



«Yesterday I dared to struggle. Today I dare to win.»

Kreftoverleveres mestring av frykten for tilbakefall.

Kandidatnummer: 13

VID vitenskapelige høyskole

Haraldsplass, Bergen

Fordypningsoppgave i Kreftsykepleie

MAKSP-5400

Vitenskapsteori, forskningsmetoder og forskningsetikk.

Kull: 2020 Deltid

Antall ord: 4397

Dato: 28.04.2022

*«Yesterday*

*I dared to struggle.*

*Today*

*I dare to win.»*

*Bernadette Devlin,*

*The New York Times, 29. oktober 1970*

## Sammendrag:

**Innledning:** Antall kreftoverlevende øker over hele verden pga. tidlig diagnostisering og mer effektiv behandling. Med den økende overlevelsen vil det være et økende antall personer som har seneffekter. Frykt for tilbakefall (FCR) er den vanligste seneffekten blant kreftoverlevende. Oppgavens hensikt er å undersøke hvordan kreftoverlevende opplever denne frykten, og se på hva som må til for å mestre frykten. Problemstilling: Hvordan kan kreftoverlevende mestre FCR?

**Metode:** Oppgaven er en litteraturoversikt og den inkluderer 6 kvalitative og 3 kvantitative artikler. Deltakerne er voksne personer over 18 år uten tilbakefall. Til sammen 7694 kreftoverlevende deltok i de inkluderte artiklene, hvorav 115 i de kvalitative. Kvalitetsvurderinger og etiske vurderinger er utført på artiklene.

**Resultat:** Kreftoverlevende opplevde at FCR påvirket livet på mange måter. De som opplevde moderat til høy grad av frykt (13-20 % av deltakerne) beskrev frykten som lammende. Den største triggeren var frykten før en kontrolltime hos legen. Kvinner, yngre personer og personer med lavt sosialt nettverk hadde større risiko for å erfare FCR. Kreftoverlevende brukte forskjellige mestringsstrategier for å mestre FCR. Forståelse, aksept og åpenhet i familien var viktig. Mange opplevde takknemlighet for å ha overlevd.

**Konklusjon:** 5-10 år etter avsluttet behandling var det fortsatt mange kreftoverlevende som slet med FCR. De brukte mange forskjellige mestringsstrategier for å mestre frykten. Helsepersonell ble høyt verdsatt, men kreftoverlevende uttrykte at de ønsket mer informasjon på et tidligere tidspunkt.

**Nøkkelord:** Kreftoverlevende, frykt for tilbakefall, mestring og mestringsstrategier.

# Abstract:

**Introduction:** The number of cancer survivors is increasing worldwide due to early diagnosis and more effective treatment. Fear of recurrence (FCR) is the most common late effect among cancer survivors. The purpose of the thesis is to investigate how cancer survivors experience this fear, and examine what factors that influence coping with FCR. Question: How can cancer survivors cope with FCR?

**Method:** The thesis is a literature review and it includes 6 qualitative and 3 quantitative articles. The participants were adults over the age of 18 without recurrence. A total of 7694 cancer survivors participated in the included articles, of which 115 in the qualitative ones. Quality and ethical assessments are performed on the articles.

**Results:** Cancer survivors experience that FCR affects life in many ways. Those who experience moderate to high levels of fear (13-20%) described the fear as paralyzing. Triggers were especially follow-ups at the doctor. Women, younger people and people with low social network were at greater risk of experiencing FCR. They used different coping strategies to master FCR. Understanding, acceptance and openness in the family were important. Many experienced gratitude for being alive.

**Conclusion:** 5-10 years after the end of treatment, there were still many cancer survivors who struggled with FCR. They used many different coping strategies to overcome the fear. Healthcare professionals were highly valued, but the cancer survivors expressed that they wanted more information at an earlier stage.

**Keywords:** cancer survivors, long term survivors, fear of recurrence, fear of cancer recurrence and coping.

# Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	6
1.1	Problemstilling.....	7
1.2	Hensikt.....	7
2	Metode .....	8
2.1	Litteratursøk .....	8
2.2	Utvalgelse av artikler .....	9
2.3	Analyse .....	10
3	Resultat.....	11
3.1	Faktorer som påvirker kreftoverlevende sin FCR.....	15
3.2	Å leve med FCR.....	16
3.2.1	Hva utløste FCR.....	17
3.2.2	Å mestre FCR .....	17
3.3	Helsepersonell sin betydning .....	18
4	Diskusjon .....	20
4.1	Faktorer som påvirker kreftoverlevende sin FCR.....	20
4.2	Å leve med FCR.....	21
4.3	Helsepersonell sin betydning .....	23
5	Konklusjon.....	25

# 1 Innledning

Antall kreftoverlevende øker over hele verden på grunn av tidligere diagnostisering og mer effektiv behandling. I 2018 var det globalt 43,8 millioner kreftoverlevende som var blitt diagnostisert de siste 5 årene (The Cancer Atlas, u.å.). Kreftoverlevende beskrives som det antallet personer som tidligere har fått minst en kreftdiagnose og som fortsatt er i live (Larsen et al., 2019, s. 18). I Norge var det i utgangen av 2020; 305.503 kreftoverlevende, noe som er en økning på over 90.000 fra 10 år tidligere (Kreftregisteret, 2021). Totalt for alle kreftsykdommer er 5 års relativ overlevelse i Norge 76,7 % for menn og 75,9 % for kvinner (2021). Med et økende antall kreftoverlevende ser en også økende antall personer som får seneffekter.

Frykt for tilbakefall (FCR) er en av de vanligste seneffektene hos kreftoverlevende (Götze et al., 2019; Inan & Ustum, 2019), og er derfor et relevant tema innen kreftforskning. Det defineres som «frykt, uro eller bekymring relatert til muligheten for at kreft vil komme tilbake eller progrediere» (Lebel et al., 2016, s. 3266). Høy grad av frykt kan påvirke livskvaliteten med stadige bekymringer og katastrofetanker (Dahl, 2019, s. 149-150).

For å kunne mestre FCR tar kreftoverlevende i bruk mestringsstrategier som hjelper å regulere følelser, finne mening og opprettholde kontroll over de krav som en står overfor (Reitan, 2017, s. 88). Lazarus og Folkman (1984) definerer mestring som en «stadig endring av kognitive og atferdsmessige anstrengelser for å håndtere spesifikke ytre og/eller indre krav som vurderes å belaste eller overskride personens evner» (s. 141). De deler mestring inn i emosjonsorientert mestring som regulerer den følelsesmessige responsen på problemet, og problemfokuset mestring som aktivt går inn for å håndtere eller endre problemet som forårsaker FCR (s. 141). Mestringsstrategier brukes for å omdirigere tanker og handlinger vekk fra FCR (Galica et al., 2020). Strategiene omtales også som «fighting spirit» (Reitan, 2017, s.88), noe som forteller oss om en kampånd og pågangsmot for å mestre FCR.

Helsedirektoratet gav i 2020 ut en rapport med anbefalinger og råd knyttet til seneffekter etter kreftsykdom. Rapporten forteller at helsepersonell må være særlig oppmerksomme på

risikoen for seneffekter etter kreftbehandling, og at seneffektene kan debutere lenge etter avsluttet behandling (Helsedirektoratet, 2020, s. 6). Resultat fra denne litteraturoversikten viser at kvinner, yngre personer og personer med lavt sosialt nettverk har større risiko for å erfare FCR. Helsepersonell bør derfor være spesielt oppmerksomme på disse pasientene for å redusere risikoen for FCR.

## 1.1 Problemstilling

Hvordan kan kreftoverlevende mestre frykten for tilbakefall?

## 1.2 Hensikt

Oppgavens hensikt er å undersøke hvordan kreftoverlevende erfarer FCR og se på hva de kan gjøre for å mestre frykten. Gjennom et større fokus på FCR vil en få en bedre forståelse for den enkeltes opplevelse av frykt og det vil være lettere å se hva som må til for å mestre den.

## 2 Metode

Denne oppgaven er en litteraturoversikt. Aveyard (2019) definerer litteraturoversikt som «en omfattende studie og tolkning av litteratur relatert til et bestemt spørsmål» (s. 2). En identifiserer et forskningsspørsmål, søker etter relevant litteratur, vurderer og analyserer ved hjelp av systematisk tilnærming (s. 2). Når en sammenlikner og kombinerer resultatene fra de forskjellige artiklene som er valgt, vil en få et riktigere bilde av mestring av FCR. Litteraturoversikt er viktig fordi den oppsummerer tilgjengelig litteratur som finnes om et emne. For helsepersonell vil en litteraturoversikt gi nyttig informasjon og en nødvendig hjelp til å holde seg oppdatert i den økende mengden litteratur som finnes (Aveyard, 2019, s. 4).

### 2.1 Litteratursøk

Det vitenskapelig arbeid bør ifølge Malterud (2017, s. 174-175) bygge videre på kunnskapsgrunnet som allerede eksisterer. En må starte med å skaffe seg en oversikt over den forskningslitteraturen som allerede finnes på feltet, gjennom et grundig litteratursøk (s. 174-175). I denne studien har jeg gjort flere litteratursøk hvor jeg har brukt baser som Cinahl, PubMed, Medline og Swemed+. Det ble søkt etter «MESH-terms» for å finne emneord til å bruke i databasen Medline og Swemed+ (Helsebiblioteket, 2016c).

Hovedsøkene har jeg gjort gjennom Cinahl (Vedlegg 2).

PEO modellen (Vedlegg 1) er brukt som rettesnor for å tydeliggjøre problemstillingen, bestemme inklusjons- og eksklusjonskriterier og for å strukturere søkene i databasene (Universitetet i Agder, 2022). Modellen er delt inn i forskjellige blokker hvor P står for populasjon, E står for tiltak og O står for utfall. De enkelte tekstord og emneord i samme blokk kombineres med OR for å utvide søket. Mellom blokkene brukes AND for å kombinere ordene og avgrense søkene (2022). Søkeord som er brukt er: cancer survivors, long term survivors, fear of recurrence, fear of cancer recurrence og coping.



Det er utført inklusjons- og eksklusjonskriterier for å spisse søket. Søket ble avgrenset til de siste 10 årene. En artikkel fra 2010 er likevel inkludert da denne tar opp forholdet mellom FCR og personlig vekst, som vil være interessant for oppgaven (Sekse et al., 2010). Artikler med kreftoverlevende som har fått tilbakefall er blitt ekskludert.

Jeg har valgt å fokusere på voksne langtidsoverlevende av kreft, fra 18 år og eldre, men har ikke inkludert artikler med unge eller eldre kreftoverlevende i tittelen.

Artiklene er valgt fra hele verden da FCR er en problemstilling som en kan se uavhengig av hvilket land kreftoverleveren kommer fra. Det kan likevel være et spørsmål om kreftoverlevernes erfaringer av FCR fra andre land er direkte overførbart til norske kreftoverleveres erfaringer. Dette er tatt med i betraktning i oppgaven.

Artiklene er skrevet på engelsk, noe som kan være en utfordring siden det er fare for feiltolkning av teksten. En annen utfordring kan være at manglende erfaring med å søke etter forskningsartikler kan føre til at relevante artikler ikke blir identifisert.

## 2.2 Utvelgelse av artikler

Ni artikler er valgt ut. Av disse er 6 kvalitative og 3 kvantitative artikler (2 tverrsnittstudier og en kohortstudie). Med de kvalitative forskningsartiklene ønsker jeg å undersøke og beskrive menneskers opplevelser og erfaringer. Siden problemstillingen setter søkelys på kreftoverleveres opplevelser og erfaringer for å mestre FCR har jeg valgt flest kvalitative artikler. Gjennom intervju og observasjon av forskningsobjektene får man et rikt datamateriale fra relativt få deltakere (Helsebiblioteket, 2016a). De kvantitative artiklene forholder seg til kvantifiserbare størrelser, som tall og statistikk, og disse systematiseres ved hjelp av ulike former for statistisk metode (NEM, 2019). En kvalitativ artikkel er ikke generaliserbar på samme måte som en kvantitativ artikkel hvor tall og tolkninger har overførbarhet (Ellingsen & Drageset, 2008; Malterud, 2017, s. 66-67). Dette er tatt med i betraktning når det er sett på tall og statistikker i artiklene. Til sammen deltok 7694 kreftoverlevende i de inkluderte artiklene, hvorav 115 i de kvalitative.

Jeg har gått grundig gjennom søkene og funnet vitenskapelige artikler som er aktuelle for problemstillingen som jeg har valgt. Under utvelgelse av artiklene ble det prøvd ulike kombinasjoner av emneord og tekstord hvor jeg fant frem til søkeord som gav konkrete treff. Aktuelle artikler ble lest, sortert og valgt ut etter problemstilling og tema, og vurdert med tanke på inklusjons- og eksklusjonskriteriene. Deretter ble det gjennomført en kvalitetsvurdering av hver enkelt artikkel (Vedlegg 3). Kvalitetsvurderingen er en kritisk vurdering av forskningslitteratur, og utføres gjennom sjekklister fra Helsebiblioteket (2016b). De med høy og moderat kvalitetsvurdering ble tatt med i studien. Artiklene hadde fokus på personvern, og deltakerne kunne trekke seg dersom de ønsket det. Etske retningslinjer var fulgt og alle hadde fått godkjenning fra etiske komiteer (Malterud, 2017, s. 211).

## 2.3 Analyse

Analyse ble utført etter at artiklene var valgt ut og kvalitetsvurdert. Resultatkapittelet i hver artikkel ble grundig lest og nøkkelfunn ble identifisert. Det ble laget fargekoder for de forskjellige kategorier som igjen ble fordelt i de aktuelle tema som ble valgt. De valgte hovedtema er; Faktorer som påvirker kreftoverlevende sin FCR, Å leve med FCR og Helsepersonells betydning. Noen av temaene er igjen inndelt i undertema.

### 3 Resultat

Oppgaven satte søkelys på mestring av FCR hos kreftoverlevende. Ni vitenskapelige artikler ble inkludert i studien, se tabell 1. Oversikten i tabellen viser hensikt, design, utvalg, krefttype og resultat i de forskjellige artiklene.

Forfatter	Hensikt	Design	Utvalg	Krefttype	Resultat
Drageset, S. et al. (2020). «I have both lost and gained.» Norwegian survivors' experience of coping 9 years after primary breast cancer surgery.  Cancer Nursing.	Målet er å se på hvordan kvinner mestrer livssituasjonen 9 år etter behandlingen.	Kvalitativ studie. Fokusgrupper.	15 kvinner som har gjennomgått brystkreftkirurgi for 9 år siden. Kvinnene ble også intervjuet 9 år tidligere. Norge.	Bryst	Kvinnenes erfaringer deles i 3 hovedkategorier: 1. livet blir endret 2. viktigheten av å tenke positivt 3. behovet for forståelse.
Galica, J. et al. (2020). Coping with fear of cancer recurrence among ovarian cancer survivors living in small urban and rural settings: A Qualitative descriptive study.	Utforske hvordan overlevende av eggstokkreft som bor i utkantstrøk mestrer frykten for tilbakefall av kreftsykdom.	Kvalitativ studie. Fokusgrupper og semi-strukturert telefonintervju.	15 kvinner som hadde gjennomgått eggstokkreft og behandling. Det var fra 1-19 år siden diagnosen. En av kvinnene hadde allerede tilbakefall av sykdom. Canada.	Gyn	Frykt for tilbakefall var vanlig blant kvinnene. De brukte forskjellige mestringsstrategier. 5 tema er beskrevet: 1. betydning av støtte av helsepersonell. 2. stole på og prioritere seg selv. 3. Finne hva som virker for en selv. 4. tilhørighet

Oncology Nursing.					5. omdirigere tanker. Ett siste tema ble uttrykt av noen av kvinnene: 6. forberede fremtiden.
Inan, F. S. & Ustun, B. (2019). Fear of recurrence in Turkish breast cancer survivors: a qualitative study.  Journal of transcultural nursing.	Å utforske tyrkiske brystkreftoverlevendes erfaring med frykt for tilbakefall.	Kvalitativ.	12 kvinner. Alder fra 33-70. Maks 2 år etter behandling. Tyrkia.	Bryst	Funnene ble delt inn i 4 tema: 1.kvaliteten av frykten. 2.triggere 3.effekten av frykten 4.mestring. Kvinnene synes det var vanskelig å mestre sin frykt. FCR ble påvirket av kultur og religion.
Jones, S. M. W. et al. (2017). Assosiation of worry about cancer to benefit finding and functioning in long term cancer survivors.  Springer.	Måle hvordan fordelene (den positive effekten) med å ha en uro i forhold til spredning/tilbakefall er i forhold til de negative effektene av frykten.	Tverrsnitt	594 langtidsoverlevende (5-10 år etter diagnose). Alder 62,7 år (gjennomsnitt). USA.	Bryst, prostata, kolon, lunge, melanom.	19,6 % av deltakerne rapporterte FCR ofte eller alltid. Uroen for å få tilbakefall ble relatert til negativ effekt. Positive effekter som ble rapportert (sterkere person, bedre mestring, positive forandringer) blir ikke påvirket av uroen for tilbakefall.
Koch-Gallenkamp, L. et al. (2016). Fear of recurrence in long-term cancer survivors-	Undersøke forekomsten og graden av FCR hos langtidsoverlevende. En skulle også undersøke om det var noen forskjell på FCR mellom forskjellige	Tverrsnitt	5983 kreftoverlevende. Tyskland. Min 5 år etter diagnose. Alder: 20-75 år.	Bryst, kolon, prostata	Det er høyere forekomst av FCR i noen grupper; kvinner, yngre kreftpasienter og sosialt isolerte kreftpasienter er mer utsatt enn andre grupper.

Do cancer type, sex, time since diagnosis, and social support matter?	krefttyper, kjønn, tid siden diagnose og om de hadde sosial støtte.				Av deltakerne hadde flest lav grad av FCR; 87%, Moderat FCR var 9 % og høy FCR var 4 % av.
Health Psychology					
Götze, H. et al. (2019). «Fear of cancer recurrence across the survivorship trajectory: Results from a survey of adult long-term cancer survivors».	Studien undersøkte hvordan FCR påvirker blant annet depresjon, angst og livskvalitet hos langtidsoverlevende 5 og 10 år etter behandling.	Kohortstudie	1002 kreftoverlevende 5 og 10 år etter behandling. Tyskland.	Prostata Bryst Gyn Hode/nakke Hematologisk Hud Nyre Kolon Andre	Studien identifiserte høyt nivå av FCR hos 17% av deltakerne, og FCR var høyere i 5 års-kohorten (5 år etter behandling) enn i 10 år kohorten. Kreftoverlevende er urolige for familiens fremtid, kontroller hos lege og redd for å stole på andres hjelp. Kvinner, yngre personer, lav sosial og emosjonell funksjon, behandlet med hormoner og høyt angst nivå blir relatert til høyere grad av FCR.
Psycho-Oncology.					
Sekse, R. J.T. et al. (2010). Life beyond cancer: women's experiences 5 years after treatment for gynaecological cancer.	Opparbeide en dypere forståelse for gynekologiske kreftoverlevendes levde erfaringer 5 og 6 år etter behandling, og undersøke hvordan de opplever kreftomsorg.	Kvalitativ	16 norske kvinner i alderen 39-66 år. 5 og 6 år etter behandling.	Gyn	Langtids-overlevende opplever dype forandringer i livet etter kreftbehandling som de må tilpasse seg til. Tre tema: 1. leve i spenning mellom FCR og personlig vekst.

Scandinavian Journal of Caring Sciences.					2. leve i en endret kropp. 3. føle seg alene, med for lite informasjon og veiledning.
Thewes, B. et al. (2016). A qualitative exploration of fear of cancer recurrence (FCR) amongst Australian and Canadian breast cancer survivors. Springer.	Utforske strategier brukt av yngre brystkreftpasienter og å undersøke om de med høy, medium eller lav FCR har forskjellige mestringsstrategier.	Kvalitativ.	30 kvinner. 20 fra Australia og 10 fra Canada. Alder fra 32-45 år. 2-11 år etter diagnose.	Bryst	Frykten for død var den verste frykten. De med høy FCR rapporterte stor frykt for smerter og lidelse og de brukte færre mestringsstrategier. De med lav FCR brukte flere strategier og opplevde større grad av mestring. Kulturelle forskjeller av FCR ble ikke observert.
Vries, J. et al. (2014). How breast cancer survivors cope with fear of recurrence: a focus group study. Springer.	Undersøke hvordan brystkreftoverlevende mestrer frykten for tilbakefall.	Kvalitativ studie. Fokusgrupper.	27 kvinner som ble behandlet for brystkreft i en 10 års periode, 3 år før studien (3-13 år siden behandling). Nederland.	Bryst	De fleste kvinnene var lite/litt engstelige for tilbakefall. De fleste tenkte noen ganger i måneden på muligheten for tilbakefall. Mestringsstrategier deles inn i problemfokuserede strategier og følelsesfokuseret mestring. Sistnevnte ble mest brukt.

## 3.1 Faktorer som påvirker kreftoverlevende sin FCR

Tiden etter behandling av kreft ble beskrevet som en ensom reise som kreftoverlevende ikke var forberedt på (Sekse et al., 2010). En kreftoverlever sa «Min mentale tilstand kunne ha vært annerledes hvis jeg hadde hatt noen å snakke med etterpå ... Du har mange tanker i hodet, ikke sant ... og du kan ikke luften eller løse deg fra byrdene ...» (s. 804).

FCR påvirket livet på mange måter. Noen kjente spesielt på FCR om natten og dette resulterte i søvnløshet (Inan og Ustun, 2019). Mange kjente at FCR var en stressfaktor som påvirket deres følelsesliv negativt. Det kunne være vanskelig å være sosial med familie og venner, og det kunne føre til at de ikke orket å gå på jobb (2019). Mange kreftoverlevende fryktet døden som en konsekvens av tilbakefall (Inan & Ustum, 2019; Sekse et al., 2010). Denne dødsangsten var det mest fryktede aspektet av tilbakefall av kreft (Thewes et al., 2016). Økonomien kunne være en stor bekymring. Flere studier skrev om kreftoverlevendes bekymring for hvordan det skulle gå med familien økonomisk dersom kreftoverleveren ble syk igjen eller døde (Götze et al., 2019; Thewes et al., 2016).

Koch-Gallenkamp et al. (2016) undersøkte i sin studie om krefttype, kjønn, alder, tid siden diagnose og sosial støtte hadde betydning. De fant at de som hadde størst risiko for å få en moderat eller høy FCR var: kvinnelige overlevende, yngre kreftoverlevende (begge kjønn), langtidsoverlevende 5-7 år etter diagnose, de med lavere utdanning eller de som hadde mindre sosialt nettverk. Krefttype eller hvilket stadium sykdommen var i hadde mindre betydning for graden av FCR (2016). Disse funnene er liknende de funnene Götze et al. (2019) fant i sin studie. De som hadde høyest grad av FCR var kvinner, yngre personer, lav sosial og emosjonell funksjon, de som var behandlet med hormoner og de som hadde høyt angstnivå (2019). Risikoen sa noe om en potensielt større sårbarhet hos enkelte grupper til å erfare FCR (Koch-Gallenkamp et al., 2016).

## 3.2 Å leve med FCR

Hvordan kreftoverlevende opplevde FCR varierte veldig fra kreftoverlever til kreftoverlever. Noen opplevde høy grad av frykt hvor dødsangsten var sterkt fremtredende, andre hadde få eller ingen bekymring (Thewes et al., 2016). Jones et al. (2017) fant at nær 20 % av alle kreftoverlevende rapporterte at de ofte eller alltid bekymret seg over FCR. I kohortstudien til Götze et al. (2019) fant de høy grad av FCR hos 19 % av 5-årsoverlevende og 13,4 % av 10-årsoverlevende. Koch-Gallenkamp et al. (2016) fant at 87 % hadde lav, 9 % moderat og 4 % høy grad av FCR. Når kreftoverleverne hadde et «frykthanfall» rapporterte halvparten av kreftoverleverne i Vries et al. (2014) sin studie en varighet på noen få minutter om gangen, mens ca 7 % brukte flere timer på frykten. Angsten var noe de regnet med å leve med resten av livet. 6 år etter behandling var den kroppslige beredskapen for FCR fortsatt stor og krevde fortsatt mye energi (Sekse et al., 2010).

Jones et al. (2017) undersøkte hvilke positive effekter eller fordeler kreftoverlevende kunne ha av å være bekymret for å få tilbakefall. Disse fordelene kunne være å bedre evnen til å takle stress i vanskelige situasjoner, å gjøre positive endringer i livet eller det å bli en sterkere person (2017). Noen fortalte om et nærere familieforhold. En kreftoverlever i studien til Vries et al. (2014) fortalte at «Jeg nyter livet mer nå, jeg har et annet syn på livet» (s. 709). Noen var mer observant på kroppslige utfordringer og symptomer og hadde dermed oppdaget tilbakefall tidligere. En kreftoverlever i studien til Galica et al. (2020) sa «Jeg er bare så glad at jeg hørte på kroppen min i stedet for bare å gå videre [...]» (s. 3-4).

I studien til Inan & Ustum (2019) hadde deltakerne en fatalistisk holdning til sykdommen. De trodde at tilbakefall av kreft var bestemt på forhånd og utenfor deres kontroll. De var kvinner i en mannsdominert kultur og hadde ikke mange å snakke med om sin frykt. Det førte til at mange følte seg veldig ensomme. Samtidig med FCR var det mange som også hadde en frykt for selve ensomheten (2019).



### 3.2.1 Hva utløste FCR

Kreftoverleverne opplevde forskjellige triggere eller utløsende faktorer som påvirket deres FCR (Inan & Ustum, 2019). Triggere kunne være å høre andre snakke om kreftsykdommen (Inan & Ustum, 2019; Galica et al., 2020; Sekse et al., 2010), lang-tids effekter eller endring i helsestatus som for eksempel økte smerter (Inan & Ustum., 2019; Galica et al., 2020; Sekse et al., 2010), cellegift og hormonbehandling (Inan & Ustum., 2019; Götze et al., 2019), oppfølgingstimer og undersøkelser (Inan & Ustum, 2019; Galica et al., 2020; Götze et al., 2019; Sekse et al., 2010), være alene (Galica et al., 2020), kreftrelatert informasjon i media (Galica et al., 2020), høre om andre som hadde fått tilbakefall (Inan & Ustum, 2019; Thewes et al., 2016) og bekymringer for hvordan det skulle gå med familie (Götze et al., 2019; Inan & Ustum, 2019, Thewes et al., 2016).

Minner fra perioden kreftoverleverne fikk behandling og tiden etterpå, var med på å utløse FCR. For eksempel kunne lukten av cellegiftbehandling være med på å utløse frykt hos kreftoverleverne (Inan & Ustum, 2019). Mange gruet seg til oppfølgingstimer og var redde for negative tilbakemeldinger. FCR ble utløst før undersøkelser og ved at onkologen undersøkte suspekke funn: «Når en lesjon oppdages i leveren og doktoren undersøker den under oppfølgingstimen...» (s. 149).

### 3.2.2 Å mestre FCR

Mange kreftoverleverne fant mestring gjennom håpet, sin indre styrke og sin tro. En kreftoverlever sa:

Håpet holder meg oppe, jeg tror på den indre styrken og er overbevist om at jeg har den. Jeg har aldri tenkt på meg selv som et offer. Legene kan gjøre noe for meg, men resten av jobben er min. Livet har mer å tilby. Jeg må komme meg gjennom det og gå videre. (Drageset et al., 2020, s. E33)

Forståelse og aksept fra ektefelle, familie og andre var viktig for kreftoverleverne. Flere kreftoverleverne uttrykte at andre så på dem som friske, men at de selv kjente på seneffekter og ikke følte seg friske (Drageset et al., 2020). Åpenhet om FCR var viktig for at andre skulle kunne sette seg inn i den situasjonen som kreftoverleveren var i. Åpen kommunikasjon om situasjonen gav aksept og styrket de relasjonelle båndene (2020). Det å søke støtte, medfølelse og trøst fra familie, venner eller andre kreftoverleverne var for de fleste veldig viktig (Vries et al., 2014). Noen holdt seg bevisst borte fra personer som ikke var støttende mot dem (Inan & Ustum, 2019), mens andre søkte seg til positive personer, «de er rett og slett lettere å være i lag med» (Drageset et al., 2020, s. E34).

Mange kreftoverleverne prøvde å holde frykten for seg selv, og ville ikke snakke med familie og venner om den (Vries et al., 2014). De kjente på en konstant frykt, men prøvde å kontrollere frykten for ikke å belaste andre med den (Inan & Ustum, 2019). Noen unngikk å lese bøker og se nyheter og filmer som handlet om kreft. De holdt seg borte fra det som kunne trigge frykten (Vries et al., 2014).

Det å arbeide og gjøre noe nyttig kunne for noen være med på å mestre FCR. En kreftoverlever sa at det å jobbe i et støttende miljø var positivt for mestring av FCR. Det å komme tilbake til jobb kunne være et positivt skritt mot bedre livskvalitet (Inan & Ustum, 2019).

### 3.3 Helsepersonell sin betydning

Kreftoverleverne så viktigheten i det å kunne snakke med helsepersonell og de fleste var fornøyde med den oppfølging de hadde fått (Galica et al., 2020; Sekse et al., 2010). De stolte på informasjonen og testene utført av helsepersonell, og det gav dem en trygghet om at alt var ok (Galica et al., 2020). Undervisning i grupper (Galica et al., 2020), informasjon av onkolog eller kreftsykepleiere (Drageset et al., 2020; Galica et al., 2020; Sekse et al., 2010), informasjonsmateriell om kreft i bøker (Galica et al., 2020) og kreftrelaterte websider (Galica

et al., 2020) var avgjørende for kreftoverlevernes livskvalitet. «Disse tingene (veiledning og informasjon) er faktisk så viktige at de definerer om du har det bra eller ikke etterpå [...]» (Sekse et al., 2010, s. 804).

I løpet av tiden for oppfølging etter kreftbehandling uttrykte likevel mange kreftoverlevende at de savnet samtale om hva de hadde vært gjennom samt informasjon om mulige fremtidige konsekvenser og bivirkninger (Sekse et al., 2010). Kreftoverleverne ønsket mer tid til samtaler og større involvering med spørsmål som «hvordan føler du deg?» (s. 804). De ønsket også at helsepersonell hadde tatt opp vanskelige spørsmål, som kroppslige forandringer og seksualitet. Med bedre informasjon og veiledning fra helsepersonell kunne kreftoverlevende være mer forberedt på FCR og andre seneffekter, og helsepersonell kunne sette i gang støttende tiltak for den enkelte (2010).

## 4 Diskusjon

I denne oppgaven har jeg undersøkt hva kreftoverlevende gjør for å mestre FCR. Resultatdelen har presentert funn fra de 9 utvalgte artiklene, og hovedtemaene vil nå bli drøftet videre i diskusjonsdelen.

### 4.1 Faktorer som påvirker kreftoverlevende sin FCR

Tiden etter kreftsykdom og behandling kan være preget av usikkerhet og frykt hos en kreftoverlevende. I motsetning til andre angstlidelser er ikke FCR nødvendigvis en irrasjonell frykt, men den kan være en reell trussel (Koch-Gallenkamp et al., 2016). Frykten for døden og for hva som kan skje med barn og familie når en er død er for mange spørsmål som er svært aktuelle.

Graden av FCR varierer hos deltakerne i de forskjellige studiene, med middels til høy grad av FCR hos 13-20% av deltakerne i de kvantitative studiene. Det at pasientene har en betydelig angst for tilbakefall må anses som normalt (Dahl, 2019, s. 149). Etter noen år uten tilbakefall vil det likevel være rimelig å anse daglig angst for tilbakefall som sykkelig (s. 149). Thewes et al. (2016) sammenliknet frykten og mestringen hos de med moderat til høy FCR og de med lav FCR. De med moderat til høy FCR rapporterte økende tanker om død, smerter og lidelse. Denne frykten blir også kalt klinisk signifikant frykt (Mutsaers et al., 2020; Vandraas et al., 2021). I 2020 ble det identifisert nøkkelfunn ved klinisk signifikant frykt: høye nivåer av opptatthet og bekymring av FCR som er vedvarende, samt en overvåkenhet til kroppslige symptomer (Mutsaers et al., 2020; Vandraas et al., 2021). Engstelsen for uskyldige symptomer kan skape betydelig bekymring for den enkelte. På den andre siden har vi de med lav FCR som er mer opptatt av praktiske bekymringer som hvordan det skal gå hvis de får ny behandling og hvordan det vil påvirke familierutiner (Thewes et al., 2016). Hos begge grupper var redselen for selve døden den verste frykten (2016).

Kreftoverleverne med lav FCR i studien til Thewes et al. (2016) viste seg å ha et større repertoar av mestringsstrategier enn de med moderat til høy FCR, og de hadde også en forståelse av at deres mestringsstrategier var effektive. De med moderat til høy grad av FCR beskrev deres mestringsstrategier som anstrengende, ineffektive og tidkrevende (2016). Hvordan en kreftoverlever oppfatter og beskriver sin frykt, kan være med på å påvirke troen på om mestringen er effektiv.

Noen grupper er mer sårbare for FCR enn andre og har en høyere risiko for å erfare FCR enn andre grupper. Kvinner, yngre personer og lav sosial funksjon er grupper som gjør seg bemerket her (Götze et al., 2019; Koch-Gallenkamp et al., 2016). Kultur og religion vil også ha en påvirkning på FCR og mestring av FCR. Inan & Ustum (2019) skriver at i den Tyrkiske kultur kan noen skjule vanskelighetene for å unngå å belaste sin familie. Mange hadde høy FCR uten å ha noen å snakke med.

Opplevelsen av frykt kan være lammende og altomfattende for noen. Dagligdagse aktiviteter kan bli vanskelige å gjennomføre pga. frykten, og mange holder seg borte fra det som trigger frykten for å unngå den. I klinisk praksis vil det være viktig å identifisere pasienter som har større risiko for å erfare FCR, og følge disse opp med undervisning og veiledning. Ved individuell oppfølging kan helsepersonell også finne kreftoverleverens grad av FCR og tilpasse informasjon om mestringsstrategier etter det. Helsepersonell får dermed en større forståelse for kreftoverleverens behov og tidligere intervensjoner kan settes inn for å redusere FCR.

## 4.2 Å leve med FCR

FCR beskrives som en kroppslig beredskap hvor en konstant er bevisst på sin egen kropp og merker seg tegn og symptomer som kan være farlige (Sekse et al., 2010). Kroppen reagerer på triggere eller minner som gjør at kroppen gjenkjenner en fare. Kreftoverleverne i studien til Götze et al. (2019) fortalte at deres mest gjentakende frykt var når de var nervøse før en

oppfølgingstime hos lege. Ved å finne hva som trigger frykten hos den enkelte kreftoverlever kan en lettere finne ut hva som skal til for å mestre frykten. Kreftforeningen (u.å.) skriver at FCR kan føles som en ond sirkel hvor triggere utløser bekymringstanker og skaper en indre uro i kroppen.

Kreftoverleverne i de 9 inkluderte studiene brukte forskjellige mestringsstrategier for å mestre sin FCR. De hadde forskjellige utfordringer og trengte derfor individuell tilnærming til sin frykt. Som vi kan se i Lazarus og Folkman (1984) sin definisjon av mestring brukte kreftoverleverne kognitive og atferdsmessige metoder for å håndtere de ytre og indre utfordringene som FCR gav dem (s. 141). Mange kreftoverleverne brukte problemfokuserte mestringsstrategier hvor en aktivt gikk inn for å redusere FCR som ved å starte å trene og ha et sunnere kosthold (s. 141). Rundt 80 % av deltakerne i Vries et al. (2014) sin studie brukte emosjonsorientert mestring, hvor 49 % av disse igjen brukte unngåelse eller flukt som mestringsstrategi. Hvilken mestringsstrategi som den enkelte kreftoverlever velger å bruke er avhengig av mange forskjellige faktorer. Vries et al. (2014) skriver at emosjonsorientert mestring kan brukes i truende og ukontrollerbare situasjoner, men at en senere bør skifte over til mer aktive mestringsstrategier og søke sosial støtte.

For de fleste oppleves FCR som en negativ påvirkning på livet etter kreft, med nedsatt mental og fysisk funksjon (Galica et al., 2010). Hos noen kunne en likevel se at det var positive effekter av frykten. Gjennom kroppskontroller, føring av dagbok eller ekstra undersøkelser ble ny kreftsykdom oppdaget tidligere. Andre opplevde at de så annerledes på livet og mange kjente på takknemlighet for å være i live.

Kreftoverleverne hadde både positive og negative erfaringer med å begynne å jobbe igjen. Noen kjente glede i det å kunne mestre sine faste arbeidsoppgaver igjen (Inan & Ustum, 2019). Andre var bekymret og fryktet at de ikke klarte å jobbe i det hele tatt (Götze et al., 2019). Flere kreftoverleverne hadde glede av å jobbe frivillig gjennom forskjellige organisasjoner, for eksempel som likemann. Det å være til hjelp for andre som var i lignende situasjon gav mening til deres liv, og det hjalp dem til å mestre egen situasjon (Galica et al., 2020).

I klinisk praksis vil det være viktig at helsepersonell oppmuntrer kreftoverleverne til å finne ut hva som trigger FCR og hvilke mestringsstrategier som virker best. Kreftoverleverne må kanskje skifte strategi underveis for å nå målet om en god livskvalitet. Her kan kreftsykepleier være med på å veilede kreftoverleveren til å se hvilke alternativer de har, og dermed hjelpe dem til å ta bevisste valg som kan bedre livskvaliteten deres.

## 4.3 Helsepersonell sin betydning

Informasjon er viktig for kreftoverleverne, og i en artikkel av Faller et al. (2016) fant en at udekkede informasjonsbehov blir assosiert med et høyere angstnivå og lavere livskvalitet. Helsepersonells informasjon om kreftdiagnose, behandling og prognose er viktig for å hjelpe kreftoverleverne til å mestre FCR (Galica et al., 2020). Utfordringer og senvirkninger etter forskjellige kreftsykdommer kan variere veldig, og kreftsykepleiere må tilpasse informasjonen til den enkeltes kreftsykdom (2020).

Flere studier har funnet at FCR var høyest før en kontrolltime. Minner om behandlingen eller redselen for ny spredning kunne forårsake denne frykten. Noen unngikk dermed å gå til oppsatt kontrolltime for å unngå negativ tilbakemelding (Götze et al., 2019). Andre oppsøkte lege ofte og trengte hyppige samtaler for å forsikre seg om at alt var i orden. I studien til Sekse et al. (2010) var deltakerne generelt fornøyde med rutinekontrollene. Likevel etterlyste flere en større involvering fra helsepersonell med tid til å snakke om opplevelsen og konsekvenser av kreftsykdommen (Sekse et al., 2010). Til sammenlikning med canadiske kreftoverleverne bor også mange i Norge i utkantstrøk, og kan trenge tilrettelagte kontrolltimer med bruk av selvmonitorering, telefonkontakt og internett (Galica et al., 2020). Dette er noe som helsepersonell må ta i betraktning i forbedring av kontrolltimer.

Kreftoverleverne har stort behov for å lære om forskjellige mestringsstrategier som kan anvendes for FCR. «Evne til mestring utvikles i løpet av hele livsløpet og er en viktig ressurs for mennesker til å takle situasjoner og til å søke utfordringer og utvikling»

(Helsedirektoratet, 2017, s. 7). Vries et al. (2014) skriver at det er interessant å se hvordan mestringsstrategier som pasienten lærte tidlig i kreftforløpet kan være til hjelp senere i forløpet, noe som forteller oss at mestring kan læres.

Ved å lytte til pasientens historie helt fra starten av kreftforløpet, kan kreftsykepleiere få verdifull kunnskap om den enkeltes kreftopplevelse (Sekse et al., 2010). På den måten kan kreftsykepleieren være med på å informere og guide pasienten der de ser det er behov. De kan også henvise videre dersom pasienten trenger forsterket hjelp (Thewes et al., 2016).



## 5 Konklusjon

FCR er en vanlig seneffekt hos kreftoverlevende. Det er et helseproblem som fortsetter å være gjeldende selv for langtidsoverlevende 10 år etter diagnose og behandling. Oppgavens problemstilling tar opp hvordan kreftoverlevende kan mestre frykten for tilbakefall. Det er sett på hva som påvirker FCR, hvordan det er å leve med FCR og helsepersonells betydning i mestringen av FCR. Kreftoverlevende må lære seg å leve med frykten og finne ut hvordan de på en best mulig måte kan mestre den. De som har større risiko for å erfare FCR, som kvinner, yngre personer og de med lavt sosialt nettverk, bør spesielt følges opp for å redusere risikoen. Kreftoverlevende rapporterer størst FCR før kontroller hos lege og når de er redde for hvordan det skal gå med familien. Helsepersonell som har oppfølgingstimer, bør ta disse funnene i betraktning og være støttende og ikke bare fokusere på medisinske svar og tester. Hver enkelt pasient har sine spesielle behov og helsepersonell bør prøve å finne og møte disse behovene på en god måte. Informasjon og veiledning om FCR og mestring av FCR er svært viktig for pasientene, og bør få et spesielt fokus i oppfølgingstimer.

# Litteraturliste

Aveyard, H. (2019). *Doing a Literature Review in Health and Social Care. A Practical Guide* (4. utgave). Open University Press.

Dahl, A. A. (2019). Psykiske symptomer og lidelser. I C. E. Kiserud, A. A. Dahl & S. D. Fosså. (Red.), *Kreftoverlevende: Ny kunnskap og nye muligheter i et langtidsperspektiv* (3. utgave, s. 18-27). Gyldendal Akademisk.

Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM). (2019). Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag. Hentet 15. april 2022 fra <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/med-helse/vurdering-av-kvalitative-forskningsprosjekt-innen-medisin-og-helsefag/>

Devlin, B. (1970, 29. oktober). Dare to Struggle Dare to Win. *The New York Times*, s. 43. <https://www.nytimes.com/1970/10/29/archives/dare-to-struggle-dare-to-win.html>

Drageset, S., Lindstrøm, T. C. & Ellingsen, S. (2020). "I Have Both Lost and Gained." Norwegian Survivors' Experiences of Coping 9 Years After Primary Breast Cancer Surgery. *Cancer Nursing*, 43(1), E30-E37. <http://www.doi.org/10.1097/NCC.0000000000000656>

Ellingsen, S. & Drageset, S. (2008). Kvalitativ tilnærming i sykepleieforskning. En introduksjon og oversikt. *Norsk tidsskrift for sykepleieforskning*, 10(4), 23-38.

Faller, H., Koch, U., Brahler, E., Harter, M., Keller, M., Schulz, H., Wegscheider, K., Weis, J., Boehncke, A., Hund, B., Reuter, K., Richard, M., Sehner, S., Szalai, C., Wittchen, H., Mehnert, A., 2016. Satisfaction with information and unmet information needs in men and women with cancer. *J Cancer Surviv* 10(1), 62–70. <https://doi.org/10.1007/s11764-015-0451-1>

Galica, J., Giroux, J., Francis, J. & 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, 1-7.

<http://www.doi.org/10.1016/j.ejon.2019.101705>

Götze, H., Taubenheim, S., Dietz, A. & Lordick, F. (2019). Fear of cancer recurrence across the survivorship trajectory: Results from a survey of adult long-term cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 28(10), 2033-2041. <http://www.doi.org/10.1002/pon.5188>

Helsebiblioteket. (2016a). *Kvalitativ metode*. Hentet 15. april 2022 fra

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

Helsebiblioteket. (2016b). Sjekklistor. Hentet 23. april 2022 fra

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

Helsebiblioteket. (2016c). Søkeord: Emneord og tekstord. Hentet 13. april 2022 fra

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

Helsedirektoratet. (2020). *Seneffekter etter kreftbehandling* (IS-2872).

<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/seneffekter-etter-kreftbehandling>

Helsedirektoratet. (2017). *Stress og mestring* (IS-2655).

<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/stress-og-mestring>

Inan, F. S. & Ustun, B. (2019). Fear of Recurrence in Turkish Breast Cancer Survivors: A Qualitative Study. *Journal of Transcultural Nursing*, 30(2), 146-153.

<http://www.doi.org/10.1177/1043659618771142>

Jones, S. M. W., Ziebell, R., Walker, R., Nekhlyudov, L., Rabin, B. A., Nutt, S., Fujii, M. & Chubak, J. (2017). Association of worry about cancer to benefit finding and functioning in long-term cancer survivors. *Support Care Cancer*, 25, 1417-1422.

<http://www.doi.org/10.1007/s00520-016-3537-z>

Koch-Gallenkamp, L., Bertram, H., Egerle, A., Holleczeck, B., Schmid-Höpfner, S., Waldmann, A., Zeissig, S. R., Brenner, H. & Arndt, V. (2016). Fear of Recurrence in Long-Term Cancer Survivors – Do Cancer Type, Sex, Time Since Diagnosis, and Social Support Matter? *Health Psychology, 35*(12), 1329-1333. <http://www.doi.org/10.1037/hea0000374>

Kreftforeningen. (u.å.). *Er du redd for tilbakefall?* Hentet 23. april 2022 fra <https://kreftforeningen.no/rad-og-rettigheter/psykiske-reaksjoner/er-du-redd-for-tilbakefall/>

Kreftregisteret. (21. september 2021). *Kreft i Norge*. <https://www.kreftregisteret.no/Temasider/om-kreft/>

Larsen, I. K., Møller, B. & Ursin, G. (2019). Kreftoverlevelse i tall. I C. E. Kiserud, A. A. Dahl & S. D. Fosså. (Red.), *Kreftoverlevende: Ny kunnskap og nye muligheter i et langtidsperspektiv* (3. utgave, s. 18-27). Gyldendal Akademisk.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.

Lebel, S., Ozakinci, G., Humphris, G., Mutsaers, B., Thewes, B., Prins, J., Dinkel, A. & Butow, P. (2016). From normal response to clinical problem: definition and clinical features of fear of cancer recurrence. *Support Care Cancer, 24*, 3265-3268. <http://www.doi.org/10.1007/s00520-016-3272-5>

Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utgave). Universitetsforlaget.

Mutsaers, B., Butow, P., Dinkel, A., Humphris, G., Maheu, C., Ozakinci, G., Prins, J., Sharpe, L., Smith, A. B. & Thewes, B. (2020). Identifying the key characteristics of clinical fear of cancer recurrence: An international Delphi study. *Psycho-oncology, 29*(2), 430–436. <https://doi.org/10.1002/pon.5283>

Reitan, A. M. (2017). Psykologisk krise og mestringsmuligheter. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (red.), *Kreftsykepleie. Pasient – Utdanning – Handling*. (4 utg., s. 82-103). Cappelen Damm Akademisk.

Sekse, R. J. T., Raaheim, M., Blaaka G. & Gjengedal, E. (2010). Life beyond cancer: women's experiences 5 years after treatment for gynaecological cancer. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(4), 799-807. <http://www.doi.org/10.1111/j.1471-6712.2010.00778.x>

The Cancer Atlas (u.å.). *Cancer Survivorship*. Hentet 5. april 2022 fra <https://canceratlas.cancer.org/the-burden/cancer-survivorship/>

Thewes, B., Lebel, S., Leclair, C. S. & Butow, P. (2016). A qualitative exploration of fear of cancer recurrence (FCR) amongst Australian and Canadian breast cancer survivors. *Support Care Cancer*, 24, 2269-2276. <http://www.doi.org/10.1007/s00520-015-3025-x>

Universitetet i Agder (u.å.). PICO, PICO, PEO og lignende rammeverk for kliniske spørsmål. Hentet 13. april 2022 fra <https://libguides.uia.no/c.php?g=430896&p=4833020>

Vandraas, K. F., Reinertsen, K. V., Kiserud, C. E. & Lie, H. C. (2021). Fear of cancer recurrence among young adult cancer survivors—exploring long-term contributing factors in a large, population-based cohort. *Journal of Cancer Survivorship*, 15(4), 497-508. <https://doi.org/10.1007/s11764-020-00943-2>

Vries, J. D., Den Oudsten, B. L., Jacobs, P. M. E. P. & Roukema, J. A. (2013). How breast cancer survivors cope with fear of recurrence: a focus group study. *Supportive Care in Cancer*, 22(3), 705-712. <http://www.doi.org/10.1007/s00520-013-2025-y>

Vedlegg 1: PEO

Vedlegg 2: Søkehistorikk

Vedlegg 3: Kvalitetsvurdering

## Vedlegg 1: PEO – tabell

	<b>P</b> (Populasjon)	<b>E</b> (Tiltak)	<b>O</b> (Utfall)
<b>Norske tekstord/emneord</b>	Kreftoverlever	Frykt for tilbakefall	Mestring Mestringsstrategier
<b>Engelske tekstord</b>	Cancer survivors Long term survivors	Fear of recurrence Fear of cancer recurrence Worry Anxiety	Coping Coping strategies Life Experiences
<b>Engelske emneord/MESH</b>	Cancer survivors	Neoplasm Recurrence, Local Recurrence Worry Anxiety	Coping

## Vedlegg 2: Søkeshistorikk

Database/Dato	Søke-nummer	Søkeord/emneord/søkekombinasjoner	Anntall treff	Kommentar til søkeresultatet
Cinahl / 28.03.2022	#1	(MH «Cancer Survivors/PF»)	2820	Bygging av søk
	#2	«fear of cancer recurrence»	353	Bygging av søk
	#3	«fear of recurrence»	375	Bygging av søk
	#4	(MH «Coping+») OR «coping»	67108	Bygging av søk, utvidende søk
	#5	S2 OR S3	668	Utvidende søk
	#6	S1 AND S5	110	Avgrenses videre med dato
	#7	S1 AND S5 Dato: 01.01.2011	88	Avgrenses videre med annen aktuell søkekombinasjon.
	#8	S4 AND S7	19	3 artikler inkludert. Artikkel nr. 1, 2 og 3.
	#9	S4 AND S5	108	Avgrenses videre med dato.
	#10	S4 AND S5 Dato: 01.01.2011	91	2 artikler inkludert. Artikkel nr. 8 og 9.
	#11	«long term survivors»	1688	Nytt søkeord
	#12	S5 AND S11	21	3 artikler inkludert. Artikkel nr. 5, 6 og 7. Artikkel nr. 7 er fra desember 2010, men ble likevel inkludert da den er relevant for problemstillingen.
	#13	(MH «Life Experiences+»)	49613	Nytt søkeord funnet i "keywords" i relevante artikler.
	#14	S11 AND S13	18	Ingen artikler inkludert.
	#15	(MH «Worry») OR (MH «Anxiety+»)	54798	Nye søkeord anbefalt av bibliotekar.
	#16	(MH «Neoplasm Recurrence, Local/PF»)	334	Nytt søkeord funnet i «keywords» i relevante artikler.
	#17	S5 OR S15 OR S16	55479	Utvidende søk.
	#18	S11 AND S17	63	Avgrenses videre med dato.
	#19	S11 AND S17 Dato: 01.01.2011	44	1 artikkel inkludert. Artikkel nr. 4.



## Vedlegg 3: Kvalitetsvurdering

	Forfatter og anvendt sjekkliste	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Kvalitet
1	Drageset, S. et al. (2020) Kvalitativ studie.	J	J	J	J	J	U	J	J	J	J	-	-	Høy
2	Galica, J. et al. (2020) Kvalitativ studie.	J	J	J	J	J	N	J	J	J	J	-	-	Høy
3	Inan, F. S. & Ustun, B. (2019). Kvalitativ studie.	J	J	J	J	J	N	U	J	J	J	-	-	Moderat
4	Jones, S. M. W. et al. (2017). Tverrsnittstudie.	J	J	J	J	J	J	J	J	N	-	J	J	Høy
5	Koch-Gallenkamp, L. (2016). Tverrsnittstudie.	J	J	J	J	J	J	J	J	N	-	J	J	Høy
6	Götze, H. et al. (2019). Cohortstudie.	J	J	J	U	J, J	U, U	V	V	J	J	J	-	Moderat
7	Sekse, R. J. T. et al. (2010). Kvalitativ studie.	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	-	-	Høy
8	Thewes, B. et al. (2016). Kvalitativ studie.	J	J	J	J	U	U	J	J	J	J	-	-	Moderat
9	Vries, J. et al. (2014) Kvalitativ studie.	J	J	J	J	J	U	J	J	J	J	-	-	Høy

J=ja

N=nei

U=uavklart

V = Vurdert. Kan ikke svare med ja, nei eller uavklart.