

Er det kreft, igjen?

Frykten for tilbakefall av eggstokkreft

Kandidatnummer: 414

VID vitenskapelig høgskole

Campus Haraldsplass, Bergen

Fordypningsoppgave

Videreutdanning i kreftsykepleie

VUKS-BG5400 Vitenskapsteori, forskningsmetoder og  
forskningsetikk

Kull: 2020 heltid

Antall ord: 4381

12.05.2021

**Opphavsrettigheter**

Forfatteren har opphavsrettighetene til rapporten.  
Nedlasting for privat bruk er tillatt.

*Du spør  
hvordan det går  
og jeg lurer på  
om jeg en  
dag  
skal fortelle deg  
at jeg ikke vet  
hvordan kan jeg  
forklare hva jeg har inni  
når det er så mørkt  
at jeg ikke ser  
hva som er hva  
jo takk  
det går fint*

-Trygve Skaug

## Samandrag

**Innleiing:** I 2019 vart 528 kvinner diagnostisert med eggstokkreft. Mange av kvinnene har avansert sjukdom allereie ved diagnosetidspunktet. Overlevingsraten etter 5 år med sjukdomen er 50,3 %, noko som har betra seg langsamt dei siste tiåra. Kvinner med gynekologisk kreft kjenner på frykt for tilbakefall (FCR). Ved tilbakefall er som regel prognosen dårlegare, og behandlingsstrategien endrar seg ofte frå kurativ til aktiv palliativ behandling.

**Føremålet med studien:** Undersøke korleis kvinner med eggstokkreft meistrar å leve med ein alvorleg sjukdom der faren for tilbakefall er stor.

**Metode:** I oppgåva vert litteraturstudie anvendt som metode. Systematiske søk vart utført i helsefaglege databasar som Cinahl, Medline, Pubmed og ScienceDirect. Det var brukt ulike søkeord i forskjellige kombinasjonar og ni aktuelle forskingsartiklar vart valt ut. Artikkane er analysert og drøfta mot faglitteratur og erfaringar frå praksis.

**Resultat:** Gjennomgang av artikkane viser at tilbakefall av sjukdom er noko mesteparten av kvinnene fryktar. Mange handterte godt å leve med usikkerheita, medan det for andre var fysisk og psykisk belastande. Kvinnene hadde varierende erfaringar med oppfølging og møte med helsepersonell, og dei fleste rapporterte om manglande støtte til å handtere FCR.

**Konklusjon:** FCR er svært vanleg hos kvinner med eggstokkreft. Mange kvinner har behov for meir informasjon og støtte til å meistre usikkerheita, under og etter behandling. Digitale læring- og meistringsprogram som Gynea og LETSGO kan bidra til at kvinner får meir pasientretta oppfølging, og nødvendig hjelp av helsepersonell med riktig kompetanse som kan bidra til meistring.

**Nøkkelord:** Eggstokkreft, Kvinner, Frykta for tilbakefall, Meistring

## **Abstract:**

**Introduction:** In 2019, 528 women were diagnosed with ovarian cancer. The majority of women are diagnosed at advanced stage. The survival rate after 5 years of illness is 50.3%, which has slowly improved in recent decades. Women with gynecological cancer experience Fear of Cancer Recurrence (FCR). In case of recurrence, the prognosis is usually worse, and the treatment strategy often changes from curative to active palliative treatment.

**Research question:** To investigate how women with ovarian cancer cope living with a serious illness where the risk of recurrence is high.

**Method:** In this assignment, literature study is used as a method. Systematic searches were performed in health databases such as Cinahl, Medline, Pubmed and ScienceDirect. Various keywords were used in different combinations and nine relevant research articles were selected. The articles are analyzed and discussed with regard to the literature and experiences from practice.

**Results:** Review of the articles shows that recurrence of disease is something most women fear. Many coped well living with uncertainty, while it was physically and mentally stressful for others. The women had varying experiences with follow-up and meetings with health personnel, and most reported a lack of support in dealing with FCR.

**Conclusions:** FCR is very common for women with ovarian cancer. Many women need more information and support to cope with uncertainty, during and after treatment. Digital learning and coping programs such as Gynea and LETSGO, can contribute to women receiving more patient-oriented follow-up, and the necessary help from health professionals with the right skills who can contribute to coping.

**Keyword:** Ovarian cancer, Women, Fear of cancer recurrence, Coping

# Innholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>INNLEIING</b> .....	<b>1</b>
1.1	Bakgrunn.....	1
1.1.1	Frykt for tilbakefall .....	1
1.1.2	Meistring .....	2
1.1.3	Digitale læring- og meistringsverktøy .....	2
1.2	Hensikt.....	3
1.3	Problemstilling.....	3
<b>2</b>	<b>METODE</b> .....	<b>4</b>
2.1	Litteratursøk .....	4
2.2	Utval av artiklar og kvalitetsvurdering .....	5
2.3	Analyse.....	6
<b>3</b>	<b>RESULTAT</b> .....	<b>7</b>
3.1	Korleis kvinner opplever FCR.....	7
3.2	Korleis kvinner meistrar FCR.....	8
3.3	Betydninga av informasjon og støtte frå helsepersonell .....	9
<b>4</b>	<b>DRØFTING</b> .....	<b>10</b>
4.1	Korleis kvinner opplever FCR.....	10
4.2	Korleis kvinner meistrar FCR.....	11
4.3	Betydninga av informasjon og støtte frå helsepersonell .....	12
4.4	Styrker og avgrensingar .....	14
<b>5</b>	<b>KONKLUSJON</b> .....	<b>15</b>
<b>6</b>	<b>FORMIDLING</b> .....	<b>16</b>
	<b>REFERANSELISTE</b> .....	<b>17</b>

**Figur 1** – Eksempel på AND og OR som er nytta i søkeprosessen ..... 5

**Vedlegg 1** – Modell for å forstå FCR

**Vedlegg 2** – Systematisk søk

**Vedlegg 3** – Sjekklistar

**Vedlegg 4** – Resultattabell

**Vedlegg 5** – Ulikheiter og likheitar mellom studiane

# 1 INNLEIING

I 2019 vart 528 kvinner diagnostisert med eggstokkreft, som er den femte dødelegaste kreftforma hos kvinner i Noreg (Kreftregisteret, 2019). Overlevingsraten etter 5 år med sjukdomen er 50,3 %, noko som har betra seg langsamt dei siste tiåra (Kreftregisteret, 2019, s. 89). For dei fleste kreftsjukdommar er det risiko for tilbakefall, og at pasientar kjenner på frykt og uro for dette er naturleg (Dahl, 2019, s. 149). Det første tilbakefallet er for mange pasientar det tyngste å forhalda seg til, då det kan opplevast som ein større trussel mot livet enn det å få ei kreftdiagnose. Ved tilbakefall er som regel prognosen dårlegare, og behandlingsstrategien endrar seg ofte frå kurativ til aktiv palliativ behandling (Reitan, 2017, s. 37).

## 1.1 Bakgrunn

### 1.1.1 Frykt for tilbakefall

Mange av kvinnene med eggstokkreft har avansert sjukdom allereie ved diagnosetidspunkt, og rundt 75 % av kvinnene har spreing utanfor eggstokkane når diagnosen vert stilt (Kristensen, 2018, s. 323). Symptoma er ofte uspesifikke og kan gje mistanke om sjukdommar i andre organ, noko som gjer at mange etter primærbehandling tolkar symptom frå kroppen som teikn på residiv (Kristiansen, 2017, s. 589). CancerNetwork definerer frykt for tilbakefall (FCR) som:

“fear, worry, or concern relating to the possibility that cancer will come back or progress.”

FCR kan opplevast mildt med sporadiske tankar om kreft, for eksempel i forkant av ein kontrolltime, eller meir alvorleg FCR der pasienten har manglande evne til å kontrollere tankane om kreft og tolking av symptom (CancerNetwork, 2018).

### **1.1.2 Meistring**

I daglegtale vert meistring brukt synonymt med uttrykk som å klare seg eller få til noko. Livet er meistring i den forstand at vi tilpassar oss, utviklar oss og lærer nye ferdigheiter (Reitan, 2017, s. 88). Eide & Eide (2019, s. 51) skriv at meistring inneber strategiar for å beherske, tolerere og redusere ytre eller indre påkjenningar og følgjer av slike påkjenningar.

Meistringsstrategiar har som formål å hjelpe vedkommande til å bevare sjølvbilete, regulere kjensler, finne meining og oppretthalde personleg kontroll over dei problema og ytre og indre krav vedkommande står overfor, samt styrke evna til handling (Reitan, 2017, s. 88).

Fardell et al. (CancerNetwork, 2018) har utarbeida ein modell som beskriv dei kognitive prosessane ved FCR (Vedlegg 1). Mange kreftpasientar vert meir bevisste på kva som er viktig for dei og meninga med livet, og at det kan være vanskeleg å planlegge framtida. Stress relatert til FCR er normalt. Nokon opplever at stressresponsen vert redusert over tid og ein kan leve «eit normalt liv» igjen. For andre kan FCR lede til ein vond sirkel der ein ikkje meistar stresset og FCR aukar. Dette kan føre til bekymring og indre uro, og pasienten vert meir sjølvfokusert og opplever å bli meir bevisst på symptom. Pasienten kan prøve å kontrollere eller undertrykke tankar om FCR. Medverkande faktorar for auka FCR kan være mangel på informasjon om risiko for tilbakefall, og sårbarheitsfaktorar, som tidlegare tap eller andre traumatiske hendingar tidlegare i livet (CancerNetwork, 2018).

### **1.1.3 Digitale læring- og meistringsverktøy**

I Noreg vert digitale læring- og meistringsverktøy utvikla for kvinner som har hatt underlivskreft, for å auke kompetansen til å handtere kroppslege og psykologiske endringar som kan oppstå etter kreftbehandling (Gynea, u.å). Ei kvinne som har delteke i prosjektet Gynea vart intervju av Bergens Tidene (13. april 2021), og sa følgjande: «Jeg har (gjennom Gynea) lært hvordan jeg hjelper og møter meg selv», medan ei av utviklarane av Gynea hevda at: «Livet etter underlivskreft er en krevende og ensom prosess». (Muhaisen, 2021, s. 10-11). I programmet lærer kvinnene korleis andre har erfart å leve med gynekologisk kreft, og kvar veke av det seks veker lange programmet vert dei oppringt av sjukepleiar. Ein annan studie som pågår ved fleire sjukehus i Noreg, er LETSGO (Lifestyle and Empowerment Techniques in Survivorship of Gynecologic Oncology), der kvinnene får tilgang til ein mobilapp



som skal motivere til livsstilsendring, fange opp symptom på tilbakefall, og behov for rehabilitering (Gynkreftforeningen, 2020).

## **1.2 Hensikt**

Hensikta med litteraturstudien er å undersøke korleis kvinner med eggstokkreft meistrar å leve med ein alvorleg sjukdom der faren for tilbakefall er stor. Mange kvinner fortel om ei uro og frykt etter behandlinga er over. Ved å få meir kunnskap om FCR vert det lettare å vurdere bekymringane hos pasientane. Kunnskapen er nødvendig sidan kreftsjukepleiarar har ei viktig rolle ved å informere, rettleie og støtte pasientar, slik at dei kan handtere tilbakefall av kreftsjukdommen med mindre uro. Eg vil trekke inn korleis ulik oppfølging kan bidra til meistring, blant anna digitale læring- og meistringsprogram som Gynea og LETSGO.

## **1.3 Problemstilling**

*Kva skal til for at kvinner med eggstokkreft opplever meistring når dei lever med frykta for tilbakefall?*

## 2 METODE

I oppgåva er litteraturstudie anvendt som metode. Litteraturstudie inneber ein gjennomgang og tolking av litteratur innan eit bestemt tema, som vert anvendt til å svare på eit bestemt forskingsspørsmål eller problemstilling (Aveyard, 2019, s.2). Relevant litteratur vart funne ved å søkje i elektroniske databasar, funna vart utvalt og analysert med ein systematisk tilnærming. Litteraturanalyse av fleire artiklar kan gje ny innsikt når artiklane vert sett i samanheng (Aveyard, 2019, s. 4). I følgje Aveyard (2019, s.14) er ulempa med metoden at oppgåva er avhengig av resultatata i litteratursøket, og at relevante artiklar ikkje vert identifisert dersom søket er for snevert.

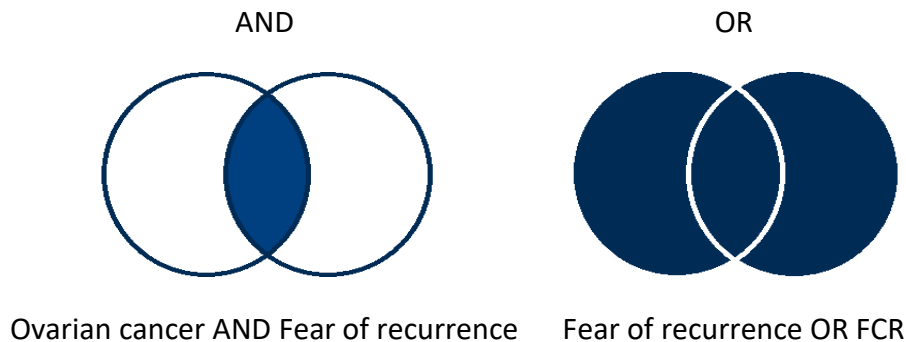
Som sjukepleiar må ein forstå meir enn pasienten, ha meir særskilt kunnskap og nødvendige ferdigheiter som gjer at pasientar oppsøker sjukepleiaren ved behov for hjelp og støtte (Bjørndal, 2009, s. 127). God praksis vert kjenneteikna ved at helsepersonell har nødvendig kunnskap og lager gode relasjonar til pasientar (Bjørndal, 2009, s. 127). Litteraturstudie som systematiserer og samanfattar kunnskap gjer det lettare for helsepersonell å halde seg oppdatert på sitt fagfelt, og tileigne seg ny kunnskap (Aveyard, 2019, s. 4).

### 2.1 Litteratursøk

Formålet med litteraturstudie er å samanfatta eksisterande kunnskap om eit valt tema. For å finne den mest relevante litteraturen er det nødvendig med ein god søkestrategi. Artikkelsøk vart utført i dei elektroniske databasane CINAHL, Pubmed, Medline og ScienceDirect som er spesielt relevante for helsefag. Eg nytta PEO-modellen (Vedlegg 2) for å finne søkeord, slik at søkeprosessen vart så presis som mogeleg. PEO står for P-population, E-exposition og O-Outcome (Universitet i Agder, 2021). Søkeorda var: «ovarian cancer», «ovarian neoplasms», «gynecological cancer», «fear of recurrence», «FCR», «recurrence», «coping», «mastering» og «anxiety».

Søkestrategien var å kombinere relevante søkeord for å konkretisere søket. Fordelen med å snevre inn søket var at søkeresultatata vart meir presise. Eg nytta MESH-databasen for å finne relevante emneord, og i tillegg inkluderte eg tekstord for ikkje å ekskludere relevante artiklar. Søkeorda vart kombinert med bindingsorda AND og OR for å få spissa resultat. OR

når eg ville inkludere eitt av søkeorda, og AND for å konkretisere søket til at alle søkeorda vart gjeldande (Helsebiblioteket, 2016), Figur 1. Sjå vedlegg 2 for ein utvalt søkehistorikk i databasen CINAHL.



*Figur 1: Eksempel på AND og OR som er nytta i søkeprosessen*

To aktuelle artiklar vart funne på Sjukepleiarforbundet si forskningsside (sjukepleien.no) med søkeordet «Eggstokkreft». Søket var avgrensa til forskning frå 2011-2021. Det var utfordrande å finne artiklar om digitale støtteprogram, søk i Google Scholar med søkeord «ovarian cancer» + «EPRO» (electronic patient reported outcomes measures) resulterte i fleire treff. Ein artikkel vart inkludert i litteraturstudien.

Artiklar på engelsk kan være ei utfordring, då feiltolking av innhald kan førekomme.

Manglande erfaring ved bruk av metode og oppgåva si omfang i tid og ord kan føre til at relevante artiklar ikkje vart identifisert eller tidleg vart ekskludert.

## **2.2 Utval av artiklar og kvalitetsvurdering**

Gjennom litteratursøket vart det brukt ulike kombinasjonar av søkeord med varierende søkeresultat. Fyrst vart artiklane vurdert ut frå tittel og samandrag, og dersom dei var relevant for problemstillinga, vart dei lest og vurdert i si heilheit. Eg har inkludert artiklar både om pasientar som hadde fått, og som stod i fare for å få, tilbakefall. Dei fleste artiklane omhandlar kvinner med eggstokkreft, nokre omhandlar kvinner med gynekologisk kreft. Dei 9 utvalde artiklane følgjer nasjonale etiske standardar. For å sikre oppdatert kunnskap avgrensa eg søkeresultata til artiklar frå 2011 og seinare. For å gjere det lettare å overføre resultata til norsk praksis, er berre studiar med pasientar frå den vestlege verda inkludert.

Aveyard (2019, s.64) hevdar at det kan være nyttig å inkludere studiar med forskjellige forskingsmetodar, for å sjå heilheita i ei oppleving frå ulike perspektiv. Eg inkluderte 2 oversiktstudiar, 5 kvalitative- og 2 kvantitative studiar. Kvalitative studiar kan bli brukt for å auke dybde og innsikt i funna til kvantitative studiar (Aveyard, 2019, s. 64). For å vurdere kvaliteten på artiklane nytta eg sjekklister frå Helsebiblioteket, eit verktøy for å kritisk vurdere vitenskaplege artiklar (Helsebiblioteket, 2016). Sjekkliste for to artiklar er vedlagt (Vedlegg 3).

## **2.3     Analyse**

Alle artiklane vart gjennomgått med hovudfokus på resultatdelen, for å få ei detaljert forståing av dei viktigaste funna. Etter gjennomgang av resultatdelen i artiklane vart funna analysert og tematisk systematisert. Dei valde temaa i studien er «Korleis kvinner opplever FCR», «Korleis kvinner meistrar FCR» og «Betydninga av informasjon og støtte frå helsepersonell». Vedlagt tabell (Vedlegg 5) vart laga for å strukturere og synleggjere kva tema som gjekk igjen i artiklane. Dei fleste artiklane er innom dei tre temaa som er valde i studien, men av varierende grad. Tematiseringa reflekterer problemstillinga i litteraturstudien (Aveyard, 2019, s. 141) og danna grunnlag for vidare fokus i resultatdelen og drøftinga i studien.

## 3 RESULTAT

Resultata er presentert under temaa «korleis kvinner opplever FCR», «korleis kvinner meistrar FCR» og «betydninga av informasjon og støtte frå helsepersonell». Vedlegg 4 presenterer tabell av dei ni inkluderte artiklane med tittel, hensikt, metode, deltakarar, resultat, styrker og avgrensingar.

### 3.1 Korleis kvinner opplever FCR

I oversiktstudien til Ozga et al. (2015, s.6) var førekomsten av FCR 22-80 % hos kvinner med eggstokkreft. Kvinnene opplevde at det var krevjande å leve med usikkerheita, sidan tilbakefall ofte indikerer dårlegare prognose. Ozga et al. (2015, s.1) hevda at FCR var lik, uansett om kvinnene var tidleg diagnostisert med sjukdommen eller ved avansert stadium. Deltakarane fann tryggleik i det å være under behandling. Frykta auka når den tette oppfølginga avtok, og dei ikkje aktivt kjempa mot sjukdommen (Ozga et al., 2015, s.7).

I følgje Han et al. (2021, s.3) var hovudårsaka til FCR hos kvinnene usikker prognose. Deltakarane beskrev dei uspesifikke kreftsymptoma som vanskelege å leve med, ein slags trussel for krefttilbakefall som alltid var tilstades. I følgje Kyriacou et al. (2017) opplevde kvinnene at det var utfordrande å ikkje kjenne forskjell på vage symptom og normale kroppslege symptom. Det som kunne trigge FCR, var tida før kontrollar, når det vart færre kontrollar, tankar om familien si framtid, og når dei vart minna på den dårlege statistikken for overleving av sjukdommen. Når FCR auka, kunne den være så forstyrrende at kvinnene kjente på søvnevanskar, angst og fleire fysiske symptom. Nokon syns det var tryggande å gå til kontrollar slik at kreften vart følgt opp, medan andre syns det var ubehageleg og var redd ein skulle finne teikn på kreft (Kyriacou et al., 2017).

Kvinnene var ikkje førebudde på kroppslege endringar som oppstod etter behandling (Sekse et al., 2018, s.1399 & Tan et al., 2020). Dei opplevde å ikkje ha kontroll over kroppen sin som før behandling, og bekymra seg over at dei ikkje ville bli som før sjukdommen. Kvinnene kjente på frykt for framtida og tilbakefall, og dei kjente på tap av seksualitet og fysiske endringar i kroppen, noko som gjorde at dei fekk redusert sjølvtilit (Sekse et al., 2018, s.1408; Tan et al., 2020). Sekse et al. (2018, s.1409) fann at kvinner med eggstokkreft hadde

meir angst og depresjon enn kvinner med andre gynekologiske kreftsjukdommar. Tan et al. (2020) fann at kvinnene opplevde mangel på forståing for usikkerheita frå andre, og at FCR auka når konsultasjonane vart sjeldnare. Det å gå igjennom krevjande behandling forverra frykta for gjentakning. Biverknader og smerter etter behandling var ein konstant påminning om kreften. Gressel et al. (2019) studerte bruken av digitale verktøy for å vurdere om kvinner har behov for meir oppfølging, og fann at gynekologiske pasientar kjente på symptom uavhengig av stadium og diagnose. Kvinner med eggstokkreft hadde større sannsynlegheit for å ha alvorlege symptom enn kvinner med livmorkreft (Gressel et al., 2019).

### **3.2 Korleis kvinner meistrar FCR**

Han et al. (2021, s.7) fann at kvinner tvilte på informasjonen dei fekk om prognosen. Dei opplevde at det var manglande forskning kring sjukdommen, og då det stadig kom nye behandlingsmogelegheiter for kreftpasientar, stolte dei ikkje på den dårlege statistikken. Usikkerheita rundt prognosen gav håp, og var difor ein måte å redusere FCR. Fleire studiar (Breistig & Huser, 2019; Hjulstad & Rannestad, 2011; Han et al., 2021, s.5; Galcia, et al., 2020) viser at med FCR var det lettare å prioritere kva som var meningsfullt i livet, når pasientane opplevde at andre ynskja at dei skulle leve, vart livet meir verdifullt og gav grunn til å kjempe mot sjukdommen. I studien til Tan et al. (2020) opplevde kvinnene at det var vanskeleg å finne meininga i livet og tilhøyrsløse etter å ha fått ei alvorleg diagnose.

I studiane til Hjulstad & Rannestad (2011) og Galcia et al. (2020) viste resultatane at kvinnene sette pris på å møte likekvinner under oppfølginga, og erkjenner forskjellige erfaringar. Å møte andre med same bekymringar og reaksjonar gjorde at dei følte seg normale og mindre åleine. Breistig & Huser (2019) fann at kvinnene unngjekk støttegrupper for ikkje å møte alvoret i sjukdommen og høyre kor sjuke andre kvinner var. Dei fann støtte i at viss det finnast behandling, så var det håp (Breistig & Huser, 2019). I studien til Galcia et al. (2020) prøvde kvinnene å leve så normalt som mogeleg. Dei brukte avleiing med å gå på jobb og drive med aktivitetar som distraksjon som meistringsstrategi for FCR. Nokon syns det var nyttig å loggføre symptoma sine.

I studien til Kyriacou et al. (2017) hadde ikkje kvinnene opplevd tilbakefall, men helsepersonell hadde gitt råd om korleis dei kunne handtere FCR. Når dei då kjente på FCR,

var det lettare å forstå at det var normale bekymringar og kvinnene aksepterte at dagar og tankar var mørkare enn andre. Bekymringane hjelpte dei til å være på vakt når dei kjente på symptom, og då vart dei ikkje like overraska ved tilbakefall (Kyriacou et al., 2017).

### **3.3 Betydninga av informasjon og støtte frå helsepersonell**

Tan et al.(2020) og Galcia et al. (2020) som undersøkte kvinner i distrikta, fann at kvinnene følte seg åleine med sjukdommen og opplevde manglande informasjon om oppfølging og støttegrupper etter behandling. I studien til Galcia et al. (2020) opplevde kvinnene å vere meir sårbare i møte med helsepersonell som hadde lite erfaring med kreftpasientar og kreftbehandling. Kvinnene syns det var vanskeleg å få med seg all informasjon på kontrollar, og det hjelpte å få skriftleg informasjon i tillegg. Helsepersonell som kunne formidle, tok seg tid til å lytte og var ærlege, og ikkje berre fokuserte på alvoret i sjukdommen, opplevde kvinnene som støttande (Tan et al., 2020; Breistig & Huser, 2019). Manglande informasjon frå helsepersonell reduserte tilliten, og fleire kjente på auka FCR og einsemd som følgje av bekymringane (Tan et al., 2020).

Ufølsame beskjedar gjorde kreftopplevinga verre. Slik beskrev ei kvinne i studien til Hjulstad & Rannestad (2011) si oppleving med helsepersonell:

«Etter at jeg fikk tilbakefall har jeg følt meg som en annenrangs pasient. Jeg ble ikke frisk, og dermed er jeg ikke så viktig lenger» (Hjulstad & Rannestad, 2011, s. 353).

Når helsepersonell informerte om kva kvinnene kunne forvente etter behandling, medan dei framleis var under behandling, var det lettare å møte den nye kvardagen. Det var ulikt kor mykje informasjon dei hadde fått om kva som kunne skje etter behandling (Galcia et al., 2020). Funna til Sekse et al. (2018, s. 1409) viste at mangel på oppfølging kan føre til eit livslangt syn på seg sjølv som kreftpasient. Kvinnene uttrykte at dei hadde sterkt behov for å snakke med helsepersonell som forstod dei tabubelagte spørsmåla. Kvinner som var nøgde med rehabilitering etter sjukdom, viste sjølvtilit og styrke. Når kvinnene møtte helsepersonell med kompetanse, evne til å lytte og som viste tillit, var det lettare å ta opp intime og vanskelege spørsmål (Sekse et al., 2018, s. 1416).

## 4 DRØFTING

Hovudfunna i dette litteraturstudiet var at mesteparten av kvinnene opplevde at frykt for tilbakefall (FCR) var utfordrande i kvardagen, og det var store forskjellar i korleis dei meistra å leve med sjukdommen og FCR. Kvinner hadde varierende erfaringar med oppfølging og møte med helsepersonell, mange opplevde manglande støtte til å handtere FCR.

Eg vil beskrive det nærare ved å bruke same overskrifter som i resultatdelen.

### 4.1 Korleis kvinner opplever FCR

Ozga et al. (2015, s.1) fann at FCR er lik, uansett om ein er tidleg diagnostisert eller ved avansert stadium med eggstokkreft. At kreftsymptoma er vage kan føre til at opplevinga av sjukdomen er lik, både på tidleg og avansert stadium (Kyriacou et al., 2017), og at alvorlegheitsgrada difor kan være vanskeleg å forhalda seg til. Når mange kvinner ikkje kjenner på sjukdom ved diagnositidspunkt (Kristiansen, 2018, s. 323), er det naturleg at dei bekymrar seg for at kreften også kan komme snikande tilbake og spreie seg (Han et al., 2021.s.4 ).

Fleire av studiane (Ozga et al., 2015, s.7; Kyriacou et al., 2017; Sekse et al., 2018, s.1409 & Han et al., 2021, s.4) viste at FCR auka i forkant av kontrollar for kvinnene, fordi dei var redde for at symptom på tilbakefall vart oppdaga. For andre var det ein trygghet å gå til regelmessige kontrollar for då vart kreften passa på (Kyriacou et al., 2017). Dessutan var det kvinner som opplevde at FCR auka når kontrollane vart sjeldnare (Tan et al., 2020). I fleire av studiane auka FCR i forkant av kontrollar, det kan tenkast at for nokon kvinner fører hyppige kontrollar til unødvendige bekymringar (Vistad et.al, 2020).

Sekse et al. (2018, s.1409) fann at kvinner med eggstokkreft hadde meir angst og depresjon enn kvinner med andre gynekologiske kreftdiagnosar. Kyriacou et al. (2017) hevda at når FCR auka førte det til dårlegare søvnkvalitet, og kvinnene kjente meir på symptom og angst. Dette kan bety at kvinner kan få psykiske og fysiske plager på kort og lang sikt som følge av biverknadar av behandlinga og seineffektar, FCR og dårleg prognose (Sekse et al., 2018, s.1416).



Fardell et al. sin modell viser at normal tilnærming til kreftsjukdom kan være at stressnivået pasientar opplever, vert redusert over tid (CancerNetwork, 2018). Fleirtalet av kvinnene i denne litteraturstudien opplevde likevel auka FCR som kan ha samanheng med den dårlege prognosen eggstokkreft har (Kreftregisteret, 2019, s. 89). Dette bekreftast av Tan et al. (2020) som fant at kvinner også slit med å finne meninga med livet etter diagnose og behandling, noko som kan føre til at kreften vert altoverskyggande og skapar indre uro for dei. Derimot, nokon kvinner opplevde at kreftdiagnosen endrar synet deira på livet og kva som betyr noko (Breistig & Huser, 2019, s.6; Hjulstad & Rannestad, 2011; Han et al.,2021, s.5; Galcia, et al., 2020). Dette kan være viktig informasjon til helsepersonell som skal hjelpe pasientar som pregast av negative følelsar og frykt, og som kanskje manglar indre motivasjon for å gripe fatt i meistringsutfordringane (Eide & Eide, 2019, s. 51).

## **4.2 Korleis kvinner meistrar FCR**

Studiar viste at kvinnene meistra å leve med FCR på ulike måtar. Funna til Galcia et al. (2020) viser at det var lettare å møte kvardagen når kvinnene fekk informasjon om kva dei kunne forvente seg etter behandling, mens dei framleis var under behandling. Dette støttes av Kyriacou et al. (2017) der kvinnene ikkje hadde opplevd tilbakefall, men hadde snakka med helsepersonell om korleis dei kunne handtere FCR. Dei klarte å normalisere og rasjonalisere FCR, og var då på vakt dersom tilbakefall skulle oppstå.

Ettersom mykje av kompetansen for små kreftgrupper er sentralisert til dei store byane i Noreg, kan digitale læring- og meistringsverktøy som Gynea bidra til at kvinnene i distrikta og byane får same oppfølgingstilbod. Ved å lære korleis andre har erfart å ha underlivskreft vil ein kunne normalisere sine eigne reaksjonar og tankar ved å ha ein alvorleg sjukdom (Gynea, u.å). Den vekentlege kontakten med sjukepleiar som jobbar med gynekologiske kreftpasientar, kan gjere det lettare å ta opp intime og vanskelege spørsmål (Sekse et al.,2018, s.1416). Lærings- og meistringsprogram kan sannsynlegvis være nyttige når pasientar slår tvil om informasjonen dei får om sjukdommen (Han et al.,2021, s.7), fordi slik oppfølging tilpassar helseinformasjonen til særskilte kreftgrupper og vanlege problemstillingar dei kan oppleve (Gynea, u.å). Oppfølging etter sjukdom kan gje pasientar sjølvtilit og styrke, samt auka kompetanse om eiga helsa (Sekse et al., 2018, s.1409).

Studiar viste at kvinner hadde god erfaring med støttegrupper (Galicia et. al 2020 & Hjulstad & Rannestad, 2019) og i enkelte studiar (Tan et al.,2020 & Galicia et al., 2020) etterlyste kvinnene støttegrupper og eit betre tilbod etter behandling. Derimot var Breistig & Huser (2019) sine funn at kvinnene ikkje ynskja å delta i støttegrupper, for å unngå å møte alvorret i sjukdommen ved å høyre andre sine erfaringar. Korleis kvinnene taklar FCR er individuelt og det finnes ingen fasit, men for nokre kan det bli så vanskeleg å leve med FCR at dei treng profesjonell hjelp. Difor tenkjer er det er viktig at helsepersonell er merksam på kvinner som slit meir enn det ein vurderer er normalt, slik at dei får hjelp.

### **4.3 Betydninga av informasjon og støtte frå helsepersonell**

Helsepersonell som tok seg tid til å lytte og formidle informasjonen slik at kvinnene forstod, førte til at kvinnene følte seg sett og ivaretatt (Breistig & Huser, 2019). Mangelfull formidlingsevne kan forverre kreftopplevinga (Hjulstad & Rannestad,2011). Dette er støtta av funna til Tan et al. (2020) som viste at kvinnene også sette pris på at helsepersonell var ærlege, og ikkje berre fokuserte på dårlege beskjedar og prognose. På den andre sidan opplevde mange kvinner mangelfull informasjon om kva som kunne skje etter behandling og kva tilgjengelege ressursar som kunne finnast dersom dei hadde behov for støtte og hjelp (Galicia et al., 2020 & Tan et al., 2020). Kan det tenkast at helsepersonell styrer unna å spørje om FCR fordi ein er redd for at kvinnene skal bekymra seg meir?

Manglane kreftkompetanse hos helsepersonell kan føre til at kvinner ikkje føler seg godt ivaretatt (Galicia et al., 2020). Funna til Sekse et al. (2018, s. 1416) viste at tillit, kompetanse og evne til å lytte var viktig for at kvinner tok opp tabubelagde spørsmål med helsepersonell. Gressel (et al.,2019) fann at kartleggingsverktøy ePRO (electronic patient reported outcomes measures) kan identifisere symptom hos kvinner med gynekologisk kreft, og at det kan bidra til at tida på konsultasjonar vert brukt til å snakke om aktuelle problem og vurdering av behovet for meir oppfølging. Eg erfarer at det er vanskeleg å balansere informasjonsbehovet til kvar enkelt kvinne, og kanskje er det for stort fokus på fysiske plagar som kvalme og obstipasjon, i staden for å snakke om korleis kvinna har det og kva som er viktig for ho?

ePRO viser seg å være til hjelp både under og etter behandling, for å legge til rette for gode oppfølgingstiltak (Vistad et al., 2020).

Mange kvinner ynskja meir skriftleg informasjon (Galicia et al., 2020). Mi erfaring er at mange pasientar tileignar seg kunnskap om sjukdommen via internettsøk og andre media. Gynea og LETSGO kan bidra til at kvinnene får forskingsbasert kunnskap om gynekologisk kreft (Gynea, u.å & Gynkreftforeningen, 2020). Ved å få nyttige råd om livsstilsval og motivasjon, kan kvinner oppleve meistring og meir pasientretta behandling med både fokus på sjukdommen og psykososiale behov (Gynkreftforeningen, 2020). Mange kvinner venter til kontroller før dei tar opp mistanke om tilbakefall, som kan påverke tilbakefallsbehandling og prognose (Vistad et. al, 2020). Ved systematisk rapportering om symptom på tilbakefall kan kvinnene med LETSGO bli bedt om å kontakte behandlande avdeling dersom skåringa seier det er nødvendig (Vistad et al., 2020).

Mangelfull oppfølging kan føre til at kvinner har eit livslangt syn på seg sjølv som kreftpasient (Sekse et al., 2018, s.1409) og mangelfull informasjon viser Fardell et al. (CancerNetwork, 2018) kan auke FCR. Ettersom kvinner med eggstokkreft er meir utsett for alvorlege symptom (Gressel et al., 2019), angst og depresjon (Sekse et al., 2018, s.1409) enn andre gynekologiske pasientar, er det naturleg å tenke at desse kvinnene treng meir informasjon og støtte, og tilpassa oppfølging etter behandling. Det kan difor tenkast at Gynea, LETSGO og kartleggingsverktøy som ePRO være nyttig, også for helsepersonell for å vurdere om kvinnene har behov for meir målretta oppfølging og at helseressursane vert brukt på dei riktige pasientane (Vistad et al., 2020 & Gressel et al., 2019).

## 4.4 Styrker og avgrensingar

Litteraturen som er nytta i studien, viser samsvar i viktige funn, som er ei styrke for litteraturstudien. Ved å inkludere kvalitative-, kvantitative- og oversiktsartiklar i litteraturstudien kan det skape balansert kunnskap om temaet og styrke validiteten av resultatata. Fleirtalet av studiane var kvalitative, som var hensiktsmessig for å belyse erfaringane og synspunkta til kvinnene, og for å svare problemstillinga. I resultattabell (Vedlegg 4) er styrker og avgrensingar for dei ulike studiane nemnt.

Det er likskap mellom Fardell et al. sin modell om FCR og funna i artiklane, men det kjem ikkje fram i artiklane om kvinner har sårbarheitsfaktorar frå før dei fekk kreft som kan være medverkande årsak til auka FCR. Deltakarane i artiklane hadde vidt aldersspenn. Forskjellig livserfaring og livssituasjon kan ha ei innverknad for korleis ein meistrar FCR. Dette kan ha ei innverknad på resultatata i artiklane, men er lite vurdert og difor ikkje tatt høgde for i litteraturstudien. Hadde det blitt nytta andre søkeord, kunne resultatet vore annleis. Metodiske avgrensingar og manglande erfaring med å skrive systematisk litteraturstudie kan hatt betydning for sluttresultatet.

## 5 KONKLUSJON

Ein del kvinner meistrar FCR bra, men mange har behov for meir informasjon og støtte frå helsepersonell til å meistre usikkerheita. Eksisterande forskning kan tyde på at det er nødvendig å snakke om FCR mens kvinnene framleis er under behandling, for å normalisere frykta slik at dei handterer den betre. Lærings- og meistringsprogram som Gynea og LETSGO kan bidra til at kvinner med eggstokkreft får meir personretta oppfølging, og nødvendig hjelp av helsepersonell med kompetanse på underlivskreft.

## 6 FORMIDLING

Ved å legge fram funna til tilsette på kreftpoliklinikken og på sengeposten på Kvinneklinikken, kan arbeidet med å fange opp bekymringar om tilbakefall av eggstokkreft og andre pasientgrupper som opplever FCR, forhåpentlegvis få eit nytt fokus. Kunnskapen er viktig å vidareformidle for å vise korleis informasjon og støtte frå helsepersonell ofte kan vera avgjerande for korleis pasientar taklar FCR.

# REFERANSELISTE

- Aveyard, H. (2019). *Doing a literature review in health and social care: a practical guide* (utg.4) London: Open University Press.
- Bjørndal, A. (2009). Målet er kunnskapsbaserte og brukersentrerte tjenester. H. Grimen & L.I. Terum (Red.), *Evidensbasert profesjonsutøvelse* (s. 125-144). Oslo: Abstrakt Forlag AS.
- Breistig, S., Huser, B. (2019). Helsepersonell som kilde til trøyst ved tilbakevendende eggstokkreft. *Sykepleie Forskning 2019, 14*.  
<https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2019.78182>
- CancerNetwork. (2018, 15.januar). *Fear of Cancer Recurrence: A practical Guide for clinicians*.  
<https://www.cancernetwork.com/view/fear-cancer-recurrence-practical-guide-clinicians>
- Dahl, A.A. (2019). Psykiske symptom og lidelser. Kiserud, C.E., Dahl, A.A. & Fosså, S.D. (Red.), *Kreftoverlevende: Ny kunnskap og nye muligheter i et langtidsperspektiv* (s.138-166). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Eide, H. & Eide, T. (2019). *Kommunikasjon i relasjoner: Persientorientering, samhandling og etikk*. (utg. 3). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Galica, J., Giroux, J., Francis, J.-A., & Maheu, C. (2020). Coping with fear of cancer recurrence among ovarian cancer survivors living in small urban and rural settings: A qualitative descriptive study. *European Journal of Oncology Nursing, 44*, N.PAG.  
<https://doi-org.ezproxy.vid.no/10.1016/j.ejon.2019.101705>
- Gressel, G.M, Dioun, S.M, Richley, M., Lounsbury, D.W., Rapkin, B.D., Isani, S., Nevadunsky, N.S., Kuo, D.Y.S & Novetsky, A.P. (2019). Utilizing the Patient Reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS®) to increase referral to ancillary support services for severely symptomatic patients with gynecologic cancer.

*Gynecologic Oncology*, Volume 152, Issue 3, S. 509-513. <https://doi-org.ezproxy.vid.no/10.1016/j.ygyno.2018.10.042>

Gynea. (u.å). *Hva er Gynea?* Henta 11.05.2021 frå <https://gynea.no/om-gynea/>

Gynkreftforeningen (2020, 28.oktober). *LETSGO appen – slik fungerer den.*

<https://www.gynkreftforeningen.no/2020/10/letsgo-appen-slik-fungerer-den/>

Han, P. K., Gutheil, C., Hutchinson, R. N., & LaChance, J. A. (2021). Cause or effect? The role of prognostic uncertainty in the fear of cancer recurrence. *Frontiers in psychology*, 11. *Artikkel* <https://dx.doi.org/10.3389%2Ffpsyg.2020.626038>

Helsebiblioteket. (2016, 3.juni). *Sjekklistor*.

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>

Helsebiblioteket. (2016, 6.juni ). *Søketeknikker*.

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/litteratursok/soketeknikker>

Hjulstad, H., Rannestad, T. (2011). Har pasienter med tilbakefall av underlivskreft nytte av psykososial støttegruppe?. *Sykepleie Forskning* nr 4, 2011; 6: 348-356.

<https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2011.0186>

Kreftregisteret. (2020, 22.oktober) *Cancer in Norway 2019 - Cancer incidence, mortality, survival and prevalence in Norway*. ISSN: 0806-3621

<https://www.kreftregisteret.no/Generelt/Rapporter/Cancer-in-Norway/cancer-in-norway-2019/>

Kristiansen, G. (2018). Svulster i kvinnelige genitalia. Schlichting, E.& Wist. Erik (red.).

*Kreftsykdommer – en basisbok for helsepersonell*. (utg.5, s. 312-326). Gyldendal Norsk Forlag

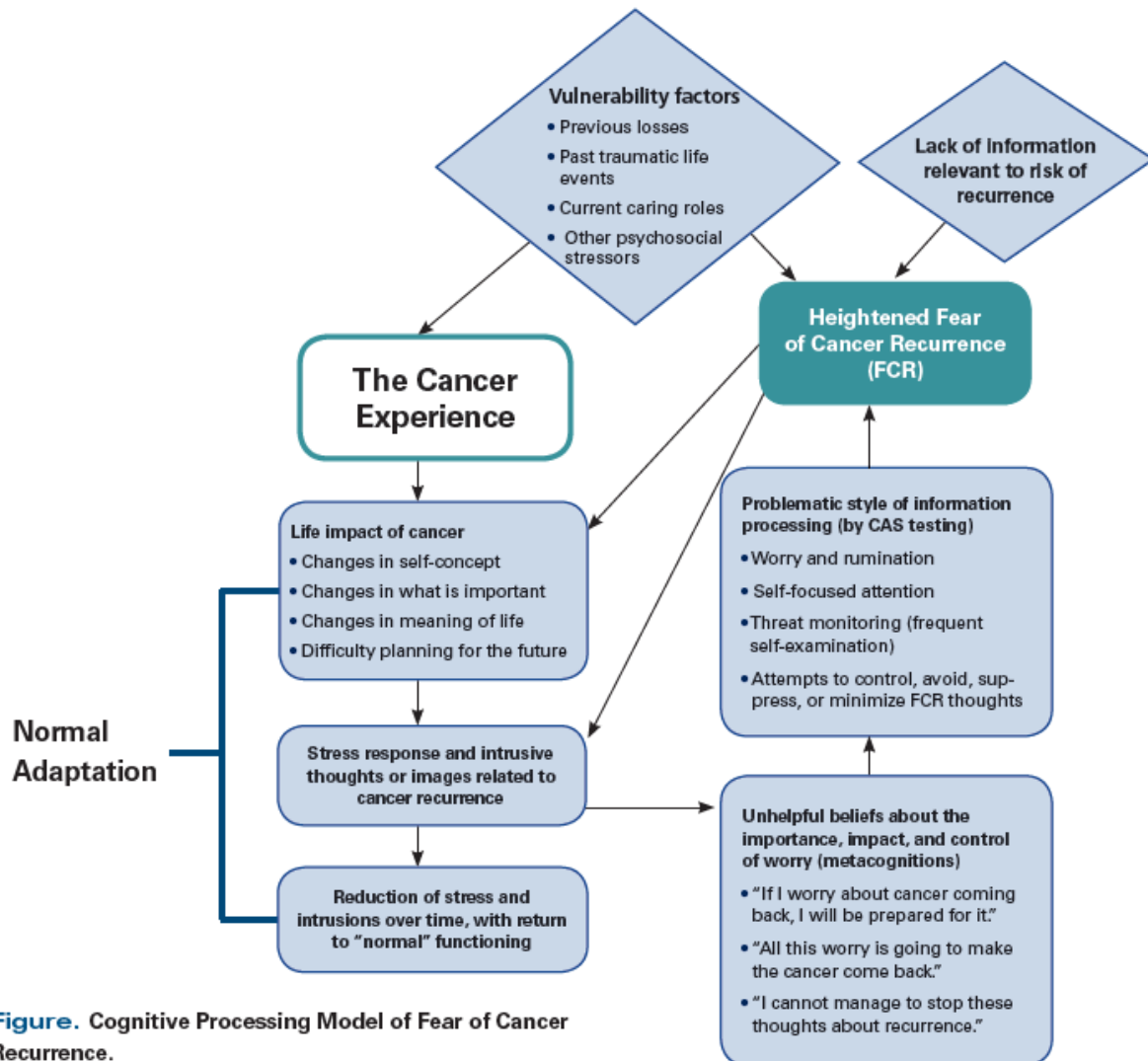


- Kristiansen, G. (2017). Kreft i kvinnelige kjønnsorganer. Reitan, A.M., Schjøberg, T.Kr. (red.) *Kreftsykepleie: Pasient – utfordring – Handling* (Utg. 4, s.588-603). Oslo: Cappelen Damm AS
- Kyriacou, J., Black, A., Drummond, N., Power, J., & Maheu, C. (2017). Fear of cancer recurrence: A study of the experience of survivors of ovarian cancer. *Canadian Oncology Nursing Journal*, 27(3), 236–250. <https://doi.org.ezproxy.vid.no/10.5737/23688076273236242>
- Muhaisen, S. (2021, 13.april). Nytt mestringsprogram skal hjelpe kvinner med underlivskreft. *Bergens Tidende*. S. 10-11.
- Ozga, M., Aghajanian, C., Myers-Virtue, S., McDonnell, G., Jhanwar, S., Hichenberg, S., & Sulimanoff, I. (2015). A systematic review of ovarian cancer and fear of recurrence. *Palliative & supportive care*, 13(6), 1771–1780. <https://doi.org/10.1017/S1478951515000127>
- Reitan, A.M (2017). Kreftsykepleie. A.M. Reitan & T. Kr. Schjøberg (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient – Utfordring – Handling* (s. 33-49) Oslo: Cappelen Damm AS.
- Reitan, A.M (2017). Psykologisk krise og mestringsmuligheter. A.M. Reitan & T. Kr. Schjøberg (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient – Utfordring – Handling* (s. 82-103) Oslo: Cappelen Damm AS.
- Sekse R.J.T, Dunberger G., Olesen M.L., Østerbye M., Seibaek L. (2018) Lived experiences and quality of life after gynaecological cancer-An integrative review. *Journal of Clinical Nursing*. 2019 May;28(9-10):1393-1421. <https://doi.org/10.1111/jocn.14721>
- Tan, J.H., Sharpe, L., Russell, H. (2020). The impact of ovarian cancer on individuals and their caregivers: A qualitative analysis. *Psycho-Oncology*. 2021;30 s. 212-220. <https://doi.org/10.1002/pon.5551>
- Universitetet i Agder. (2021, 30.mars). PICO PICo PEO og lignende rammeverk for kliniske spørsmål. <https://libguides.uia.no/c.php?g=430896&p=4833020#s-lg-box-14360762>

Vistad, I., Bjørge, L. & Skeie-Jensen, Tone. (2020). Kreftoppfølgingen bør endres. *Tidsskriftet den norske legeforening*. <http://doi.org/10.4045/tidsskr.20.0281>

# VEDLEGG

## Vedlegg 1 – Modell for å forstå FCR



**Figure.** Cognitive Processing Model of Fear of Cancer Recurrence.

Adapted from Fardell et al. J Cancer Surviv. 2016.[7] CAS = cognitive attentional syndrome.

## Vedlegg 2 – Systematisk søk

PEO-skjema (Population, Exposition and Outcome):

AND →

OR



	<b>P</b>	<b>E</b>	<b>O</b>
<b>Norske tekstord /termer</b>	Kvinner med eggstokkreft  Eggstokksvulster Neoplasmer i eggstokkene Ovarialneoplasmer Ovariesvulster Kreft i eggstokkene Eggstokkreft Ovarialkreft Gynekologisk kreft	Frykt for tilbakefall  Ny oppblussing Rekurrens Relaps Tilbakefall Residiv	Mestring  Mestringsstrategier
<b>Engelske tekstord/termer</b>	Ovarian cancer Cancer ovarii Gynecological cancer	FCR Fear of cancer recurrence Fear of recurrence Fears Anxiety Recurrence Coping Mastering Coping strategy	Coping Mastering Coping strategy
<b>Engelske emneord (MESH)</b>	Ovarian neoplams	Neoplasm Recurrence, Local Recurrence	

## Systematisk søk i CINAHL:

Søk	Søkeord/-kombinasjonar/emenord	Avgrensing	Antall resultat	Kommentar til søkeresultat
1	(MH "Ovarian Neoplasms+") OR "ovarian cancer"		16340	For mange
2	(MH "Recurrence") OR "fear of recurrence"		50295	
3	FCR		461	
4	Coping		59,796	
5	"Quality of Life"		196,370	Anbefalt søkeord etter rettleiing med bibliotekar, så derfor brukt i dette søket. Begrepet er ikkje nytta elles i søkeprosessen eller i oppgåva.
6	S4 OR S5		249,778	
7	S2 OR S3		50716	
8	S1 AND S6 AND S7		53	
9	S1 AND S6 AND S7	Årstal 2011-	30	4 artikkelar frå søket er inkludert i studien.

## **Vedlegg 3 – Sjekkliste**

# Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

## Hvordan brukes sjekklisten?

Sjekklisten består av tre deler:

- A: Innledende vurdering
- B: Hva forteller resultatene?
- C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

I hver del finner du underspørsmål og tips som hjelper deg å svare. For hvert av underspørsmålene skal du krysse av for «ja», «nei» eller «uklart». Valget «uklart» kan også omfatte «delvis».

## Om sjekklisten

Sjekklisten er inspirert av: Critical Appraisal Skills Programme (2018). *CASP checklist: 10 questions to help you make sense of qualitative research*. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/> Hentet: 15.10.2020.

Sjekklisten er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Hvis du skal skrive en systematisk oversikt eller kritisk vurdere artikler som del av et forskningsprosjekt, anbefaler vi andre typer sjekklister. Se [www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister](http://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister)

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten?  
Send e-post til [Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no](mailto:Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no).

## Kritisk vurdering av:

[Sett inn referansen til studien/artikkelen du vurderer med denne sjekklisten]

## Del A: Innledende vurdering

**Artikkel: Coping with fear of cancer recurrence among ovarian cancer survivors living in small urban and rural settings: A qualitative descriptive study (2019)**

### 1. Er formålet med studien klart formulert?

Ja –  Nei –  Uklart

Formålet med studien var undersøke korleis eggstokkoverlevende som budde små byer og landlege omgivelser handterte frykta for tilbakefall. Forskarane hevda at kreftoverlevende som bur i regionale eller landlege områder har meir psykososiale utfordringar. Det var ikkje gjort liknande studiar tidlegare.

### 2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

Ja –  Nei –  Uklart

Ja, det var ønskeleg få kvinnene sine opplevingar av å leve med alvorleg sjukdom og undersøke deira erfaringar for å handtere FCR.

### 3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?

Ja –  Nei –  Uklart

Dei nytta beskrivande kvalitativ design ved bruk av tematisk analyse. I forhold til problemstilling er metoden hensiktsmessig. Dei nytta fokusgrupper, semistrukturerte telefonintervjuer og Fear of Cancer Recurrence Inventory (FCRI, frå 2009)

### 4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja –  Nei –  Uklart

Alle kvinnene som deltok fullførte behandling ved same sjukehus i Kingston, Canada. Sjølv om det er eit storbyområde har det behandlingsansvar for pasientar og overlevande som bur i distrikta, nokon med opptil 2 timer reiseveg. Alle kvinner som hadde eggstokkreft, uansett stadium vart inkludert. Dei måtte være engelsktalande, over 18 år og ikkje ha mottatt strålebehandling mot hjernen.

Først vart dei opplyst om studien via poliklinikken frå oktober 2017-mars 2018. Dei som ynskja meir informasjon kunne kontakte forskaren. 18 kvinner tok kontakt, 15 kvinner vart inkludert frå 51-76 år. Dei tre som ikkje vart inkludert var ikkje fysisk klar for det eller trengte meir profesjonell hjelp for FCR. Sivilstatus, utdanningsnivå og om dei var i arbeid er tatt med i tabell 1 og samla inn av deltakarane. Medisinsk journal er henta ut av forskarane (for eksempel år med kreft, stadium, type eggstokkreft o.l)



## 5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?

Ja –  Nei –  Uklart

Etter munnleg bekreftelse på å ville delta i studien, fekk dei tilsendt samtykke skjema, skjema om demografiske opplysningar (alder, sivilstatus, utdanningsnivå, etnisitet, jobb, bustad) og FCRI spørreskjema for å kartlegge nivå av FCR. Fem deltakarar deltok i fokusgrupper som varte i 2 timer, der ein person leda gruppene og ein anna observerte. Ni deltakarar var ikkje i stand til å delta i fokusgruppe (lang reiseveg) og fekk då tilbod om telefonintervju som varte 45-60 minuttar.

Både telefonintervju og fokusgrupper vart lydinnspilt og transkribert ordrett av profesjonelle transkripsjonister før dei vart lest gjennom av forskarane fleire gonger (tre forskarar) som møttest ein gang i veka for å kode og identifisere ord og setningar fra resultatane.

## 6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?

Ja –  Nei –  Uklart

Tidligere forskning er beskrevet i introduksjon. Det kjem ikkje fram at forskarane hadde kjennskap til inkluderte deltakarar, men sidan kvinnene skulle kontakte forskar ved interesse kan det tenkast at forskarane ikkje hadde det. Det er godt beskrevet korleis dei fordelte arbeidsoppgåvene, ved at ein var ekspert på gjennomføring av fokusgrupper, dei to andre observerte og tilrettela. Det var ikkje same forskaren som gjennomførte intervju på telefon og fokusgrupper. Dei ni deltakarane vart intervjuet av same forskar. Forskarane sine ulike bidrag er beskrevet i slutten av studien.

## 7. Er etiske forhold vurdert?

Ja –  Nei –  Uklart

Pasientane vart opplyst om studien i poliklinikken og måtte kontakte forskar for meir informasjon dersom dei ville delta. Dei som gav muntlig samtykke til å delta fekk tilsendt samtykkeskjema, skjema om eigenrapport og FCRI på epost. Desse vart returnert til forskar før datainnsamlinga starta. Forskinga er godkjent av Queen's University Health Services Research Ethics Board

## 8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?

Ja –  Nei –  Uklart

Metoden som var nytta var tematisk analyse. Etter at innhaldet var transkribert og lest av forskarar, så møttes dei vekentlig for å identifisere viktige nøkkelord og fraser frå transkripsjonane. Funn frå transkripsjonane vart organisert i undertema og deretter i hovudtema. Det er tatt med sitat frå deltakarane, dette er synleg i teksten med kursiv skrift. Dei har med ulike synpunkt frå deltakarane i studien og deira ulike erfaringar.

**Basert på svarene dine på punkt 1–8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?**

Ja –  Nei –  Uklart

## Del B: Hva er resultatene?

### 9. Er funnene klart presentert?

Ja –  Nei –  Uklart

Ja, tidlegare forskning er tatt med i diskusjonsdelen. Funna er klart presentert under 6 tema. Det var tema 3.1: Støtte frå helsepersonell, 3.2: Å kjenne, stole på og prioritere seg sjølv, 3.3: Finne kva som fungerer. 3.4: Unikt og tilhørighet. 3.5: Omdirigering av tankar og handlingar. 3.6: Forbereder seg på framtida. Det siste temaet 3.6, var inkludert etter analyse av uttrykk som dei fleste kvinner formidla.

## Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

### 10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

Ja, absolutt.

Det kjem fram at mange kvinner med eggstokkreft kjenner på frykta for tilbakefall av sjukdom. Mange følte seg åleine etter behandling. Dei satt pris på å møte likekvinner for å dele felles reaksjonar og bekymringer, då følte dei seg meir normal og mindre åleine. I studien kjem det fram at kvinnene var meir sårbare i møte med helsepersonell som ikkje hadde erfaring med kreftbehandling og mange opplevde mangelfull informasjon ved behandlingsslutt.

I Norge er mykje av behandlingstilbodet for små grupper kreft, som eggstokkreft sentralisert til dei store sjukehusa. Det er viktig at desse kvinnene får tilbod om same behandling og oppfølging som dei som bur i nærheten av sjukehuset. Det kan tenkjast at lærings- og meistringsprogram, som Gynea kan bidra til at kvinner som bur i distrikta kan få ei betre oppfølging, gjennom lettare tilgjengeleg kompetanse.

## SJEKKLISTE FOR VURDERING AV PREVALENSSTUDIE

(Tverrsnittstudie, spørreundersøkelse, survey)

FØLGENDE FORHOLD MÅ VURDERES:

*Kan vi stole på resultatene?*

*Hva forteller resultatene?*

*Kan resultatene være til hjelp i praksis?*

Under de fleste spørsmålene finner du tips som kan være til hjelp når du skal svare på spørsmålene.

Basert på EBMH Notebook. Guidelines for evaluating prevalence studies. May 1998, Vol 1, No 2 pp 37-9. URL: [http://www.psychiatry.ox.ac.uk/cebmh/journal/contents/1\(2\)/37-9.html](http://www.psychiatry.ox.ac.uk/cebmh/journal/contents/1(2)/37-9.html)

Cathryn Thomas, Sheila Greenfield and Yvonne Carter. Questionnaire design. Chapter 6 in "Research Methods in Primary Care" (1997) Oxford: Radcliffe Medical Press.

## INNLEDENDE SPØRSMÅL

<b>1. Er problemstillingen i studien klart formulert?</b>	<b>Ja</b> ⊗	<b>Uklart</b> ○	<b>Nei</b> ○
<b>2. Er en prevalensstudie en velegnet metode for å besvare problemstillingen / spørsmålet?</b>	<b>Ja</b> ⊗	<b>Uklart</b> ○	<b>Nei</b> ○

## KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE

<b>3. Er <u>befolkningen</u> (populasjonen) som utvalget er tatt fra, klart definert?</b> <i>TIPS:</i> - Er det gitt opplysninger om befolkningsgruppen som alder, kjønn, språk, etnisk tilhørighet og sosio-økonomiske forhold? - Er det gjort rede for subgrupper i befolkningen som ikke dekkes av studien?	<b>Ja</b> ⊗	<b>Uklart</b> ○	<b>Nei</b> ○
<b>4. Ble <u>utvalget</u> inkludert i studien på en tilfredsstillende måte?</b> <i>TIPS:</i> - En god studie inkluderer et utvalg som nøyaktig representerer en definert befolkningsgruppe. Dette sikres ved bruk av statistiske utvalgsmetoder og ved en vurdering av respondentenes karakteristika - Var utvalget representativt for en definert befolkningsgruppe?	<b>Ja</b> ⊗	<b>Uklart</b> ○	<b>Nei</b> ○

<p><b>5. Er det gjort rede for om <u>respondentene</u> skiller seg fra dem som ikke har respondert?</b></p> <p><i>TIPS:</i> Ikke-respondenter er frafall i utvalget.</p>	<p><b>Ja</b> <input checked="" type="radio"/></p>	<p><b>Uklart</b> <input type="radio"/></p>	<p><b>Nei</b> <input type="radio"/></p>
<p><b>6. Er svarprosenten høy nok?</b></p> <p><i>TIPS:</i> I spørreundersøkelser er det vanligvis OK med en svarprosent på &gt;70, så lenge forfatterne viser at respondenter og ikke-respondenter har like karakteristika som befolkningen de er utvalgt fra.</p>	<p><b>Ja</b> <input checked="" type="radio"/></p>	<p><b>Uklart</b> <input type="radio"/></p>	<p><b>Nei</b> <input type="radio"/></p>
<p><b>7. Bruker studien <u>målemetoder</u> som er pålitelige (valide) for det man ønsker å måle?</b></p> <p><i>TIPS:</i> Er det brukt spørreskjemaer som er valide, testet og anvendt i tidligere studier? Ble spørreskjemaet pilottestet, evt validert?</p>	<p><b>Ja</b> <input checked="" type="radio"/></p>	<p><b>Uklart</b> <input type="radio"/></p>	<p><b>Nei</b> <input type="radio"/></p>
<p><b>8. Er <u>datainnsamlingen</u> standardisert?</b></p> <p><i>TIPS:</i> Er datainnsamlingen identisk for alle utvalgte individer? Alle avvik fra en standard kan gi skjevhet når dataene samles inn.(F.eks intervjumetoder og personer) Sikres ved opplæring av intervjuer, veiledning, metode for å sikre data fra respondenter, spørreundersøkelsens utforming (avkryssing, Liker- skala etc) Standardiserte og valide målemetoder ved tester</p>	<p><b>Ja</b> <input checked="" type="radio"/></p>	<p><b>Uklart</b> <input type="radio"/></p>	<p><b>Nei</b> <input type="radio"/></p>
<p><b>9. Er <u>dataanalysen</u> standardisert?</b></p> <p><i>TIPS:</i> Analysen skal kunne skille individuelle forskjeller som er reelle fra forskjeller som er tilfeldige. Se på hvordan "åpne spørsmål" er behandlet. Er analysering av data gjort av to uavhengige personer?</p>	<p><b>Ja</b> <input checked="" type="radio"/></p>	<p><b>Uklart</b> <input type="radio"/></p>	<p><b>Nei</b> <input type="radio"/></p>

## HVA FORTELLER RESULTATENE?

<p><b>10. Hva er resultatet i denne studien?</b></p> <p><i>TIPS:</i>  Hva er hovedkonklusjonen?  Kan du oppsummere resultatene i én setning?</p> <p><b>Kan resultatene skyldes tilfeldigheter?</b>  Presenterer studien resultatene med konfidensintervall for statistiske estimater?  Er det oppgitt p-verdier?</p>	<p>PROMIS ePRO er gjennomførbart og lett bruke for gynekologiske pasientar i poliklinikken for å identifisere alvorlig symptom som gjør at pasienten vil trenge meir oppfølging av helsevesenet.</p> <p>78 % av pasientene syns ePRO var nyttig og 92 % syns det var enkelt å gjennomføre undersøkelsen.</p> <p>Ja.</p>
--	---

## KAN RESULTATENE VÆRE TIL HJELP I MIN PRAKSIS

<p><b>11. Kan resultatene overføres til praksis?</b></p>	<p><b>Ja</b></p> <p><input checked="" type="radio"/></p>	<p><b>Uklart</b></p> <p><input type="radio"/></p>	<p><b>Nei</b></p> <p><input type="radio"/></p>
<p><b>12. Sammenfaller resultatene i denne studien med resultatene i andre tilgjengelige studier?</b></p> <p><i>TIPS:</i>  Prevalensstudier gjøres for å bekrefte en eksisterende teori eller kunnskap, ikke for å lage en ny teori! Eksisterende kunnskap kommer fra kliniske og epidemiologiske studier som fokuserer på etiologi, prognose og effekt av tiltak.</p>	<p><b>Ja</b></p> <p><input checked="" type="radio"/></p>	<p><b>Uklart</b></p> <p><input type="radio"/></p>	<p><b>Nei</b></p> <p><input type="radio"/></p>

## Vedlegg 4 – Resultattabell

Forfatter/Årstall/Tittel	Hensikt	Metode	Deltakarar	Resultat og konklusjon	Styrker (+) og avgrensingar (-)
Breistig, S. & Huser, B. (2019) Norge  Helsepersonell som kjelde til trøyst ved tilbakevendande eggstokkrekft  Healthcare personnel as a source of comfort in recurrent ovarian cancer	Hensikta med studien var å finne kva som kan gje trøyst til kvinner med residiverande eggstokkrekft, og kva sjukepleiaren kan gjere for å trøyse dei.	Kvalitativ metode med hermeneutisk tekstanalyse. Dagbokskriving og individuelle oppfølgingsintervju  Kvinnene vart rekruttert frå to kvinneklinikker i Sør Norge og gjennom Gynkreftforeningen.	N= 5 norske kvinner (8 kvinner skreiv dagbok) frå 49-82 å  Kvinner med eggstokkrekft, residiv ein eller fleire gonger.	Fire hovudtema som gav trøyst til kvinnene var framtidshåp, ektefølt nærvær , å bli kjent att av helsepersonell og å beskytte seg sjølv. Det sterkaste var framtidshåpet om å få leve lenge, bli frisk og framleis bety noko for andre. Konklusjonen viser at den medmenneskelege relasjonen er avgjerande for at ein skal finne verdi og meining i livet.	+ Kvinnene hadde gjort førebuingar med dagbokskriving i 3 veker før intervju.  -Få deltakarar. Alle var negative til støttegrupper utan å ha deltatt, kan det være dei har fått mangelfull informasjon eller at den er blitt negativt framstilt? Står ikkje kor intervju er utført.
Hjulstad, H. & Rannestad, T. (2011) Norge  Har pasienter med tilbakefall av underlivskrekft nytte av psykososial støttegruppe?	Føremålet med studien var å vurdere om psykososial støttegruppe betrar livskvaliteten for kvinner med tilbakefall av underlivskrekft.	Kvantitativ, Randomisert kontrollert studie (RCT)  Klinisk studie med intervensjons- og kontrollgruppe med to måletidspunkt  Utført ved St. Olavs Hospital.	N= 27 deltakarar fordelt med 17 i intervensjonsgruppa 10 i kontrollgruppa. Kvinnene var frå 40-70 år.  Kvinner med gynekologisk krekft.	Studien viser at det var ingen forskjell i livskvalitet mellom intervensjons- og kontrollgruppa, men funna viser tendens til betring i kognitiv- emosjonell og rollefunksjon for deltakarane i intervensjonsgruppa. Innhaldet i støttegruppa vart evaluert som nyttig eller svært nyttig av kvinnene som deltok. Tabell 4 viser at 13-16 av 16 kvinner syns trening med fysioterapeut, fokus på psykiske reaksjonar og samtale med likekvinner var svært nyttig. Konklusjonen var at psykososial støttegruppe kan være nyttig for pasientar med tilbakefall av underlivskrekft.	+ Innholdet i støttegruppa var nyttig og svært nyttig for pasientane. -Eldre studie. Forskar seier at studien ikkje vart som planlagt sidan pasientar døde eller trakk seg frå studiet, derfor få pasientar og mange var svært sjuke. Generaliseringa av resultatet må gjøres med forsiktighet. Pasientane gav uttrykk for at dei trur forskaren ynskjer dei skal vise taknemlegheit. Kunn sjølvrapportering som kan gje skeivheit i innhaldet.



<p>Galica, J., Giroux, J., Francis, J.A &amp; Maheu, C. (2020) Canada</p> <p>Coping with fear of cancer recurrence among ovarian cancer survivors living in small urban and rural settings: A qualitative descriptive study</p>	<p>Målet med studien var å undersøkje korleis overlevande med eggstokkreft som bur i små urbane og landlege områder handterer FCR.</p>	<p>Kvalitativ med fokusgrupper og telefonintervju.</p> <p>Fokusgrupper utført ved kreftsentra</p>	<p>N= 15 kvinner frå 51-76 år.</p> <p>Kvinner med eggstokkreft</p>	<p>Funna i studien viste at FCR var svært vanleg blant kvinnene. Fem hovudfunn som gav meistring for kvinnene: 1.Støtte frå helsepersonell, 2. Kjenne etter, stole på og prioritere seg sjølv 3. Finne kva som fungerer mot FCR. 4. Unike behov og tilhørigheit, 5. Endring av tankar og handlingar.</p> <p>Konklusjonen i studien var FCR var ei bekymring for dei fleste kvinnene og det var individuelt korleis dei takla det.</p>	<p>+ I følgje forskar undersøkinga av FCR blant dei første som er utført på eggstokkreftpasientar i usentrale strøk.</p> <p>Fardell et al. sin modell er inkludert.</p> <p>-Liten pasientgruppe som bur i distrikta, så bør ein være forsiktig med å overføre funna til andre kreftoverlevande.</p>
<p>Kyriacou, J., Black, A., Drummond, N., Power J. &amp; Maheu, C. (2017) Canada</p> <p>Fear of cancer recurrence: A study of the experience of survivors of ovarian cancer</p>	<p>Hensikten med studien var å få ei større forståing av FCR gjennom opplevingar frå kreftoverlevande kvinner med eggstokkreft.</p>	<p>Kvalitativ metode med dybdeintervju</p> <p>Utført ved gynekologisk kreftavdeling</p>	<p>N= 12 kvinner frå 37 til 72 år.</p> <p>Alle hadde eggstokkreft. Ingen hadde hatt tilbakefall, men ei hadde hatt kreft ein anna plass tidlegare.</p>	<p>FCR var ei tydeleg bekymring for kvinner i remisjon frå eggstokkreft. Fire hovudtema frå deira opplevingar med FCR er presentert: 1. Usikkerheita rundt tilbakefall, 2. Mange årsaker som kunne gi FCR, 3.Ulik oppfatning av tilbakefall og 4. Ulike meistringsstrategiar</p>	<p>+ Første kvalitative studie som undersøkte FCR hos kvinner som ikkje hadde hatt tilbakefall. Studien hadde med tiltak og peer debriefing som auka pålitelegheita til innhaldet.</p> <p>-Ein deltakar hadde hatt kreft tidlegare, men ikkje eggstokkreft.</p>
<p>Tan, J.H., Sharpe L. &amp; Russell, H. (2020) Australia</p> <p>The impact of ovarian cancer on individuals and their caregivers: A qualitative analysis</p>	<p>Studien beskriver dei subjektive opplevingane med usikkerheita rundt sjukdommen til kvinner med eggstokkreft og deira nærmaste rundt.</p>	<p>Kvalitativ registeringsstudie med tematisk analyse, data henta frå Ovarian Cancer Australia 2017 Consumer Survey</p>	<p>N= 219 kvinner med eggstokkreft og 78 omsorgspersonar. Frå 18 år og oppover.</p>	<p>Kvinnene kjente på frykt for framtida, som vart forverra av behandlingsrelaterte vanskeligheit og mangelfull informasjon av helsepersonell. For nokon førte det til isolasjon og bekymringar og for andre beskytta nyttige meistringstager og støtte dei. Omsorgspersonane kjente på mykje av det same, men også håpløshet for å kunne hjelpe og skyld for å være overlevande.</p>	<p>+ Mange deltakarar og kan funnene kan være generaliserende for vidare forskning.</p> <p>-Innhenta eksisterande data så utfordrande å finne årsak til opplevingane og difor ikkje mogleg å utdjupe svara med relevante spørsmål. Begrenset demografisk informasjon.</p>

<p>Ozga, M., Aghajanian, C., Myers-Virtue S., McDonnell, G., Jhanwar, S., Hichenberg S. &amp; Sulimanoff I. (2015) USA</p> <p>A Systematic Review of Ovarian Cancer and Fear of Recurrence</p>	<p>Studiane vurdere medisinske, demografiske og psykologiske faktorar som er forbundet med FCR hos kvinner med eggstokkreft.</p>	<p>Oversiktstudie med 9 kvantitative studiar med tverrsnittdesign, 3 kvalitative studiar, to små intervensjonstudier og ein som brukte innholdsanalyse.</p>	<p>Kvinner, totalt 15 studiar var inkludert frå 1990-2014. Totalt 1457 kvinner.</p>	<p>FCR var rapportert av kvinner i ulike alder og sjukdomsstadium. Kvinnene var bekymra for tilbakefall på forskjellige tidspunkt under behandling og etter behandlinga. FCR auka i orkant av oppfølgingskontrollar. Mange kvinner oppgav at dei ikkje mottek tilstrekkeleg støtte for tilbakefall. FCR gav følelsar av håplausheit og PTSD.</p>	<p>+ Inkluderte studiar er nøye vurdert. Til tross for at studien har eldre artiklar inkludert, viser det at FCR er ei tydeleg utfordring blant eggstokkpasientar. Godt utval av forskjellige metodar som gav resultat på at FCR er vanlig og korleis kvinnene opplevde det. -Inkluderte studiar tilbake til 1990. Fleire av studiane inkluderte kvinner som hadde levd 2 år eller meir med diagnosen, så kan tenkast at mange er ekskludert pga dårlig prognose død. I studiane mangler gode måleinstrument for FCR.</p>
<p>Sekse, R. J. T., Dunberger, G., Olesen, M. L., Østerbye, M. &amp; Seibæk, L. (2018) Norge/Norden</p> <p>Lived experiences and quality of life after gynaecological cancer—An integrative review.</p>	<p>Førekost og overleving aukar blant kvinner med gynekologisk kreft i Norden. Liggetida på sjukehusa går ned i forhold til behandling, noko som har auka behovet for oppfølging og rehabilitering. Studien gjennomgår litteratur om nordiske kvinners levede erfaringer og livskvalitet etter gynekologisk kreftbehandling.</p>	<p>Oversiktstudie med 9 kvalitative, 11 intervensjonsstudiar og 33 kvantitative.</p>	<p>Kvinner, totalt 55 studiar var inkludert (publisert frå 1995-2017) Kvantitative studiar inkluderte nesten 3000 kvinner, kvalitative studiar inkluderte 69 kvinner. Intervensjonsstudiane inkluderte 742 kvinner.</p> <p>Deltakarane hadde gynekologiske pasientar</p>	<p>Delt inn i 3 hovudtema: Fysisk velvære omfatta blant anna kroppsforandringar som inkl. menopausane symptom, endra seksual helse, komplikasjonar i tarm og frykt for tilbakefall. Mental velvære omfatta endringar kvinnelegheit og opplevelse av revitaliserte verdiar i livet, samt bli trygg på seg sjølv etter behandling. Psykososial velvære omfatta blant anna viktigheita med å ha ein partner eller nær person å støtte seg til i sjukdomsforløpet. Kvinnene trengte samtaler med helsepersonell for å handtere endringar, seineffekter, intime og sensitive utfordringar.</p>	<p>+ Inkluderte studiar er nøye vurdert. PRISMA retningslinjer er fulgt. Nordisk studie som har like levevilkår, antall gynekreft. pasientar og organisering av kreftomsorg som gjer funna lettare overførbare til norsk praksis. Godt utval av ulike metodar.</p> <p>-Til tross for nordisk studie, var berre 1 finsk artikkel inkludert.</p>
<p>Han, P.K.J., Gutheil, C., Hutchinson, R.N &amp; LaChance, J.A. (2021) USA</p> <p>Cause or Effect? The Role of Prognostic Uncertainty in the Fear of Cancer Recurrence</p>	<p>Forskar ville undersøke samanhengen mellom usikkerheita rundt prognose til kvinner med eggstokkreft og FCR.</p>	<p>Kvalitativ med dybdeintervju</p> <p>Intervju utført på sjukehus</p>	<p>N= 21 kvinner frå 40-80 år.</p>	<p>Dei fleste rapporterte om betydeleg FCR og hovudårsaka var usikker prognose. Veldig sprikande kor mykje informasjon dei ynskja om prognose og kor usikker dei opplevde diagnosen. Dei nytta ulike meistringsstrategiar, ikkje alle hadde som mål å redusere. For nokon gav usikkerheita håp for eit godt resultat.</p>	<p>+ Gode beskrivelser frå kvinnene. Godt utval av deltakarar</p> <p>-Data er samla inn frå eit sjukehus. Studierekrutring var avgrensa av tilgangen til relevante deltakarar. Sjølv om funn var gjentakande kan viktige tema mangla grunna avgrensa tilgang til deltakarar.</p>

<p>Gressel, G.M, Dioun, S.M, Richley, M., Lounsbury, D.W., Rapkin, B.D., Isani, S., Nevadunsky, N.S., Kuo, D.Y.S &amp; Novetsky, A.P. (2019) USA</p> <p>Utilizing the Patient Reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS®) to increase referral to ancillary support services for severely symptomatic patients with gynecologic cancer</p>	<p>Hensikt med studien å undersøke om PROMIS ePRO-integrering var gjennomførbart i gynekologisk poliklinikk og vurdere om det kunne bidra til å identifisere alvorlege symptomatiske pasientar og auke henvisningar til støttetjenester</p>	<p>Kvantitativ Tverrsnittstudie</p> <p>Studien er utført ved gynekologisk poliklinikk</p>	<p>N= 336 kvinner, 35 % med aktiv sjukdom og 19 % hadde minst hatt eit tilbakefall. Gjennomsnitt alder 65 år. 23 % av deltakarane hadde eggstokkreft.</p> <p>Gynekologiske pasientar</p>	<p>Bruk av PROMIS ePRO i gynekologisk poliklinikk kan gjere det lettare og identifisere alvorleg symptomatiske pasientar som hadde behov for henvisning til vidare oppfølging. Resultata viste at 12 % hadde alvorleg symptom og vart henvist til tenester som psykiatri, palliativ behandling, smertebehandling, sosialt arbeid og intregrenede kreftbehandling. 78 % syns ePRO var nyttig og 92 % svarte den var enkel å fullføre.</p>	<p>+78 % av pasientene syns ePRO var nyttig og 92 % syns det var enkelt å gjennomføre undersøkinga, sidan høg svarprosent (over70%) resultatet kan generaliseres til å implementere ved norske sjukehus.</p> <p>-Svarene kvinnene oppgav var korleis dei hadde det akkurat då dei vart spurt, og at dei ikkje blir følgt vidare opp. Ingen data forteller om pasienten var henvist vidare, utfordringar som vart møtt undervegs og om symptomta var betre etter henvisning. Det kan ha vore språkutfordringar sidan EPRO var tilgjengeleg berre på engelsk, og spanske pasientar hadde deltatt.</p>
---	---	---	--	--	---

## Vedlegg 5 – Ulikheiter og likheitar mellom studiane

Felta som er merka med mørk blå tok for seg temaet, dei som er merka med lys blå var innom temaet og dei som er merka med kvitt la ikkje vekt på temaet.

Forfattar	Metode	Korleis kvinner opplever frykta for tilbakefall	Korleis kvinner meistrar FCR	Betydninga av informasjon og støtte frå helse personell
Breistig, S., Huser, B. (2019)	Kvalitativmetode med dybdeintervju			
Hjulstad, H. & Rannestad, T. (2011)	Kvantitativ metode – RCT			
Galica, J. et al. (2020)	Kvalitativ metode med fokusgrupper og telefonintervju			
Kyriacou, J. et al. (2017)	Kvalitativ metode med dybdeintervju			
Tan, J.H et al. (2020)	Kvalitativ registeringsstudie med tematisk analyse			
Ozga, M. et al. (2015)	Oversiktstudie med 9 kvantitative studier med tverrsnittdesign, 3 kvalitative studier, 2 små intervensjonstudier og 1 som brukte innholdsanalyse.			
Sekse, R.J.T et al. (2018)	Oversiktstudie 9 kvalitative, 11 intervensjonstudier og 35 kvantitative			
Han, P.K.J et al. (2021)	Kvalitativ			
Gressel, G.M et al. (2019)	Kvantitativ			