



SAHLGRENSKA AKADEMIN
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

E-HÄLSA UNDER BEHANDLING FÖR BRÖSTCANCER OCH UPPLEVELSE AV KONTAKT MED SJUKSKÖTERSKA PÅ DISTANS

En litteraturöversikt

Disa Filin, Josefin Florén

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program & kurs:	Sjuksköterskeprogrammet - Examensarbete i omvårdnad, OM5250
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Ht/2021
Handledare:	Sofie Jakobsson
Examinator:	Caroline Holst Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Förord

Tack till vår handledare Sofie Jakobsson för all stöttning och goda råd längs vägen med detta arbete. Vi vill också tacka varandra för ett gott samarbete samt Allan och hans bästa vänner Bowie, Squid och Harry som bidragit till underhållningen.

Titel (svensk)	E-hälsa under behandling för bröstcancer och kvinnans upplevelse av vårdkontakt med sjuksköterska på distans
Titel (engelsk)	eHealth during breast cancer therapy and the experience of distant nurse - patient contact
Examensarbete:	15 hp.
Program & kurs:	Sjuksköterskeprogrammet - Examensarbete i omvårdnad, OM5250
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Ht/2021
Författare	Disa Filin, Josefin Florén
Handledare:	Sofie Jakobsson
Examinator:	Caroline Holst

Sammanfattning:

Bakgrund: Bröstcancer är den vanligaste cancerformen hos kvinnor och de långa behandlingarna präglas av fysiska och psykiska påfrestningar. Likaså att leva med en allvarlig cancersjukdom kan vara påfrestande. Sjuksköterskan har ett ansvar att hjälpa kvinnan genom behandling med så god livskvalitet som möjligt. E-hälsa blir en allt vanligare vårdform och bröstcancerbehandlingen sker mestadels polikliniskt. **Syfte:** Att beskriva hur e-hälsa påverkar kvinnors hälsa under onkologisk behandling av bröstcancer samt beskriva upplevelsen av vårdkontakt med sjuksköterska på distans. **Metod:** För att besvara syftet genomfördes en litteraturoversikt där 12 vetenskapliga artiklar inkluderades varav 2 var icke-randomiserade interventionsstudier, 8 var randomiserade interventionsstudier, 1 var en icke-randomiserad pilotstudie och 1 genomfördes med kvasiexperimentell studiedesign. Av dessa genomfördes 1 med kvalitativ studiedesign, 8 med kvantitativ studiedesign och 3 med mixad metodansats. **Resultat:** Kvinnornas fysiska och psykiska hälsa samt livskvalitet, förbättrades signifikant vid erhållandet av e-hälsa i form av applikationer eller telefonsamtal. Vissa studier visade varken positiv eller negativ påverkan på hälsan. E-hälsa via telefon och applikationer gav kvinnorna förbättrad sjuksköterskekontakt, ökad trygghet, ökad följsamhet samt förbättrad egenvård och symtomhantering. Kvinnor i senare stadier av bröstcancer uppskattade den lättillgängliga sjuksköterskekontakten men ansåg att applikationer var mer riktade till, och passade bättre för, nydiagnostiserade kvinnor i tidigare cancerstadie. **Slutsats:** E-hälsa via applikationer eller telefon kan förbättra hälsa och livskvalitet hos kvinnor med bröstcancer under onkologisk behandling. God kommunikation med sjuksköterska och andra kvinnor i liknande situationer var god och bidrog till vårdrelationen i form av trygghet, ökad delaktighet och allmänt välmående. Applikationer kan behöva anpassas efter sjukdomstid- och stadie för att anpassa omvårdnad efter den enskilde individen. Fler studier som påvisar hur kvinnan med bröstcancer påverkas av att byta ut fysiska möten med sjuksköterska mot en form av e-hälsa behövs. Detta för att utvärdera effekten när ingen omvårdnad utöver e-hälsa läggs till.

Nyckelord: Bröstcancer, e-hälsa, kommunikation, telefon, applikation, vårdrelation, livskvalitet, mastektomi, neoadjuvant behandling, cytostatika, strålbehandling, adjuvant behandling, antihormonell behandling, fysisk hälsa, psykisk hälsa.

Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Bakgrund	2
Epidemiologi och patofysiologi.....	2
Behandlingsformer	2
Patientens upplevelse.....	3
Fysisk påverkan av sjukdom och behandling	3
Psykosocial påverkan av sjukdom och behandling.....	4
Sjuksköterskans roll vid bröstcancer	4
E-hälsa	5
Omvårdnadsteoretiska grunder	6
Vårdrelation	6
Kommunikation.....	6
Delaktighet.....	7
Problemformulering	8
Syfte	8
Metod	8
Design.....	8
Datainsamling	8
Urval	9
Kvalitetsgranskning	9
Dataanalys	9
Forskningsetiska ställningstaganden	9
Resultat.....	10
Påverkan på livskvalitet.....	10
Påverkan på fysisk och psykisk hälsa.....	11
Påverkan på kommunikation	11
Diskussion	12
Metoddiskussion.....	12
Resultatdiskussion	14
Vårdrelationen vid e-hälsa	14
Kommunikation vid e-hälsa.....	15
Delaktighet vid e-hälsa	16
Skillnader utifrån ålder och stadie i sjukdom	17

Följsamhet till intervention	18
E-hälsa som en resursfråga	18
Slutsats	18
Kliniska implikationer	19
Fortsatt forskning.....	19
Referenslista	20
Bilagor.....	26
Bilaga 1, Söktabell PubMed	26
Bilaga 2, söktabell CINAHL	28
Bilaga 3, artikelsammanfattning.....	30

Inledning

Som sjuksköterska är det av stor vikt att genom kommunikativ kompetens samt skapandet och upprätthållandet av en god, ömsesidig vårdrelation ge patienten möjlighet till delaktighet och samt fysisk och psykisk hälsa. Bröstcancer är den vanligaste cancerformen hos kvinnor och förekomsten ökar kontinuerligt. Behandlingen och sjukdomen kan vara lång och präglas av svåra biverkningar och symtom såsom fatigue, illamående, kräkningar och andra allvarliga biverkningar. Kvinnan kan också påverkas av psykiska påfrestningar som kan leda till depression, ångest och psykisk stress, vilket också påverkar kvinnans vardag i mycket stor utsträckning. Med detta i åtanke, samt att den största delen av cancerbehandlingen sker polikliniskt, kan det finnas omfattande behov av kommunikation med sjuksköterska under behandlingstiden. För att skapa kontinuitet, täta uppföljningar och underlätta vardagen kan kommunikationen föras på distans. Ämnet studeras i form av en litteraturöversikt för att ta reda på hur e-hälsa påverkar kvinnornas hälsa under onkologisk behandling av bröstcancer samt beskriva upplevelsen av vårdkontakt med sjuksköterska på distans.

Bakgrund

Epidemiologi och patofysiologi

Allt fler drabbas av cancer med en tredubbling i Sverige de senaste 50 åren. En orsak till detta är att människor lever allt längre (Nilbert, 2013). Var tredje svensk drabbas av cancer, där bröstcancer är den vanligaste cancerformen hos kvinnor (Socialstyrelsen, 2018). Det är ovanligt att män drabbas av bröstcancer samt att drabbas före 40 års ålder och risken ökar med åldern. Medelåldern för insjuknande är mellan 60–69 år. Förekomsten av bröstcancer ökar kontinuerligt, vilket anses bero på senare barnafödande, kortare amningstid, ökning av p-piller, hormonella ersättningspreparat i klimakteriet samt ärftlighet (Bäcklund, Sandberg & Åhsberg, 2016). Samtidigt som bröstcancer ökar, förbättras vården vilket leder till en ökad överlevnad. Idag är överlevnaden 90 % 5 år efter diagnos. Vården har förbättrats genom tidig diagnostik, screening, hög tillgänglighet, mer forskning samt allt mer specialiserad vård i form av kirurgiska ingrepp, hormonell behandling, cytostatika, antikroppsbehandling och strålbehandling (Regionala cancercentrum, 2020).

Bröstet består av mjölkgångar (ductus), mjölkkörtlar (lobulus), lymf- och kärlsystem, fettvävnad samt bindvävnad. Bröstcancer orsakas av en malign tumör som kan utgå ifrån både ductus och lobulus. Det finns flera olika typer som kan vara både snabbväxande och långsamtväxande. Cancer in situ (CIS) delas in i lobulär och duktal cancer. Lobulär CIS är ett förstadie som kan öka risken för invasiv bröstcancer. Duktal CIS som är den vanligaste premaligna bröstcanceren, den är inte invasiv och kan inte metastasera. De invasiva bröstcancertyperna kan förekomma i både lobulus och ductus. De behandlas olika beroende på celltyp, patologisk och anatomisk lokalisering i vävnaden samt förekomst av hormonreceptor och human epidermal growth factor receptor type 2, HER-2 (Lester, 2018). Beroende på bedömning enligt TNM kan bröstcancer delas in i fyra olika stadier. Stadie I och II är tidigt cancerstadie. Stadie III är en avancerad fas medan stadie IV är metastaserad bröstcancer (Piccart m.fl., 2016).

Behandlingsformer

Det finns flera olika sorter av behandlingar vid bröstcancer och det är vanligt med en kombination. Behandlingsformer är kirurgi, immunterapi, strålbehandling, antihormonell behandling, målinriktad behandling och cytostatika. Kvinnan är inlagd inom slutenvården innan och efter mastektomi och därefter sker de övriga behandlingsformerna polikliniskt. Behandlingens syfte kan vara kurativ eller palliativ beroende på stadie av sjukdomen och kvinnans övriga hälsotillstånd. Cytostatikabehandling bör inledas högst 24 dagar efter kirurgi då längre tid kan ge ökad risk för återfall och dödlighet. Cytostatika ges vanligen i cirka 5–6 månader i varierande antal kurer med vanligen 3–4 veckors uppehåll. Strålbehandlingen kan pågå dagligen i cirka 3–7 veckor. Antihormonell behandling kan pågå i 5–10 år för att eliminera risk för recidiv (Regionala Cancercentrum, 2020; Regionala Cancercentrum, 2019; Socialstyrelsen, 2019).

Majoriteten av kvinnor med bröstcancer behandlas kirurgiskt med mastektomi eller partiell mastektomi. Utifrån kvinnans önskan och behov kan en rekonstruktion av bröstet genomföras med hjälp av implantat i samband med mastektomi eller vid avslutad behandling. För att hitta spridning till lymfkörtlar genomförs en operation i axilla samtidigt som mastektomin. Spridningen kan även påverka den adjuvanta behandlingens utformning (Bäcklund, Sandberg

& Åhsberg, 2016). Strålbehandling kan ges adjuvant eller primärt i både kurativt och palliativt syfte. Denna behandling kan påbörjas innan operation för att minska tumören vilket underlättar ingreppet. Efter partiell mastektomi ges strålbehandling lokalt mot lymfkörtlar och potentiellt kvarvarande cancerceller bröstvävnad (Bäcklund, Sandberg & Åhsberg, 2016; Regionala cancercentrum, 2020).

Cytostatika kan ges som primär och adjuvant behandling och används i både palliativt och kurativt syfte. Behandlingen ges intravenöst eller peroralt. Det finns olika typer av cytostatika som angriper cellerna på varierande sätt. Flera olika av dessa preparat kan antingen angripa DNA-molekylen i cellkärnan, cellens transportsystem eller andra viktiga molekyler för cellens funktion. De olika sätten leder till apoptos (Tortorice, 2018). Med hänsyn till mängden biverkningar cytostatika ger kan olika preparat kombineras för att ge god effekt med godtagbara biverkningar. Vid behandling används ett behandlingsschema som utformas beroende på typ av cancersjukdom. Mellan varje kur får de friska cellerna chans att reparera sig medan cancercellerna inte har samma reparationsförmåga. Behandlingen kan med denna metod upprepas för att döda alla eller de flesta cancerceller (Tortorice, 2018; Wilkes, 2018).

Målinriktad behandling verkar specifikt på celler med avvikande ämnen eller strukturer vilket ges adjuvant och kan vara palliativ eller kurativ. Behandlingen ges subkutant eller intravenöst. Behandlingsformen ger mindre biverkningar än t.ex. cytostatika vilket kan ses som en fördel. Verkningsmekanismen verkar genom att behandlingen blockerar signaler i cancercellen eller friska celler i cancercellens omgivning (Regionala cancercentrum, 2020; Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2017). Vid immunoterapi utnyttjas kroppens eget immunförsvar för att bekämpa cancerceller. Det här görs genom att förbättra kroppens antikroppar med hjälp av läkemedel eller att effektivisera kroppens leukocyter utanför kroppen för att sen återföra dem igen till kvinnan. På så sätt kan dem åstadkomma apoptos av cancerceller (Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2017).

Antihormonell behandling verkar på hormonpositiv bröstcancer. Behandlingen ges vanligen peroralt. De olika läkemedlens verkningsmekanismer kan vara: att blockera östrogenreceptorerna, hämma bildning av enzymet aromatas vilket minskar östrogenproduktionen, att hindra hypofysen från att utsöndra Gonadotropin releasing hormone (GnRH) vilket stoppar östrogenproduktionen. Dessa läkemedel minskar den endokrina tumörväxtens stimuli (Regionala cancercentrum, 2020).

Patientens upplevelse

Fysisk påverkan av sjukdom och behandling

Det kan vara påfrestande både fysiskt och psykiskt att gå igenom en cancersjukdom och dess behandling. De flesta behandlingsformerna ger biverkningar som gastrointestinala problem, benmärgspåverkan, fatigue, håravfall, slemhinneskador och hudrodnad. Det finns också mer behandlingsspecifika biverkningar, t.ex. kan man få hormonrelaterade biverkningar av hormonpreparat medan cytostatika som har en stor cellpåverkan påverkar många system och organ i kroppen vilket leder till svåra biverkningar som anemi, sänkt immunförsvar och reproduktionspåverkan (Nilbert, 2013; Wujcik, 2018; Yung & Partridge, 2016; Camp-Sorrell, 2018).

Psykosocial påverkan av sjukdom och behandling

Förutom kirurgiska påföljder och eventuella komplikationer innebär mastektomi för många kvinnor en stor sorg, då bröst är en kvinnlig symbol som har en funktion vad gäller sexualitet och amning (Nilsson, 2011). Det finns en högre risk för försämrat mående efter operation om kvinnan som genomgår adjuvant cytostatikabehandling har lägre utbildning eller går igenom omtumlande livshändelser (Jakobsson m.fl., 2020). Cancerbeskedet kan medföra orostankar om framtiden både för kvinnan och dess närstående gällande exempelvis ekonomi, familjesituation och det sociala livet, vilket kan resultera i svår psykisk stress (Nilsson, 2011; Hui & Bruera, 2016; Langius-Eklöf & Sundberg, 2019).

Sjukdom och behandling medför att kvinnan kan behöva stöttning och vägledning från vårdpersonal, inte bara under behandling utan även efter, för att återgå till det vardagliga livet efter behandling. Vid uppföljning behöver kvinnan även medicinsk konsultation för snabbare upptäckt av komplikationer efter behandling och eventuella recidiv. Det är essentiellt för kvinnan med en bra och öppen relation med vårdpersonal för att underlätta processens gång (Bergkvist, 2019). Kvinnan har rätt till egna beslut och delaktighet vad gäller vården. För att möjliggöra detta krävs helhetstäckande information (SFS 2014:821 5 kap 1§, 2§). Kvinnor med bröstcancer som upplever att de mottar tillräckligt med information kan känna att de får mer kontroll och inflytande över sin situation (Vinthagen, 2019).

Vid egenvård är det viktigt för patienten att få tillräckligt med individanpassad information och att sjuksköterskan har sett till att kvinnan har tagit till sig samt förstått informationen. Informationen ska ges till både kvinnan och familjen och innehålla läkemedelshantering och administration, läkemedelschema och andra viktiga aspekter vid cytostatikabehandling. Det bör också vara lätt för kvinnan att kontakta kliniken under behandlingstiden samtidigt som regelbundna uppföljningar fortgår (Wilkes, 2018).

Sjuksköterskans roll vid bröstcancer

Biverkningar är vanligt under olika sorter av bröstcancerbehandlingar och varierar beroende på behandlingsform (Lester, 2018). Biverkan av sjukdom innebär inte bara fysiska problem utan det är lika viktigt att sjuksköterskan bemöter psykiska aspekter med ett salutogent synsätt för att eftersträva bästa möjliga livskvalitet (Hui & Bruera, 2016; Langius-Eklöf & Sundberg, 2019). Det är relevant för kvinnan att sjuksköterskan poängterar att det finns ett öppet klimat under samtalen, där dessa ämnen uppmuntras. Om kvinnan inte upplever detta kan det kännas obekvämt för kvinnan att själv initiera sådan diskussion i den svåra och utsatta situationen (Flanagan m.fl., 2016). Därmed är relationen viktig från sjuksköterskans perspektiv, då detta ger möjlighet att möta kvinnans individuella behov och på det sättet utföra god omvårdnad (Svensk sjuksköterskeförening, 2017).

Varje kvinna med bröstcancer tilldelas en kontaktsjuksköterska. Den tilldelade kontaktsjuksköterskan ger patienten övergripande information och därmed erhåller patienten möjlighet till delaktighet i den egna vården. Detta ska ske löpande genom hela vårdförloppet (Regionala Cancercentrum, 2020; SFS 2014:821 5 kap 1§, 2§). Andra ansvarsområden för kontaktsjuksköterskan är att i samråd med kvinnan och vårdteamet utarbeta omvårdnadsplanering, symtombehandling, arbete med omvårdnads mål, främja livskvalitet, kritiskt tänkande och problemlösning, samt utbildning av patient och anhöriga (Lubejko m.fl., 2017). Cancerrehabilitering är en del av vården för patienter med bröstcancer och behovet ska

bedömas regelbundet av vårdpersonal. Rehabiliteringen innebär att arbeta förebyggande samt åtgärda påföljder av cancersjukdomen och behandling på ett fysiskt och psykosocialt plan. I cancervården fungerar kontaktsjuksköterskan som en central punkt för patienten som kan förmedla kontakt med andra professioner för att täcka alla behov om sjuksköterskans kompetens inte är tillräcklig (Regionala Cancercentrum, 2020).

För sjuksköterskan inom onkologisk verksamhet påverkas omvårdnadens fokus mycket av vad biverkningarna av cytostatika och andra behandlingsmetoder innebär. Cytostatika kan ge varierade biverkningar som kan vara besvärande för patienten, och sjuksköterskan har en viktig roll i att ge information om egenvård och utföra omvårdnadsåtgärder. Sjuksköterskan har också en viktig uppgift vad gäller att kontinuerligt bedöma patientens allmäntillstånd vid behandling, då behandlingen kan behöva justeras (Nilbert, 2013). Då patienter med bröstcancer vårdas polikliniskt med cytostatika har ett komplext omvårdnadsbehov med en myriad av biverkningar krävs att sjuksköterskan har mycket god kompetens i både onkologisk omvårdnad samt kommunikation och relationsbyggande. Patienten bör även vara väl informerad om den egenvård som krävs för att själv administrera cytostatika (Bergkvist, 2019; Wilkes, 2018)

E-hälsa

Begreppet e-hälsa har ett flertal definitioner, som bl.a. kan vara olika former av informations- och kommunikationsteknik (IKT) som används i vården. Telemedicin är ett begrepp som tillämpas vid diagnostisering och behandling av patienter på distans med hjälp av IKT (Sävenstedt, 2019). Socialstyrelsens (2021) definition av e-hälsa innebär utbyte av information över digitala kommunikationsmedel i syfte att främja och bevara hälsa. Ream m.fl. (2020) hävdar att utvecklingen av digitaliseringen gör det möjligt att utföra vård på distans. Detta tillsammans med det ökade behovet av att effektivt utnyttja resurser gör forskning kring hur patienten påverkas av e-hälsa relevant. Sävenstedt (2019) påpekar att e-hälsa har visat sig vara fördelaktigt för patienten på olika sätt, t.ex. vid uppföljningar och i form av forum för specifika sjukdomar eller hälsoproblem. För sjuksköterskan kan e-hälsa i form av applikationer eller telefon- och videosamtal utgöra ett användbart verktyg för stöd i omvårdnadsprocessen. Den här kommunikationen kan möjliggöra kontinuerlig uppföljning, bedömning och egenvårdsrådgivning även när patienten inte är på plats (Sävenstedt, 2019). För patienter med cancer kan digital kommunikation i syfte att rapportera och hantera fysiska och psykiska symtom och biverkningar vara fördelaktigt för både vården och patienten (Ream m.fl., 2020). En ytterligare orsak till fördelen med att använda applikationer under behandling är att vården till större del sker polikliniskt (Sävenstedt, 2019).

Att utföra omvårdnad på distans med hjälp av e-hälsa ställer nya krav på vården. Sjuksköterskan behöver kunna skapa en trygg och tillitsfull vårdrelation, samt utföra bedömningar utan det fysiska mötet och utifrån det föreslå åtgärder. Vanliga invändningar mot distanskontakt är fördelarna att träffas fysiskt. Det har dock visat sig att det är kvaliteten i mötet och sjuksköterskans kommunikativa kompetens som är det väsentliga. En annan fördel med digital kommunikation är att hälso- och sjukvårdens tillgänglighet till stöd och rådgivning ökar som annars kan vara mer svåråtkomligt (Sävenstedt, 2019).

I litteraturöversikten avser e-hälsa olika former kommunikation på distans mellan vårdpersonal och patient.

Omvårdnadsteoretiska grunder

Vårdrelation

En vårdrelation kan utgöras av både långa och korta kontakter mellan patient och sjuksköterska (Nyström, 2019). För att skapa en god vård behöver sjuksköterskan genom sin kompetens bidra till en professionell vårdrelation, som utgår ifrån patientens eget perspektiv. En trygg och jämlik relation skapas genom öppenhet till patienternas olika levnadssätt, utan att maktförhållande råder (Nyström, 2019). För att kunna möta och förstå patienten som person och där hon är i stunden, krävs att sjuksköterskan är medveten om sin egen förförståelse och reflekterar över denna för att tillgodose patientens behov. Om det här inte görs, äventyras vårdrelationen och patientsäkerheten genom att sjuksköterskan riskerar att missa de väsentliga problemen för patienten (Birkler, 2007). Tobiano m.fl. (2018) menar att en förutsättning för personcentrerad vård är en väl fungerande vårdrelation som kan inledas och utvecklas genom frågeställningar, delat beslutstagande samt att patienten ges tillfälle att dela med sig av sina erfarenheter och upplevelser.

I Patientlagen (SFS 2014:821) 5 kap § 1–2 framhävs att patientens behov av trygghet och kontinuitet ska uppfyllas samt att vården ska koordineras på ett lämpligt sätt. Patienten kan vara i behov av en fast vårdkontakt och i sådana fall ska detta erbjudas om det är av betydelse för att behoven av trygghet, kontinuitet och koordination ska tillgodoses. Även Regionala cancercentrum (2020) redogör, i det nationella vårdprogrammet för bröstcancer, för patientens rätt till att inom den onkologiska vården tilldelas en fast kontaktsjuksköterska, detta eftersom det förbättrar samordning av vården och patientens möjlighet till delaktighet i denna vård.

Kommunikation

God kommunikation är ett av de viktigaste redskapen inom vården (Larsson m.fl., 2016). En bristande kommunikation kan leda till att cancersjuka personer upplever oro, osäkerhet och missnöje med vården. Detta medför risk för försämrad följsamhet till behandling, utveckling av depression, försämrad hanteringsförmåga och ökad stress (Moore m.fl., 2018). Underlaget för god omvårdnad börjar i att sjuksköterskan kan dra nytta av samtal på ett effektivt sätt, vilket kräver skicklighet och erfarenhet (Larsson m.fl., 2016). Ekebergh & Dahlberg (2015) påpekar att begreppet kommunikation ofta definieras som informationsöverföring inom vården, och inte som något som innehåller vården som exempelvis gemenskap, ömsesidighet och lyssnande. Denna definition skulle kunna påverka den betydelsefulla vårdrelationen där kommunikation är essentiellt. Vårdarens röst anses många gånger vara överröstande medan patientens ses vara den svaga i sammanhanget. Då vårdaren tar över samtalet och patienten inte får komma till tals i tillräcklig utsträckning finns risk att patientens hälsa, lidande och sjukdom förbises. Därmed är det viktigt att försöka tala med varandra och inte till varandra. Patienten och sjuksköterskans gemensamma utbyte, tillit och förtroende samt patientens integritet är relevanta för att skapa ett gott gemensamt utbyte av information. För att få trygghet, ärlighet och äkthet i samtalet behöver båda parterna delta aktivt, genom att dela med sig och motta information samt låta sig beröras (Ekebergh & Dahlberg, 2015). För att kunna förmedla säkerhet och förtroende till en patient som befinner sig i en utsatt situation och få patienten att reda ut tumultartade tankar, behöver sjuksköterskan ha en god självkänedom (Larsson m.fl., 2016).

Larsson m.fl. (2016) menar att ett samtal öga mot öga är att föredra. Orsaken till detta kan vara att ickeverbal kommunikation utgör en stor del av kontakten. Den ickeverbala delen i samtalet kan tillföra men också invända mot det verbala vilket kan innebära att man under telefonsamtal missuppfattar eller inte uppfattar allt som förmedlas i samtalet. Ett samtal öga mot öga blir automatisk inte mer lyckat utan det förutsätter att sjuksköterskan är uppmärksam på den ickeverbala kommunikationen, både hos sig själv och patienten. Vad sjuksköterskan förmedlar kan påverka på vilket sätt och vad patienten kommunicerar.

Delaktighet

Begreppet delaktighet innebär att patienten ska vara involverad i beslut om sin egen vård och behandling. Patienten ska ges förutsättning till detta vilket betyder att patienten behöver få tillräckligt med information om sjukdomstillståndet samt alternativ till behandling (Eldh, 2019). Kao m.fl. (2017) visade, i en översikt över patientens förståelse och delaktighet i studier, att personer med cancersjukdom som får tillräckligt med information och är delaktiga i sin vård upplever mindre ångest och mer belåtnhet. Delaktighet finns beskrivet i Patientlagen (SFS 2014:821) 5 kap 1 § där det framkommer att utförandet av hälso- och sjukvård ska vara i enlighet med patientens önskemål samt att beslut tas med patientens medverkan. Patienter ska också, utifrån hennes utgångspunkt, ges möjlighet att utföra egenvård (SFS 2014:821). Patienter med kroniska sjukdomar har erfarenhet och kan även söka information om tillståndet vilket medför kompetens. Därmed kan det vara relevant med patientens delaktighet i vården för en individuellt anpassad vårdplan (Forsman m.fl., 2019). För att sjuksköterskor ska kunna tillgodose patientens rätt till delaktighet och därmed utföra personcentrerad vård behöver sjuksköterskan ha färdigheter i relationsbyggande, involvera patienten i vårdandet och förstå vad hon kan tillföra samt involvera psykosociala aspekter av betydelse (Tobiano m.fl., 2018).

Omvårdnadsteorier beskriver människan som både unik men samtidigt på många sätt lik andra. För att vara mottagbar och möta en patient med öppenhet behöver sjuksköterskan vara närvarande i stunden, ha självkänedom samt närhet till sina känslor och intention vilket ger ökad förståelse för patienten. Den här ökade förståelsen kan ske exempelvis genom handlingar, ord, kroppsspråk och känslor. Sjuksköterskans ökade förståelse för patientens välmående och varande samt patientens öppenhet leder till en intersubjektiv transaktion vilket medverkar till förbättring i vårdrelationen (Watson, 1993; George, 2011).

Specifikt Travelbees omvårdnadsteori om mellanmänskliga relationer fokuserar på sjuksköterska-patientrelationen samt patientens upplevelse av denna. Sjuksköterskan utför sitt arbete med en terapeutisk relation samt med sin kompetens i medicin och omvårdnad. Utvecklingen av vårdrelationen mellan sjuksköterska och patient sker genom både verbal och ickeverbal kommunikation under flertalet möten. Det finns många faktorer som påverkar relationen, både utifrån och patient och sjuksköterska emellan, vilket gör den konstant föränderlig. Goda avsikter och vänlighet är viktiga element i relationen men kan inte kompensera otillräcklig kompetens. Sympati är en viktig beståndsdel i relationen. Att vara sympatisk innebär att ge en del av sig själv där man utsätts för den andres sårbarhet. Sjuksköterskan måste själv konfrontera sina svagheter för att kunna hjälpa patientens lidande, sårbarhet och utsatthet. För att relationen ska utvecklas framåt går den igenom fem faser: första mötet, ömsesidigt bandskapande, empatisk fas, sympatisk fas och ömsesidig förståelse och kontakt (George, 2011).

Problemformulering

En betydande orsak till att bröstcancer är ett relevant område att studera är den omfattande förekomsten och kontinuerliga ökningen av sjukdomen. Sjukdomsförloppet och behandlingstiden kan vara lång och präglas av stora påfrestningar både fysiskt och psykiskt. Behandlingsformerna kan vara kurativa eller palliativa, och ges ofta i kombinationer polikliniskt. Generellt är kvinnan endast inlagd i slutenvården vid mastektomi. Cytostatika ges vanligen under 5-6 månader och strålbehandling i 3-7 veckor och uppehåll krävs mellan behandlingstillfällena, medan hormonbehandling kan pågå i 5-10 år. Under behandling för bröstcancer är det av stor vikt med individanpassad information och kommunikation, särskilt med tanke på de varierande biverkningarna och behandlingskombinationerna. Under behandlingen för bröstcancer genomförs en del av vårdkontakten med sjuksköterska via olika kommunikationsmedel på distans. Biverkningar, behovet av professionellt stöd och hjälp med symtomlindring är viktiga faktorer för sjuksköterskan att beakta. Vid omvårdnadsbedömning av patienten är den kliniska blicken ett viktigt verktyg. När detta sker på distans, ställer det större krav på kommunikationens innehåll samt interaktionen mellan patient och sjuksköterska. Den här formen av vårdkontakt är intressant att studera för att ta reda på hur upplevelsen är för patienten samt hur hälsa och välbefinnande påverkas av e-hälsa.

Syfte

Syftet är att beskriva hur e-hälsa påverkar kvinnornas hälsa under onkologisk behandling av bröstcancer och beskriva upplevelsen av vårdkontakt med sjuksköterska på distans.

Metod

Design

En litteraturöversikt där en fördjupning i ämnesområdet genomförs för att få en ökad kunskap och förståelse används för att svara på syftet (Friberg, 2017b). Genom denna metod skapas en överblick av den befintliga forskningens omfattning, vilka forskningsgap som finns i relation till forskningsfrågan samt ges en klar bild av ämnet kopplat till syftet (Rosén, 2012).

Datainsamling

En inledande sökning i databaser utfördes för att utforska omfattningen av forskningsområdet och utifrån det formulera en problemformulering och ett syfte som genom en litteraturöversikt är möjlig att besvara (Friberg, 2017b). Insamling av artiklar genomfördes under oktober och november 2021 i databaserna PubMed och CINAHL. Svensk MeSH användes för att definiera databasen PubMed:s paraplybegrepp och dess synonymer för att inkludera de artiklar som inte har fått dess MeSH-term (Östlundh, 2017). Nedbrytning med PIO användes där "Population" är patient med bröstcancer, "Intervention" är telemedicin och patient- och sjuksköterskerelation samt "Outcome" är patientens upplevelser. Eftersom sistnämnda begrepp gav fåtal träffar i CINAHL exkluderades "Outcome" i denna databas. De söktermer som användes i respektive sökning var: "Telemedicine", "Nurse-patient relations" samt "Breast Neoplasms" och termernas synonymer. I en sökning i PubMed användes även "Thoughts" och dess synonymer. De här termerna sattes ihop i sökning med "AND". Termer "Survivorship" samt "Partner" med synonymer användes med "NOT" för att avgränsa irrelevanta träffar (se bilaga 1 och 2).

Urval

Inklusions- och exklusionskriterier fastställdes innan datainsamlingsprocessen av vetenskapliga artiklar för att under sökningen begränsa antalet sökträffar (Friberg, 2017b). Kriterierna användes genom filter i databaserna samt genom att manuellt exkludera och inkludera artiklar. Inklusionskriterier var: högst 10 år gammal artikel, under onkologisk behandling, bröstcancer, vuxna, telemedicin, peer reviewed och abstract. Exklusionskriterier i litteraturöversikten var: artiklar som undersökte partners och vårdpersonals perspektiv, postbehandling och vårdkontakt med annan vårdprofession.

Kvalitetsgranskning

Alla abstract från samtliga artiklar som sökningarna resulterades i lästes noggrant igenom för att kunna identifiera lämpliga artiklar. Artiklar med lämpliga abstract lästes igenom och kvalitetsgranskades med hjälp av mallar från SBU (2020) där kvaliteten rankades som låg, medel eller hög. Två artiklar med låg kvalitet uteslöts från resultatet pga. frånvaro av bortfallsredovisning, risk för intressekonflikter samt att resultat inte redovisades för alla deltagare. Kvalitetsgranskningen genomfördes gemensamt för att säkerställa samstämmighet. Slutgiltiga antal artiklar som inkluderades i litteraturöversikten var 12.

Dataanalys

Vardera av de 12 valda artiklarna lästes igenom flertalet gånger och det väsentliga sammanfattades i ett dokument som stödmaterial. Därefter sammanställdes artiklarnas författare, syfte, metod, resultat och bedömning av kvalitet i en tabell för att skapa en överblick av litteratursökningens resultat (se bilaga 3). Artiklarna grupperades även i ett separat dokument utifrån om studien handlade om telefon eller applikation samt mellan olika behandlingsformer. Detta genomfördes för att skapa en överblick över hur resultatet ska formuleras. Dokumenten användes även som stöd för att urskilja mönster i materialet som likheter och skillnader i deltagare, metoder, syften och resultat (Friberg, 2017a).

I fyra av studierna ingick, förutom kvinnor med bröstcancer, deltagare med andra cancersjukdomar som kolorektalcancer, prostatacancer, neurologisk cancer samt hudcancer. Kvantitativt resultat som baserades på svar från deltagarna med bröstcancer kunde abstraheras och det övriga resultatet från andra patientgrupper presenteras inte här. Resultat baserade på kvalitativ forskningsmetod kunde inte urskiljas mellan de olika diagnosgrupperna och är med i litteraturöversiktens resultat.

Forskningsetiska ställningstaganden

För att värna om allmänhetens förtroende för forskning samt högskoleutbildningens och forskningens anseende bör hänsyn tas till dess etiska ansvar. Forskningsetiken är ett medel för att skydda människor genom att forskning tar hänsyn till människovärdesprincipen, forskningsetiska lagar och skyddande av personuppgifter (Kjellström, 2012). Frågor som rör cancersjukdom och cancerbehandling samt utelämnande av personlig information kan vara känsligt för deltagare i samtliga artiklar. Det finns därmed risk för sårbarhet och utsatthet. Enligt World Medical Association (2013) ska allas, men särskilt sårbara och utsatta människors rättigheter, hälsa och samtycke särskilt beaktas vid forskning. Hänsyn ska tas till mänskliga rättigheter, rätten till frihet och integritet (Kjellström, 2012) och skriftligt samtycke ska

inhämtas från alla berörda (World Medical Association, 2013). I och med detta har sammanställning av resultat genomförts med ett etiskt förhållningssätt, endast artiklar där studier genomförts med ett etiskt godkännande inkluderats samt att samtycke erhållits från respektive deltagare. Detta görs för att sträva efter högsta möjliga etiska kvalitet. Det eftersträvades även att inte utelämna viktiga resultat i studierna.

Resultat

De 12 valda artiklarna var publicerade mellan 2011 och 2021 och kom ifrån Skandinavien, Europa, södra och östra Asien samt Nordamerika. Antalet deltagare i artiklarna varierade från 26 till 439. Studiedesignen i artiklarna var: 2 icke-randomiserade interventionsstudier, 8 randomiserade interventionsstudier, 1 en icke-randomiserad pilotstudie och 1 genomfördes med kvasiexperimentell studiedesign. Interventionerna i form av e-hälsa varade från 3 månader upp till 1,5 år, i 2 studier framgick inte interventionstiden. 1 studie hade kvalitativ studiedesign, 8 med kvantitativ design och 3 använde mixad metodansats.

Applikationer och telefonsamtal ingår i begreppet e-hälsa. Studierna använde sig av olika applikationer, med varierande innehåll och form av kommunikation, där WebChoice var vanligast. Andra applikationer som användes var CaringGuidance, WeChat, Bidirectional Text Messaging, Interaktor och DATACAP. Vanligaste innehållet var symtomrapportering, information om cancer och behandling samt sjuksköterskekontakt. Andra förekommande delar i applikationerna var diskussionsforum, dagbok, egenvårdsråd, triage-system utifrån symtom, påminnelser samt aktivitetsrapportering. Kommunikation skedde med sjuksköterska eller i form av "peer-support". Interaktiva applikationer innebär att både sjuksköterska och kvinnor kan kommunicera med varandra, t.ex. ge egenvårdsråd, rapportera symtom eller diskutera med andra kvinnor i forum.

Påverkan på livskvalitet

En signifikant ökad livskvalitet vad gäller ökad emotionell funktion samt minskade nivåer av illamående, kräkningar, aptitförlust och förstoppning kunde påvisas vid användning av applikation hos kvinnor som genomgår neoadjuvant cytostatika. Applikationen innehöll symtomrapportering, traigesystem för symtom, egenvårdsrådgivning samt en informationsdel (Fjell m.fl., 2020). En annan studie visade att kvinnor rapporterade en liknande stor ökad livskvalitet inom fysisk och emotionell hälsa samt minskade endokrina symtom under antihormonell behandling medan socialt välmående och familjerelationer inte påverkades (Çinar m.fl., 2021). När studier har mätt livskvaliteten hos kvinnor som genomgått mastektomi och därefter adjuvant behandling sågs inga tydliga förändringar i livskvalitet efter användning av e-hälsoapplikationen (Ruland m.fl., 2013a; Zhou m.fl., 2020). Ruland m.fl. (2013a) redovisade dock ett mönster där interventionsgruppen som mottog applikationer inte fick minskad livskvalitet över tid, däremot skedde detta för kontrollgruppen. Likaså Zhou m.fl. (2020) visade en signifikant lägre livskvalitet hos kontrollgruppen som erhöll standardiserad vård före jämfört med efter kirurgi och adjuvant behandling. Interventionsgruppen som hade tillgång till applikation visade efter samma tidsperiod inga signifikanta förändringar i livskvalitet. Kimman m.fl. (2011) konstaterade att kontakt via telefon med sjuksköterska under bröstcancerbehandling inte gav någon signifikant skillnad gällande livskvalitet jämfört med kvinnor som genomgick standardiserad vård i form av fysisk kontakt. Resultatet av delarna i livskvalitet specificerades inte.

Påverkan på fysisk och psykisk hälsa

Besvär minskade signifikant efter användning av en e-hälsoapplikation hos kvinnor med bröstcancer som genomgick antihormonell behandling. Denna minskning i besvär sågs även hos patientgruppen som endast fick standardiserad vård efter samma tidsperiod (Çinar m.fl., 2021). Liknande resultat visade Ruland m.fl. (2013a) hos kvinnor som genomgick mastektomi och adjuvant behandling. Besvär, och även depressiva symtom, minskade signifikant i gruppen som erhöll applikation jämfört med kontrollgrupp. Ruland m.fl. (2013a) mätte även hur kvinnorna påverkades beroende på sjukdomstid. Kvinnorna med sjukdomstid längre än 2 år med endast standardiserad vård påvisade minskad i tilltro till sin egen förmåga. Motsatt effekt observerades i den andra gruppen; psykisk och fysisk hälsa förbättrades hos kvinnor med kortare sjukdomstid och tillgång till applikation (Ruland m.fl., 2013a). Psykisk hälsa förbättrades signifikant vid applikationsanvändning efter 3 månaders användning hos kvinnor med mastektomi och adjuvant behandling i jämförelse med de kvinnor som fick standardiserad vård vilket indikerade en förbättring av emotionellt mående. Kvinnor med standardiserad vård rapporterade högre nivåer av smärta, trötthet och sömnstörningar än kvinnor som använde applikationer. Den signifikanta ökningen påvisade att omvårdnaden för den gruppen inte var tillräcklig (Zhou m.fl., 2020). Fjell m.fl. (2020) rapporterade att användning av applikation ledde till signifikant lägre prevalens av illamående, kräkningar, nedstämdhet samt besvär efter behandling jämfört med standardiserad vård, hos kvinnor som genomgick neoadjuvant behandling. Däremot hade gruppen med applikationsanvändning en påvisad ökning vad gäller sömnproblematik. Mougalian m.fl. (2017) hävdade att deltagarna rapporterade minst en biverkan om dagen och 40 % rapporterade minst en svår biverkan. Symtomen som rapporterades var vaginala symtom, smärta samt flushar.

Kimman m.fl. (2011) och Sherman m.fl. (2012) visade att det inte fanns några tydliga skillnader i hur psykiska symtom påverkades hos kvinnor som fick telefonkontakt med sjuksköterska utöver standardiserad vård under behandling jämfört med endast standardiserad vård. Kimman m.fl. (2011) påpekade att kvinnorna rapporterade nivåer av ångest, emotionell funktion samt känsla av kontroll vilka påvisade en förbättring, oavsett kontaktform, hos kvinnor som genomgick mastektomi samt antingen strålbehandling, cytostatikabehandling eller båda. Sherman m.fl. (2012) visade att det fanns en signifikant förbättring i psykisk hälsa oavsett kontaktform, telefon eller fysisk kontakt, hos kvinnor med bröstcancer som upptäckts i ett tidigt stadie. Gruppen som fick telefonkontakt rapporterade ett förbättrat psykiskt mående mellan baslinje och adjuvant behandling, dock en försämring i det psykiska måendet från adjuvant behandling till återhämtning. Grupperna vare sig kontaktform rapporterade mer svåra bieffekter, trots den minskade kvantiteten av biverkningar. Symtomet besvär var konstant för kvinnor med telefonkontakt, däremot ökade symptomen för kvinnor med standardiserad vård. Jernigan m.fl. (2020) studie indikerade att telefonkontakten kunde minska svåra symtom över tid. De visade även att fysiska besök relaterat till bröstcancer och dess behandling minskades när kvinnorna hade telefonkontakt med sjuksköterska.

Påverkan på kommunikation

Kvinnor som genomgick antihormonell behandling ansåg att applikationen de använde som kontaktväg med sjuksköterska var lättanvändlig, flexibel och informativ samt hade överlag en god inställning till den (Çinar m.fl., 2021; Mougalian m.fl., 2021). En del av kvinnorna ansåg däremot att applikationer hade passat bättre för kvinnor i början av sin behandling då informationen upplevdes riktad mot tidigt sjukdomsskede. De flesta kvinnorna uppskattade att

sjuksköterskor var lättillgängliga i applikationen och var nöjda med stödet de fick. De rapporterade även att det var positivt att de själva kunde hitta lösningar till sina besvär (Çinar m.fl., 2021). Mougalian m.fl. (2021) hävdade att applikationen påminde kvinnorna att ta sina antihormonella läkemedel och de flesta kvinnorna i studien ville fortsätta använda applikation efter interventionens slut.

Fjell m.fl. (2020) diskuterade att e-hälsoapplikationerna kunde hjälpa kvinnor som genomgick neoadjuvant behandling att få ökad förståelse för hur de kunde hantera sin hälsa och planera vardagen utifrån besvär relaterat till symtom. Detta eftersom de hade tillgång till egenvårdsråd och dagligen fick reflektera över sina symtom när de skulle rapportera dessa i applikationer. Symtomen kunde genom applikationen även tidigt uppmärksammas av sjuksköterskor och därmed hanteras i god tid. Fatigue var det mest rapporterade symtomet och därefter orala symtom. Weaver m.fl. (2014) klargjorde att monitorering i realtid, att få snabba svar och därefter kunna utföra egenvårdsåtgärder gjorde att kvinnor som genomgick cytostatikabehandling kände sig trygga, säkra och hade kontroll. En deltagare i denna studie upplevde emellertid mer illamående vid rapportering av symtomet i applikationen. Mougalian m.fl. (2021) och Bæksted m.fl. (2019) påvisade att kvinnor uppskattade funktionen i applikationerna att kunna rapportera symtom och biverkningar till sjuksköterska. Det kunde vara svårt att komma ihåg och ta upp dem till nästa besök i öppenvården och det underlättade eftersom de kunde motta egenvårdsråd hemifrån. Bæksted m.fl. (2021) tydliggjorde i artikeln att kvinnor med adjuvant behandling inte alltid diskuterade symtom vid fysiska besök. Orsaker till detta var att de glömde, inte ville störa, det kändes irrelevant, de blev inte tillfrågade, ovillighet att berätta och/eller att tiden inte räckte till. Vid applikationsanvändning ansåg kvinnorna att de fick den hjälp de behövde angående de rapporterade symtomen och de var även nöjda med sjuksköterskans kommunikation.

Kvinnor i senare stadier av bröstcancer ansåg att applikationerna de använt inte vara relevanta för dem och att de var mer anpassade till nydiagnostiserade kvinnor (Lally m.fl., 2018; Ruland m.fl., 2013b). Applikationen ansågs av kvinnorna behjälplig för att hantera sin situation, lätt att förstå och använda samt inbringade trygghet. Ändrade beteendemönster i form av behandling i applikationen samt genom egenvård och information kunde utnyttjas hos kvinnorna vilket sågs hjälpsamt (Lally, 2018). Ruland m.fl. (2013b) tydliggjorde att applikationen delvis kunde bytas ut mot fysiska möten. Det finns ett stort behov av att läsa sjuksköterskans svar hos kvinnorna då meddelandefunktionen besöktes mer än meddelanden skickade. Sjuksköterskans svar bestod av stöd och uppföljning vilket upplevdes omhändertagande av kvinnorna som uppskattades. Sherman m.fl. (2012) syftade på att en nackdel med kontinuerlig kontakt på distans kunde vara att det medförde en ständig påminnelse om bröstcancersjukdomen och relaterade besvär. Den här känslan kan reduceras genom att sjuksköterskan uppmuntrar kvinnan att anförtro sig om dessa bekymmer.

Diskussion

Metoddiskussion

För att svara på syftet genomfördes en litteraturoversikt där befintlig forskning systematiskt går igenom (Friberg, 2017b). Från början var examensarbetet planerat att genomföras som en empirisk uppsats, med syfte att beskriva upplevelsen av telefonkontakt vid peroral cytostatikabehandling hos kvinnor med bröstcancer. Planen ändrades pga. hög arbetsbelastning

på kliniken där dessa kvinnor skulle tillfrågas, vilket ledde till att en litteraturöversikt i stället genomfördes. Henricson (2012) uppger att vid byte av fokus i syfte eller forskningsfråga kan examensarbetets kvalitet påverkas av den redan begränsade tiden. Med denna omställning togs därför kontakt med en universitetsbibliotekarie, för att snabbt kunna tänka om och påbörja litteraturöversikten utan att behöva byta ut ämnet.

Då bibliotekarier har en informationskompetens togs det inledningsvis hjälp härifrån för att genomföra en välgjord litteratursökning, genom att hitta och testa olika sökord anpassade efter syftet (Östlundh, 2017) och gruppera sökord genom sökordsmodeller (Friberg, 2017c). Vid nedbrytning av sökord användes SPICE där ”Comparison” och ”Evaluation” uteslöts. Eftersom sökningen som genomfördes gav fåtal träffar då det saknas en paraplyterm för generell cancerbehandling, uteslöts även ”Setting”. Därmed beslutades det för att använda PIO pga. behovet att bredda syftet eftersom det även fanns för få artiklar om telefonkontakt i databaserna. Innan denna breddning var syftet att beskriva upplevelsen av telefonkontakt vid peroral cytostatikabehandling. E-hälsa under bröstcancerbehandling var ett begränsat forskningsområde och studier där, förutom kvinnor med bröstcancer, även personer med andra cancersjukdomar inkluderades. Det här medförde att urvalet fick breddas och även inkludera studier där andra patientgrupper ingick. Därmed är kvalitativt resultat från dessa studier inkluderade i litteraturöversiktens resultat, medan de kvantitativa resultaten kunde separeras mellan patienter med olika cancersjukdomar. Orsaken till det begränsade resultatet skulle eventuellt kunna vara att e-hälsa, i dess form som behandlas här, är ett relativt nytt område inom omvårdnad (Sävenstedt, 2019).

Databaserna som användes var PubMed och CINAHL eftersom dessa innehåller omvårdnadsvetenskapliga artiklar (Friberg, 2017a). Andra databaser kunde ha genomsökts som Scopus för att finna ytterligare artiklar. Särskilt eftersom det var ett begränsat resultat av artiklar som passade syftet. Orsak till att detta inte gjordes var mer erfarenhet av PubMed och CINAHL. För att besvara syftet inkluderades studier med både kvantitativ och kvalitativ ansats. Att beskriva kvinnors upplevelse kan studier kvalitativ ansats besvara medan båda ansatserna kan besvara hur hälsa påverkas av e-hälsa. Studier med kvalitativ ansats som hittades vid litteratursökningen i databaserna var ett fåtal, däremot hade en del av de valda artiklarna mixad metodansats. De kvantitativa artiklarna presenterar, i enlighet med ansatsens form, många siffror i resultatet vilket föranledde en osäkerhet gällande hur detaljrikt resultatet skulle formuleras. Huruvida resultatet skulle presenteras i form av skalor, mätvärden samt vilka mätinstrument som använts i studierna diskuterades och utmynnade i att resultatdelen ej skulle innehålla denna information men att informationen inkluderades i artikelöversikten. Selektivitet och filtrering av artiklarnas resultat skulle bidra läsaren för att bättre begripa litteraturöversiktens resultat relaterat till forskningsfrågan. Detta tog tid som kunde ha lagts på andra viktiga delar i skrivandet.

I flertalet av de valda artiklarna mäts och diskuteras begreppet och symtomet ”distress” vilken saknar en entydig översättning till ett svenskt begrepp. Enligt Nationalencyklopedin (u.å.) beskrivs ”distress” som ”suffering caused by pain or worry”. Efter diskussion med handledare resulterade detta i att ”besvär” skulle komma att användas som en definition för ”distress” i den här litteraturöversikten. Varför syftet fokuserade på kvinnor med bröstcancer och inte män var pga. skillnaden i prevalens där få män drabbas. Valet av att använda ”kvinna” vid benämning av patient med bröstcancer gjordes för att textens ton skulle uppfattas personcentrerad, för att det endast är kvinnor med bröstcancer litteraturöversikten fokuserar på samt då de valda

studierna endast inkluderat kvinnor som deltagare. Begreppen vårdrelation, kommunikation och delaktighet är av relevans för detta arbete då e-hälsa blir mer förekommande inom vården (eHälsomyndigheten, 2019) och det är av vikt att kunna bevara kvaliteten på omvårdnaden även om den sker på distans. En utmaning med examensarbetet i detta avseende är att begreppen är tätt sammankopplade, vilket kan göra det svårt att tydligt särskilja dem vid diskussion.

Resultatdiskussion

Syftet med litteraturoversikten var att beskriva hur e-hälsa påverkar kvinnors hälsa under onkologisk behandling av bröstcancer samt beskriva upplevelsen av vårdkontakt med sjuksköterska på distans. För att svara på syftet användes 12 studier som visade hur kvinnor påverkades av e-hälsa utifrån psykisk och fysisk hälsa och livskvalitet samt hur de upplevde kommunikationen via telefon och applikationer. Studierna visade att kvinnor påverkas antingen positivt eller inte alls, vilket skulle kunna innebära att delar av fysiska besök är utbytbara utan att påverka kvinnan negativt. Det fanns också en generell uppfattning hos kvinnorna där de uppskattade vårdformen e-hälsa under bröstcancerbehandling. Resultatet diskuteras gentemot uppsatsens teoretiska grund som utgörs av begreppen: Vårdrelation, kommunikation och delaktighet. Andra intressanta aspekter som framkom i studierna var vilka symtom som förekom och lindrades, hur följsamheten till studiernas interventioner såg ut samt skillnader mellan att använda telefon och applikation. Vidare framkom individuella skillnader utifrån sjukdomsstadie, upplevelser av ”peer-support”, och möjligheten till att e-hälsa kan ses som en resurs med koppling till viktiga omvårdnadsbegrepp. Dessa aspekter anses betydelsefulla inom e-hälsa och diskuteras avslutningsvis.

Vårdrelationen vid e-hälsa

Sjuksköterskan bör ha ett reflektivt förhållningssätt till sin förståelse för att kunna tillgodose patientens individuella behov (Birkler, 2007). När kvinnan själv rapporterar symtom i applikationerna och får hjälp med dessa, i stället för att motta generell information om symtom vid bröstcancer, kan den omvårdnad som Birkler (2007) beskriver tas hänsyn till. När sjuksköterskan tar kontakt med kvinnan i syfte att främja just den kvinnans välmående, skapas en öppning till en vårdrelation vilken kunde ses i Fjell m.fl. (2020) och Weaver m.fl. (2014) studier. Eftersom kvinnan är i en sårbar situation och befinner sig i underläge ur ett maktperspektiv gör detta att hon tvingas förlita sig på sjuksköterskan vare sig utifrån en god vårdrelation eller inte (Hedman, 2014). Om det senare är fallet riskeras att kvinnan inte berättar om sina symtom eller annan relevant information och kvinnan inte får det stöd samt vård som hon behöver (Bæksted m.fl., 2019). Vid en god vårdrelation tillkommer trygghet och kvinnan kan vara bekväm med att öppna upp sig (Nyström, 2019) vilket är fallet enligt Weaver m.fl. (2014) där kvinnan kände sig säker med att kontakta sjuksköterskan närsomhelst. Sherman m.fl. (2012) betonar att den individanpassade och personliga telefonkontakten gav kvinnan möjlighet att öppna sig och få emotionell avlastning. Jernigan m.fl. (2020) påvisar vikten av kontinuitet och fast vårdkontakt som beskrivs i Patientlagen (SFS 2014:821) där patienter som hade telefonkontakt med endast en sjuksköterska var mer positivt än där patienter mottog samtal från en grupp sjuksköterskor utan kontinuitet (Jernigan m.fl., 2020).

E-hälsa kan vara ett hinder för att utveckla och arbeta för att främja en god vårdrelation då sjuksköterskan enligt de humanistiska omvårdsteorierna behöver vara närvarande i stunden genom att använda sig av handlingar, ord, kroppsspråk, ögonkontakt och känslor för att utföra god omvårdnad (Watson, 1993; George, 2011). Vid relationsbyggande via applikation äger

sjuksköterskan inte samma tid eller rum och är därmed inte närvarande i stunden. Vid både telefon- och applikationsanvändning missar sjuksköterskan många av de viktiga faktorerna som beskrivs i den humanistiska omvårdnadsteorin (Watson, 1993; George, 2011).

Kommunikation vid e-hälsa

Sjuksköterskan kan med skicklighet och erfarenhet ha stor nytta av kommunikation i omvårdnadsarbetet (Larsson m.fl., 2016), men när den brister riskerar kvinnan med bröstcancer att uppleva osäkerhet, missnöjdhet, stress och kan brista i följsamhet till behandlingen (Moore m.fl., 2018). Kvinnorna upplevde nöjsamhet med sjuksköterskekontakten på distans (Jernigan m.fl., 2020; Bæksted m.fl., 2019). Inom applikationerna uppskattades särskilt att sjuksköterskorna var lättillgängliga och gav snabba svar eller deltog i diskussionsforum (Çinar m.fl., 2021; Weaver m.fl., 2014; Fjell m.fl., 2020). Vid tablettbehandling kan även applikationer hjälpa kvinnor att komma ihåg att ta sina läkemedel (Mougalian m.fl., 2017). Om det är acceptabelt för kvinnorna att motta dagliga notifikationer och att distanskontakt upplevs som tillräckligt finns det möjlighet att minska fysiska besök. Dock framför Brown m.fl. (2018) att en del patienter kan uppleva att fysiska besök inger mer trygghet och minskad oro än vid telefonkontakt. I relation till det påpekar Bæksted m.fl. (2019) att kvinnor, vid fysiska besök, kunde uppleva att kommunikation om symtom blev lidande då antingen samtalsämnet inte togs upp, det var ont om tid, att de inte ville vara besvärliga eller att de glömde av att berätta om symtomen. Ekebergh & Dahlberg (2015) hävdar att bristande kommunikation hos sjuksköterskan där patienten inte får komma till tals eller chans att berätta kan orsaka lidande, ohälsa eller att symtom och bekymmer förbises. Ruland m.fl. (2013b) beskriver att det uppskattades mycket att sjuksköterskan deltog i diskussionsforumet och monitorerade det som skrevs för att aktivt hålla informationen aktuell och kunna tillföra information samt bistå med vägledning. Män med prostatacancer och kvinnor med bröstcancer utnyttjade diskussionsforumet på olika sätt då studien visade att kvinnorna besökte och interagerade mer i diskussionsforumet. Ruland m.fl. (2013b) påpekar att det kan bero på könsskillnaden, ålderskillnaden vid insjuknandet, olika behandlingsregimer samt varierande sjukdomsprognoser. Hu m.fl. (2019) konstaterar att det finns fler positiva än negativa effekter av att kvinnor med bröstcancer stödjer varandra, exempelvis vad gäller positiv påverkan på psykiska och psykosociala faktorer. Dock finns det även stöd mellan patienter som inte ger någon påverkan alls hos kvinnor med bröstcancer. Vidare påvisas att de diskussionsforum som är strukturerade och modererade har bättre effekt än om patienterna fick diskutera egenvalda ämnen fritt.

Tre av studiernas intervention var e-hälsa i telefonform medan resterande nio var e-hälsa i form av applikation. I en av telefoninterventionerna (Kimman m.fl., 2011) och i två av applikationsinterventionerna (Ruland m.fl., 2013a; Zhou m.fl. 2020) visas ingen signifikant skillnad i livskvalitet samtidigt som i två andra applikationsinterventioner (Çinar m.fl., 2021; Fjell m.fl., 2020) visade skillnader. Intressant nog var dessa två studier 12 respektive 18 veckor medan studierna som inte påvisar signifikanta skillnader var 6 månader till 1 år. Jernigan m.fl. (2020) visade att telefonkontakt kan minska svåra symtom över tid. Eftersom det inte finns något tydligt mönster samt att de flesta studierna har applikationsinterventioner går det inte dra några slutsatser utifrån de olika resultaten om vilken form av e-hälsa som kan vara att föredra. Artiklar som lyfter kommunikation har genomfört detta med utgångspunkt i kvalitativa beskrivningar vilket komplicerar jämförelsen mellan kommunikation över telefon och applikation. Det generellt positiva bemötandet av e-hälsa som beskrivs i artiklarna kan tolkas som att både interventionerna är väl bemötta av kvinnorna samt att ett stort informationsbehov

finns. I applikationerna däremot finns ett bredare utbud av kommunikation där det uppskattades att diskutera med andra patienter i forum, ha kontinuerlig kontakt med sjuksköterska och att rapportera symtom i realtid och få hjälp med att hantera dessa i god tid.

Kommunikation, mellan sjuksköterska och patient, såväl verbal som ickeverbal samt en ömsesidig förståelse och kontakt beskrivs i Travelbees omvårdnadsteori som en viktig del för att bedriva god omvårdnad (George, 2011). Kommunikation öga mot öga är fördelaktigt eftersom ickeverbal kommunikation påverkar samtalets innehåll, den ömsesidiga förståelsen och utgör en stor del av kontakten vid ett vårdmöte (Larsson m.fl., 2016). Då vårdrelation är en förutsättning för en välfungerande kommunikation, kan omvårdnaden bli otillräcklig ifall det finns en saknad av vårdrelation vid e-hälsa. Detta betyder att det kan vara svårt att över distans bilda en god vårdrelation och där igenom riskerar kommunikationen att bli lidande vilket påverkar kvinnans omvårdnad.

Delaktighet vid e-hälsa

Patienten har rätt till delaktighet i sin vård och ska ges möjlighet att utföra egenvårdsåtgärder vilket är lagstadgat enligt (SFS 2014:821) 5 kap 1 §. Sjuksköterskan utgör en viktig faktor för att möjliggöra detta (Tobiano m.fl., 2018). Eldh (2019) menar att en förutsättning för delaktighet är att patienten får tillräckligt information och är involverad i beslut. Patienter med cancersjukdom som mottar tillräckligt med information kan uppleva mindre ångest och mer belåtenhet (Kao m.fl., 2017). Det ökade behovet av information som ses hos kvinnor med bröstcancer gör att det medför ytterligare mer relevans att tillgodose dem med detta för att kunna främja delaktigheten (Kimman m.fl. 2011). Möjlighet till att utföra egenvårdsåtgärder kan e-hälsa tillgodose genom att kvinnorna får ansvaret att symtomrapportera på distans och genom att motta råd från sjuksköterskan för att hantera dem på egen hand hemifrån. Flera studier använder sig av symtomrapportering (se bilaga 3) och sjuksköterskan kan genom detta diskutera och hjälpa kvinnan att behandla och hantera sina symtom (Fjell m.fl., 2020). Olika former av symtom av varierande karaktärer kan ta stor plats i kvinnans liv beroende på olika stadier och behandlingar. Som beskrivs i bakgrunden ger sjukdom och behandling mycket symtom vilket i hög grad speglar innehållet i studierna som fokuserar på fysiska, psykiska eller både fysiska och psykiska symtom (se tabell 1). De mest vanligt förekommande psykiska och fysiska symtom som mäts i studierna är besvär, smärta, depression, gastrointestinala symtom samt sömnproblematik och fatigue (se tabell 1). I intervjuer med kvinnor lyfts framför allt symtom som illamående, trötthet, smärta, muntorrhet, avdomningar och stickningar (se tabell 1). Det framkommer inte tydligt i studierna om kvinnorna behandlades för sina symtom, likväl är symtomrapportering en del av flertal av studiernas interventioner samt återkoppling från sjuksköterska för att lindra symtomen. Bæksted m.fl. (2019) visar att applikationer där det finns möjligheten till symtomrapportering kan underlätta för kvinnan och sjuksköterskan, dock kan detta exkludera den delaktighet som kan tillföras vid möten som antingen sker på plats eller på distans. Sammantaget kan därmed e-hälsa främja delaktighet. Detta visar Weaver m.fl. (2014) då kvinnorna som mottog e-hälsa upplevde självsäkerhet när de utförde egenvård och känsla av att kontroll över sin situation, sistnämnda hävdar även Kimman m.fl. (2011). Med personcentrerad vård sätts den enskilda individens behov i fokus (Hedman, 2014) vilket var något som deltagarna i Kimman m.fl. (2011) upplevde under telefonkontakt. Sjuksköterskan använder kompetens inom medicin och omvårdnad i sitt dagliga arbete för att informera patienten och hjälpa henne att vara delaktig, medan patienten kan sjukdomen som den upplevs av henne. För delaktighet behövs förståelse från sjuksköterskans perspektiv samt öppenhet från patienten för en god patientmedverkan vilket i sin tur kan leda till en intersubjektiv transaktion

(George, 2011; Watson 1993). Detta kan medföra att sjuksköterskan ser patientens behov samt förmågor att hantera sjukdom och vara delaktig i sin vård (Tobiano m.fl., 2018).

Tabell 1. Symtom som avsågs att lindras i valda studier

Symtom	Antal studier av de 12	Studie***
Besvär*	3	Sherman m.fl., 2012; Ruland m.fl., 2013a; Çinar m.fl., 2021.
Smärta	4	Sherman m.fl., 2012; Fjell m.fl., 2020; Mougalian m.fl., 2017; Bæksted m.fl., 2019.
Depression	4	Sherman m.fl., 2012; Lally m.fl., 2019; Ruland m.fl., 2013a; Fjell m.fl., 2020.
Gastrointestinala symtom**	3	Weaver m.fl., 2014; Fjell m.fl., 2020; Bæksted m.fl., 2019.
Fatigue	3	Fjell m.fl., 2020; Zhou m.fl., 2020; Bæksted m.fl., 2019.
Muntorrhet	1	Bæksted m.fl., 2019
Avdomningar	1	Bæksted m.fl., 2019
Stickningar	1	Bæksted m.fl., 2019

*Besvär motsvarar ”distress” dvs. lidande orsakat av smärta eller oro.

**Gastrointestinala symtom motsvarar illamående, kräkningar och diarréer.

***Se bilaga 3 för utförlig beskrivning av studier.

Skillnader utifrån ålder och stadie i sjukdom

Flera av studierna har beskrivit utfallet och upplevelsen hos kvinnor med bröstcancer i relation till stadie och sjukdomstid. Resultaten pekar på att användning av applikationer är mer fördelaktigt för kvinnor med kortare sjukdomstid och tidigt stadie. Exempel på detta nämner Lally m.fl. (2019) där 92 % i interventionsgruppen med blandade stadier medgivit att de ansåg att nydiagnostiserade hade haft fördel av applikationen. Kvinnor med sjukdomstid längre än 2 år ansåg att applikationens innehåll inte var relevant för dem, t.ex. för att det inte fanns information eller diskussion om metastaser (Lally m.fl., 2019; Ruland m.fl., 2013b). Enligt Zhou m.fl. (2020) var applikationen i studien mer fördelaktigt för kvinnor tidigt i den postoperativa rehabiliteringen. En annan orsak till den blandade inställningen till applikationer beskriver Mougalian m.fl. (2017) och Ruland m.fl. (2013b) med att yngre deltagare kan ha mer fördelar av e-hälsa. Mougalian m.fl. (2017) redovisade att de tillfrågade som nekade att delta i studien var yngre än de som medgav deltagande och diskuterar att orsaken kan vara bristande IT-kunskaper hos äldre personer. Ruland m.fl. (2013b) syftade på att deltagarna med bröstcancer var signifikant yngre än de som hade en annan cancersjukdom där då även IT-kunskaper relaterat till ålder kan ha påverkat användningen av applikationen. Det fanns dock skillnader i hur man använt applikationen mellan patienter med olika cancersjukdomar som studien inte kan påvisa beror på sjukdom, ålder eller kön. Liknande aspekter beskrivs av Ruland m.fl. (2013a) där ett brett spann av deltagare med olika åldrar, kön, sjukdomstid, typ och stadie och behandlingsform kan ha påverkat studiens resultat. Ruland m.fl. (2013b) hävdar att kvinnor i svårare sjukdomsstadier, som när kvinnor fått recidiv eller det har utvecklats metastaser, var de som skrev mest i forumet och att detta kan bero på att de hanterar mer komplexa tankar och problem, har obesvarade frågor och ett större informationsbehov. Det fanns ett behov hos

kvinnor, oavsett stadie, av ett sammanhang där de kunde relatera till andra i liknande situation, och genom diskussionsforumet kunde de känna sig mindre ensamma i sjukdomen och uppleva vänskapliga band till de andra kvinnorna (Ruland m.fl., 2013b). Ruland m.fl. (2013a) visar i sin studie däremot att en del patienter var mer negativt inställda och inte ville bli påmind om sjukdomen. En slutsats är att patienter i olika stadier i cancersjukdomen har olika behov vad gäller information och att informationen därmed behöver vara mer individanpassad även i en applikation.

Följsamhet till intervention

En begränsning i litteraturoversikten är att fyra av interventionsstudierna med applikation som intervention har i respektive resultat inkluderat deltagare vilka endast använt applikationen ett fåtal gånger under studieperioden (Çinar m.fl., 2021; Fjell m.fl., 2020; Ruland m.fl., 2013a; Ruland m.fl., 2013b; Zhou m.fl., 2020). Det framgår inte om de som aldrig loggade in inkluderades i resultatet eller inte. Den enda demografiska skillnaden mellan användare och icke-användare var mer IT-erfarenheter hos användare. Inkludering av deltagare med låg användning kan tolkas som bristande följsamhet till interventionen och därmed påverka utfallet i studierna. SBU (2014) menar att följsamheten är en viktig faktor i interventionsstudier där det inte finns något signifikanta skillnader i utfallen mellan interventions- och kontrollgrupp, däremot har följsamheten en mindre betydande faktor vid signifikanta effekter av interventioner. Çinar m.fl. (2021), Ruland m.fl. (2013a) samt Ruland m.fl. (2013b) påvisade både signifikanta och ej signifikanta effekter av interventionen i respektive studie. Fjell m.fl. (2020) påvisar endast signifikanta resultat i de mätningar som är relevanta i relationen till litteraturoversiktens syfte.

E-hälsa som en resursfråga

Flera av studierna har delat in deltagare i grupper där både kontroll- och interventionsgrupp erhåller standardiserad vård och interventionsgruppen utöver det får tillgång till e-hälsa. En interventionsstudie innebär att beskriva samband av utfallet av två olika behandlingar (Billhult & Gunnarsson (2012). Eftersom nämnda studier endast lagt till en vårdform besvaras inte utfallet av att ersätta en del av den fysiska vården med e-hälsa. Snarare svarar studierna på utfallet av tillgången till ytterligare en vårdform, i detta fall i form av e-hälsa, utöver den standardiserade vården. Det här skulle kunna tillföra en signifikant förbättring i utfallet för interventionsgruppen, men relaterat till resursbrister vara svårt att genomföra i praktiken. Li m.fl. (2019) menar att det förekommer flertal arbetsmiljörelaterade hinder inom hälso- och sjukvård för att förändra vården utifrån forskningsresultat: tids- och resursbrister, otillräcklig kompetens och begränsad möjlighet till undervisning. Med dessa hinder visar Li m.fl. (2019) att det kan finnas en problematik att utöka den vård patienten redan får, enligt vad forskningen påvisar i form av vetenskapliga studier.

Slutsats

Kvinnors hälsa och livskvalitet påverkades positivt eller förändrades inte alls när e-hälsa erhöles i form av applikationer eller telefon under tiden för de olika behandlingarna för bröstcancer. När sjuksköterskor lättillgängligt kunde kontaktas för råd och stöd, kvinnor i liknande situationer kunde diskutera sinsemellan, och dela och jämföra erfarenheter upplevde sig kvinnorna trygga, mindre ensamma i sin situation, välmående och omhändertagna. E-hälsan innebar också att symtom rapporterades i realtid och vid behov kunde hanteras skyndsamt samt

att kvinnorna rapporterade fler biverkningar och symtom än vid fysiska möten. Sistnämnda var även något som sjuksköterskor upplevde betryggande. E-hälsa kunde ges utöver standardiserad vård under behandling för bröstcancer eftersom det kunde påverka livskvaliteten samt den fysiska och psykiska hälsan positivt och ingen risk för att kvinnan skulle påverkas negativt i dessa avseenden noterades. Däremot kunde inte kvinnor med bröstcancer beskrivas som en homogen grupp och hade variation i sjukdoms- och livssituationer. Kön, ålder och cancerstadie var faktorer som spelade in i hur e-hälsa upplevdes och en e-hälsa designad för kvinnor med bröstcancer kan behöva vara mer personcentrerad för att passa den enskilde individen.

Kliniska implikationer

Då bröstcancer är en vanlig cancersjukdom möter sjuksköterskor dem ofta i sitt arbete. Litteraturoversikten kan ge en bild av det varierande behovet hos patientgruppen gällande e-hälsa samt dess fördelar. Både kvinnor med bröstcancer och sjuksköterskor inom onkologisk omvårdnad kan ha många fördelar av e-hälsa under behandling. Verktöget kan utveckla vården genom att förbättra kommunikation, delaktighet och vårdrelation. Om e-hälsa implementeras på rätt sätt kan vårdformen användas som stöd för dessa relevanta omvårdnadsrelaterade komponenter. För att bevara patientens trygghet, autonomi och integritet behövs en fortsatt kontinuitet av kvinnans kontaktsjuksköterska. En personcentrerad e-hälsa som utformas efter den enskilde kvinnans preferenser kan vara fördelaktigt för kvinnan genom ökad följsamhet till behandling, optimerat välmående samt ökad trygghet under poliklinisk behandling. Kvinnan kan uppleva säkerhet med god tillgänglighet till sjuksköterska, information om sjukdom, biverkningar och egenvårdsåtgärder samt stöttade samtal med andra kvinnor med bröstcancer. Därmed kan e-hälsa vara att överväga för att tillmötesgå kvinnornas behov när de genomgår sjukdoms- och behandlingstiden.

Fortsatt forskning

Utifrån att det var ett fåtal studier som kunde hittas vid litteratursökningen behövs mer forskning om hur vårdrelationen och kommunikation mellan patient och sjuksköterska påverkas vid e-hälsa under bröstcancerbehandling. Det behövs även kvalitativa studier där kvinnors upplevelse av kommunikationen undersöks genom intervjuer. Då applikationer är nytt för vården, kan det behövas större studier med fler deltagare samtidigt som urvalet smalnas av för att utvärdera effekterna för olika grupper inom bröstcancer och andra sjukdomsdiagnoser samt hur vårdrelationen påverkas. I de flesta studierna inom det här ämnet får interventionsgruppen vård i form av e-hälsa och både interventions- och kontrollgrupper samma typ av standardiserad vård. Därmed skulle det vara av intresse att studera effekten av att byta ut delar av den standardiserade vården med e-hälsa.

Referenslista

- Beaver, K., Williamson, S., & Chalmers, K. (2010). Telephone follow-up after treatment for breast cancer: views and experiences of patients and specialist breast care nurses. *J Clin Nurs*, 19(19–20), s. 2916–2924. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03197.x>
- Bergkvist, K. (2019) Att möta och kommunicera med personer med cancer. I B. Fossum (Red.), *Kommunikation: Samtal och bemötande i vården* (s. 329–339). Studentlitteratur AB.
- Billhult, A., & Gunnarsson, R. (2012). Kvantitativ studiedesign och stickprov. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s. 115–126). Studentlitteratur AB.
- Brown, J., Refeld, G., & Cooper, A. (2018). Timing and Mode of Breast Care Nurse Consultation from the Patient's Perspective. *Oncology Nursing Forum*, 48(3), s. 389–398. <https://doi.org/10.1188/18.ONF.389-398>
- Bäcklund, J., Sandberg, M. & Åhsberg, K. (2016). Bröst- och plastikkirurgi. I C. Kumlien, J. Rystedt. (Red.), *Omvårdnad & Kirurgi* (s. 345–360). Studentlitteratur AB.
- Bæksted, W. C., Nissen, A., Knoop, S. A., & Pappot, H. (2019). Patients' experience of communication and handling of symptomatic adverse events in breast cancer patients receiving adjuvant chemotherapy. *Research Involvement and Engagement* 5, 36. <https://doi.org/10.1186/s40900-019-0171-1>
- Camp-Sorrell, D. (2018). Chemotherapy: Toxicities and Management. I C. H. Yarbrow, D. Wujcik, & B. H. Gobel (Red.), *Cancer Nursing: Principles and practice* (s. 497-554). Jones & Bartlett Learning.
- Çinar, D., Karadakovan, A., & Erdoğan, P. A. (2021). Effect of mobile phone app-based training on the quality of life for women with breast cancer. *European Journal of Oncology Nursing* 52, 101960. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2021.101960>
- eHälsomyndigheten, (2019, 22 maj). *Om e-hälsa*. Hämtad 2021, november 25 från <https://www.ehalsomyndigheten.se/om-e-halsa/>
- Ekebergh, M., & Dahlberg, K. (2015). Vårdande och lärande samtal. I M. Arman., K. Dahlberg., & M. Ekebergh. (Red.), *Teoretiska grunder för vårdande* (s. 129–144). Liber AB.
- Eldh, A. C. (2019). Delaktighet. I F. Friberg., & J. Öhlén. (Red.), *Omvårdnadens grunder: Perspektiv och förhållningssätt*. (s. 565–584). Studentlitteratur AB.
- Fjell, M., Langius-Eklöf, A., Nilsson, M., Wengström, Y., & Sundberg, K. (2020). Reduced symptom burden with the support of an interactive app during neoadjuvant chemotherapy for breast cancer – A randomized controlled trial. *The Breast*, 51, s. 85-93. <https://doi.org/10.1016/j.breast.2020.03.004>

- Flanagan, J., Tetler, D., Winters, L., Post, K., & Habin, K. (2016). The experience of Initiating Oral Adjuvant Treatment for estrogen Receptor- Positive Breast Cancer. *Oncology Nursing Forum*, 43(4), s. 143–152. <https://doi.org/10.1188/16.ONF.E143-E152>
- Friberg, F. (2017a) Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. I F. Friberg. (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 129–140). Studentlitteratur AB.
- Friberg, F. (2017b). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg. (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 141–152). Studentlitteratur AB.
- Friberg, F. (2017c). Tankeprocessen under examensarbetet. I F. Friberg. (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 37–48). Studentlitteratur AB.
- Forsman, H., Kajermo, K., & Wallin, L. (2019). Kunskapsbaserad omvårdnad - Från kunskap till säker och effektiv vård. I A. Ehrenberg., & L. Wallin. (Red.), *Omvårdnadens grunder: Ansvar och utveckling* (s. 247–278). Studentlitteratur AB.
- George, J. (2011). Other Theories from the 1950s and 1960s. I J. B. George. (Red.), *Nursing Theories: The Base for Professional Nursing Practice* (s. 181-212). Pearson PLC.
- George, J. (2011). Other Theories from the 1970s. I J. B. George. (Red.), *Nursing Theories: The Base for Professional Nursing Practice* (s. 385-403). Pearson PLC.
- Hedman, H. (2014). Patientens – personens röst. I I. Ekman. (Red.), *Personcentrering inom hälso- och sjukvård: från filosofi till praktik* (s. 7–19). Liber AB.
- Henricson, M. (2012). Diskussion. I M. Henricson. (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s. 471–478). Studentlitteratur AB.
- Hu, J., Wang, X., Guo, S., Chen, F., Wu, Y., Ji, F., & Fang, X. (2019). Peer support interventions for breast cancer patients: a systematic review. *Breast Cancer Research and Treatment*, 174(2), s. 325-341. <https://doi.org/10.1007/s10549-018-5033-2>
- Hui, D., & Bruera, E. (2016). Supportive and Palliative Care. I D. J. Kerr., D. G. Haller., C. J.H. van de Velde., & M. Baumann (Red.), *Oxford Textbook of Oncology* (s. 293-301). Oxford University Press.
- Jakobsson, S., Alexanderson, K., Wennman-Larsen, A., Taft, C., & Ringsberg, K. C. (2020). Self-rated health over a two-year period after breast cancer surgery: prospective ratings and retrospective rating by means of a health-line. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 35, 833-843. <https://doi.org/10.1111/scs.12899>
- Jernigan, C., Johnsson, T., Varghese, S., & Fellman, B. (2020). Evaluating the Feasibility of a Nurse-Driven Telephone Triage Intervention for Patients With Cancer in the Ambulatory Setting. *Oncology Nursing Forum*, 47(2), s. 44-54. <https://doi.org/10.1188/20.ONF.E44-E54>

Kao, C. Y., Aranda, S., Krishnasamy, M., & Hamilton, B. (2017). Interventions to improve patient understanding of cancer clinical trial participation: a systematic review. *European journal of cancer care*, 26(2), <https://doi.org/10.1111/ecc.12424>

Kjellström, S. (2012). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s. 69–90). Studentlitteratur AB.

Kimman, M. L., Dirksen, C. D., Voogd, A. C., Falger, P., Gijzen, B. C. M., Thuring, M., Lenssen, A., van der Ent, F., Verkeyn, J., Haekens, C., Hupperets, P., Nuytinck, J. K. S., van Riet, Y., Brenninkmeijer, S. J., Scheijmans, L. J. E. E., Kessels, A., Lambin, Ph., Boersma, L. J. (2011). Nurse-led telephone follow-up and an educational group programme after breast cancer treatment: Results of a 2 x 2 randomised controlled trial. *European Journal of Cancer*, 47(7), s. 1027-1036. <https://doi.org/10.1016/j-ejca.2010.12.003>

Lally, R. M., Bellavia, G., Gallo, S., Kupzyk, K., Helgeson, V., Brooks, C., Erwin, D., & Brown, J. (2019). Feasibility and acceptance of the CaringGuidance web-based, distress self-management, psychoeducational program initiated within 12 weeks of breast cancer diagnosis. *Psycho-Oncology*, 28, 888-895. <https://doi.org/10.1002/pon.5038>

Langius-Eklöf, A. & Sundberg, K. (2019). Känsla av sammanhang. I A. Edberg., & H. Wijk. (Red.), *Omvårdnadens grunder: Hälsa och ohälsa* (s. 49–63). Studentlitteratur AB.

Larsson, I., Palm, L., & Hasselbalch, L. (2016) *Patientkommunikation i praktiken: Information, dialog, delaktighet*. Studentlitteratur AB.

Lester, J. (2018). Early Stage Breast Cancer. I C. H. Yarbro, D. Wujcik, & B. H. Gobel (Red.), *Cancer Nursing: Principles and practice* (s. 1279-1334). Jones & Bartlett Learning.

Li, S., Cao, M., & Zhu, X. (2019). Evidence-based practice: knowledge, attitudes, implementation, facilitators, and barriers among community nurses – systematic review. *Medicine*, 98(39). <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000017209>

Lubjeko, B., Bellfield, S., Kahn, E., Lee, C., Peterson, N., Rose, T., Murphy, C., & McCorkle, M. (2017). Oncology Nurse Navigation: Results of the 2016 Role Delineation Study. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 21 (1), s. 43-50. <https://doi.org/10.1188/17.CJON>

Moore, P. M., Rivera, S., Bravo-Soto, G. A., Olivares, C., & Lawrie, T. A. (2018). Communication skills training for healthcare professionals working with people who have cancer. *The Cochrane database of systematic reviews*, 7(7), <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003751.pub4>

Mougalian, S. S., Epstein, L. N., Jhaveri, A. P., Han, G., Abu-Khalaf, M., Hofstatter, E. W., DiGiovanna, M. P., Silber, A. L. M., Adelson, K., Pusztai, L., & Gross, C. P. (2017). Bidirectional Text Messaging to Monitor Endocrine Therapy Adherence and Patient-Reported Outcomes in Breast Cancer. *American Society of Clinical Oncology*, 1, s. 1-10. <https://doi.org/1200/CCI.17.00015>

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. (2017). *Cancerläkemedel – ett kunskapsunderlag om införande, användning och uppföljning* (8).

Muehlbauer, P., Callahan, A., Zlott, D., & Dahl, B. (2018). Biotherapy. I C. H. Yarbro, D. Wujcik, & B. H. Gobel (Red.), *Cancer Nursing: Principles and practice* (s. 611-652). Jones & Bartlett Learning.

Nationalencyklopedin (NE). (u.å.). *Distress*. Hämtad 2021, november 25 från: <https://www-ne-se.ezproxy.ub.gu.se/ordb%C3%B6cker/search?s=distress>

Nilbert, M. (2013). *Klinisk onkologi* (1:1 uppl.). Studentlitteratur AB.

Nilsson, A. (2011). *Bröstcancerboken: Från besked till färdigbehandlad*. Norstedts Förlagsgrupp AB.

Nyström, M. (2019). Vårdrelationer. I F. Friberg., & J. Öhlén. (Red.), *Omvårdnadens grunder: Perspektiv och förhållningsätt* (s. 465–484). Studentlitteratur AB.

Piccart, M., Gathani, T., Zardavas, D., Azim, Jr, H., Sotiriou, C., Viale, G., Rutgers, E., Krause, M., Arnedos, M., Delalogue, S., Andre, F., & Moraes, F. (2016). Cancer of the Breast. I D. J. Kerr., D. G. Haller., C. J.H. van de Velde., & M. Baumann (Red.), *Oxford Textbook of Oncology* (s. 546-575). Oxford University Press.

Ream, E., Hughes, A. E., Cox, A., Skarparis, K., Richardson, A., Pedersen, V. H., Wiseman, T., Forbes, A., & Bryant, A. (2020). Telephone interventions for symptom management in adults with cancer (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6(6), CD007568. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007568.pub2>

Regionala cancercentrum. (2020, 20 november). *Bröstcancer*. Hämtad 2021, oktober 12 från <https://cancercentrum.se/samverkan/cancerdiagnoser/brost/>

Regionala cancercentrum. (2020). *Nationell vårdprogram bröstcancer*. <https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/diagnoser/brostcancer/vardprogram/>

Regionala cancercentrum. (2019, 21 november). *Bröstcancer: standardiserat vårdförlopp*. Hämtad 2021, oktober 19 från <https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/diagnoser/brostcancer/vardforlopp/>

Rosén, M. (2012). Systematisk litteraturöversikt. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s. 429–443). Studentlitteratur AB.

Ruland, M. C., Andersen, T., Jeneson, A., Moore, S., Grimsbø, H. G., Børøsund, E., & Ellison, C. M. (2013a). Effects of an Internet Support System to Assist Cancer Patients in Reducing Symptom Distress: a Randomized Controlled Trial. *Cancer Nursing* 36(1), s. 6-17. <https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e31824d90d4>

Ruland, M. C., Maffei, M. R., Børøsund, E., Krahn, A., Andersen, T., & Grimsbø, H. G. (2013b). Evaluation of different features of an eHealth application for personalized illness

management support: Cancer patients' use and appraisal of usefulness. *International journal of medical informatics*, 82(7), s. 593-603. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2013.02.007>

SFS 2014:821. *Patientlag*. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821

Sherman, W. D., Haber, J., Hoskins, N. C., Bubin, C. W., Maislin, G., Shukla, S., Cartwright-Alcarese, F., McSherry, B. C., Feurbach, R., Kowalski, O. M., Rosedale, M., & Roth, A. (2012). The effects of psychoeducation and telephone counselling on the adjustment of women with early-stage breast cancer. *Applied Nursing Research; ANR*, 25(1), s. 3-16. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2009.10.003>

Sievert, A., & Chaiklin, S. (2012). Omvårdnadsteoriens betydelse i praxisundersökningar: Med fokus på relationen mellan fråga, metod och slutsats. I B. B. Jörgensen., & V. Ö. Steinfeldt. (Red.), *Omvårdnadsteori som referensram: I forskning och utveckling* (s. 34–56). Liber AB. Socialstyrelsen. (2018). *Cancer i siffror 2018*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2018-6-10.pdf>

Socialstyrelsen. (2019). *Bröstcancer*. <https://roi.socialstyrelsen.se/fmb/brostcancer/632>
Socialstyrelsen. (2021). *E-hälsa*. <https://www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/e-halsa/>

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU). (2020). SBU:s metodbok. Hämtad 2021, november 22 från: <https://www.sbu.se/sv/metod/sbus-metodbok/#granskningsmall>

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU). (2014). SBU:s metodbok. Hämtad 2021, november 23 från: https://www.sbu.se/contentassets/ff4a1371717a4589b0a6f3e2e1befd72/upplaga-2_2014.pdf

Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. (978-91-85060-10-8). <https://www.swenurse.se/download/18.9f73344170c003062317be/1584025404390/kompetensbeskrivning%20legitimerad%20sjuksk%C3%B6terska%202017.pdf>

Sävenstedt, S. (2019). E-hälsa som stöd i omvårdnadsarbetet. I A. Ehrenberg, & L. Wallin. (Red.), *Omvårdnadens grunder: ansvar och utveckling* (s. 379–399). Studentlitteratur AB.

Tobiano, G., Bucknall, T., Sladdin, I., Whitty, J. A., & Chaboyer, W. (2018). Patient participation in nursing bedside handover: A systematic mixed-method review. *International Journal of Nursing Studies*, 77, s. 243-258. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.10.014>

Tortorice, P. (2018). Cytotoxic Chemotherapy: Principals of Therapy. I C. H. Yarbro, D. Wujcik, & B. H. Gobel (Red.), *Cancer Nursing: Principles and practice* (s. 375-416). Jones & Bartlett Learning.

Vinthagen, S. (2019). Kommunikation ur ett maktperspektiv. I B. Fossum (Red.), *Kommunikation: Samtal och bemötande i vården* (s. 77–109). Studentlitteratur AB.

Yung, R., & Partridge, A. (2016). Cancer Survivorship and Rehabilitation. I D. J. Kerr., D. G. Haller., C. J.H. van de Velde., & M. Baumann (Red.), *Oxford Textbook of Oncology* (s. 312-325). Oxford University Press.

Watson, J. (1993). *En teori för omvårdnad: omvårdnad och humanvetenskap*. Studentlitteratur AB.

Wilkes, G. (2018). Chemotherapy: Principals of Administration. I C. H. Yarbro, D. Wujcik, & B. H. Gobel (Red.), *Cancer Nursing: Principles and practice* (s. 417-496). Jones & Bartlett Learning.

Weaver, A., Love, S. B., Larsen, M., Shanyinde, M., Water, R., Grainger, L., Shearwood, V., Brooks, C., Gibson, O., Young, A. M., & Tarassenko, L. (2014). A pilot study: dose adaption of capecitabine using mobile phone toxicity monitoring – supporting patients in their homes. *Supportive care in cancer: Official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 22(10), s. 2677-2685. <https://doi.org/10.1007/s00520-014-2224-1>

World Health Association. (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 310(20), s. 2191-2194. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>

Wujcik, D. (2018). Targeted Therapy. I C. H. Yarbro, D. Wujcik, & B. H. Gobel (Red.), *Cancer Nursing: Principles and practice* (s. 653-680). Jones & Bartlett Learning.

Zhou, K., Wang, W., Zhao, W., Li, L., Zhang, M., Guo, P., Zhou, C., Li, M., An, J., Li, J., & Li, X. (2020). Benefits of a WeChat-based multimodal nursing program on early rehabilitation in postoperative women with breast cancer: A clinical randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 106, 103565. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103565>

Östlundh, L. (2017). Informationssökning. I F. Friberg. (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 59–82). Studentlitteratur AB.

Bilagor

Bilaga 1, Söktabell PubMed

Datum	Sökord	Begränsningar (Limits)	Antal träffar	Relevanta abstract	Granskade artiklar		Valda artiklar
21.10.27	(Breast Neoplasms OR Breast Tumors OR Breast Cancer OR Breast Carcinoma OR Cancer of the Breast OR Breast Carcinomas OR Breast Malignant Tumor OR Breast Malignant Neoplasm OR Malignant Tumor of Breast OR Breast Tumor) AND (Nurse-Patient Relations OR Nurse-Patient Relation OR Relationship, Nurse Patient OR Relations, Nurse-Patient OR Distance Counseling OR Nurse OR Nursing) AND (Telemedicine OR Mobile Health OR Telehealth OR eHealth OR mHealth OR Health, Mobile OR Telephone OR Cellular Phone OR Distance Counseling OR Distance) AND (Thoughts OR Feelings OR Attitudes OR Experiences OR Beliefs OR Perceptions)	Abstrakt, 10 år	205	16	14		4
21.11.10	(Breast Neoplasms OR Breast Tumors OR Breast Cancer OR Breast Carcinoma OR Cancer of	Abstrakt, 10 år	197	19	5		2

<p>the Breast OR Breast Carcinomas OR Breast Malignant Tumor OR Breast Malignant Neoplasm OR Malignant Tumor of Breast OR Breast Tumor) AND (Nurse- Patient Relations OR Nurse- Patient Relation OR Relationship, Nurse Patient OR Relations, Nurse-Patient OR Distance Counseling OR Nurse OR Nursing) AND (Telemedicine OR Mobile Health OR Telehealth OR eHealth OR mHealth OR Health, Mobile OR Telephone OR Cellular Phone OR Distance Counseling OR Distance) NOT Survivorship OR Cancer Survivors OR Cancer Survivorship OR Partner OR Partners OR Partner's perspective OR Breast Cancer Survivors(MeSH Major Topic)</p>						
--	--	--	--	--	--	--

Bilaga 2, söktabell CINAHL

Datum	Sökord	Begränsningar (Limits)	Antal träffar	Relevanta abstract	Granskade artiklar	Valda artiklar
21.10.29	Breast Neoplasms OR Breast Tumors OR Breast Cancer OR Breast Carcinoma OR Cancer of the Breast OR Breast Carcinomas OR Breast Malignant Tumor OR Breast Malignant Neoplasm OR Malignant Tumor of Breast OR Breast Tumor AND Telemedicine OR Mobile Health OR Telehealth OR eHealth OR mHealth OR Health, Mobile OR Telephone OR Cellular Phone OR Distance Counseling NOT survivorship OR cancer survivors OR survivors of cancer OR cancer survivorship	Peer reviewed, 10 år, abstrakt	266	7	4	2
21.11.03	Breast Neoplasms OR Breast Tumors OR Breast Cancer OR Breast Carcinoma OR Cancer of the Breast OR Breast Carcinomas OR Breast Malignant Tumor OR Breast Malignant Neoplasm OR Malignant Tumor of Breast OR Breast Tumor AND Telemedicine OR Mobile Health OR Telehealth OR eHealth OR mHealth OR Health, Mobile OR Telephone OR Cellular Phone OR	Peer reviewed, 10 år, abstrakt	196	10	9	4

	Distance Counseling NOT survivorship OR cancer survivors OR survivors of cancer OR cancer survivorship OR partner OR partners OR partner's (TI title) NOT breast cancer survivors (TI title)					
--	--	--	--	--	--	--

Bilaga 3, artikelsammanfattning

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Urval	Resultat	Kvalitet *Enligt SBU
Bæksted, W. C., Nissen, A., Knoop, S. A., & Pappot, H. 2019. Danmark.	Patients' experience of communication and handling of symptomatic adverse events in breast cancer patients receiving adjuvant chemotherapy.	Att utforska patientrapporterade erfarenheter gällande kommunikation och hantering och hantering av biverkningar och symtom.	Delstudie. Semistrukturerade intervjuer. PREM frågeformulär (patient reported experience measure) analyserades.	439 frågeformulär inkluderades i studien 682 i tidigare studie. Intervjuer med 22 av dessa.	52 % av interventionsgrupp respektive 65 % av kontrollgrupp rapporterade att de hade pratat med sjuksköterskan om deras svar i frågeformuläret. Mindre patienter i interventionsgrupp jämfört med kontrollgruppen upplevde biverkningar/symtom som inte var inkluderade i frågeformuläret. Patienter upplevde hög tillfredsställelse med sjuksköterskans hantering av biverkningar/symtom.	Hög.
Çinar, D., Karadakovan	Effect of mobile phone	Undersöka effekten på	Randomiserad pre-posttest.	64 kvinnor med bröstcancer som	Livskvaliteten ökade signifikant hos	Hög.

<p>, A., & Erdoğan, P. A. 2021. Turkiet.</p>	<p>app-based training on the quality of life for women with breast cancer.</p>	<p>livskvalitet vid användning av applikation som syftar till att stödja kvinnor med bröstcancer som går igenom adjuvant antihormonell terapi.</p>	<p>Applikationen innehöll: Symtomdagbok Kommunikation med sjuksköterska Åsikter om applikationen Information och egenvårdsråd FACT-ES QLS, NCCN Distress Thermometer för att mäta livskvalitet och besvär</p>	<p>genomgått adjuvant antihormonell behandling. Interventionsgrupp: 31 deltagare med standardiserad vård + tillgång till applikation Kontrollgrupp: 33 med standardiserad vård</p>	<p>interventionsgruppen Besvärnivåerna minskade signifikant hos interventionsgruppen jämfört med kontrollgruppen Patienten rapporterade att applikationen var informativ och användbar</p>	
<p>Fjell, M., Langius-Eklöf, A., Nilsson, M., Wengström, Y., & Sundberg, K. 2020. Sverige.</p>	<p>Reduced symptom burden with the support of an interactive app during neoadjuvant chemotherapy for breast cancer— A randomized controlled trial.</p>	<p>Att utvärdera om användning av applikation minskar patientens symtombelastning samt förbättrar livskvalitet vid neoadjuvant behandling för bröstcancer.</p>	<p>Randomiserad intervention. Applikationen Interaktor innehöll: Symtomrapportering Triagesystem Egenvårdsråd Information MSAS, EORTC-QLQ-C30 användes för att mäta symtom och livskvalitet.</p>	<p>149 kvinnor med bröstcancer. Interventionsgrupp: 74 deltagare med standardiserad vård och tillgång till applikation Kontrollgrupp: 75 deltagare med standardiserad vård</p>	<p>Signifikant mindre förekomst av symtomen kräkningar, illamående, nedstämdhet, aptitlöshet och förstoppning hos interventionsgruppen Signifikant högre emotionell funktion hos interventionsgruppen Signifikant lägre förekomst av fysiska</p>	<p>Hög-</p>

					och psykiska symtombesvär hos interventionsgruppen	
Jernigan, C., Johnsson, T., Varghese, S., & Fellman, B. 2020. USA.	Evaluating the Feasibility of a Nurse-Driven Telephone Triage Intervention for Patients With Cancer in the Ambulatory Setting.	Att utforska möjligheten av ett triageringssystem som leds av sjuksköterska för att förbättra symtomupplevelsen för patienten med cancer som får behandling i öppenvård.	Kvasiexperimentell MDASI för att mäta symtom, Press Ganey Outpatient Oncology Survey för att mäta tillfredsställelse (7 frågor till deltagarna).	90 patienter från 3 öppenvårdsenheter, 30 från vardera: bröstcancer, neurologisk cancer och hudcancer.	78 % av samtalen slutföljdes Det fanns signifikanta skillnader mellan de tre öppenvårdsenheterna gällande störningar och svårigheter vilka kontinuerligt minskades över tid.	Medel: Ingen tillkännagivande om finansiella intressen. Bristande följsamhet hos sjuksköterskor.
Kimman, M. L., Dirksen, C. D., Voogd, A. C., Falger, P., Gijzen, B. C. M., Thuring, M., Lenssen, A., van der Ent, F., Verkeyn, J., Haekens, C., Hupperets, P., Nuytinck, J. K. S., van Riet, Y.,	Nurse-led telephone follow-up and an educational group programme after breast cancer treatment: Results of a 2 x 2 randomised controlled trial.	Att utforska om frekventa sjukhusuppföljningar under första året efter bröstcancerbehandling kan bytas ut mot telefonkontakt med sjuksköterska utan att försämra livskvaliteten och om ett kort undervisningsprogram	Randomiserad intervention. Mätningar av livskvalitet med HRQoL, EORTC QLQ-C30, STAI och Mastery Scale: Vid baseline samt 3, 6 och 12 månader in i intervention. Frågeformulär besvarades:	299 kvinnor med kurativ behandling av bröstcancer.	Ingen signifikant skillnad i HRQoL mellan telefonsamtal och fysiska möten fram till 12 månader efter behandling Ingen signifikant skillnad mellan uppföljning med eller utan utbildningsprogram Ingen signifikant skillnad mellan interventions- och	Hög.

<p>Brenninkmeijer, S. J., Scheijmans, L. J. E. E., Kessels, A., Lambin, Ph., Boersma, L. J.</p> <p>2011.</p> <p>Nederländerna.</p>		<p>am kan förbättra livskvaliteten.</p>	<p>Vid baseline samt 3, 6, 12 och 18 månader in i intervention.</p>		<p>kontrollgrupp gällande emotionell funktion, känsla av kontroll och ångest</p>	
<p>Lally, R, M., Bellavia, G., Gallo, S., Kupzyk, K., Helgeson, V., Brooks, C., Erwin, D., & Brown, J.</p> <p>2019.</p> <p>USA.</p>	<p>Feasibility and acceptance of the CaringGuidance web-based, distress self-management, psychoeducational program initiated within 12 weeks of breast cancer diagnosis.</p>	<p>Evaluerade möjligheten att rekrytera och behålla nydiagnostiserade kvinnor med bröstcancer i 12 veckor för applikationen CaringGuidance samt för att undersöka om det finns acceptans till applikationen.</p>	<p>Randomiserad intervention.</p> <p>Applikationen CaringGuidance innehöll: 5 moduler med skriftlig eller inspelad psykoedukativt innehåll KBT Hantering Problemlösning Kommunikationstekniker Acceptans Avslappning</p>	<p>83 kvinnor med bröstcancer.</p> <p>Interventionsgrupp: 57 deltagare med standardiserad vård och tillgång till applikation. Kontrollgrupp: 43 deltagare med standardiserad vård.</p>	<p>Totalt engagemang i studien var högt associerat med påtvingande/undvikande tankar vid baseline Interventionsgruppen trodde att applikationen skulle vara fördelaktigt för framtida kvinnor med bröstcancer och att den var lättanvändlig 66 % trodde att applikationen</p>	<p>Medel: ingen tydlig redovisning av orsak till bortfall.</p>

			Mätningar av: möjligheten - för att se hur många patienter som genomförde studien; Acceptans – 12,5-Point Likrt Scale.		hjälpte de att hantera situationen Applikationen hjälpte kvinnorna att ändra sina tankar eller sitt beteende.	
Mougalian, S. S., Epstein, L. N., Jhaveri, A. P., Han, G., Abu-Khalaf, M., Hofstatter, E. W., DiGiovanna, M. P., Silber, A. L. M., Adelson, K., Pusztai, L., & Gross, C. P. 2017. USA.	Bidirectional Text Messaging to Monitor Endocrine Therapy Adherence and Patient-Reported Outcomes in Breast Cancer.	Bedöma patienteracceptans av interventionen att använda frågeformulär med symtomrapportering och att jämföra deltagarna med andra patienter på institutionen.	Icke-randomiserad intervention. Applikationen innehöll: Symtomrapportering Dagliga medicinpåminnelser Biverkingsfrågor veckovis Hinder för följsamhet månadsvis Frågeformulär gällande appen samt 4-Point Likrt Scale för att analysera fördelar, kostnader och bekvämlighet. Deltagarna tillfrågades hur många doser de	89 kvinnor med bröstcancer.	Majoriteten av deltagarna rapporterade att applikationen var lätt att använda, att den var hjälpsam vid medicinintag 93 % av deltagarna tog mer än 80 % av sin medicin Frekvensen av biverkningar som rapporterades var mer än frekvensen av de som rapporterades vid fysiska besök Ca 39 % av deltagarna rapporterade en eller mer svåra biverkningar som	Hög.

			hade missat. Mätning av följsamhet till behandling (hur många doser som missats)		genererade en notis till sjuksköterskan för att ringa upp patienten.	
Ruland, M. C., Andersen, T., Jeneson, A., Moore, S., Grimsbø, H. G., Børøsund, E., & Ellison, C. M. 2013. Norge.	Effects of an Internet Support System to Assist Cancer Patients in Reducing Symptom Distress: a Randomized Controlled Trial.	Att studera effekterna av besvär, depression, self-efficacy, livskvalitet och socialt stöd vid användning av WebChoice.	Randomiserad intervention Applikationen WebChoice innehöll: symptomrapportering individanpassade egenvårdsaktiviteter Information Diskussionsforum Dagbok Meddelande med sjuksköterska Mätningar av besvär (vid baseline samt efter 3, 6, 9 och 12 månader), depression, self-efficacy, livskvalitet och social stöd (vid baseline samt efter 3, 6 och 12 månader) med HRQoL, Cancer	325 deltagare varav 66 med prostatacancer och 96 med bröstcancer Kontrollgrupp: 163 deltagare. Standardiserad vård, fick länkar till publika hemsidor om cancer Interventionsgrupp: 162 deltagare. Fick tillgång till applikationen WebChoice.	Signifikanta gruppskillnader i besvär Inga signifikanta gruppskillnader i resterande mätningar Signifikanta skillnader inom interventionsgruppen gällande depression Signifikanta försämringar över tid i kontrollgruppen gällande self-efficacy och livskvalitet.	Hög.

			Behavior Inventory Version 2.0, Center for Epidemiological Studies-Depression Scale, MSAS-SF, Medical Outcomes Study Social Support Survey.			
Ruland, M. C., Maffei, M. R., Børøsund, E., Krahn, A., Andersen, T., & Grimsbø, H. G 2013. Norge.	Evaluation of different features of an eHealth application for personalized illness management support: Cancer patients' use and appraisal of usefulness.	Beskriva patienters användning av e-hälsapplikationen WebChoice.	Randomiserad intervention. Applikationen WebChoice innehöll: symtomrapportering individanpassande egenvårdsaktiviteter Information Diskussionsforum Dagbok Meddelande med sjuksköterska SPSS Software, Usage Report, User Report för att analysera användning av applikation samt 9-Point Likrt Scale	103 deltagare varav 56 med bröstcancer och 47 med prostatacancer. Interventionsgruppen: 103 deltagare, tillgång till WebChoice.	Diskussionsforumet och att ställa frågor till sjuksköterskan användes mest, dock en stor variation Använde olika komponenter i applikationen av olika anledningar Kommunikation med sjuksköterska ansågs som högst värderat	Medel: urvalsmetod kan påverka utfallet. Saknar kontrollgrupp . Analyserat data från deltagare med låg följsamhet till intervention. Brett urval.

			och frågeformulär för kvalitativa data om hur användbar applikationen ansågs			
Sherman, W. D., Haber, J., Hoskins, N. C., Bubin, C. W., Maislin, G., Shukla, S., Cartwright-Alcares, F., McSherry, B. C., Feurbach, R., Kowalski, O. M., Rosedale, M., & Roth, A. 2012. USA.	The effects of psychoeducation and telephone counselling on the adjustment of women with early-stage breast cancer.	Att utforska fysisk, emotionell och social anpassning för kvinnor med bröstcancer i tidigt stadie som mottar psykologisk undervisning genom videos, telefonkonsultation eller både och som adresserar specifika behov hos kvinnor under diagnostik, post-kirurgi, adjuvant behandling eller återhämtningsfaserna av bröstcancer.	Randomiserad intervention. Mätningar av fysisk, emotionell och social hälsa med PAL-C, SRHS, MAI, PAIS, Global Adjustment to Illness Scale, SCL-90-R General Severity Index, Affect Balance Scale, BCTRI, ADE, Symptom Distress Scale: Vid 4 tillfällen.	249 kvinnor med diagnostiserad bröstcancer i tidigt stadie med ca 40 i varje grupp. Kontrollgrupp: standardiserad vård, . Interventionsgrupp 2: standardiserad vård + utbildningsvideo s. Interventionsgrupp 3: standardiserad vård + telefonkonsultation. Interventionsgrupp 4: standardiserad vård +	Patienter i alla grupper visade förbättring över tid i hälsa, psykisk hälsa och sociala anpassningar Inga signifikanta gruppskillnader i fysisk anpassning, svårigheter eller generell hälsa. Sämre emotionell anpassning över tid i kontrollgruppen jämfört med interventionsgrupper Interventionsgruppen med telefon hade en minskning i psykisk hälsa från adjuvant behandling till återhämtningsfasen.	Hög.

				utbildningsvideo s + telefonkonsultati on.	Inga signifikanta gruppskillnader i social anpassning	
Weaver, A., Love, S. B., Larsen, M., Shanyinde, M., Water, R., Grainger, L., Shearwood, V., Brooks, C., Gibson, O., Young, A. M., & Tarassenko, L. 2014. England,	A pilot study: dose adaption of capecitabine using mobile phone toxicity monitoring – supporting patients in their homes.	Att mäta symtom i realtid genom en applikation för att förbättra patienter som har peroral cytostatika.	Pilot. Applikationen innehöll: Symtomrapportering Analys av dagbok och dosjusteringar där deltagarna morgon och kväll fyllde i symtom följt av individanpassade egenvårdsråd och dosjustering från sjuksköterska.	26 deltagare med metastaserade bröstcancer eller metastaserad kolorektalcancer .	Patienternas följsamhet var 92,6 %. 12 patienter hade högsta toxicitetsgraden (3). Medeldos som gavs var på 90 %. 8 patienter fick reducerad dos 8 patienter fick ökad dos Patienter och vårdare kände sig trygga med monitoreringssyste met, speciellt utanför arbetstid.	Hög.

<p>Zhou, K., Wang, W., Zhao, W., Li, L., Zhang, M., Guo, P., Zhou, C., Li, M., An, J., Li, J., & Li, X.</p> <p>2020</p> <p>Kina</p>	<p>Benefits of a WeChat-based multimodal nursing program on early rehabilitation in postoperative women with breast cancer: A clinical randomized controlled trial</p>	<p>Utvärdera fördelar av applikation som handlar om tidig återhämtning efter mastektomi hos kvinnor med bröstcancer</p>	<p>Randomiserad intervention</p> <p>Applikationen WeChat innehöll: Information om bröstcancer Kommunikation med sjuksköterska Diskussionsforum</p> <p>FACT-Bv4.0, 5-Point Likert Scale, NRS för funktionsbedömning samt mäta smärta, fatigue och sömn.</p>	<p>111 kvinnor med bröstcancer</p> <p>Interventionsgrupp: 56 med standardiserad vård och tillgång till applikation Kontrollgrupp: 55 med standardiserad vård</p>	<p>Signifikant förbättring i funktion inom interventionsgruppen över tid. Förbättringar i socialt och psykiskt mående inom interventionsgruppen över tid Emotionellt mående förbättrades över tid inom interventionsgruppen Fysiskt mående påverkades bara över tid, inte mellan grupperna Ingen signifikans inom grupperna vad gäller smärta, fatigue och sömn</p>	<p>Hög.</p>
---	--	---	--	--	---	-------------