kommunikation, vilket ökar möjligheten till delaktighet och tillit
- stå för kontinuitet och trygghet genom att det blir färre personer involverade under vårdprocessen
- stöd i olika former
- biverkningskontroller
- uppföljning (telefon eller på mottagning)

Vi tolkar det som att SBU och Socialstyrelsen använder GRADE som en bedömning av själva evidensbasens tillförlitlighet. En svårighet med det befintliga graderingssystemet kan vara att studiedesignen blir bestämmande för värderingen av evidens. Randomiserade studier får en avgörande betydelse, medan andra typer av studier eller bevis kanske inte alltid tas till vara i tillräcklig utsträckning (SBU:s chef, professor Måns Rosén).

Som vi ser det bör värderingen av studierna göras med GRADE plus en bredare bedömning av problemets relevans, vilket dessutom innebär bedömning av klinisk relevans, resursutgång och naturligtvis patientens tillfredsställelse och erfarenheter (Jörgen Nordenström 2004).

Omvårdnadsforskningen och i synnerhet forskning med kvalitativa ansatser har bidragit till en ökad insikt om patienters behov och hur patienter i cancervård upplever och uppfattar sin sjukdoms- och behandlingstid. Vi eftersöker därför möjlighet till kriterier i GRADE-systemet som gör det möjligt att bedöma kvalitativa studier.

### **3c. Fokusera frågan för aktuellt HTA-projekt i en mening**

Föreligger det någon skillnad mellan specialistsjuksköterskemottagning och läkarmottagning för patienter med bröstcancer eller huvud- och halscancer avseende upptäckt av tumörrecidiv, mortalitet, psykologisk morbiditet, livskvalitet, patienttillfredsställelse och hälsoekonomi?

**3d. Ange PICO ( P= Patients, I= Intervention, C= Comparison, O=Outcome)**

Den ursprungliga frågan gällde patienter med huvud- och halscancer och patienter med njurcancer. Litteratursökningen identifierade dock inga artiklar gällande njurcancerpatienter och frågeställningen (P2) ändrades då till patienter med bröstcancer.

P1= Patienter med huvud- och halscancer under och efter kurativt syftande strålbehandling

P2= Patienter med bröstcancer

I= Specialistsjuksköterskemottagning/sjuksköterskemottagning – antingen via telefon eller besök (symtom- och biverkningskontroll, läkemedelsdosering, egenvårdkontroll)

C= Läkarmottagning

O1= Mortalitet, Patienttillfredsställelse, Livskvalitet, Hälsoekonomi, Upptäcka tumörrecidiv, Psykologisk morbiditet

O2= Mortalitet, Patienttillfredsställelse, Livskvalitet, Hälsoekonomi, Upptäcka tumörrecidiv, Psykologisk morbiditet

**3e. Ämnesord**

Specialistsjuksköterskor, cancer, uppföljning

Nurse practitioners, cancer, follow-up

#### 4. Systematisk litteratursökning - görs av biblioteket i samråd med projektgruppen och HTA-centrum

Biblioteket utförde under december 2009 – mars 2010 sökningar i databaserna PubMed, Cochrane Library, CINAHL, PsycINFO samt ett antal kompletterande HTA-databaser. Sökningarna kompletterades med genomgång av referenslistor i relevanta artiklar. Sammanlagt identifierades 1383 artiklar efter borttag av dubletter, varav 1305 abstracts sorterades bort av biblioteket. Efter genomläsning i fulltext kunde ytterligare 56 artiklar sorteras bort av biblioteket och 22 artiklar skickades vidare till gruppen. Åtta av dessa artiklar stämde med PICO, var kontrollerade studier och har därför granskats enligt mall, och utgör tillsammans med en fallserie underlag för rapporten. Artikelgranskningen baseras på SBU:s granskningsmallar (2008). Dessa mallar har utarbetats av professor Olle Nyrén, Karolinska Institutet, Stockholm.

Sökstrategier, inklusions- och exklusionskriterier, limitering och urvalsprocess redovisas i detalj i bilaga 3, tillsammans med referenslistor. Sökning samt bortsortering av abstracts genomfördes av två bibliotekarier (TS och YH), i samråd med HTA-gruppen och HTA-centrum.

#### 5a. Beskriv kortfattat kunskapsläget för teknologin

##### Evidensläge för studerad patientnytta avseende BRÖSTCANCER:

Litteratursökningen identifierade totalt 8 artiklar - 5 randomiserade, kontrollerade studier samt en 1 fallserie och 2 hälsoekonomiska studier baserade på två av de randomiserade studierna. Endast en (låg kvalitet) av fem selekterade artiklar studerar bröstcancer utan begränsning. Resten av de selekterade artiklarna begränsar populationen till bröstcancer med låg/måttlig risk för återfall. Slutsatserna nedan grundar sig således på bröstcancerpatienter med låg/måttlig risk för återfall.

**Tumörrecidiv:** 4 studier analyserade återfallsfrekvensen (2 med låg, 1 med medelhög och 1 med hög studiekvalitet). Ingen studie visade någon skillnad mellan grupperna uppföljda av läkare eller sjuksköterska.

Tillgängliga studier har inte visat någon skillnad i tumörrecidiv för patienter uppföljda av läkare jämfört med patienter uppföljda av sjuksköterskor (Begränsat vetenskapligt underlag, ⊕⊕)

**Psykologisk morbiditet:** 5 studier analyserade psykologisk morbiditet (3 med låg, 1 med medelhög och 1 med hög studiekvalitet). Av de studier som bedömdes vara av hög respektive medelhög kvalitet var den ena studien en ekvivalensstudie. Den studien visade likvärdighet för de två formerna av uppföljning. Den andra studien som var upplagd för att visa en skillnad fann ingen signifikant skillnad mellan grupperna. Ingen studie visade således någon skillnad mellan grupperna uppföljda av läkare eller sjuksköterska avseende psykologisk morbiditet.

Tillgängliga studier har inte visat någon skillnad i psykologisk morbiditet för patienter uppföljda av läkare jämfört med patienter uppföljda av sjuksköterskor.  
(Måttligt starkt vetenskapligt underlag, ⊕⊕⊕)

**Livskvalitet:** 3 studier analyserade livskvalitet (2 med låg, 1 med medelhög studiekvalitet). Ingen studie visade någon skillnad mellan grupperna uppföljda av läkare eller sjuksköterska avseende QoL.

Tillgängliga studier har inte visat någon skillnad i livskvalitet för patienter uppföljda av läkare jämfört med patienter uppföljda av sjuksköterskor.  
(Begränsat vetenskapligt underlag, ⊕⊕)

**Patienttillfredsställelse:** 4 studier analyserade patienttillfredsställelse (3 med låg, 1 med hög studiekvalitet). Man fann en skillnad till fördel för gruppen uppföljda av sjuksköterska jämfört med gruppen uppföljda av läkare avseende patienttillfredsställelse.

Tillgängliga studier har visat en något högre patienttillfredsställelse för patienter uppföljda av specialistsjuksköterskor jämfört med patienter uppföljda av läkare.  
(Måttligt starkt vetenskapligt underlag, ⊕⊕⊕)

**Mortalitet:** 1 studie med låg studiekvalitet analyserade mortalitet.

Ingen skillnad påvisades mellan grupperna uppföljda av läkare eller sjuksköterska avseende mortalitet.

Tillgängliga studier har inte visat någon skillnad i mortalitet för patienter uppföljda av läkare jämfört med patienter uppföljda av sjuksköterskor.  
(Otillräckligt vetenskapligt underlag ⊕)

**Hälsoekonomi:** Hälsoekonomi analyserades i 2 studier. Dessa grundar sig på två av de övriga inkluderade studierna varav en har bedömts ha hög och en har bedömts ha låg kvalitet. Man fann en högre kostnad för gruppen uppföljda av sjuksköterska jämfört med gruppen uppföljd av läkare i den förstnämnda studien medan uppföljningen med specialistsköterska tedde sig billigare i den sistnämnda.  
(GRADE bedöms ej)

#### **Evidensläge för studerad patientnytta avseende HUVUD- & HALSCANCER:**

Litteratursökningen identifierade endast en icke randomiserad kontrollerad studie (låg studiekvalitet). Studien visade ingen skillnad mellan grupperna uppföljda av läkare eller sjuksköterska avseende livskvalitet eller patienttillfredsställelse.

(Otillräckligt vetenskapligt underlag, ⊕) Utfallsmåtten mortalitet, tumörrecidiv, psykologisk morbiditet och hälsoekonomi mättes inte i studien.

#### **5b. Resultattabeller per utfallsmått - bilaga 1**

#### **5c. Exkluderade artiklar - bilaga 2**

**5d. Pågående vetenskapliga studier?**

En sökning i clinicaltrials.gov (2010-06-11) med sökorden (nurse OR nurses OR nursing) AND (breast cancer OR head neck cancer) gav 62 träffar. En av dessa är av potentiellt intresse för frågeställningen:

NCT00903305, Nurse-provided care or standard care in treating patients with stage 1, stage II, or stage III breast cancer. Det är en icke-randomiserad, kontrollerad studie som jämför specialistsjuksköterskor, Advanced Practice Nurse, med "usual care" (definieras ej) med avseende på bl.a. livskvalitet, psykologisk morbiditet och patienttillfredsställelse. Studien avslutades under 2009 men är ännu ej publicerad.

Vi känner inte till några övriga pågående vetenskapliga studier.

**6. Vilken specialitetsförening eller sektorsråd rekommenderar teknologin?**

- Socialstyrelsen
- Specialistföreningar
- Sektorsråd
- Annat

*Vilken specialistförening eller sektorsråd?* Ingen

## Etiska aspekter

### 7a. Etiska konsekvenser

Det är tveksamt att införa specialistsjuksköterskemottagningar i rutinsjukvården för huvud- halscancer då evidensstyrkan för att en sådan skulle innebära någon fördel gentemot läkarmottagning för samtliga utfall är otillräckligt.

För bröstcancer finns stöd för att specialistsjuksköterskemottagningar inte skiljer sig gentemot läkarmottagning avseende omhändertagande variabler. Angående mortalitet och återfall är evidensläget otillräckligt eller begränsat vilket kan innebära tveksamheter för införande i rutinsjukvården.

### 7b. Riskerar andra patientgrupper eller annan vård att trängas undan till följd av ett införande av den nya teknologin?

Specialistsjuksköterskan ingår i det multidisciplinära teamet. Införande av specialistsjuksköterska kräver mer sjuksköterskor men bör frigöra läkarresurser. Sammantaget bör detta kunna ske genom intern omfördelning och därmed ej ge upphov till undanträngning av andra patientgrupper.

## Organisationen

- 8a. När kan den nya teknologin börja användas?**  
Specialistsjuksköterskemottagningar finns i en viss form redan idag (för nydiagnostiserade kvinnor med bröstcancer, se tabell I). Dessa mottagningar är i dagsläget inte teammottagningar utan sköts av specialistsjuksköterska med läkaren som back-up.
- 8b. Används teknologin på andra sjukhus i VGR eller Sverige?**  
Det finns sjukhus med olika former av specialistsjuksköterskemottagningar som t.ex. för patienter med bröstcancer på Södersjukhuset i Stockholm, för huvud- och halscancer på Karolinska Universitetssjukhuset i Stockholm och Centralsjukhuset i Karlstad.
- 8c. Medför nya teknologin enligt projektgruppen konsekvenser för personalen?**  
Det finns ett stort utbildningsbehov av specialistsjuksköterskor. Specialistsjuksköterskemottagningar kräver att sjuksköterskor utbildar sig till specialistsjuksköterskor inom onkologisk omvårdnad på högskola eller universitet motsvarande 60 hp.
- 8d. Påverkan för andra kliniker eller servicefunktioner på sjukhuset eller i övriga VGR?**  
Om vi inför sjuksköterskemottagningar blir det en minskad arbetsbelastning på läkarmottagningarna. Det kan tänkas bli en ökad efterfrågan på mammografiundersökningar eftersom en hälsoekonomisk studie visade att sjuksköterskorna var benägna att ordinera fler mammografier än läkarna (Koinberg 2009).

- 9a. Nuvarande kostnader?**  
Kostnaderna per besök är;  
Specialistläkare 410 kr/timme  
ST-läkare 310 kr/timme  
Sjuksköterska 220 kr/timme

Bröstcancer

I uppföljning av nydiagnostiserade kvinnor med bröstcancer fördelar sig besöken på sjuksköterska ca 1000 besök per år och läkare ca 1500 besök per år. När det gäller uppföljning av kvinnor som fått återfall i bröstcancersjukdom finns det inga siffror tillgängliga.

Huvud- och halscancer

Huvud- och halscancer patienter följs upp av läkare och det är ca 250 besök per år. Uppskattningsvis tas ca 3 patienter in i slutenvården/vecka pga. nutritionsproblem, smärtproblematik och slemhinneproblem.

- 9b. Förväntade kostnader med nya teknologin?**  
Kostnaderna bör kunna rymmas inom onkologiklinikens budget. Det handlar främst om att omfördela tid och resurser. Koinberg et al (2009) beskriver att skillnaden i kostnaderna ligger i antalet besök som patienterna gör till läkare; 6.9 jämfört med 3.5 till sjuksköterska per patient och 5-årsuppföljning. Kostnaden per patient och år var €495 i sjuksköterskegruppen jämfört med €630 i läkargruppen .  
För Västra Götalandsregionen innebär det för ca 1000 patienter (80 % av 1300) per år en kostnadsminskning per år med  $1000 \times 135 \text{ Euros} = 135.000 \text{ Euros}$ , ca 1.3 milj. SEK

- 9c. Totala kostnadsförändringar?**  
Omfördelning inom budget.

- 9d. Finns utrymme för merkostnader inom egen budget?  
(verksamhet/område/sjukhus)**

Det kan bli merkostnader i ett inlärnings- och uppstartningsskede, men på sikt bör det bli billigare eftersom läkarna har en högre lön än sjuksköterskorna. Specialistsjuksköterskor kan ansvara för uppföljning och kontroller av kvinnor med bröstcancer med hög patienttillfredsställelse och med god medicinsk säkerhet.

Det finns ett stort utbildningsbehov av specialistsjuksköterskor, som delvis kommer att tillgodoses med start under hösten 2010. Sjuksköterskor inom onkologisk vård har blivit erbjudna betald vidareutbildning för att studera till specialistsjuksköterskor. Detta kommer medföra att det år 2012 kommer finnas fler utbildade sjuksköterskor.

Göteborgs universitet planerar dessutom en nätbaserad utbildning till specialistsjuksköterska med start våren 2011.

**9e. Finns hälsoekonomiska analyser?**

Bröstcancer

Hälsoekonomi analyserades i 2 studier.

I den ena studien som baserades på en kontrollerad studie av hög studiekvalitet (Beaver 2009), fann man dyrare kostnad för gruppen uppföljd av sjuksköterska jämfört med gruppen uppföljd av läkare. Det var 20 % fler konsultationer i gruppen med telefonuppföljning av sjuksköterskor. Kostnaden per patient var £179 mot £124 i läkargruppen per år.

Den andra hälsoekonomiska studien redovisar en 20 % sänkning per patient och år (495 € i sjuksköterskegruppen jämfört med 630 € i läkargruppen) i uppföljningskostnader baserat på en tillgänglighet till specialistsjuksköterska. Studien som denna grundar sig på har bedömts ha låg studiekvalitet (Koinberg et al 2009).

**Obesvarade frågeställningar**

**10a. Viktiga vetenskapliga kunskapsluckor?**

För samtliga utfallsmått är evidensstyrkan otillräcklig till måttligt stark. För samtliga utfallsmått behövs fler studier av god kvalitet. Detta gäller både bröst- och huvudhalscancer.

**10b. Finns det inom er verksamhet intresse för att initiera studier inom området?**

I aktuell rapport har vi enbart undersökt bröst- och huvud- och halscancer. Men i en kommande studie kan andra diagnoser bli aktuella.

Det finns förhållandevis lite forskning om omvårdnadsåtgärder för patienter som får återfall i sin sjukdom. Därför ämnar vi att planera och genomföra en randomiserad studie för att jämföra traditionellt omhändertagande (läkare) versus teamarbete (sjuksköterska, läkare och paramedicinare) för patienter under och efter onkologisk behandling av cancer. I studiekonceptet ingår det att specialistsjuksköterskan har egna mottagningar och tar ett ansvar för uppföljningen av cancerpatienterna.

**Teamet betydelse för cancerpatienterna**

Det finns indikationer på att teamet har en betydelse för vården av patienter med bröst- och huvud och halscancer. Teamarbete överbrygger kompetenser, främjar kontinuitet och stärker säkerheten för patienten i vården. Detta medför indirekt att man ökar patienternas delaktighet och förståelse av och kunskap kring frågor om hälsa och vård, främjar egenvården, underlättar för en individualiserad vårdplan och förbättrar tillgängligheten.

Teamet skulle kunna förhindra akuta inläggningar på slutenvårdsavdelningar med minskade sjukvårdskostnader som följd.

Medel för att planera och genomföra studien kommer att sökas under hösten 2010.

## Sammanfattning

- **Metod och målgrupp**

Kan specialistsjuksköterskemottagningar ersätta läkarmottagningar för bröstcancer patienter och huvud- halscancer patienter?

- **Fokuserad fråga**

Föreligger det någon skillnad mellan specialistsjuksköterskemottagning och läkarmottagning för patienter med bröstcancer eller huvud- och halscancer avseende upptäckt av tumörrecidiv, mortalitet, psykologisk morbiditet, livskvalitet, patienttillfredsställelse och hälsoekonomi?

Endast en (låg kvalitet) av fem selekterade artiklar studerar bröstcancer utan begränsning. Resten av de selekterade artiklarna begränsar populationen till bröstcancer med låg/måttlig risk för återfall. Slutsatserna nedan grundar sig således på bröstcancerpatienter med låg/måttlig risk för återfall

- **Studerad patientnytta och risker**

Bröstcancer: I redovisade studier som jämför specialistsjuksköterskemottagning och läkarmottagning har man inte funnit någon skillnad avseende mortalitet, frekvens tumörrecidiv, psykologisk morbiditet och livskvalitet. Patienttillfredsställelsen förbättrades i sköterskegruppen. Det är oklart om införande av sjuksköterskemottagning leder till några ekonomiska besparingar.

Huvud- och halscancer: Vid jämförelse mellan specialistsjuksköterskemottagning och läkarmottagning fann man ingen skillnad avseende patienttillfredsställelse och livskvalitet.

Inga specifika risker rapporteras. Återfall/tumörrecidiv redovisas ovan såsom utfall.

- **Etiska frågeställningar**

Det är tveksamt att införa specialistsjuksköterskemottagningar i rutinsjukvården för huvud- halscancer då evidensstyrkan för att en sådan skulle innebära någon fördel gentemot läkarmottagning för samtliga utfall är otillräckligt.

För bröstcancer finns stöd för att specialistsjuksköterskemottagningar inte skiljer sig gentemot läkarmottagning avseende omhändertagande variabler. Angående mortalitet och tumörrecidiv är evidensläget otillräckligt eller begränsat vilket kan innebära tveksamheter för införande i rutinsjukvården.

- **Ekonomiska aspekter**

Två hälsoekonomiska artiklar avseende bröstcancer finns redovisade. Den ena (svensk) visar en besparing med införande av specialistsjuksköterska jämfört med läkarmottagning medan den andra (engelsk) visar att specialistsköterskemottagning var dyrare.

- **Samlad bedömning av evidensläget**

Bröstcancer med låg/måttlig risk för återfall: Vid jämförelse mellan specialistsjuksköterskemottagning och läkarmottagning finner man ingen skillnad avseende mortalitet (Grade ⊕), frekvens tumörrecidiv (Grade ⊕⊕), psykologisk morbiditet (Grade ⊕⊕⊕) och livskvalitet (Grade ⊕⊕). Patienttillfredsställelsen förbättras (Grade ⊕⊕⊕). Det är oklart om införande av sjuksköterskemottagning leder till några ekonomiska besparingar.

Huvud- och halscancer: Vid jämförelse mellan specialistsjuksköterskemottagning och läkarmottagning finner man ingen skillnad avseende patienttillfredsställelse och livskvalitet (Grade ⊕).

Appendix 1  
 Included articles  
 Outcome variable: Recurrence

Author, year, country	Study design, number of patients, withdrawals/drop-outs	Result Intervention and control group	Comments	Quality of study
Sheppard, 2009 UK  Breast Cancer	<b>A randomised, longitudinal study</b> Eligible patient n=328, Non-participation n=91 (28%) Recruited patient n=237 Lost f-u n=23 <b>Randomised n=224</b> Experimental "Point of need access to nurse" (PON) n=107 Control "Standard clinic" n=107 214 completed the study.	PON n=5 Control group n=4  No significant difference between groups	Secondary outcome Low outcomes Low precision Wide confidence interval	<b>Moderate</b>
Koinberg, 2004 Sweden  Breast Cancer	<b>A randomised, longitudinal multi-centre study</b> <b>Randomised n=400</b> Experimental "Nurse group" (NG) n= 133 Control "Physician group" (PG) n=131 Drop-outs n=1 (n=135, one centre was excluded)	NG n=8 PG n=12  No significant difference between NG-PG 3% (-2,8) (with 95% CI), 3-years estimation.	Secondary outcome Low outcomes Low precision Wide confidence interval	<b>Low</b>
Brown, 2002 UK  Breast Cancer	<b>A randomised, longitudinal multicentre study.</b> Eligible patient n=123 Refused before n=23, after n=61 Not return quest n=1 <b>Randomised n=61</b> Experimental "Patient initiated" n=30 Control "Standard clinic"=31	Patient initiated (experimental) n=2 Standard clinic(control) n=2  No significant difference	Secondary outcome Low outcomes Low precision Wide confidence interval	<b>Low</b>
Beaver, 2009, Br J Surg UK  Breast Cancer	<b>A randomised, longitudinal multicentre study</b> <b>Randomised n=374</b> Experimental "Telephone f-u by nurse" n=191 Control "Traditional follow-up" n=183 Lost to f-u n=33, returned q n=154 - 145	Telephone, nurse group n=11 (local 4, distant metastases 7) Control n=6 (local 4, distant metastases 2).  No significant difference between groups (p=0.33)	Secondary outcome Low outcomes Low precision Wide confidence interval	<b>High</b>

Appendix 1  
Included articles

Outcome variable: Mortality

Author, year, country	Study design, number of patients, withdrawals/drop-outs	Result Intervention and control group	Comments	Quality of study
Koinberg, 2004 Sweden  Breast Cancer	<b>A randomised, longitudinal multi-centre study</b> <b>Randomised n=400</b> Experimental “Nurse group” (NG) n= 133 Control “Physician group” (PG) n=131 Drop-outs n=1 (n=135, one centre was excluded)	Death, al causes PG n=14 Death, al causes NG n=14 -0.3% (-10,9) 5-years estimates.	<b>Low precision</b> Kaplan Meier estimates with 95% confidence limits for the differences between NG and PG.	<b>Low</b>

## Appendix 1

Outcome variable: Psychological morbidity

Author, year, country	Study design, number of patients, withdrawals/drop-outs	Result Intervention and control group	Comments	Quality of study
Koinberg, 2004 Sweden  Breast Cancer	<b>A randomised, longitudinal multi-centre study</b> <b>Randomised n=400</b> Experimental "Nurse group" (NG) n= 133 Control "Physician group" (PG) n=131 Drop-outs n=1 (n=135, one centre was excluded)	HAD-scale  Anxiety NG: 11.6% PG: 6.7% (RR1.8; CL0.6-5.1) Depression NG: 5.2% PG: 3.2 (RR1.7;CL 0.4-7.2)  No significant difference	Measured after 60 month	<b>Low</b>
Beaver, 2009, Br J Surg UK  Breast Cancer	<b>A randomised, longitudinal multi-centre study</b> <b>Randomised n=374</b> Experimental "Telephone follow-up by nurse" n=191, lost to follow-up, n=22, returned questionnaire, n=154 Control "Traditional follow-up" n=183, lost to follow-up, n=11, returned questionnaire, n=145	STAI (40), Experimental; n=436 (mean) 35.57 (95% CL) 33.78 to 37.36 Control; n=398 (mean) 36.13 (95% CL) 34.33 to 37.93 P=0.62 No significant difference  GHQ12 No significant differences in general health between the groups.	Measures from start, middle, and end of trial with linear mixed model	<b>High</b>
Sheppard C, 2009 UK  Breast Cancer	<b>A randomised, longitudinal study</b> Eligible patient n=328, Non-participation n=91 (28%) Recruited patient n=237 Lost to follow-up n=23 (9 recurrences, 6 refused) <b>Randomised n=224</b> Experimental "Point of need access to nurse" (PON) n=107 Control "Standard clinic" n=107 214 completed the study	GHQ12, fear of recurrence PON; 22.8 Control; 23.0 P=0.77 No significant differences	Measured at 18 months adjusted	<b>Moderate</b>

## Appendix 1

Outcome variable: Psychological morbidity

Author, year, country	Study design, number of patients, withdrawals/drop-outs	Result Intervention and control group	Comments	Quality of study
Sandgren, 2007 US  Breast.Cancer	<b>A randomised, longitudinal multi-centre study</b> Eligible patient n=320 Recruited n=237, n=19 failed to finish Randomised n=218 Experimental; Nurse phone intervention n=165 Control; standard care n=49	POMS, Anxiety and depression Significant time effects for improvement in depression ( $p<0.03$ ), but not for anxiety ( $p=0.11$ ). The means showed little differences between groups (all $ps>0.65$ )		<b>Low</b>
Brown, 2002 UK  Breast Cancer	<b>A randomised, longitudinal multicentre study.</b> Eligible patients n=123 Refused before n=23, after n=61 Not return quest n=1 Randomised n=61 Experimental "Patient initiated" n=30 Control "Standard clinic"=31	HAD There were no significant differences between the groups between T1 ( median 5 for control versus 3.5 for experimental) and T3 ( median 6.5 for control versus 4 for experimental) for anxiety ( $t 0.708, p=0.48, df:54$ ) or depression T 1( median 2 for control versus 1 for experimental) and T3( median 2 for control versus 1 for experimental) ( $t:0.66, p=0.51, df 54$ )	T1=baseline T2= 6 month T3= 12 month	<b>Low</b>

Appendix 1  
Included articles

Outcome variable: Health economy

Author, year, country	Study design, number of patients, withdrawals/drop-outs	Result Intervention and control group	Comments	Quality of study
Koinberg, 2009 Sweden  Breast Cancer	<b>A randomised, longitudinal multi-centre study</b> <b>Randomised n=400</b> Experimental “Nurse group” (NG) n= 133 Control “Physician group” (PG) n=131 Drop-outs n=1 (n=135, one centre was excluded)	The costs per person year of follow-up differed between the groups -NG cost 495 euro per person/year (95% CI 410 to 797) within the 5-years follow up. - PG cost 630 euro per person/year (95% CI 557 to 1 055) within the 5-years follow up.	- NG interventions with check-ups on demands were 20% less expensive than routine follow-up visits with physicians. - The main difference in cost between the groups was explained by the numbers of visits to the physician in the respective study arms. There were 21% more primary contacts in the PG than NG	<b>Low</b>
Beaver, 2009, BMJ UK  Breast Cancer	<b>A randomised, longitudinal multicentre study</b> <b>Randomised n=374</b> Experimental “Telephone follow-up by nurse” n=191, lost to follow-up, n=22, returned questionnaire, n =154 Control “Traditional follow-up” n=183, lost to follow-up, n=11, returned questionnaire, n=145	Total cost to the National Health Service of routine follow-up in the experimental group was significantly higher (£179 versus£124; mean difference £ 55 (95 per cent b.c.i. £29 to £77) than control follow-up.	Bias-corrected 95 per cent confidence intervals (95 per cent b.c.i.).	<b>High</b>

Appendix 1  
Included articles

Outcome variable: Quality of Life

Author, year, country	Study design, number of patients, withdrawals/drop-outs	Result Intervention and control group	Comments	Quality of study
Sheppard C, 2009, UK  Breast Cancer	<p><b>A randomised, longitudinal study</b> Eligible patient n=328, Non-participation n=91 (28%) Recruited patient n=237 Lost follow-up n=23 (9 recurrence, 6 refused, 8?) <b>Randomised n=224</b> Experimental "Point of need access to nurse" (PON) n=107 Control "Standard clinic"= n=107 214 completed the study</p>	<p>FACT-B/ES PON ; 158.9 Control;161.9 (p=0.28)  no significant differences</p>	<p>Measured at 18 month (adjusted)</p>	<p><b>Moderate</b></p>
Brown, 2002, UK  Breast Cancer	<p><b>A randomised, longitudinal multicentre study.</b> Eligible patient n=123 Refused before n=23, after n=61 Not return quest n=1 <b>Randomised n=61</b> Experimental "Patient initiated" n=30 Control "Standard clinic"=31</p>	<p>EORTC, QLQ-C30 and QLQ-BR23  No significant differences was found between the groups, except for the arm symptom that were higher in the control group at T1(U:272,p=0.003) and T2 (U:271,p=0.028). Breast symptoms were also higher in control group at T1 (U:309.5, p=0.033 and T3 (U:257.5, p=0.024).</p>	<p>T1=baseline T2= 6 month T3= 12 month</p>	<p><b>Low</b></p>
Sandgren, 2007, US  Breast Cancer	<p><b>A randomised, longitudinal multi-centre study</b> Eligible patient n=320 Required n=237, n=19 failed to finish <b>Randomised n=218</b> Experimental; Nurse phone intervention n=165 Control; standard care n=49</p>	<p>FACT-G There were little differences between the groups on the QOL outcomes (all ps &gt;0.11)</p>	<p>All groups improved over the 13-month study period in terms of overall QOL.</p>	<p><b>Low</b></p>

Appendix 1  
Included articles

Outcome variable: Quality of Life

Author, year, country	Study design, number of patients, withdrawals/drop-outs	Result Intervention and control group	Comments	Quality of study
Wells M, 2008, UK Head & Neck cancer	A mixed-method approach was used with two different phases. Phase 1; Control group, n=20 (out of 25), reviewed by oncologist. Phase 2; experimental group, n=23 (out of 26) reviewed by nurse specialist Drop-outs in control group: 40%, and experimental group 26%.	EORTC, QLQ-C30, QLQ-H&N37.  There were no significant differences between the groups in ; Global QoL after adjustment. -control group; mean 59.0 (SD 20.6) - experimental group 53.5 (23.0) (p=0.47).	There was a significantly greater prevalence of laryngeal cancer in the nurse led group (56%) compared with the medical review group (20%) - Baseline scores were higher (better) in the medical group than in the nurse-led group	<b>Low</b>

Appendix 1  
Included articles

Outcome variable: Patient satisfaction

Author, year, country	Study design, number of patients, withdrawals/drop-outs	Result Intervention and control group	Comments	Quality of study
Koinberg, 2004 Sweden  Breast Cancer	<b>A randomised, longitudinal multi-centre study</b> <b>Randomised n=400</b> Experimental "Nurse group" (NG) n= 133 Control "Physician group" (PG) n=131 Drop-outs n=1 (n=135, one centre was excluded)	Satisfaction Q  NG: 98.9% PG: 91.6% RR 0.1 (95% CI 0.0-0.9) No significant differences.	Regarding the patient's experiences of accessibility to the medical centres and the phone service.	<b>Low</b>
Brown, 2002, UK  Breast Cancer	<b>A randomised, longitudinal multi-centre study</b> Eligible patients n=123 Refused before n=23, after n=61 Not returned questionnaire n=1 <b>Randomised n=61</b> Experimental "patient initiated" n=30 Control "standard clinic" n=31	Structured interviews (6 items)  There was a significant differences between the groups,  22 patients reported convenience in the experimental group after one year versus 1 patient in the control (p=0.000). 3 patients reported reassurance in the experimental group after one year versus 20 patients in the control group (p<0.000)		<b>Low</b>

Appendix 1  
Included articles

Outcome variable: Patient satisfaction

Author, year, country	Study design, number of patients, withdrawals/drop-outs	Result Intervention and control group	Comments	Quality of study
Beaver, 2009, Br J Surg UK  Breast Cancer	<b>A randomised, longitudinal multi-centre study</b> <b>Randomised n=374</b> Experimental “Telephone follow-up by nurse” n=191, lost to follow-up, n=22, returned questionnaire, n =154 Control “Traditional follow-up” n=183, lost to follow-up, n=11, returned questionnaire, n=145	Piloted questionnaire  There were no significant differences initially regarding satisfaction with information received, experimental group n=173 and control group, n=171 (p=0.67). But the experimental group showed significantly more satisfaction at the middle and end of the trial (n=137 versus n=152, p<0.001), compared to control (n=116 versus n=142, p<0.001).		<b>High</b>
Judkins, 1996, US  Breast Cancer	<b>A non random case series</b> Consecutive patients n=256 Completed questionnaire n=169	Long term breast clinic Questionnaire 97% (164/169) indicated that they were more satisfied with the examination by clinical practitioner than by the physician.		<b>Low</b>
Wells, 2008, UK  Head & Neck cancer	A mixed-method approach was used with two different phases. Phase 1; Control group, n=20 (out of 25), reviewed by oncologist. Phase 2; experimental group, n=23 (out of 26) reviewed by nurse specialist Drop-outs in control group: 40%, and experimental group 26%.	Patient views’ questionnaire  There were no significant differences between the groups regarding care and support.	50% in the control group had not received specific written information. 45% stated that they were not prepared for the side effects they experienced.  The sample is small and this limits the power to detect significant differences between the groups.	<b>Low</b>

## Bilaga 2

Studie (författarnamn och årtal)	Anledning till exklusion (ex fel studietyp)
Arving, 2007	Jämför ssk och psykologer. Alla får standard Care.
Beaver, 2006	Jämför sjuksköterskor med telefonuppföljning. Båda får medicinsk follow-up.
Cruickshank, 2008	Review (stämmer inte helt med vårt PICO) Kommenteras i relevanta delar
Ernshaw, 1997	Ingen jämförande studie. Inte randomiserad
Fillion, 2006	Kvalitativ studie
Fillion, 2009	Ingen klart jämförande studie, sjuksköterskeintervention är ett tillägg till läkaruppföljningen
Halkett, 2006	Kvalitativ studie
Koinberg, 2002	Kvalitativ studie
Larsson, 2007	Kvalitativ studie
Lewis, 2009	Har med Brown randomiserad som ersätter därför denna review. Kommenteras i relevanta delar.
Maguire, 1980	Är ett tillägg och ingen jämförelse. Mäter ej våra outcomes
Ouwens, 2009	Här är ju grupperna samma att man träffar läkaren i båda men i den ena får man ett program med integrating care som tillägg alltså inte jämföra läk/ssk
Sandgren, 2003	Jämför två sjuksköterskeinterventioner

### **Bilaga 3: Fråga 4, Litteratursökningsprocessen**

#### **Fokuserad fråga:**

Föreligger det någon skillnad mellan specialistsjuksköterskemottagning och läkarmottagning för patienter med bröstcancer eller huvud- och halscancer avseende upptäckt av tumörrecidiv, mortalitet, psykologisk morbiditet, livskvalitet, patienttillfredsställelse och hälsoekonomi?

#### **PICO:**

P1= Patienter med huvud- och halscancer under och efter kurativt syftande strålbehandling

P2= Patienter med bröstcancer

I= Specialistsjuksköterskemottagning/sjuksköterskemottagning – antingen via telefon eller besök (symtom- och biverkningskontroll, läkemedelsdosering, egenvårdkontroll)

C= Läkarmottagning

O1= Mortalitet, Patienttillfredsställelse, Livskvalitet, Hälsoekonomi, Upptäcka tumörrecidiv, Psykologisk morbiditet

O2= Mortalitet, Patienttillfredsställelse, Livskvalitet, Hälsoekonomi, Upptäcka tumörrecidiv, Psykologisk morbiditet

#### **4a) Sökstrategi:**

Kommentar: Då P2 från början var patienter med njurcancer gjordes den första sökningen på patienter med njurcancer eller huvud-halscancer. När P2 sedan ändrades till patienter med bröstcancer uppdaterades den första sökningen med avseende på patienter med huvud-halscancer, och en ny sökning med bröstcancerpatienter gjordes. Dessa resultat har sedan lagts ihop till ett sökresultat.

#### **PubMed 2009-12-02, 2010-03-01**

(mouth OR otorhinolaryngological OR otorhinolaryngeal OR otorhinolaryngologic OR kidney OR renal OR renal cell OR head OR neck OR "head and neck") **AND** (carcinoma OR carcinomas OR tumor OR tumors OR cancer OR neoplasm OR neoplasms)

**OR**

"Kidney Neoplasms"[Mesh:noexp] OR "Carcinoma, Renal Cell"[Mesh] OR "Head and Neck Neoplasms"[Mesh:noexp] OR "Mouth Neoplasms"[Mesh] OR "Otorhinolaryngologic Neoplasms"[Mesh]

**OR**

"Breast Neoplasms"[Mesh]

**OR**

(adenocarcinoma OR adenocarcinomas OR carcinoma OR carcinomas OR tumor OR tumors OR tumour OR tumours OR cancer OR neoplasm OR neoplasms) **AND** (breast OR mammary OR "mammary gland" OR "mammary glands")

**AND**

"office nursing"[MeSH Terms] OR "office nursing" OR "nurse practitioners"[MeSH Terms] OR "nurse practitioner" OR "nurse practitioners" OR "nurse clinic" OR "nurse clinics" OR "nurse managed clinic" OR "nurse managed clinics" OR "nurse clinicians"[MeSH Terms] OR "nurse clinicians"[All Fields] OR "nurse clinician"[All Fields] OR "follow-up clinics" OR "follow-up clinic" OR "review clinic" OR "review clinics" OR practitioner-led OR nurse-led OR advanced practice nurse OR advanced practice nurses OR specialized nurse OR specialized nurses OR specialist nurse OR specialist nurses OR oncology nurses OR oncology nurse OR nursing-led OR pivot nurse

**Limits:** English, Danish, Norwegian, Swedish

**827 träffar**

**CINAHL 2009-12-15, 2010-01-15**

"head and neck cancer" OR MH "Head and Neck Neoplasms+"

**OR**

(mouth OR otorhinolaryngological OR otorhinolaryngeal OR otorhinolaryngologic OR kidney OR renal OR renal cell OR head OR neck OR "head and neck") **AND** (carcinoma OR carcinomas OR tumor OR tumors OR tumour OR tumours OR cancer OR neoplasm OR neoplasms)

**OR**

MH "Kidney Neoplasms+" or MH "Carcinoma, Renal Cell"

**OR**

exp Breast Neoplasms/

**OR**

(adenocarcinoma OR adenocarcinomas OR carcinoma OR carcinomas OR tumor OR tumors OR tumour OR tumours OR cancer OR neoplasm OR neoplasms) **AND** (breast OR mammary OR "mammary gland" OR "mammary glands")

**AND**

MH "Office Nursing" OR MH "Nurse Practitioners" OR MH "Clinical Nurse Specialists" OR "office nursing" OR "nurse practitioner" OR "nurse practitioners" OR "nurse clinic" OR "nurse clinics" OR "nurse managed clinic" OR "nurse managed clinics" OR "nurse clinician" OR "nurse clinicians" OR "follow-up clinic" OR "follow-up clinics" OR "review clinic" OR "review clinics" OR practitioner-led OR nurse-led OR advanced practice nurse OR advanced practice nurses OR specialized nurse OR specialized nurses OR specialist nurse OR specialist nurses OR oncology nurse OR oncology nurses OR nursing-led OR pivot nurse OR "clinical nurse specialist" OR "clinical nurse specialists"

**655 träffar**

**PsycINFO 2010-01-15, uppdaterad 2010-03-03**

exp Breast Neoplasms/

**OR**

(adenocarcinoma OR adenocarcinomas OR carcinoma OR carcinomas OR tumor OR tumors OR tumour OR tumours OR cancer OR neoplasm OR neoplasms) **AND** (breast OR mammary OR "mammary gland" OR "mammary glands" OR mouth OR otorhinolaryngological OR otorhinolaryngeal OR otorhinolaryngologic OR head OR neck OR "head and neck")

**AND**

"office nursing" OR "office nursing" OR "nurse practitioners" OR "nurse practitioner" OR "nurse practitioners" OR "nurse clinic" OR "nurse clinics" OR "nurse managed clinic" OR "nurse managed clinics" OR "nurse clinicians" OR "nurse clinician" OR "follow-up clinics" OR "follow-up clinic" OR "review clinic" OR "review clinics" OR practitioner-led OR nurse-led OR advanced practice nurse OR advanced practice nurses OR specialized nurse OR specialized nurses OR specialist nurse OR specialist nurses OR oncology nurses OR oncology nurse OR nursing-led OR pivot nurse .af.

**131 träffar**

### **COCHRANE 2009-12-15, uppdaterad 2010-01-15**

(carcinoma OR carcinomas OR tumor OR tumors OR tumour OR tumours OR cancer OR neoplasm OR neoplasms) **AND** (mouth OR otorhinolaryngological OR otorhinolaryngeal OR otorhinolaryngologic OR kidney OR renal OR renal cell OR head OR neck OR "head and neck")

**OR**

(breast OR mammary OR "mammary gland" OR "mammary glands") **AND** (adenocarcinoma OR adenocarcinomas OR carcinoma OR carcinomas OR tumor OR tumors OR tumour OR tumours OR cancer OR neoplasm OR neoplasms)

**AND**

office nursing OR nurse practitioner\* OR nurse clinic\* OR nurse managed clinic\* OR nurse clinician\* OR follow-up clinic\* OR review clinic\* OR practitioner-led OR nurse-led OR advanced practice nurse\* OR specialized nurse\* OR specialist nurse\* OR oncology nurse\* OR nursing-led OR pivot nurse OR clinical nurse specialist\*

in Title, abstract, keywords

**168 träffar**

Cochrane reviews **68**

Other reviews **13**

Technology assessments **10**

Economic evaluations **10**

Clinical trials **67**

Då med följande ord inom citationstecken:

office nursing, nurse practitioner\*, nurse clinic\*, nurse managed clinic\*, nurse clinician\*, follow-up clinic\*, review clinic\*

### **CRD 2009-12-15, 2010-01-15**

(carcinoma OR carcinomas OR tumor OR tumors OR tumour OR tumours OR cancer OR neoplasm OR neoplasms) **AND** (mouth OR otorhinolaryngological OR otorhinolaryngeal OR otorhinolaryngologic OR kidney OR renal OR renal cell OR head OR neck OR "head and neck")

**OR**

(adenocarcinoma OR adenocarcinomas OR carcinoma OR carcinomas OR tumor OR tumors OR tumour OR tumours OR cancer OR neoplasm OR neoplasms) **AND** (breast OR mammary OR "mammary gland" OR "mammary glands")

## **AND**

"office nursing" OR "nurse practitioner\*" OR "nurse clinic\*" OR "nurse managed clinic\*" OR "nurse clinician\*" OR "follow-up clinic\*" OR "review clinic\*" OR practitioner-led OR nurse-led OR advanced practice nurs\* OR specialized nurse\* OR specialist nurse\* OR oncology nurse\* OR nursing-led OR pivot nurse OR clinical nurse specialist\*

### **67 träffar**

DARE: 27

NHS EED: 34

HTA: 6

## **SBU, Kunskapscenteret, Sundhedsstyrelsen 2009-11-30**

Inget relevant

## **Referenslistor**

### **21 träffar**

#### **b) Exklusions- och inklusionskriterier**

Ej fallstudier, vanliga reviews

Ej barn

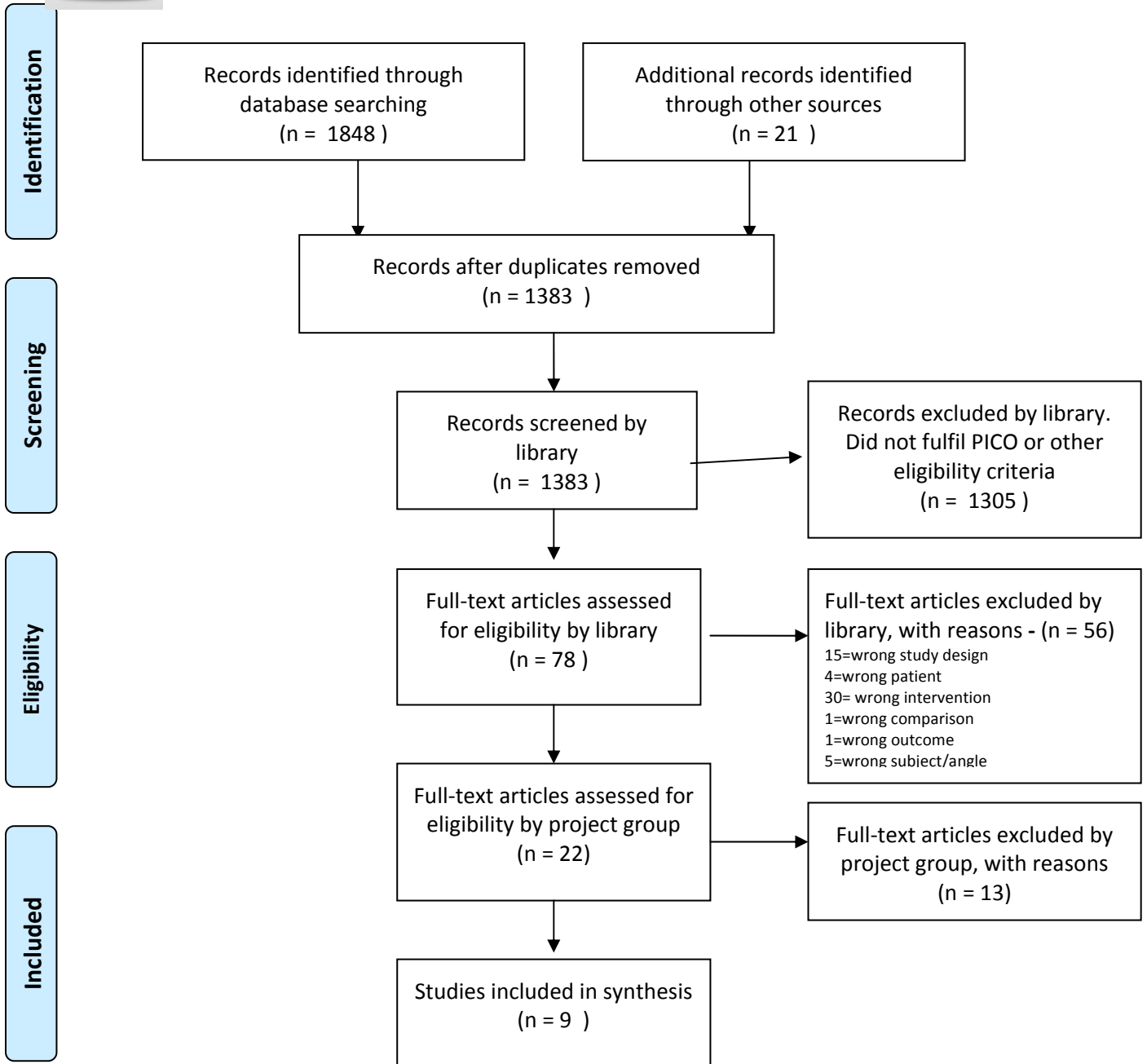
#### **c) Limitering**

**Språk:** Engelska, svenska, danska, norska

d) Urvalsprocessen:



PRISMA 2009 Flow Diagram



## **e) Litteraturlista**

### **Inkluderade studier:**

Beaver K, Tysver-Robinson D, Campbell M, Twomey M, Williamson S, Hindley A et al. Comparing hospital and telephone follow-up after treatment for breast cancer: randomised equivalence trial. *BMJ*. 2009 Jan 14;338:a3147.

Beaver K, Hollingworth W, McDonald R, Dunn G, Tysver-Robinson D, Thomson L et al. Economic evaluation of a randomized clinical trial of hospital versus telephone follow-up after treatment for breast cancer. *Br J Surg*. 2009 Dec;96(12):1406-15.

Brown L, Payne S, Royle G. Patient initiated follow up of breast cancer. *Psychooncology*. 2002 Jul-Aug;11(4):346-55.

Koinberg IL, Fridlund B, Engholm GB, Holmberg L. Nurse-led follow-up on demand or by a physician after breast cancer surgery: a randomised study. *Eur J Oncol Nurs*. 2004 Jun;8(2):109-17; discussion 118-20.

Koinberg I, Engholm GB, Genell A, Holmberg L. A health economic evaluation of follow-up after breast cancer surgery: results of an rct study. *Acta Oncol*. 2009;48(1):99-104.

Sandgren AK, McCaul KD. Long-term telephone therapy outcomes for breast cancer patients. *Psychooncology*. 2007 Jan;16(1):38-47.

Sheppard C, Higgins B, Wise M, Yiangou C, Dubois D, Kilburn S. Breast cancer follow up: a randomised controlled trial comparing point of need access versus routine 6-monthly clinical review *Eur J Oncol Nurs*. 2009 Feb;13(1):2-8

Wells M, Donnan PT, Sharp L, Ackland C, Fletcher J, Dewar JA. A study to evaluate nurse-led on-treatment review for patients undergoing radiotherapy for head and neck cancer. *J Clin Nurs*. 2008 Jun;17(11):1428-39.

### **Ej granskad, endast redovisad i tabell**

Judkins AF, Peterson SK, Singletary ES. Satisfaction of breast cancer patients with a nonphysician provider model of long-term follow-up care. *Breast Dis* 1996;9:139-144

### **Exkluderade studier:**

Arving C, Sjöden PO, Bergh J, Hellbom M, Johansson B, Glimelius B et al. Individual psychosocial support for breast cancer patients: a randomized study of nurse versus psychologist interventions and standard care. *Cancer Nurs*. 2007 May-Jun;30(3):E10-9.

Beaver K, Twomey M, Witham G, Foy S, Luker KA. Meeting the information needs of women with breast cancer: Piloting a nurse-led intervention. *Eur J Oncol Nurs*. 2006 Dec;10(5):378-90.

Cruickshank S, Kennedy C, Lockhart K, Dosser I, Dallas L. Specialist breast care nurses for supportive care of women with breast cancer. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008 Jan 23;(1):CD005634.

Earnshaw JJ, Stephenson Y. First two years of a follow-up breast clinic led by a nurse practitioner. *J R Soc Med.* 1997 May;90(5):258-9

Fillion L, de Serres M, Cook S, Goupil RL, Bairati I, Doll R. Professional patient navigation in head and neck cancer. *Semin Oncol Nurs.* 2009 Aug;25(3):212-21.

Fillion L, de Serres M, Lapointe-Goupil R, Bairati I, Gagnon P, Deschamps M et al. Implementing the role of patient-navigator nurse at a university hospital centre. *Can Oncol Nurs J.* 2006 Spring;16(1):11-7, 5-10

Halkett G, Arbon P, Scutter S, Borg M. The role of the breast care nurse during treatment for early breast cancer: the patient's perspective. *Contemp Nurse.* 2006 Oct;23(1):46-57.

Koinberg IL, Holmberg L, Fridlund B. Breast cancer patients' satisfaction with a spontaneous system of check-up visits to a specialist nurse. *Scand J Caring Sci.* 2002 Sep;16(3):209-15

Larsson M, Hedelin B, Athlin E. A supportive nursing care clinic: conceptions of patients with head and neck cancer. *Eur J Oncol Nurs.* 2007 Feb;11(1):49-59.

Lewis R, Neal RD, Williams NH, France B, Wilkinson C, Hendry M, et al. Nurse-led vs. conventional physician-led follow-up for patients with cancer: systematic review. *J Adv Nurs.* 2009 Apr;65(4):706-23.

Maguire P, Tait A, Brooke M, Thomas C, Sellwood R. Effect of counselling on the psychiatric morbidity associated with mastectomy. *Br Med J.* 1980 Nov 29;281(6253):1454-6

Ouwens MM, Hermens RR, Hulscher MM, Merckx MA, van den Hoogen FJ, Grol RP et al. Impact of an integrated care program for patients with head and neck cancer on the quality of care. *Head Neck.* 2009 Jul;31(7):902-10.

Sandgren AK, McCaul KD. Short-term effects of telephone therapy for breast cancer patients. *Health Psychol.* 2003 May;22(3):310-5

## **Övrigt:**

Amir Z, Scully J, Borrill C. The professional role of breast cancer nurses in multi-disciplinary breast cancer care teams. *Eur J Oncol Nurs.* 2004 Dec;8(4):306-14.

Cancer Incidence in Sweden 2008 [Internet] Stockholm: Socialstyrelsen; 2009. Tillgänglig via: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/17841/2009-12-1.pdf>

Cox K, Wilson E. Follow-up for people with cancer: nurse-led services and telephone interventions. *J Adv Nurs.* 2003 Jul;43(1):51-61.

Eicher MR, Marquard S, Aebi S. A nurse is a nurse? A systematic review of the effectiveness of specialised nursing in breast cancer. *Eur J Cancer.* 2006 Dec;42(18):3117-26.

Edvardsson D. Personcentrerad omvårdnad i teori och praktik. Lund : Studentlitteratur, 2010

GRADE Working Group. Grading quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ.* 2004 Jun 19;328(7454):1490-4.

GRADE Working Group. List of GRADE working group publications and grants [Internet]. [Place unknown]: GRADE Working Group, c2005-2009 [cited 2010 Mar 9]. Available from: <http://www.gradeworkinggroup.org/publications/index.htm>

Kenne Sarenmalm E, Thorén-Jönsson AL, Gaston-Johansson F, Ohlén J. Making sense of living under the shadow of death: adjusting to a recurrent breast cancer illness. *Qual Health Res.* 2009 Aug;19(8):1116-30.

Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Med.* 2009 Jul 21;6(7):e1000097.

Nordenström J. Evidensbaserad medicin i Sherlock Holmes fotspår Stockholm : Karolinska Univ. Press ; 2005, cop. 2004

Regionalt Vårdprogram för bröstcancer. [Internet] Göteborg: Onkologiskt Centrum i Västra sjukvårdsregionen; 2007. Tillgänglig via: <http://www.oc.gu.se/>

Regionalt Vårdprogram för huvud- och halscancer [Internet]. Lund : Onkologiskt centrum, Södra sjukvårdsregionen; 2005. Tillgänglig via: <http://www.ocsyd.se/VP-verksamhet/Huvud-halscancer2005.pdf>

Rojas MP, Telaro E, Russo A, Moschetti I, Coe L, Fossati R et al. Follow-up strategies for women treated for early breast cancer. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005 Jan 25;(1):CD001768

Ryhänen AM, Siekkinen M, Rankinen S, Korvenranta H, Leino-Kilpi H. The effects of Internet or interactive computer-based patient education in the field of breast cancer: a systematic literature review. *Patient Educ Couns.* 2010 Apr;79(1):5-13.

Salonen P, Tarkka MT, Kellokumpu-Lehtinen PL, Astedt-Kurki P, Luukkaala T, Kaunonen M. Telephone intervention and quality of life in patients with breast cancer. *Cancer Nurs.* 2009 May-Jun;32(3):177-90

Sharp L. Smoking among head and neck cancer patients: what can nurses do? *ORL Head Neck Nurs.* 2006 Fall;24(4):10-6.

Styrdokument för Svenskt kvalitetsregister för huvud- och halscancer [Internet]. Lund : Onkologiskt centrum, Södra sjukvårdsregionen 2008- Tillgänglig via: [http://www.ocsyd.se/VP-verksamhet/Kvalitetsreg/Policydok\\_Huvudhals2008.pdf](http://www.ocsyd.se/VP-verksamhet/Kvalitetsreg/Policydok_Huvudhals2008.pdf)

Wengström Y. Are women with breast cancer receiving sufficient education and information about their treatment? *Nat Clin Pract Oncol.* 2008 Feb;5(2):62-3.

www.sbu.se [Internet]. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering. Tillgänglig via: <http://www.sbu.se/sv/>

