Angst, depression og frygt for tilbagefald af kræft

– Screening, vurdering og håndtering

Version 1.0

GODKENDT

Faglig godkendelse

21. august 2025 (Tre nationale senfølgeforskningscentre, Dansk Center for Brystkræftsenfølger (DCCL), Center for Forskning i Senfølger efter Kræft i Bækkenbundsorganerne og Nationalt Center for Senfølger hos Kræftoverlevere (CASTLE) i fællesskab med DBCG og DCCG)

Administrativ godkendelse

22. august 2025 (Sekretariatet for Kliniske Retningslinjer på Kræftområdet)

REVISION

Planlagt: 1. august 2029.

INDEKSERING

Kræft, senfølger, angst, depression, frygt for tilbagefald.

Indholdsfortegnelse

1. Anbefalinger (Quick guide) 3
Identificering og vurdering af symptomer på angst, depression og frygt for tilbagefald af kræft 3
Håndtering og behandling af symptomer på angst og depression 3
Håndtering og behandling af symptomer på frygt for tilbagefald af kræft 4
Recommendations (Quick Guide) 4
Identification and Assessment of Symptoms of Anxiety, Depression, and Fear of Cancer Recurrence 4
Management and Treatment of Anxiety and Depression 5
Management and Treatment of Fear of Cancer Recurrence 5
Forord 6
2. Introduktion 7
3. Grundlag 10
Identificering og vurdering af symptomer på angst, depression og frygt for tilbagefald af kræft 10
Anbefalinger for håndtering og behandling af symptomer på angst og depression 13
Anbefalinger for håndtering og behandling af symptomer på frygt for tilbagefald af kræft 15
4. Referencer 19
5. Metode 30
6. Monitorering 34
7. Bilag 35
8. Om denne kliniske retningslinje 41

1. Anbefalinger (Quick guide)

Identificering og vurdering af symptomer på angst, depression og frygt for tilbagefald af kræft

1. **Kræftoverlevere med symptomer på angst, depression og frygt for tilbagefald bør identificeres (D)**

2. **Korte screeninger (1-2 korte spørgsmål) kan anvendes som indledende opsporing af symptomer på angst, depression og frygt for tilbagefald (B). Herefter bør anvendes validerede instrumenter med etablerede grænseværdier (PRO-skemaer) (B)**

3. **Hvis der opdages moderate til svære symptomer på angst eller depression bør kræftoverleveren henvises til udredning via egen læge. Ved svær patologi eller ved symptomer, som giver anledning til særlige bekymringer, f.eks. suicidal risiko, suicidal adfærd eller psykose, bør kræftoverleveren hurtigst muligt henvises til relevante tilbud i psykiatrien, herunder psykiatrisk akutmodtagelse, efter gældende, lokale retningslinjer (D)**

Håndtering og behandling af symptomer på angst og depression

4. **Det anbefales at alle kræftoverlevere og relevante pårørende tilbydes information, og ved behov, samtale om angst og depression i relation til håndtering af kræftsygdommen. Denne information kan omhandle risiko, forekomst, typiske symptomer, adgang til relevante ressourcer samt information om relevante yderligere udrednings- og behandlingsmuligheder (D)**

5. **Kræftoverlevere med milde symptomer på angst og depression kan anbefales mindre intensive indsatser som for eksempel struktureret fysisk aktivitet (C)**

6. **Kræftoverlevere med moderate eller svære symptomer på angst eller depression bør tilbydes psykologisk eller farmakologisk behandling via henvisning til egen læge (D)**

Håndtering og behandling af symptomer på frygt for tilbagefald af kræft

7. **Kræftoverlevere, som udviser normale eller milde symptomer på frygt for tilbagefald kan tilbydes information, internetbaserede selvhjælps programmer eller fysiske træningsprogrammer (D)**

8. **Kræftoverlevere, som udviser moderate symptomer på frygt for tilbagefald kan tilbydes moderat intensive indsatser som for eksempel psykoedukative programmer, afslapningstræning og/eller professionelt ledede støttegrupper (D)**

9. **Kræftoverlevere, som udviser svære symptomer på frygt for tilbagefald bør tilbydes intensive indsatser rettet specifikt mod frygt for tilbagefald, som for eksempel kognitiv adfærdsterapi eller mind-body interventioner (A)**

Recommendations (Quick Guide)

Identification and Assessment of Symptoms of Anxiety, Depression, and Fear of Cancer Recurrence

1. **Cancer survivors with symptoms of anxiety, depression, or fear of recurrence should be identified (D)**

2. **Brief screenings (1–2 short questions) may be used as an initial method to detect symptoms of anxiety, depression, or fear of recurrence (B)**
   Subsequently, validated instruments with established cut-off scores (e.g., patient-reported outcome [PRO] questionnaires) should be used (B)

3. **If moderate to severe symptoms of anxiety or depression are detected, the cancer survivor should be referred for assessment through their general practitioner.**
   In cases of severe pathology or symptoms that raise special concerns (e.g., suicidal risk, suicidal behavior, or psychosis), the cancer survivor should be referred as soon as possible to appropriate psychiatric services, including emergency psychiatric care, according to local guidelines (D)

Management and Treatment of Anxiety and Depression

4. **It is recommended that all cancer survivors and relevant relatives be offered information and, if needed, conversations about anxiety and depression related to coping with cancer.**
   This information can include risk factors, prevalence, typical symptoms, access to support resources, and details about further diagnostic or treatment options (D)

5. **Cancer survivors with mild symptoms of anxiety and depression may be recommended less intensive interventions, such as structured physical activity (C)**

6. **Cancer survivors with moderate to severe symptoms of anxiety or depression should be offered psychological or pharmacological treatment via referral to their general practitioner (D)**

Management and Treatment of Fear of Cancer Recurrence

7. **Cancer survivors with normal or mild symptoms of fear of recurrence can be offered information, internet-based self-help programs, or physical exercise programs (D)**

8. **Cancer survivors with moderate symptoms of fear of recurrence may be offered moderately intensive interventions, such as psychoeducational programs, relaxation training, and/or professionally led support groups (D)**

9. **Cancer survivors with severe symptoms of fear of recurrence should be offered intensive interventions specifically targeting fear of recurrence, such as cognitive behavioral therapy (CBT) or mind-body interventions (A)**

Forord

Angst, depression og frygt for tilbagefald er hyppige senfølger hos kræftoverlevere. De ses imidlertid ofte sammen med andre generelle, tværgående kræftsenfølger som træthed, insomni, kognitive udfordringer og neuropatiske smerter. Således er en særlig udfordring i forbindelse med udredning og behandling af disse senfølger, at de ofte manifesterer sig som klynger af samtidigt forekommende symptomer, hvis sammensætning kan variere afhængigt af faktorer såsom kræfttypen, kræftbehandlingen, almen helbredstilstand og psykosociale risikofaktorer. Ubehandlet har sådanne symptomklynger en tendens til at være gensidigt forstærkende og er blevet observeret i op til mange år efter endt primær behandling. Mens de ovenstående symptomspecifikke senfølger er behandlet hver for sig i enkeltstående retningslinjer, skal det understreges, at det altid bør undersøges, om der kan være tale om flere samtidige senfølger. Dette gælder også, når henvendelsesårsagen er organ- og behandlingsspecifikke senfølger. Dernæst bør det afklares, hvilket problem det er væsentligst at få hjælp til. Det er centralt at få afdækket hvilket problem kræftoverleveren vurderer vil gøre den største positive forskel at få håndteret eller reduceret.

Ubehandlede senfølger kan være forbundet ikke alene med store individuelle omkostninger for kræftoverleveren og pårørende, men potentielt også med store samfundsmæssige omkostninger i form af vanskeligheder med at vende tilbage til arbejde og et øget forbrug af sundhedsydelser. Det skal understreges, at uanset om der er få tilgængelige løsninger, er det vigtigt, at sundhedsprofessionelle i mødet med kræftoverlevere med kræftrelaterede senfølger undersøger, identificerer og italesætter symptomerne. Alene det at møde en anerkendelse har en betydelig værdi for mange af de kræftoverlevere, der belastes af senfølger, også selv om mulighederne for at afhjælpe problemet er begrænsede.

Som fremhævet i Kræftplan V, og som understøttet af ESMO (1) og NCCN guidelines (2), vil det fremover være en vigtig opgave i alle kræftpatienters forløb at ”vurdere behovet for at tilbyde indsatser rettet mod potentielle senfølger” (3). For at kunne vurdere behovet for indsatser, vil der være behov for en systematisk identifikation af disse senfølger fra diagnosetidspunktet og fremefter. Mens løbende screening vil kunne identificere mulige kræftoverlevere med klinisk relevante senfølger, vil det kræve en yderligere udredning at vurdere, hvorvidt der er tale om behandlingskrævende senfølger, hvorvidt kræftoverleveren ønsker hjælp, dennes præferencer samt hvilke behandlingstilbud, der vil være relevante i det konkrete tilfælde.

På tværs af de forskellige generelle senfølger anbefales det generelt at anvende en stepped-care model, dvs. en struktureret metode til levering af sundhedsydelser, hvor behandlinger enten intensiveres eller reduceres baseret på den enkelte kræftoverlevers behov og respons på behandlingen. Sådanne tilgange fokuserer på at matche behandlingsniveauet med den enkeltes behov, startende med lavintensitetsinterventioner som information og selvhjælp og gradvist intensiverende over kommunale rehabiliteringstilbud til højt specialiserede behandlinger i hospitalsregi. Stepped-care tilgange har til formål at optimere ressourceanvendelsen, minimere unødvendig behandling og sikre, at kræftoverleverne modtager den mest effektive behandling, som passer til deres specifikke behov. Da faktorer som uddannelse, økonomi, jobstatus og socialt netværk kan påvirke både risikoen for udvikling af senfølger og mulighederne for at håndtere dem vil der være et løbende behov for at udvikle strategier til at reducere betydningen af social ulighed i identifikation, udredning og behandling af senfølger.

2. Introduktion

Angst, depression og frygt for tilbagefald af kræft er blandt de mest almindelige psykiske reaktioner blandt både kræftpatienter og kræftoverlevere. Det er både forventeligt og naturligt at opleve symptomer på angst, depression og frygt for tilbagefald, såsom bekymring, usikkerhed omkring fremtiden, tristhed og håbløshed. Symptomer kan manifestere sig i forskellige grader, og hvor nogle vil opleve fluktuerende og kortvarige symptomer af mindre intensitet, vil andre opleve sværere symptomer som kan blive kroniske, og som kan være gennemgribende og funktionsnedsættende og i nogle tilfælde manifestere sig som egentlige angst- og/eller depressionslidelser.

Incidens og prævalens

Symptomer på angst, depression og frygt for tilbagefald blandt kræftpatienter er hyppige og kan opstå på alle tidspunkter under og efter et kræftforløb (4, 5). De estimerede prævalenstal varierer i nogen grad på tværs af kræfttyper og stadie og afhænger også af studiernes målemetoder. De fleste studier anvender validerede selvrapporteringsmål, mens færre anvender semistrukturerende diagnostiske interviews, som typisk anses for at være den mest pålidelige målemetode.

Prævalensen af generaliseret angst er blevet undersøgt i flere store studier på baggrund af validerede selvrapporteringsmål og estimeres til at spænde mellem 12% og 25% (6), med højere prævalens blandt patienter behandlet for bugspytkirtel- og lungekræft og blandt kvinder og personer af yngre alder (7, 8). I en metaanalyse, baseret på angst- og depressionsdata fra diagnostiske interviews, fandt man en prævalens af angst på ca. 10% (9).

Depression er også hyppigt forekommende blandt kræftpatienter og kræftoverlevere. Den førnævnte metaanalyse, som har undersøgt prævalensen af angst og depression i diagnostisk interviewbaserede studier, har f.eks. fundet, at prævalensen af alle typer depression klassificeret ud fra DSM- (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) og ICD-kriterierne (International Classification of Diseases) sammenlagt var ca. 20% blandt kræftpatienter (9). Risikoen kan være op til fem gange så høj, som i normalbefolkningen (10). Depression kan opstå på et hvert tidspunkt i kræftforløbet og kan desuden forekomme længe efter afsluttet behandling (11). Studier, hvis depressionsmålinger har været baseret på selvrapporteringsmål, har fundet prævalenstal for depressionssymptomer, som spænder mellem 5% og >40% (5, 9, 11, 12). Der ses en højere forekomst af depression blandt patienter med skjoldbruskkirtel-, lunge- og bugspytkirtelkræf (13).

Prævalensen af frygt for tilbagefald, som ikke er en formel diagnose, men en angstlignende problemstilling specifikt relateret til frygten for tilbagefald af kræft, er blevet undersøgt i en metaanalyse (14). Dette studie inkluderer data fra prævalensstudier, som har anvendt selvrapporteringsmålet Fear of Cancer Recurrence Inventory – Short Form (15), som i forskningslitteraturen er det hyppigst anvendte selvrapporteringsmål til at vurdere frygten for tilbagefald af kræft. Metaanalysen viser, at over halvdelen (59%) rapporterer mindst moderat grad af frygt for tilbagefald, mens næsten hver femte (19%) rapporterede en høj grad af frygt for tilbagefald på tværs af kræftformer. Der synes ikke at være sammenhæng mellem den objektive risiko for tilbagefald og den subjektive frygt for tilbagefald.

Konsekvenser og risikofaktorer

Klinisk signifikante niveauer af angst, depression og frygt for tilbagefald kan have omfattende konsekvenser både for den enkelte kræftoverlever og omgivelserne. Symptomerne kan medføre nedsat livskvalitet og forringet psykisk, socialt og fysisk funktionsniveau (16, 17). Således øger tilstedeværelsen af disse symptomer risikoen for at kræftoverleveren rammes af langtidssygemeldinger. Litteraturen viser desuden, at klinisk signifikant angst, depression og frygt for tilbagefald blandt kræftpatienter er forbundet med dårligere adhærens til deres behandling (18) og medfører en dårligere prognose, højere mortalitet (19) og, hos patienter med depression, en øget risiko for selvmord (20).

Der ses en øget risiko for at udvikle både angst, depression og frygt for tilbagefald af kræft, hvis man er kvinde, er yngre, har eller har haft en psykisk lidelse, og hvis man er behandlet med kemoterapi (14, 21-25). Øvrige risikofaktorer for angst inkluderer forringet social og kognitiv funktion, arbejdsløshed, længere sygdomsforløb, samt det at have flere fysiske symptomer (22). Man er desuden i øget risiko for at udvikle angst i den akutte fase efter at være diagnosticeret med en livstruende kræftsygdom (22). Der ses også en øget risiko for at udvikle frygt for tilbagefald, hvis man har modtaget stråleterapi, og hvis man har oplevet manglende effekt af kræftbehandlingen (21, 26). Depression blandt patienter behandlet for kræft anses typisk for at være et resultat af adskillige individuelle, sociale, sygdoms- og behandlingsrelaterede faktorer (1, 27). En lang række primært patient-relaterede faktorer er identificeret som prædiktorer for depression blandt kræftpatienter, fx social støtte, uddannelsesniveau, men den stærkeste evidens foreligger for en øget risiko ved tidligere depression og visse personlighedstræk (28).

En stigende mængde forskning viser desuden, at senfølger efter kræft ofte optræder i klynger. Ofte ser man, at psykisk belastede kræftpatienter oplever en blanding af symptomer på angst, frygt for tilbagefald og depression (6). Eksempelvis fandt Arch et al (29), at 31% af kræftpatienter som havde en angstdiagnose også havde depression. Simard og Savard (15) fandt, at patienter med svær frygt for tilbagefald også havde en signifikant højere grad af angst og depression. Lyhne et al (25) har i et dansk studie ligeledes vist markant sammenhæng mellem svær frygt for tilbagefald og helbredsangst målt ved selvrapportering. Man ser også ofte, at angst, depression og frygt for tilbagefald optræder sammen med andre senfølger, som smerte, fatigue, søvnproblemer eller kognitive forringelser (30). Lyhne et al (25) påviste endvidere en tydelig sammenhæng mellem svær frygt for tilbagefald og diagnosespecifikke symptomer. Det er derfor afgørende at vurdere og tage stilling til både kompleksiteten og sværhedsgraden af alle tilstedeværende senfølger hos den enkelte for at kunne tilrettelægge det rette behandlingstilbud.

Definitioner

Der skelnes mellem angst- og depressionssymptomer, som ofte er vurderet ved selv-rapporterede screeningsspørgeskemaer, og egentlige angst- og depressionslidelser, som kræver klinisk vurdering og klassificering. Mange vil opleve symptomer, uden at de nødvendigvis kvalificerer til en specifik diagnose. Symptomer kan variere i karakter (f.eks. for angst: bekymring, indre uro, rumination og for depression: nedtrykthed, tristhed, nedsat energi) og sværhedsgrad (fra milde til svære symptomer) og bør således ses på et kontinuum, som spænder fra milde, ikke-patologiske symptomer til svære, patologiske symptomer, der påvirker patientens

funktionsniveau. Svære symptomer, som er af funktionsnedsættende karakter, kan, i nogle tilfælde, klassificeres som angst- og depressionslidelser, diagnosticeret efter WHOs diagnosesystem, *International Classification of Diseases, 11. udgave* (ICD-11).

Frygt for tilbagefald af kræft er en angstlignende problemstilling, som specifikt relaterer sig til frygt eller bekymring for, at kræften vender tilbage (31, 32). Frygt for tilbagefald kan, som angst og depression, variere i sværhedsgrad og spænde fra fluktuerende, milde symptomer til langvarige, svære symptomer (33, 34). Frygt for tilbagefald af kræft er ikke en formel diagnose, men kan medføre symptomer, som har lighed med angst og depression (35). Svær frygt for tilbagefald kendetegnes ved vedvarende og påtrængende tanker om tilbagefald, overdreven bekymring samt øget opmærksomhed på og følsomhed over for kropslige symptomer (hypervigilans). Symptomerne skal have varet i mindst tre måneder og være forbundet med betydelig psykologisk belastning eller nedsat funktionsevne (32, 35).

Den kliniske problemstilling

Til trods for at angst, depression og frygt for tilbagefald er hyppigt rapporterede psykiske senfølger blandt personer behandlet for kræft, er der usikkerhed om, hvordan sundhedspersonale bedst identificerer, vurderer og håndterer disse problemstillinger i Danmark. Dette kan resultere i underbehandling trods eksisterende behandlingstilbud (36). Opsporende arbejde kan omvendt resultere i at patienten sygeliggøres og overbehandling, hvorfor et af omdrejningspunkterne i denne retningslinje er rettidig screening og vurdering, samt rette tilbud til rette kræftoverlever på rette tidspunkt. Sidstnævnte vurderes ud fra en stepped-care model baseret på eksisterende tilbud og kræftoverleverens præferencer.

Formål

Det overordnede formål med retningslinjen er at understøtte en evidensbaseret senfølgeindsats af høj og ensartet kvalitet på tværs af Danmark. Det specifikke formål er at udvikle en retningslinje for opsporing og håndtering af symptomer på angst, depression og frygt for tilbagefald af kræft i en dansk, klinisk kontekst. Retningslinjen tager udgangspunkt i ASCOs retningslinjer fra 2014 (screening og vurdering af angst og depression) og 2023 (håndtering af angst og depression) suppleret med elementer fra ESMOs clinical practice guideline om angst og depression fra 2023. Sidstnævnte guideline omtaler også frygt for tilbagefald af kræft. Øvrige anbefalinger om frygt for tilbagefald af kræft er baseret på Cancer Care Ontarios ”fear of cancer recurrence” guidelines fra 2024 suppleret med et større delphi-studie fra Australien (37). Herudover er suppleret med en systematisk litteratursøgning fra sluttidspunktet for søgningerne til de eksisterende guidelines og frem til december 2024.

Patientgruppe

Retningslinjen omfatter voksne kræftoverlevere (≥18 år), som enten er i kurativ behandling for en primær kræftsygdom eller har afsluttet kræftbehandlingen. Da en del af den forskning, som retningslinjen baserer sig på, er udført på ”cancer survivors” defineret af National Institute for Health som ”alle mennesker, der har fået en kræftdiagnose” (38), kan anbefalingerne i retningslinjen også være vejledende i forbindelse med nabopopulationer, f.eks. patienter med en fremskreden kræftsygdom.

Målgruppe for brug af retningslinjen

Retningslinjen er primært udarbejdet med henblik på at understøtte det kliniske arbejde og kvalitetsudvikling i hospitalsbaseret praksis. Den primære målgruppe er derfor sundhedsprofessionelle, der arbejder klinisk med psykosociale indsatser og rehabilitering. Da håndtering af senfølger foregår på tværs af sektorer, vil denne retningslinje også kunne informere og understøtte arbejdet i almen praksis og kommunale kræftrehabiliteringstilbud og danne grundlag for samarbejdet mellem aktører i de involverede sektorer.

3. Grundlag

Identificering og vurdering af symptomer på angst, depression og frygt for tilbagefald af kræft

1. **Kræftoverlevere med symptomer på angst, depression og frygt for tilbagefald bør identificeres (D)**

Ad anbefaling 1)

Uanset kræftdiagnose er der en veldokumenteret høj prævalens af angst, depression og frygt for tilbagefald af kræft blandt mennesker, der har haft en kræftsygdom (9, 14, 39). Risikofaktorer for udvikling af angst, depression og frygt for tilbagefald er veldokumenterede, og bør danne grundlag for en systematisk, fokuseret indsats (14, 21-23, 25-29, 31, 32, 35). Kræftoverlevere med behov for hjælp til håndtering af angst, depression og frygt for tilbagefald kan identificeres ved screeningsspørgsmål, og der er, som det fremgår senere, udviklet og afprøvet behandlingstilbud, som i klinisk randomiserede forsøg har vist sig effektive til at reducere sværhedsgraden af de nævnte tilstande. Screening i sig selv kan ikke forventes at føre til forbedring uden efterfølgende behandlingstiltag (40, 41). Der er ikke tilstrækkelig evidens til at anbefale systematisk screening af alle kræftoverlevere. Der er ikke tilstrækkelig evidens til at anbefale hvornår eller hvor hyppigt screening skal foretages, men da symptomerne kan komme til udtryk på forskellige måder og på forskellige tidspunkter af kræftforløbet, bør screeningen være regelmæssig. Svær frygt for tilbagefald er defineret som persisterende symptomer i mere end 3 måneder, (32) hvorfor det kan give mening ikke at opstarte screening ved første hospitalsbesøg, men i stedet når den hospitalsbaserede behandling er afsluttet (37, 42). Samlet set må det konkluderes, at det er hensigtsmæssigt at foretage en systematisk, regelmæssig og fokuseret identificering af kræftoverlevere med symptomer på angst, depression og frygt for tilbagefald, så det individuelle behandlingsbehov kan identificeres, vurderes og håndteres.

2. **Korte screeninger (1-2 korte spørgsmål) kan anvendes som indledende opsporing af symptomer på angst, depression og frygt for tilbagefald (B). Herefter bør anvendes validerede instrumenter med etablerede grænseværdier (PRO-skemaer) (B)**

Ad anbefaling 2)
Følgende korte screeningsredskaber kan anbefales:
Depression
Flere korte screeningsredskaber har vist acceptable egenskaber til at identificere patienter, der med høj sandsynlighed har symptomer på psykiske problemer, og bør screenes mere specifikt (52-55). Hartung et al. (10) finder blandt over 2000 tyske patienter, at ASCOs algoritme til identifikation af depression med to trin (først score lig med eller over 2 på ét af de to items fra PHQ-9 (nedtrykthed og anhedoni (PHQ-2)), dernæst en score på 8 eller derover på den samlede PHQ-9) havde meget lav sensitivitet (44%), men højere specificitet (88%). Det må derfor overvejes, hvorvidt denne to-trins screening kan benyttes sådan, selvom ASCO fortsat anbefaler den. I den danske kliniske retningslinje for screening for depression i den specialiserede palliative indsats (56) anbefales brug af to items: "Er du deprimeret?" Og "Har du oplevet manglende interesse for ting eller aktiviteter, som du normalt oplever glæde ved?" (ja/nej). Disse to items måler de samme aspekter som PHQ-2. Hvis patienten svarer ja til blot ét af de to spørgsmål, bør der følges op med yderligere udredning.

Angst
På samme måde er det foreslået at de første to items fra Anxiety Symptom Scale (ASS-2) kan anvendes som en indledende screening (57). Disse to items måler nervøsitet/anspændthed/indre uro samt bekymring. ASS-2s anvendelighed er blevet undersøgt i kombination med WHO-5 i en dansk population af 4,347 patienter med hjertesygdom med henblik på at erstatte HADS spørgeskemaet (57). Studiet anviser imidlertid ikke en cut-off værdi på ASS der kan benyttes som kriterie for yderligere udredning.

Frygt for tilbagefald
Det indledende trin af screeningen for frygt for tilbagefald kan være enten mundtligt (FCR-1) (58) eller skriftligt/visuelt (FCR-1r) (59, 60). FCR-1 er et single-item måleinstrument, som i fire studier har vist meget god validitet i forhold til validerede FCR-skalaer (58-61) FCR-1r er en skala fra 0 til 10, hvor 0 er ingen frygt for tilbagefald af kræftsygdommen og 10 er værst tænkelige frygt for tilbagefald af kræftsygdommen. En cut-off score på fem eller mere havde 93 % sensitivitet og 80 % specificitet for identificering af svær FCR blandt 1,654 danske tarmkræftoverlevere (59). En score mellem 0-4 betragtes som lav. Distress Termometeret + problem liste (62) kan ikke anbefales til at screene for frygt for tilbagefald (63). Screeningsværktøjet med ét spørgsmål kan være det første skridt i to-trins screening til at identificere, hvem der bør gennemgå en mere omfattende vurdering af FCR (37, 42).

I forhold til anvendelse af længere validerede instrumenter (PRO-skemaer) med etablerede grænseværdier gør sig følgende gældende:
Angst og depression
Der kan med den foreliggende evidens for populationer med kræftoverlevere ikke anbefales ét valideret redskab for angst og depression frem for et andet. Der henvises til DSAMs retningslinjer på området.

Frygt for tilbagefald
I et systematisk review fra 2012 (49) identificerede forfatterne 20 forskellige selvrapporterede måleredskaber til at screene for frygt for tilbagefald. FCRI-skalaen med sine 42-items blev vurderet til at have de stærkeste psykometriske kvaliteter og blev fundet brugbar i heterogene kræftpopulationer. FCRI-skalaen var den eneste skala, der var testet for "criterion validity" op mod guldstandarden defineret som semistruktureret interview udført af kliniske psykologer. Endvidere har forfatteren bag FCRI-skalaen foreslået en "short form" (FCRI-SF), som kan bruges som screeningsredskab. FCRI blev i 2018 valideret på dansk i en kohorte af tarmkræftoverlevere (50). FCRI-SF (51) er aktuelt det mest anvendte screeningsinstrument inden for forskning i frygt for tilbagefald af kræft (14).

3. **Hvis der opdages moderate til svære symptomer på angst eller depression bør kræftoverleveren henvises til yderligere udredning via egen læge. Ved svær patologi eller ved symptomer, som giver anledning til særlige bekymringer, f.eks. suicidal risiko, suicidal adfærd eller psykose, bør kræftoverleveren hurtigst muligt henvises til relevante tilbud i psykiatrien, herunder psykiatrisk akutmodtagelse, efter gældende, lokale retningslinjer (D)**

Ad anbefaling 3)
I henvisningen til egen læge anbefales det, at betydende faktorer i kræftoverleverens forløb nævnes. Disse kan omhandle følgende:

- Kræftoverleverens psykiatriske historik, dvs. tidligere diagnoser og eventuel tidligere behandling herfor
- Tidligere eller aktuelt misbrug
- Symptomer og tegn på angst og/eller depression
- Tilstedeværelse og sværhedsgrad af andre kræftrelaterede symptomer, som for eksempel fatigue.
- Mulige stressorer, risikofaktorer og tidspunkter med sårbarhed
- Vurdering af selvmordsrisiko
- Tilknyttede forstyrrelser i hjemmet, relationer, sociale liv eller beskæftigelse
- Funktionsevne/-niveau relateret til selvomsorg, mobilitet og daglige aktiviteter

For udredning af depression henvises til DMPG og/eller DSAMS retningslinjer på området.

Anbefalinger for håndtering og behandling af symptomer på angst og depression

4. **Det anbefales at alle kræftoverlevere og relevante pårørende tilbydes information, og ved behov, samtale om angst og depression i relation til håndtering af kræftsygdommen. Denne information kan omhandle risiko, forekomst, typiske symptomer, adgang til relevante ressourcer samt information om relevante yderligere udrednings- og behandlingsmuligheder (D)**

Ad anbefaling 4)
Alle kræftoverlevere bør informeres om og få kontaktoplysninger på mulige tilbud i nærområdet, bl.a. kommunale tilbud og kræftrehabiliteringscentre. Informationerne kan inkludere prævalenser, typiske psykiske, adfærdsmæssige og fysiske symptomer, tegn på symptomforværring samt indikationer for, hvornår sundhedspersonalet bør kontaktes. Informationerne skal tilpasses modtageren og tage højde for kulturelle og sproglige faktorer. Informationer kan leveres gennem en samtale mellem sundhedspersonale og kræftoverlever og/eller som elektronisk eller skriftligt materiale.

5. **Kræftoverlevere med milde symptomer på angst og depression kan anbefales mindre intensive indsatser som for eksempel struktureret fysisk aktivitet (C)**

Ad anbefaling 5)
Af ASCO's anbefalinger fremgår at fysisk aktivitet bør indgå i anbefalingerne til kræftoverlevere med let til moderat angst og depression. Dette bygger primært på 4 metaanalyser (69-72) hvoraf den ene er opdateret efter at ASCO's retningslinjer er formuleret (73). Bergethal og den senere opdatering ved Knips, har i et Cochrane review gennemgået litteraturen omkring effekten af fysisk aktivitet hos patienter i behandling for hæmatologiske maligne sygdomme. I den opdaterede metaanalyse indgår 18 randomiserede studier med i alt 1892 deltagere, hvor man finder en beskeden positive effekt på depression ved fysisk aktivitet, men ingen effekt på angst (73). I et Cochrane review af 16 studier af i alt 992 personer behandlet for colo-rectal cancer findes derimod ingen effekt af træning på angst og depression, men en positiv effekt på livskvalitet. I disse studier bestod den eksperimentelle arm af en række forskellige former for fysisk aktiviteter, både superviseret og selvstyret. Denneth et al finder i deres metaanalyse af 17 randomiserede studier med forskellige kræftdiagnoser en klinisk betydende effekt på depression af superviseret gruppebaseret fysisk aktivitet, men ikke på angst (70). Endelig finder man i en metaanlyse af studier der udelukkende inddrager brystkræftpatienter en positiv effekt af fysisk træning på såvel depression som angst (72). Således synes der at være evidens for en effekt på fysisk aktivitet på depression, mens det er mere usikkert hvorvidt der er en effekt på den angst kræftoverlevere kan opleve. Samtidig skal man være opmærksom på, at baseret på den foreliggende evidens kan man ikke udtale sig

om hvilken form for fysisk aktivitet, som er den mest effektive, og hvilket omfang den fysiske aktivitet som minimum skal have for at man kan opnå en effekt.

6. Kræftoverlevere med moderate til svære symptomer på angst eller depression bør tilbydes psykologisk og/eller farmakologisk behandling via egen læge (D)

Ad anbefaling 6
Angst og depression hos kræftoverlevere behandles efter gældende danske retningslinjer fra DMPG og/eller DSAM samt rads.dk/behandlingsvejledninger/psykiatri/ (130).

Den foreliggende evidens er summeret i ASCOs anbefalinger, og omhandler primært psykologisk behandling. ASCOs anbefalinger er målrettet "adult survivors of cancer", og baserer sig i høj grad på studier, der inkluderer patienter i alle stadier af deres sygdom og også populationer uden kræft. Desuden er knap en tredjedel af studierne udført i patientpopulationer med brystkræft alene. Søgeperioden gik fra januar 2013 til maj 2021, da der var tale om en opdatering af guidelines fra 2014.

I forhold til psykologisk behandling af depression eller depression og angst identificeredes 16 meta-analyser og 1 systematisk review (69-72, 74-86),10 af disse studier var europæiske og 10 af studierne fokuserede på patienter med avanceret kræft og/eller i palliativt forløb. Desuden baserer evidensen sig i høj grad på studier, som ikke har tilstedeværelsen af symptomer på angst og depression som et inklusionskriterium (screening anvendes i 15 studier ud af 44). Opfølgningsperioden varierede generelt meget, men var >3 måneder i mere end 20 studier.

Herudover identificeredes 15 RCT'er, der fokuserede alene på behandling af depression, hvoraf 11 testede psykologiske/psykosociale interventioner +/- psyko-edukation +/- farmakologisk behandling (87-98) 3 omhandlede psykologiske og farmakologisk behandling i kombination (99-101) og 1 afprøvede fysisk aktivitet + ernæring (102). For psykologisk behandling af angst alene identificeredes kun 3 RCT'er (103-105), som primært testede strategier for reduktion af stress ved brug af adfærdsterapeutiske strategier. Resultaterne fra disse studier var i tråd med tidligere studier omhandlende behandling af angst hos patienter med kræft. 19 RCT'er testende psykologiske/psykosociale interventioner +/- psyko-edukation målrettet både angst og depression (106-124) og yderligere 2 RCT'er testede træningsinterventioner målrettet både angst og depression (61, 125). 5 RCT'er testede farmakologisk behandling alene (102, 126-129). Alle studierne er gennemgået enkeltvis i tabeller vedlagt som supplement til ASCOs Guidelines.

Selvom en væsentlig andel af den inkluderede litteratur i ASCO's guideline omfatter patienter uden kræft, uden klinisk niveau af symptomer og med stor heterogenitet i sygdomsstadie, fremstår evidensen samlet set som tilstrækkelig til at understøtte anbefalinger om psykologiske interventioner. Dette beror dels på konsistens i

resultater på tværs af populationer og interventionstyper, og dels på teoretisk og klinisk overensstemmelse i behandlingsmål. Det vurderes derfor, at anbefalingerne er relevante og klinisk anvendelige for kræftoverlevere med moderate til svære symptomer.

Der findes således stærkt evidens for, at psykologisk behandling bør bestå af indsatser som for eksempel kognitiv adfærdsterapi, adfærdsaktivering, mindfulness-baseret stressreduktion, struktureret og helst superviseret fysisk aktivitet, og andre empirisk understøttede indsatser (afspændingsteknikker, problemløsningsteknikker). I ASCO's guideline fremhæves manglen på komparativ evidens, der kan afgøre hvilken af de anbefalede psykologiske behandlinger, der er mest effektiv. I mangel på denne viden kan tilgængelighed og kræftoverleverens præference blandt de anbefalede terapeutiske retninger danne grundlag for valget.

Anbefalinger for håndtering og behandling af symptomer på frygt for tilbagefald af kræft

7. Kræftoverlevere, som udviser normale eller milde symptomer på frygt for tilbagefald kan tilbydes information, internetbaserede selvhjælps programmer eller fysiske træningsprogrammer (D)

Ad anbefaling 7

Normale og milde symptomer defineres som en score på FCRI-SF under 13, og kan i første omgang følges op med en validering af kræftoverleverens symptomer. I fem randomiserede studier (117, 132-135), et prospektivt kohorte studie (136) og et scoping review (137) fandt man, at online selvstyret kognitiv adfærdsterapi (CBT), online kliniker-vejledt CBT og online tekniker-vejledt CBT alle havde kortvarige effekter. I et studie af Wagner et al (134) fandt man, at telecoaching (telefonbaserede motiverende samtaler) bidrog til fastholdelse i et online program og øgede tilfredsheden ved programmet (134). En intervention, som udelukkende bestod af en informationspjece, havde ingen signifikant effekt på FCR (138). Foreløbige resultater fra et RCT viste, at fysisk aktivitet, såsom højintensitetstræning, kan være gavnlig for kræftoverlevere med mild FCR, men yderligere studier er nødvendige på dette område (139). Et systematisk review fandt, at der var interesse blandt klinikere i træning i håndtering af FCR (140). Der testes i øjeblikket nye interventioner i Danmark (CIFeR), hvor onkologer trænes i at spørge ind til og håndtere FCR (NCT #06554899).

8. Kræftoverlevere, som udviser moderate symptomer på frygt for tilbagefald kan tilbydes moderat intensive indsatser som for eksempel psykoedukative programmer, afslapningstræning og/eller professionelt ledede støttegrupper (D)

Ad anbefaling 8
Moderate symptomer defineres som en FCRI-SF score mellem 13 og 22, og kan give anledning til tilbud om moderat intensive, generelle interventioner, gerne i gruppeformat (141, 142). I to RCT-studier fandt man, at kræftoverlevere med moderat FCR havde lige så stor gavn af kontrolinterventionen med afslapningstræning som af de intensive FCR-specifikke interventioner (32, 143). I tre studier fandt man, at psykoedukation kan være gavnlig for kræftoverlevere med moderat FCR, men sandsynligvis ikke er tilstrækkelig for dem med svær FCR (133, 135, 138).

9. Kræftoverlevere, som udviser svære symptomer på frygt for tilbagefald bør tilbydes intensive indsatser rettet specifikt mod frygt for tilbagefald, som for eksempel kognitiv adfærdsterapi eller mind-body interventioner (step 3) (A)

Ad anbefaling 9
Svære symptomer defineres som en FCRI-SF score over 22, og bør give anledning til tilbud om intensiv behandling. Fem systematiske reviews (137, 141, 142, 144, 145) og 10 RCT'er (29, 117, 134, 142, 143, 146-149) har undersøgt betydningen af intensive interventioner til at reducere niveauet af FCR hos kræftoverlevere. Der blev fundet små til moderate effekter umiddelbart efter sessionerne og små effekter ved tre og seks måneders opfølgning for CBT og mind-body interventions (MBI). Der foreligger evidens for, at tredjebølge CBT er mere effektiv end konventionel CBT (142). Der er indikationer på, at gruppeinterventioner til personer med høje niveauer af FCR kan være mere effektive end individuelle interventioner (142, 144). Dog viste RCT studier også, at individuelle sessioner eller en kombination af individuelle og gruppebaserede sessioner kunne reducere FCR (29, 135-137, 142, 145-147). Ved systematiske gennemgange af studier fandt man, at CBT, MBI eller en kombination af de to var effektive (137, 141, 142, 144, 145). For interventioner leveret af sundhedspersonale uden psyko-onkologisk erfaring er der kun sparsom viden (133, 135). Indsatsen kan leveres i forskellige formater, og valget heraf bør afhænge af kræftoverleverens præferencer, da der ikke er lavet sammenlignende studier. Der er evidens for en positiv effekt af interventioner leveret ansigt-til-ansigt (150), i grupper via video (142), psykolog-støttet via online platform (59, 134, 151) og en kombination af disse (152).

Litteratur og evidensgennemgang
Anbefalingerne for screening og vurdering af angst og depression er baseret på en adaptation af Screening, Assessment, and Care of Anxiety and Depressive Symptomer in Adults With Cancer: An American Society of Clinical Oncology Guideline Adaptation fra 2014. Disser retningslinjer er en adaptation af Pan-Canadiske retningslinjer fra 2011. Kvaliteten af denne guideline kan ikke vurderes, da metoderapporten ikke længere er tilgængelig på deres hjemmeside. Se yderligere beskrivelse af studierne og deres karakter her: https://ascopubs.org/doi/10.1200/JCO.2013.52.4611

Anbefalingerne for håndtering og behandling af symptomer på angst og depression er baseret på en adaptation af Management of Anxiety and Depression in Adult Survivors of Cancer: ASCO Guideline Update fra 2023, som er vurderet til at være af høj kvalitet (samlet score 49 / 88%). Retningslinjen fra ASCO er baseret på 16 metaanalyser, 1 systematisk review og 44 randomiserede kontrollerede studier publiceret i 2013-2021. Se yderligere beskrivelse af studierne og deres karakter her: https://ascopubs.org/doi/10.1200/JCO.23.00293. ASCO's nuværende retningslinjen henviser til retningslinjen fra 2014 i forhold til screening og assessment, og er således kun en opdatering af retningslinjerne for behandling. Disse anbefalinger er suppleret med Anxiety and depression in adult cancer patients: ESMO Clinical Practice Guideline fra 2023, som er vurderet af lav kvalitet (samlet score 30 / 54%), da søgestrenge, udvælgelseskriterier og redegørelse for tildeling af evidensniveauer mangler.

Anbefalingerne for screening, vurdering og håndtering af frygt for tilbagefald er baseret på en adaptation af A Quality Initiative of the Program in Evidence-Based Care (PEBC), Ontario Health (Cancer Care Ontario) Fear of Cancer Recurrence Guideline fra 2024, som er vurderet af moderat kvalitet (samlet score 35 / 61%) med mangler i beskrivelse af søgeprocessen, evidensvurderingen og den eksterne gennemgang. Retningslinjen er baseret på 12 systematiske reviews og 22 randomiserede studier. Se yderligere beskrivelse af studierne og deres karakter her: https://www.psolab.ca/providers. Disse anbefalinger er suppleret med ekspert konsensus statements fra et australsk delphi studie fra 2024 (37).

På baggrund af en gennemgang af indholdet i ovenstående retningslinjer må det konkluderes, at evidensgrundlaget for screening og vurdering er sparsomt. Der blev derfor suppleret med en struktureret litteratursøgning, som ikke gav yderligere væsentlig information. Anbefalinger vedrørende screening og vurdering er derfor i vid udstrækning baseret på internationale konsensus statements. Anbefalingerne vedrørende behandling var baseret på en række velgennemførte studier. Guidelines for behandling er suppleret med en struktureret søgning for ny evidens tilvejebragt i perioden efter søgningstidspunktet for de enkelte guidelines. Gennem en adaptationsproces er anbefalingerne tilpasses en dansk kontekst.

Evidensgrundlaget for angst, depression og frygt for tilbagefald er afdækket ud fra præmissen om at identificere og behandle symptomerne med en psykologisk tilgang, hvilket også fremgår af den strukturerede litteratursøgning.

Patientværdier og – præferencer

Retningslinjens anbefalinger vurderes at være præferencefølsomme, da kræftoverlevere med angst og depression udviser betydelig variation i deres ønsker til støtte og behandling. Valg af indsats afhænger ofte af symptomsværhedsgrad, mestringsstil, tidligere erfaringer og livsomstændigheder (153, 154). Flere kvalitative studier og patientinterviews dokumenterer, at kræftoverlevere tillægger det stor værdi, at psykiske senfølger

bliver anerkendt, og at de får tydelig information om symptomer, muligheder og støtte. Mange efterspørger fleksible tilbud tilpasset individuelle behov – fx adgang til en fast kontaktperson og vejledning i egenomsorg (155, 156). Livskvalitet spiller en central rolle i disse præferencer: Nogle kræftoverlevere foretrækker intensive indsatser, når de oplever et klart udbytte, mens andre vælger minimalistiske løsninger eller kun opsøger støtte ved behov. Studierne viser, at tilbud som matcher kræftoverleverens behov – fx psykologsamtaler eller træningsprogrammer – ofte fører til bedre trivsel og oplevelse af helhedsorienteret omsorg (155). Kræftoverlevere med let til moderat angst foretrækker ofte selvhjælpsstrategier frem for formel terapi – fx online-værktøjer, mindfulness eller fysisk aktivitet – hvis disse passer bedre til deres mestringsstil og livssituation. Andre oplever størst hjælp gennem strukturerede, professionelle forløb. Der er derfor behov for fleksibilitet i implementeringen, og anbefalinger bør formuleres som "bør tilbydes" snarere end som krav, for at sikre plads til kræftoverleverens informerede valg (153).

Ved udarbejdelsen af anbefalingerne er der lagt vægt på både effekt og patientrelevans. Således indebærer stærk evidens ikke nødvendigvis stærk anbefaling, medmindre interventionen også har værdi for patienterne. For behandling af psykiske senfølger er både evidens og efterspørgsel stærk, hvorfor der gives klare anbefalinger. For systematisk screening af psykiske senfølger er evidensen begrænset, men efterspørgslen betydelig, hvorfor der gives en svag anbefalinger.

Rationale

Anbefalingerne vedrørende systematisk screening er nedgraderet i forhold til ASCOs og ESMOs guidelines, da de primært baserer sig på konsensus statements. Anbefalingerne vedrørende farmakologisk behandling er opgraderet i forhold til ASCOs guidelines for at være i overensstemmelse med de danske anbefalinger fra DMPG og DSAM. ACSOs guideline indeholder desuden en række ”General Management Principles”, som er forsøgt skrevet ind i baggrundsafsnittet i nærværende retningslinje.

Bemærkninger og overvejelser

Eksisterende evidens understøtter, at de ovenstående anbefalede interventioner for depression og angst er effektive behandlingsformer. Dog anerkendes det, at adgang til psykologiske behandlingstilbud, ventelister og omkostninger er faktorer som i varierende grad kan have indflydelse på behandlingsmulighederne i en given behandlingssammenhæng. Behandlingstilbud bør baseres på en beslutningstagningsproces, som tager højde for tilgængelighed, kræftoverleverens præferencer, sandsynlighed for god behandlingsadhærens og omkostninger.

Angst, depression og frygt for tilbagefald kan med stor relevans også fremtidigt anskues som eksistentielle fænomener, der optræder i forbindelse med kræftsygdom. Denne tilgang vil kunne bidrage til en mere helhedsorienteret forståelse af det at være kræftoverlever, og vil kunne afstedkomme helt andre interventioner end udelukkende screening og behandling.

4. Referencer

1. Grassi L, Caruso R, Riba MB, Lloyd-Williams M, Kissane D, Rodin G, et al. Anxiety and depression in adult cancer patients: ESMO Clinical Practice Guideline Pathways to distress: The multiple determinants of depression, hopelessness, and the desire for hastened death in metastatic cancer patients. ESMO Open. 2023;8(2):562-9.
2. Riba MB, Donovan KA, Andersen B, Braun I, Breitbart WS, Brewer BW, et al. Distress Management, Version 3.2019, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Journal of the National Comprehensive Cancer Network J Natl Compr Canc Netw. 2019;17(10):1229-49.
3. Sundhedsstyrelsen. Fagligt oplæg til Kræftplan V. 2025.
4. Carlson LE, Zelinski EL, Toivonen KI, Sundstrom L, Jobin CT, Damaskos P. Prevalence of psychosocial distress in cancer patients across 55 North American cancer centers. J Psychosoc Oncol. 2019;37(1):5-21.
5. Mehnert A, Hartung TJ, Friedrich M, Vehling S, Brähler E, Härter M. One in two cancer patients is significantly distressed: Prevalence and indicators of distress. Psychooncology. 2018;27(1):75-82.
6. Brintzenhofe-Szoc KM, Levin TT, Li Y, Kissane DW, Zabora JR. Mixed Anxiety/Depression Symptoms in a Large Cancer Cohort: Prevalence by Cancer Type. Psychosomatics. 2009;50(4):383-91.
7. Linden W, Vodermaier A, MacKenzie R, Greig D. Anxiety and depression after cancer diagnosis: Prevalence rates by cancer type, gender, and age. J Affect Disord. 2012;141(2):343-51.
8. Zabora J, Brintzenhofeszoc K, Curbow B, Hooker C, Piantadosi S. The prevalence of psychological distress by cancer site. Psychooncology. 2001;10(1):19-28.
9. Mitchell AJ, Chan M, Bhatti H, Halton M, Grassi L, Johansen C. Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. Lancet Oncol. 2011;12(2):160-74.
10. Hartung TJ, Brähler E, Faller H, Härter M, Hinz A, Johansen C. The risk of being depressed is significantly higher in cancer patients than in the general population: Prevalence and severity of depressive symptoms across major cancer types. Eur J Cancer. 2017;72:46-53.
11. Niedzwiedz CL, Knifton L, Robb KA, Katikireddi SV, Smith DJ. Depression and anxiety among people living with and beyond cancer: A growing clinical and research priority. BMC Cancer. 2019;19(1).
12. Kuhnt S, Brähler E, Faller H, Härter M, Keller M, Schulz H. Twelve-Month and Lifetime Prevalence of Mental Disorders in Cancer Patients. Psychother Psychosom. 2016;85(5):289-96.
13. Walker J, Holm Hansen C, Martin P, Sawhney A, Thekkumpurath P, Beale C. Prevalence of depression in adults with cancer: a systematic review. Ann Oncol. 2013;24(4):895-900.
14. Luigjes-Huizer YL, Tauber NM, Humphris G, Kasparian NA, Lam WWT, Lebel S. What is the prevalence of fear of cancer recurrence in cancer survivors and patients? A systematic review and individual participant data meta-analysis. Psychooncology. 2022;31(6):879-92.
15. Simard S, Savard J. Screening and comorbidity of clinical levels of fear of cancer recurrence. J Cancer Surviv. 2015;9(3):481-91.
16. Bluethmann SM, Mariotto AB, Rowland JH. Anticipating the “Silver Tsunami”: Prevalence Trajectories and Comorbidity Burden among Older Cancer Survivors in the United States. Cancer Epidemiol Biomark Prev. 2016;25(7):1029-36.

17. Caruso R, Nanni MG, Riba MB, Sabato S, Grassi L. The burden of psychosocial morbidity related to cancer: patient and family issues. Int Rev Psychiatry. 2017;29(5):389-402.
18. Mausbach BT, Schwab RB, Irwin SA. Depression as a predictor of adherence to adjuvant endocrine therapy (AET) in women with breast cancer: a systematic review and meta-analysis. Breast Cancer Res Treat. 2015;152(2):239-46.
19. Shim EJ, Lee JW, Cho J, Jung HK, Kim NH, Lee JE, et al. Association of depression and anxiety disorder with the risk of mortality in breast cancer: A National Health Insurance Service study in Korea. Breast Cancer Res Treat. 2020;179(2):491-8.
20. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA Cancer J Clin. 2021;71(3):209-49.
21. Lebel S, Ozakinci G, Humphris G, Thewes B, Prins J, Dinkel A. Current state and future prospects of research on fear of cancer recurrence. Psychooncology. 2017;26(4):424-7.
22. Mitchell AJ, Ferguson DW, Gill J, Paul J, Symonds P. Depression and anxiety in long-term cancer survivors compared with spouses and healthy controls: a systematic review and meta-analysis. Lancet Oncol. 2013;14(8):721-32.
23. Wang X, Wang N, Zhong L, Wang S, Zheng Y, Yang B. Prognostic value of depression and anxiety on breast cancer recurrence and mortality: a systematic review and meta-analysis of 282,203 patients. Mol Psychiatry. 2020;25(12):3186-97.
24. Yang Y, Wen Y, Bedi C, Humphris G. The relationship between cancer patient's fear of recurrence and chemotherapy: A systematic review and meta-analysis. J Psychosom Res. 2017;98:55-63.
25. Lyhne JD, Jensen LH, Fink P, Timm S, Frostholm L, Smith AB. Fear of cancer recurrence in long-term colorectal cancer survivors: a nationwide cross-sectional study. Journal of Cancer Survivorship. 2025.
26. Yang Y, Cameron J, Humphris G. The relationship between cancer patient's fear of recurrence and radiotherapy: a systematic review and meta-analysis. Psychooncology. 2017;26(6):738-46.
27. Rodin G, Lo C, Mikulincer M, Donner A, Gagliese L, Zimmermann C. Pathways to distress: the multiple determinants of depression, hopelessness, and the desire for hastened death in metastatic cancer patients. Soc Sci Med. 2009;68(3):562-9.
28. Riedl D, Schüßler G. Factors associated with and risk factors for depression in cancer patients - A systematic literature review. Transl Oncol. 2022;16:101328.
29. Arch JJ, Genung SR, Ferris MC, Kirk A, Slivjak ET, Fishbein JN, et al. Presence and predictors of anxiety disorder onset following cancer diagnosis among anxious cancer survivors. Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer. 2020;28(9):4425-33.
30. de Rooij BH, Oerlemans S, van Deun K, Mols F, de Ligt KM, Husson O, et al. Symptom clusters in 1330 survivors of 7 cancer types from the PROFILES registry: A network analysis. Cancer. 2021;127(24):4665-74.
31. Lebel S, Ozakinci G, Humphris G, Mutsaers B, Thewes B, Prins J. From normal response to clinical problem: definition and clinical features of fear of cancer recurrence. Support Care Cancer. 2016;24(8):3265-8.
32. Mutsaers B, Butow P, Dinkel A, Humphris G, Maheu C, Ozakinci G. Identifying the key characteristics of clinical fear of cancer recurrence: An international Delphi study. Psychooncology. 2020;29(2):430-6.

33. Kolsteren EEM, Deuning-Smit E, Chu AK, van der Hoeven YCW, Prins JB, van der Graaf WTA, et al. Psychosocial Aspects of Living Long Term with Advanced Cancer and Ongoing Systemic Treatment: A Scoping Review. Cancers (Basel). 2022;14(16).
34. Custers JA, Kwakkenbos L, van der Graaf WT, Prins JB, Gielissen MF, Thewes B. Not as Stable as We Think: A Descriptive Study of 12 Monthly Assessments of Fear of Cancer Recurrence Among Curatively-Treated Breast Cancer Survivors 0–5 Years After Surgery. Frontiers in Psychology. 2020;Volume 11 - 2020.
35. Mutsaers B, Jones G, Rutkowski N, Tomei C, Séguin Leclair C, Petricone-Westwood D. When fear of cancer recurrence becomes a clinical issue: a qualitative analysis of features associated with clinical fear of cancer recurrence. Support Care Cancer. 2016;24(10):4207-18.
36. Walker J, Hansen CH, Martin P, Symeonides S, Ramessur R, Murray G, et al. Prevalence, associations, and adequacy of treatment of major depression in patients with cancer: a cross-sectional analysis of routinely collected clinical data. Lancet Psychiatry. 2014;1(5):343-50.
37. Smith AB, Girgis A, Taylor N, Pearce A, Liu J, Shepherd HL, et al. Step-by-step: A clinical pathway for stepped care management of fear of cancer recurrence—results of a three-round online delphi consensus process with Australian health professionals and researchers. Journal of Cancer Survivorship. 2024.
38. National Cancer Institute. Definitions 2025 [Available from: https://cancercontrol.cancer.gov/ocs/definitions.
39. Krebber AM, Buffart LM, Kleijn G, Riepma IC, de Bree R, Leemans CR, et al. Prevalence of depression in cancer patients: a meta-analysis of diagnostic interviews and self-report instruments. Psychooncology. 2014;23(2):121-30.
40. Meijer A, Roseman M, Delisle VC, Milette K, Levis B, Syamchandra A, et al. Effects of screening for psychological distress on patient outcomes in cancer: a systematic review. J Psychosom Res. 2013;75(1):1-17.
41. Schouten B, Avau B, Bekkering G, Vankrunkelsven P, Mebis J, Hellings J, et al. Systematic screening and assessment of psychosocial well-being and care needs of people with cancer. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2019(3).
42. Sutherland R, O'Callaghan V, Henderson S, Nelson A, Jefford M, Zorbas H. Recommendations for the Identification and Management of Fear of Cancer Recurrence in Adult Cancer Survivors. Psycho-Oncology. 2014;23:109-10.
43. Manea L, Gilbody S, McMillan D. Optimal cut-off score for diagnosing depression with the Patient Health Questionnaire (PHQ-9): a meta-analysis. Canadian Medical Association Journal. 2012;184(3):E191.
44. Pedersen SS, Mathiasen K, Christensen KB, Makransky G. Psychometric analysis of the Patient Health Questionnaire in Danish patients with an implantable cardioverter defibrillator (The DEFIB-WOMEN study). J Psychosom Res. 2016;90:105-12.
45. Christensen KS, Sparle-Christensen M. Comparing the construct validity of the Patient Health Questionnaire (PHQ-9) and the Major Depression Inventory (MDI) using Rasch analysis. J Affect Disord. 2023;333:44-50.
46. Esser P, Hartung TJ, Friedrich M, Johansen C, Wittchen HU, Faller H, et al. The Generalized Anxiety Disorder Screener (GAD-7) and the anxiety module of the Hospital and Depression Scale (HADS-A) as screening tools for generalized anxiety disorder among cancer patients. Psychooncology. 2018;27(6):1509-16.

47. Clover K, Lambert SD, Oldmeadow C, Britton B, King MT, Mitchell AJ, et al. Apples to apples? Comparison of the measurement properties of Hospital Anxiety and Depression-Anxiety subscale (HADS-A), Depression, Anxiety and Stress Scale-Anxiety subscale (DASS-A), and Generalised Anxiety Disorder (GAD-7) Scale in an oncology setting using Rasch analysis and diagnostic accuracy statistics. Current Psychology: A Journal for Diverse Perspectives on Diverse Psychological Issues. 2022;41(7):4592-601.
48. Pedersen HS, Bang CK, Anders P, and Sparle Christensen K. Structural validity of the Anxiety Symptom Scale – a Danish validation study. Nordic Journal of Psychiatry. 2025;79(2):166-74.
49. Thewes B, Butow P, Zachariae R, Christensen S, Simard S, Gotay C. Fear of cancer recurrence: a systematic literature review of self-report measures. Psychooncology. 2012;21(6):571-87.
50. Hovdenak Jakobsen I, Jeppesen MM, Simard S, Thaysen HV, Laurberg S, Juul T. Initial validation of the Danish version of the Fear of Cancer Recurrence Inventory (FCRI) in colorectal cancer patients. J Cancer Surviv. 2018;12(6):723-32.
51. Simard S, Savard J. Fear of Cancer Recurrence Inventory: development and initial validation of a multidimensional measure of fear of cancer recurrence. Support Care Cancer. 2009;17(3):241-51.
52. Mattsson S, Olsson EMG, Carlsson M, Johansson BBK. Identification of Anxiety and Depression Symptoms in Patients With Cancer: Comparison Between Short and Long Web-Based Questionnaires. J Med Internet Res. 2019;21(4):e11387.
53. Mitchell AJ. Pooled results from 38 analyses of the accuracy of distress thermometer and other ultra-short methods of detecting cancer-related mood disorders. J Clin Oncol. 2007;25(29):4670-81.
54. Mitchell AJ. Short screening tools for cancer-related distress: a review and diagnostic validity meta-analysis. Journal of the National Comprehensive Cancer Network : JNCCN. 2010;8(4):487-94.
55. Mitchell AJ, Meader N, Davies E, Clover K, Carter GL, Loscalzo MJ, et al. Meta-analysis of screening and case finding tools for depression in cancer: evidence based recommendations for clinical practice on behalf of the Depression in Cancer Care consensus group. J Affect Disord. 2012;140(2):149-60.
56. Pejtersen PB, Kiesbüy H, Vestergaard TK, Lassen TH. Screening for depression - hos kræftpatienter i specialiseret palliativ indsats. 2023.
57. Johnsen NF, Jensen SN, Christensen KB, Pedersen SS, Helmark C, Zwisler A-D, et al. Screening for anxiety and depression in clinical practice: translating scores from World Health Organization-5/Anxiety Symptom Scale-2/Major Depression Inventory-2 to Hospital Anxiety and Depression Scale. European Journal of Preventive Cardiology. 2023;30(15):1689-701.
58. Rudy L, Maheu C, Körner A, Lebel S, Gélinas C. The FCR-1: The psychometric properties of a single-item measure of fear of cancer recurrence2019.
59. Lyhne JD, Smith AB, Timm S, Simard S, Jensen LH, Frostholm L, et al. Validity and screening capacity of the FCR-1r for fear of cancer recurrence in long-term colorectal cancer survivors. Supportive Care in Cancer. 2023;31(12):690.
60. Smith AB, Gao M, Tran M, Ftanou M, Jegathees S, Wu V, et al. Evaluation of the validity and screening performance of a revised single-item fear of cancer recurrence screening measure (FCR-1r). Psycho-Oncology. 2023;32(6):961-71.
61. Rogers SN, Cross B, Talwar C, Lowe D, Humphris G. A single-item screening question for fear of recurrence in head and neck cancer. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2016;273(5):1235-42.
62. Donovan KA, Grassi L, McGinty HL, Jacobsen PB. Validation of the distress thermometer worldwide: state of the science. Psychooncology. 2014;23(3):241-50.

63. Deuning-Smit E, Custers JAE, Kwakkenbos L, Hermens R, Prins JB. Evaluating the capacity of the distress thermometer to detect high fear of cancer recurrence. Psychooncology. 2023;32(2):266-74.
64. Andersen BL, DeRubeis RJ, Berman BS, Gruman J, Champion VL, Massie MJ, et al. Screening, Assessment, and Care of Anxiety and Depressive Symptoms in Adults With Cancer: An American Society of Clinical Oncology Guideline Adaptation. Journal of Clinical Oncology. 2014;32(15):1605-19.
65. Andersen BL, Lacchetti C, Ashing K, Berek JS, Berman BS, Bolte S, et al. Management of Anxiety and Depression in Adult Survivors of Cancer: ASCO Guideline Update. Journal of Clinical Oncology. 2023;41(18):3426-53.
66. Truijens F, Zühlke-van Hulzen L, Vanheule S. To manualize, or not to manualize: Is that still the question? A systematic review of empirical evidence for manual superiority in psychological treatment. Journal of Clinical Psychology. 2019;75(3):329-43.
67. American Psychiatric A. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5-TR. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2022.
68. McFarland DC, Riba M, Grassi L. Clinical Implications of Cancer Related Inflammation and Depression: A Critical Review. Clin Pract Epidemiol Ment Health. 2021;17(1):287-94.
69. Bergenthal N, Will A, Streckmann F, et al. Aerobic physical exercise for adult patients with haematological malignancies. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2014;11:Cd009075.
70. Dennett AM, Sarkies M, Shields N, et al. Multidisciplinary, exercise-based oncology rehabilitation programs improve patient outcomes but their effects on healthcare service-level outcomes remain uncertain: A systematic review. Journal of Physiotherapy. 2021;67:12-26.
71. McGettigan M, Cardwell CR, Cantwell MM, et al. Physical activity interventions for disease-related physical and mental health during and following treatment in people with non-advanced colorectal cancer. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2020;5:CD012864.
72. Singh B, Spence RR, Steele ML, et al. A systematic review and meta-analysis of the safety, feasibility, and effect of exercise in women with stage II+ breast cancer. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation. 2018;99:2621-36.
73. Knips L, Bergenthal N, Streckmann F, Monsef I, Elter T, Skoetz N. Aerobic physical exercise for adult patients with haematological malignancies. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2019;1(1):CD009075.
74. Chen YY, Guan BS, Li ZK, et al. Effect of telehealth intervention on breast cancer patients' quality of life and psychological outcomes: A meta-analysis. Journal of Telemedicine and Telecare. 2018;24:157-67.
75. Fulton JJ, Newins AR, Porter LS, et al. Psychotherapy targeting depression and anxiety for use in palliative care: A meta-analysis. Journal of Palliative Medicine. 2018;21:1024-37.
76. Jassim GA, Whitford DL, Hickey A, et al. Psychological interventions for women with non-metastatic breast cancer. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2015;5:Cd008729.
77. Kim SH, Kim K, Mayer DK. Self-management intervention for adult cancer survivors after treatment: A systematic review and meta-analysis. Oncology Nursing Forum. 2017;44:719-28.
78. López-López JA, Davies SR, Caldwell DM, et al. The process and delivery of CBT for depression in adults: A systematic review and network meta-analysis. Psychological Medicine. 2019;49:1937-47.
79. Oberoi S, Yang J, Woodgate RL, et al. Association of mindfulness-based interventions with anxiety severity in adults with cancer: A systematic review and meta-analysis. JAMA Network Open. 2020;3:e2012598.

80. Ostuzzi G, Matcham F, Dauchy S, et al. Antidepressants for the treatment of depression in people with cancer. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2018;4:Cd011006.
81. Ream E, Hughes AE, Cox A, et al. Telephone interventions for symptom management in adults with cancer. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2020;6:Cd007568.
82. Uphoff E, Pires M, Barbui C, et al. Behavioural activation therapy for depression in adults with non-communicable diseases. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2020;8:Cd013461.
83. Wang Y, Lin Y, Chen J, et al. Effects of Internet-based psycho-educational interventions on mental health and quality of life among cancer patients: A systematic review and meta-analysis. Supportive Care in Cancer. 2020;28:2541-52.
84. Xunlin NG, Lau Y, Klainin-Yobas P. The effectiveness of mindfulness-based interventions among cancer patients and survivors: A systematic review and meta-analysis. Supportive Care in Cancer. 2020;28:1563-78.
85. Yang YL, Sui GY, Liu GC, et al. The effects of psychological interventions on depression and anxiety among Chinese adults with cancer: A meta-analysis of randomized controlled studies. BMC Cancer. 2014;14:956.
86. Zhang Q, Zhao H, Zheng Y. Effectiveness of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on symptom variables and health-related quality of life in breast cancer patients—A systematic review and meta-analysis. Supportive Care in Cancer. 2019;27:771-81.
87. Beutel ME, Weißflog G, Leuteritz K, et al. Efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy (STPP) with depressed breast cancer patients: Results of a randomized controlled multicenter trial. Annals of Oncology. 2014;25:378-84.
88. Blanco C, Markowitz JC, Hellerstein DJ, et al. A randomized trial of interpersonal psychotherapy, problem solving therapy, and supportive therapy for major depressive disorder in women with breast cancer. Breast Cancer Research and Treatment. 2019;173:353-64.
89. Chen SC, Huang BS, Hung TM, et al. Impact of a behavior change program and health education on social interactions in survivors of head and neck cancer: Randomized controlled trial. Psycho-Oncology. 2019;28:293-300.
90. Desautels C, Savard J, Ivers H, et al. Treatment of depressive symptoms in patients with breast cancer: A randomized controlled trial comparing cognitive therapy and bright light therapy. Health Psychology. 2018;37:1-13.
91. Gudenkauf LM, Antoni MH, Stagl JM, et al. Brief cognitive-behavioral and relaxation training interventions for breast cancer: A randomized controlled trial. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2015;83:677-88.
92. Rodin G, Lo C, Rydall A, et al. Managing cancer and living meaningfully (CALM): A randomized controlled trial of a psychological intervention for patients with advanced cancer. Journal of Clinical Oncology. 2018;36:2422-32.
93. Serfaty M, King M, Nazareth I, et al. Effectiveness of cognitive-behavioural therapy for depression in advanced cancer: CanTalk randomised controlled trial. British Journal of Psychiatry. 2020;216:213-21.
94. Stagl JM, Antoni MH, Lechner SC, et al. Randomized controlled trial of cognitive behavioral stress management in breast cancer: A brief report of effects on 5-year depressive symptoms. Health Psychology. 2015;34:176-80.

95. Stagl JM, Bouchard LC, Lechner SC, et al. Long-term psychological benefits of cognitive-behavioral stress management for women with breast cancer: 11-Year follow-up of a randomized controlled trial. Cancer. 2015;121:1873-81.
96. Syrjala KL, Yi JC, Artherholt SB, et al. An online randomized controlled trial, with or without problem-solving treatment, for long-term cancer survivors after hematopoietic cell transplantation. Journal of Cancer Survivorship. 2018;12:560-70.
97. Turner J, Kelly B, Clarke D, et al. A tiered multidisciplinary approach to the psychosocial care of adult cancer patients integrated into routine care: The PROMPT study (a cluster-randomised controlled trial). Supportive Care in Cancer. 2017;25:17-26.
98. Meulen IC, May AM, Ros WJ, et al. One-year effect of a nurse-led psychosocial intervention on depressive symptoms in patients with head and neck cancer: A randomized controlled trial. The Oncologist. 2013;18:336-44.
99. Sharpe M, Walker J, Hansen CH, et al. Integrated collaborative care for comorbid major depression in patients with cancer (SMaRT Oncology-2): A multicentre randomised controlled effectiveness trial. Lancet. 2014;384:1099-108.
100. Steel JL, Geller DA, Kim KH, et al. Web-based collaborative care intervention to manage cancer-related symptoms in the palliative care setting. Cancer. 2016;122:1270-82.
101. Vodermaier A, Millman R, Koenig J, et al. Development and feasibility of a web-based program for managing depression and anxiety in patients with advanced cancer. Journal of Clinical Oncology. 2020;38:207-13.
102. Saxton JM, Scott EJ, Daley AJ, et al. Effects of an exercise and hypocaloric healthy eating intervention on indices of psychological health status, hypothalamic-pituitary-adrenal axis regulation and immune function after early-stage breast cancer: A randomised controlled trial. Breast Cancer Research. 2014;16:3393.
103. Chow KM, Chan CWH, Choi KC, et al. A theory-driven psycho-educational intervention programme for gynaecological cancer patients during treatment trajectory: A randomised controlled trial. Psychooncology. 2020;29:437-43.
104. Greer JA, Jacobs J, Pensak N, et al. Randomized trial of a tailored cognitive-behavioral therapy mobile application for anxiety in patients with incurable cancer. Oncologist. 2019;24:1111-20.
105. Schofield P, Gough K, Lotfi-Jam K, et al. Nurse-led group consultation intervention reduces depressive symptoms in men with localised prostate cancer: A cluster randomised controlled trial. BMC Cancer. 2016;16:637.
106. Balck F, Zschieschang A, Zimmermann A, et al. A randomized controlled trial of problem-solving training (PST) for hematopoietic stem cell transplant (HSCT) patients: Effects on anxiety, depression, distress, coping and pain. J Psychosoc Oncol. 2019(541-556).
107. Børøsund E, Cvancarova M, Moore SM, et al. Comparing effects in regular practice of e-communication and Web-based self-management support among breast cancer patients: Preliminary results from a randomized controlled trial. J Med Internet Res. 2014(e295).
108. Dirkse D, Hadjistavropoulos HD, Alberts NA, et al. Making Internet-delivered cognitive behaviour therapy scalable for cancer survivors: A randomized noninferiority trial of self-guided and technician-guided therapy. J Cancer Surviv. 2020(211-225).

109. Halkett GKB, O'Connor M, Aranda S, et al. Pilot randomised controlled trial of a radiation therapist-led educational intervention for breast cancer patients prior to commencing radiotherapy. Support Care Cancer. 2013(1725-1733).
110. Ho RTH, Fong TCT, Lo PHY, et al. Randomized controlled trial of supportive-expressive group therapy and body-mind-spirit intervention for Chinese nonmetastatic breast cancer patients. Support Care Cancer. 2016(4929-4937).
111. Hoek PD, Schers HJ, Bronkhorst EM, et al. The effect of weekly specialist palliative care teleconsultations in patients with advanced cancer—A randomized clinical trial. BMC Med. 2017(119).
112. Julião M, Oliveira F, Nunes B, et al. Efficacy of dignity therapy on depression and anxiety in Portuguese terminally ill patients: A phase II randomized controlled trial. J Palliat Med. 2014(688-695).
113. Lepore SJ, Buzaglo JS, Lieberman MA, et al. Comparing standard versus prosocial internet support groups for patients with breast cancer: A randomized controlled trial of the helper therapy principle. J Clin Oncol. 2014(4081-4086).
114. Li Z, Geng W, Yin J, et al. Effect of one comprehensive education course to lower anxiety and depression among Chinese breast cancer patients during the postoperative radiotherapy period—One randomized clinical trial. Radiat Oncol. 2018(111).
115. Li Z, Wei D, Zhu C, et al. Effect of a patient education and rehabilitation program on anxiety, depression and quality of life in muscle invasive bladder cancer patients treated with adjuvant chemotherapy. Medicine (Baltimore). 2019(e17437).
116. Mohd-Sidik S, Akhtari-Zavare M, Periasamy U, et al. Effectiveness of chemotherapy counselling on self-esteem and psychological affects among cancer patients in Malaysia: Randomized controlled trial. Patient Educ Couns. 2018(862-871).
117. Murphy MJ, Newby JM, Butow P, et al. Randomised controlled trial of internet-delivered cognitive behaviour therapy for clinical depression and/or anxiety in cancer survivors (iCanADAPT Early). Psychooncology. 2020(76-85).
118. Ng CG, Boks MP, Roes KC, et al. Rapid response to methylphenidate as an add-on therapy to mirtazapine in the treatment of major depressive disorder in terminally ill cancer patients: A four-week, randomized, double-blinded, placebo-controlled study. Eur Neuropsychopharmacol. 2014(491-498).
119. Nissen ER, O'Connor M, Kaldo V, et al. Internet-delivered mindfulness-based cognitive therapy for anxiety and depression in cancer survivors: A randomized controlled trial. Psychooncology. 2020(68-75).
120. Ren W, Qiu H, Yang Y, et al. Randomized controlled trial of cognitive behavioural therapy for depressive and anxiety symptoms in Chinese women with breast cancer. Psychiatry Res. 2019(52-59).
121. Rissanen R, Nordin K, Ahlgren J, et al. A stepped care stress management intervention on cancer-related traumatic stress symptoms among breast cancer patients—A randomized study in group vs. individual setting. Psychooncology. 2015(1028-1035).
122. Turner J, Kelly B, Clarke D, et al. A tiered multidisciplinary approach to the psychosocial care of adult cancer patients integrated into routine care: The PROMPT study (a cluster-randomised controlled trial). Support Care Cancer. 2017(17-26).
123. Meulen IC, May AM, Ros WJ, et al. One-year effect of a nurse-led psychosocial intervention on depressive symptoms in patients with head and neck cancer: A randomized controlled trial. Oncologist. 2013(336-344).

124. Zhao P, Wu Z, Li C, et al. Postoperative analgesia using dezocine alleviates depressive symptoms after colorectal cancer surgery: A randomized, controlled, double-blind trial. PLoS One. 2020(e0233412).
125. Chen HM, Tsai CM, Wu YC, Lin KC, Lin CC. Randomised controlled trial on the effectiveness of home-based walking exercise on anxiety, depression and cancer-related symptoms in patients with lung cancer. Br J Cancer. 2015;112(3):438-45.
126. Alamdarsaravi M, Ghajar A, Noorbala AA, et al. Efficacy and safety of celecoxib monotherapy for mild to moderate depression in patients with colorectal cancer: A randomized double-blind, placebo controlled trial. Psychiatry Research. 2017;255:59-65.
127. Ng CG, Boks MP, Roes KC, et al. Rapid response to methylphenidate as an add-on therapy to mirtazapine in the treatment of major depressive disorder in terminally ill cancer patients: A four-week, randomized, double-blinded, placebo-controlled study. European Neuropsychopharmacology. 2014;24:491-8.
128. Wang J, Wang Y, Xu X, et al. Use of various doses of S-ketamine in treatment of depression and pain in cervical carcinoma patients with mild/moderate depression after laparoscopic total hysterectomy. Med Sci Monit. 2020;26:e922028.
129. Zhao X. Reminiscence therapy-based care program for reducing anxiety and depression in glioma survivors: A randomized controlled trial. Medicine (Baltimore). 2021;100:e23056.
130. Rådet for Anvendelse af Dyr Sygehusmedicin. Psykiatri 2025 [Available from: https://rads.dk/behandlingsvejledninger/psykiatri/.
131. Ostuzzi G, Matcham F, Dauchy S, Barbui C, Hotopf M. Antidepressants for the treatment of depression in people with cancer. Cochrane Database Syst Rev. 2015;2015(6):Cd011006.
132. Dirkse D, Hadjistavropoulos HD, Alberts NA, Karin E, Schneider LH, Titov N, et al. Making Internet-delivered cognitive behaviour therapy scalable for cancer survivors: a randomized non-inferiority trial of self-guided and technician-guided therapy. J Cancer Surviv. 2020;14(2):211-25.
133. Omidi Z, Kheirkhah M, Abolghasemi J, Haghighat S. Effect of lymphedema self-management group-based education compared with social network-based education on quality of life and fear of cancer recurrence in women with breast cancer: a randomized controlled clinical trial. Qual Life Res. 2020;29(7):1789-800.
134. Wagner LI, Tooze JA, Hall DL, Levine BJ, Beaumont J, Duffecy J, et al. Targeted eHealth Intervention to Reduce Breast Cancer Survivors' Fear of Recurrence: Results From the FoRtitude Randomized Trial. J Natl Cancer Inst. 2021;113(11):1495-505.
135. Akechi T, Momino K, Katsuki F, Yamashita H, Sugiura H, Yoshimoto N, et al. Brief collaborative care intervention to reduce perceived unmet needs in highly distressed breast cancer patients: randomized controlled trial. Jpn J Clin Oncol. 2021;51(2):244-51.
136. Lynch FA, Katona L, Jefford M, Smith AB, Shaw J, Dhillon HM, et al. Feasibility and Acceptability of Fear-Less: A Stepped-Care Program to Manage Fear of Cancer Recurrence in People with Metastatic Melanoma. J Clin Med. 2020;9(9).
137. Cincidda C, Pizzoli SFM, Pravettoni G. Remote Psychological Interventions for Fear of Cancer Recurrence: Scoping Review. JMIR Cancer. 2022;8(1):e29745.
138. Dieng M, Morton RL, Costa DSJ, Butow PN, Menzies SW, Lo S, et al. Benefits of a brief psychological intervention targeting fear of cancer recurrence in people at high risk of developing another melanoma: 12-month follow-up results of a randomized controlled trial. Br J Dermatol. 2020;182(4):860-8.

139. Kang DW, Fairey AS, Boulé NG, Field CJ, Wharton SA, Courneya KS. A Randomized Trial of the Effects of Exercise on Anxiety, Fear of Cancer Progression and Quality of Life in Prostate Cancer Patients on Active Surveillance. The Journal of urology. 2022;207(4):814-22.
140. Liu JJ, Butow P, Beith J. Systematic review of interventions by non-mental health specialists for managing fear of cancer recurrence in adult cancer survivors. Support Care Cancer. 2019;27(11):4055-67.
141. Chen D, Sun W, Liu N, Wang J, Zhao J, Zhang Y, et al. Fear of Cancer Recurrence: A Systematic Review of Randomized, Controlled Trials. Oncol Nurs Forum. 2018;45(6):703-12.
142. Tauber NM, O'Toole MS, Dinkel A, Galica J, Humphris G, Lebel S, et al. Effect of Psychological Intervention on Fear of Cancer Recurrence: A Systematic Review and Meta-Analysis. J Clin Oncol. 2019;37(31):2899-915.
143. Sharpe L, Turner J, Fardell JE, Thewes B, Smith AB, Gilchrist J, et al. Psychological intervention (ConquerFear) for treating fear of cancer recurrence: mediators and moderators of treatment efficacy. J Cancer Surviv. 2019;13(5):695-702.
144. Hall DL, Luberto CM, Philpotts LL, Song R, Park ER, Yeh GY. Mind-body interventions for fear of cancer recurrence: A systematic review and meta-analysis. Psychooncology. 2018;27(11):2546-58.
145. Park SY, Lim JW. Cognitive behavioral therapy for reducing fear of cancer recurrence (FCR) among breast cancer survivors: a systematic review of the literature. BMC Cancer. 2022;22(1):217.
146. AhmadiQaragezlou N, Boogar IR, Asadi J, Vojdani R. The Effectiveness of Mindfulness-based Stress Reduction on Fear of Cancer Recurrence in Colorectal and Breast Cancer Patients: A Randomized Controlled Trial. Middle East Journal of Cancer. 2020;11(2).
147. Cillessen L, Schellekens MPJ, Van de Ven MOM, Donders ART, Compen FR, Bisseling EM, et al. Consolidation and prediction of long-term treatment effect of group and online mindfulness-based cognitive therapy for distressed cancer patients. Acta Oncol. 2018;57(10):1293-302.
148. Frangou E, Bertelli G, Love S, Mackean MJ, Glasspool RM, Fotopoulou C, et al. OVPSYCH2: A randomized controlled trial of psychological support versus standard of care following chemotherapy for ovarian cancer. Gynecol Oncol. 2021;162(2):431-9.
149. Maheu C, Lebel S, Bernstein LJ, Courbasson C, Singh M, Ferguson SE, et al. Fear of cancer recurrence therapy (FORT): A randomized controlled trial. Health Psychol. 2023;42(3):182-94.
150. Butow PN, Turner J, Gilchrist J, Sharpe L, Smith AB, Fardell JE, et al. Randomized Trial of ConquerFear: A Novel, Theoretically Based Psychosocial Intervention for Fear of Cancer Recurrence. J Clin Oncol. 2017;35(36):4066-77.
151. Luigjes-Huizer YL, van der Lee ML, Richel C, Masselink RA, de Wit NJ, Helsper CW. Patient-reported needs for coping with worry or fear about cancer recurrence and the extent to which they are being met: a survey study. J Cancer Surviv. 2024;18(3):791-9.
152. Burm R, Thewes B, Rodwell L, Kievit W, Speckens A, van de Wal M, et al. Long-term efficacy and cost-effectiveness of blended cognitive behavior therapy for high fear of recurrence in breast, prostate and colorectal Cancer survivors: follow-up of the SWORD randomized controlled trial. BMC Cancer. 2019;19(1):462.
153. Kim SH, Park S, Kim SJ, Hur MH, Lee BG, Han MS. Self-management Needs of Breast Cancer Survivors After Treatment: Results From a Focus Group Interview. Cancer Nurs. 2020;43(1):78-85.
154. Taylor MF, and Pooley JA. Life is precious: Sarcoma/giant-cell tumors survivors' perspectives on their psychological journey. Journal of Psychosocial Oncology. 2018;36(6):681-99.

155. Keesing S, Lorna R, and McNamara B. A call to action: The need for improved service coordination during early survivorship for women with breast cancer and partners. Women & Health. 2019;59(4):406-19.
156. Hotchkiss ME, Ahmad ZN, Ford JS. Cancer–Peer Connection in the Context of Adolescent and Young Adult Cancer: A Qualitative Exploration. Journal of Adolescent and Young Adult Oncology. 2022;12(1):83-92

5. Metode

Litteratursøgning

Litteratursøgningen er gennemført i overensstemmelse med principperne for en tre-trins søgestrategi, som anbefalet i gældende metodiske vejledninger. Søgningen er foretaget af Retningslinjefunktionen under Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut i tæt samarbejde med tovholder for retningslinjen.
Der er søgt i følgende databaser: PubMed (MEDLINE), PsycINFO, Embase, CINAHL samt i relevante guideline-databaser med henblik på at identificere eksisterende retningslinjer og evidensbaseret litteratur. Søgeperioden dækker årene 2004 til 2024. Populationen omfatter kræftoverlevere, og fokus har været på litteratur, der omhandler psykiske senfølger.
Der er anvendt relevante søgetermer og kombinationer heraf, målrettet de kliniske problemstillinger beskrevet i retningslinjen. Hvor der blev identificeret eksisterende guidelines, som på fyldestgørende vis besvarede de kliniske spørgsmål, blev søgningen afsluttet på dette niveau.
Inklusionskriterier omfattede internationale guidelines, systematiske reviews og primærstudier vedrørende kræftoverlevere og senfølger, publiceret på dansk eller engelsk inden for den angivne periode.
For nærmere detaljer om søgestrategien og anvendte søgestrenge henvises til bilag 1.

Litteraturgennemgang

Litteraturen er gennemgået af forfattergruppen i tæt samarbejde med Retningslinjefunktionen under Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut. Gennemgangen har fulgt en systematisk tilgang baseret på de studier, der blev identificeret gennem litteratursøgningen.Evidensstyrken for inkluderede studier blev klassificeret i henhold til Oxford Levels of Evidence. Anbefalinger mærket A baserer sig på stærkeste evidens og anbefalinger mærket D baserer sig på svageste evidens. Den metodiske kvalitetsvurdering af eksisterende guidelines blev foretaget af Retningslinjefunktionen under Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitutved ved anvendelse af AGREE II-instrumentet. Resultaterne kan rekvireres ved henvendelse til Retningslinjefunktionen. Ved dataekstraktion er der lagt særlig vægt på studiepopulationen, outcomes og effektmål samt studiedesign og relevante kontekstuelle faktorer. Datasyntesen blev foretaget som en narrativ sammenfatning, organiseret efter hovedtemaer og klinisk relevans. Hvor det var muligt, blev resultater sammenlignet på tværs af studier for at identificere konsistente fund eller variationer i evidensen.

Formulering af anbefalinger

Anbefalingerne i denne retningslinje er formuleret af retningslinjegruppen med støtte fra Retningslinjefunktionen under Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut. Processen har været baseret på en uformel konsensusmetode, hvor alle medlemmer havde mulighed for at bidrage med faglig vurdering og erfaring. Ved eventuel uenighed er der opnået afklaring gennem drøftelser i plenum.

Anbefalingerne er formuleret med bevidst sproglig præcision, hvor ordvalget afspejler styrken af anbefalingen:

- "Skal" anvendes for stærke anbefalinger baseret på høj evidens eller bred konsensus.
- "Bør" anvendes ved anbefalinger, hvor evidensen er god, men der kan være behov for individuel tilpasning afhængigt af klinisk kontekst.
- "Kan" anvendes ved begrænset evidens eller hvor beslutningen afhænger af patientpræferencer eller klinisk kontekst.

Interessentinvolvering

De kliniske retningslinjer på senfølgeområdet er udarbejdet i et samarbejde mellem relevante aktører, herunder Dansk Psyko-Onkologisk Netværk (DPOC), Dansk Center for Brystkræftsenfølger (DCCL), Center for Forskning i Senfølger efter Kræft Bækken-bundsorganerne og Nationalt Center for Senfølger hos Kræftoverlevere (CASTLE) samt Enhed for Psyko-onkologi og Sundhedspsykologi, repræsentanter fra de regionale senfølgeklinikker i Region Syddanmark og Region Sjælland, Dansk Selskab for Almen Medicin, Kræftens Bekæmpelse, Sundhedsstyrelsen, Senfølgerforeningen og Regionernes Kliniske Kvalitetsprogram (RKKP). Indsatsen med retningslinjer er forstærket i forbindelse med Kræftplan V og har til formål at understøtte en evidensbaseret kræftindsats af høj og ensartet kvalitet i Danmark. Yderligere information om kliniske retningslinjer på kræftområdet kan findes på: www.dmcg.dk/kliniske-retningslinjer

Patientperspektivet er systematisk inddraget via litteratur og løbende deltagelse af patientrepræsentanter i processen. Patienternes erfaringer og ønsker har haft direkte indflydelse på valg og formulering af anbefalingerne. Den systematiske søgestrategi for patienternes perspektiv fremgår af bilag 1.

Høring

Udkast til retningslinjen er blevet sendt til kommentering blandt relevante faggrupper og organisationer, herunder Danish Comprehensive Cancer Center (DCCC), Danske Multidisciplinære Cancer Grupper (DMCG), Danish Psycho-Oncology Cooperative Group (DPOC), Danske Multidisciplinære Psykiatri Grupper (DMPG), Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM), Dansk Psykologforening (DP), Dansk Sundhedspsykologisk Selskab (DSS), Dansk Center for Søvnsygdomme, Dansk Selskab for Onkologisk og Palliativ Fysioterapi (DSOPF), Senfølgeforeningen og Kræftens Bekæmpelse (KB).

Godkendelse

Faglig godkendelse:
Retningslinjen er godkendt af Tre nationale senfølgeforskningscentre, Dansk Center for Brystkræftsenfølger (DCCL), Center for Forskning i Senfølger efter Kræft i Bækkenbundsorganerne og Nationalt Center for Senfølger hos Kræftoverlevere (CASTLE) i fællesskab med DBCG og DCCG.

Administrativ godkendelse:
Godkendt af sekretariatet for kliniske retningslinjer på kræftområdet den 22. august 2025.

Anbefalinger, der udløser betydelig merudgift

Der er ikke betydelige merudgifter ved anbefalinger

Behov for yderligere forskning

Evidensgrundlaget for at anbefale vedvarende, regelmæssig og systematisk screening til alle mennesker, der har haft kræft, er begrænset, hvorfor aktuelle anbefalinger er baseret på publicerede konsensus statements samt diskussioner i forfattergrupperne bag de kliniske retningslinjer for generelle senfølger. Det anbefales at tilvejebringe solid forskning på dette område.
Derudover kan den foreliggende evidens ikke klart afgøre, hvilken screeningsmetode eller redskab, der bør anvendes. Det vurderes hensigtsmæssigt, at der på nationalt plan opnås konsensus herom.

Forfattere og habilitet

- Johanne Dam Lyhne, læge, kræftafdelingen på Vejle Sygehus, formand for Dansk Psyko-Onkologisk Netværk (DPOC) - Koordinator
- Annika von Heymann, psykolog, seniorforsker, CASTLE, Afd. for Kræftbehandling, Rigshospitalet, næstformand i DPOC
- Anders Bonde Jensen, læge, Institut for Klinisk Medicin, Aarhus Universitet, medlem af DPOC og styregruppemedlem af Dansk Center for Brystkræftsenfølger (DCCL)
- Nina Tauber Møller, privatpraktiserende psykolog, medlem af DPOC
- Christian Storbjerg Houmøller, psykolog, Klinisk for Senfølger efter Kræft på Odense Universitetshospital, medlem af DPOC
- Pernille Bech, klinisk sygeplejespecialist, kræftafdelingen på Vejle Sygehus, styregruppemedlem i DPOC og Dansk Center for Brystkræftsenfølger (DCCL)
- Charlotte Hammer, patientrepræsentant, formand for Senfølgerforeningen, styregruppemedlem i DPOC

Ingen af forfatterne har potentielle interessekonflikter.

Plan for opdatering

Retningslinjen skal opdateres om 4 år. Ved næste opdateringen forligger forventeligt opdaterede guidelines fra DSAM og DMPG som med fordel kan inddrages. Ligeledes kan det ved næste opdatering overvejes at have større fokus på forebyggelse af psykologiske senfølger.

Initiativet til og ansvaret for denne første version af retningslinjen ligger hos de tre nationale senfølgeforskningscentre, Dansk Center for Brystkræftsenfølger (DCCL), Center for Forskning i Senfølger efter Kræft Bækkenbundsorganerne og Nationalt Center for Senfølger hos Kræftoverlevere (CASTLE) i fællesskab med DBCG og DCCG. En opdatering af retningslinjen er planlagt til den 1. august, 2029.

Version af retningslinjeskabelon

Retningslinjen er udarbejdet i version 10 af skabelonen.

6. Monitorering

Selvom udviklingen af kvaliteten på dette område som udgangspunkt understøttes af viden fra de kliniske kvalitetsdatabaser i regi af Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut, og indikatorerne i databasen har til formål at belyse relevante kliniske retningslinjer, er det vigtigt at påpege, at der på nuværende tidspunkt ikke eksisterer en klinisk kvalitetsdatabase, som specifikt monitorerer tværgående senfølger efter kræft. Det betyder, at overvågningen af senfølger må ske i regi af de fagspecifikke databaser, hvor der kan følges op på mere sygdomsspecifikke senfølger og, i nogle tilfælde, også generelle senfølger. Den kliniske kvalitetsdatabases styregruppe har mandatet til at beslutte databasens indikatorsæt, hvilket inkluderer fastlæggelsen af hvilke processer og resultater, der monitoreres.

7. Bilag

Bilag 1 – Søgestrategi:

Søgeord og kombinationer internationale guidelines – søgning foretaget den 13. februar 2024:

GIN

Depression cancer: antal hits=1

Cancer survivor: antal hits=1

NICE (UK)

0 hits

SIGN

0 hits

Australian Clinical Practice Guidelines

0 hits

PubMed

(("Cancer"[Title/Abstract] OR "Neoplasm"[Title/Abstract] OR "Cancer patient"[Title/Abstract] OR "Cancer survivor"[Title/Abstract] OR "Oncology patient"[Title/Abstract]) AND ("depression"[Title/Abstract] OR "anxiety"[Title/Abstract] OR "fear"[Title/Abstract])) AND ((guideline[Filter]) AND (danish[Filter] OR english[Filter] OR german[Filter] OR norwegian[Filter] OR swedish[Filter]) AND (2014:2024[pdat]))

Antal hits = 11

PsycInfo

0 nye hits

Embase

(cancer:ti OR neoplasm:ti OR 'cancer patient':ti OR 'cancer survivor':ti OR 'oncology patient':ti) AND (depression:ti OR anxiety:ti OR fear:ti) AND guideline:ti AND [2014-2024]/py

Antal hits = 3

Cinahl

TI (Cancer OR Neoplasm OR "Cancer patient" OR "Cancer survivor" OR "Oncology patient") AND TI (depression OR anxiety OR fear) AND TI guideline

Antal hits = 2

Kunnskapssenteret (Norge)

0 hits

Helsedirektoratet (Norge)

0 hits

Socialstyrelsen (Sverige)

0 hits

SBU (Sverige)

0 hits

World Federation of Societies of Biological Psychiatry
0 hits
Texas Medication Algorithm Project
0 hits
British Association for Psychopharmacology
0 hits
Canadian Task Force on Preventive Health Care (Canada)
0 hits
Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANADA)
0 hits
U.S. Department of Veterans Affairs (USA)
0 hits
American Psychological Association Logo (USA)
0 hits
American Psychiatric Association
0 hits
National Comprehensive Cancer Network
NCCN Guidelines – RLS har ikke adgang. Flere relevante guidelines.

Søgeord og kombinationer systematiske reviews og primær studier – søgning foretaget den 19. december 2024:

Pubmed
(((cancer survivorship) AND (Intervention OR Treatment OR Therapy OR "Psychological therapy" OR "Psychological therapy" OR Psychotherapy OR "Psychological support" OR "Psychosocial support")) AND (Waitlist OR Placebo OR Control OR "Active control")) AND (Anxiety OR Worry OR Depressi OR Distress OR "Fear of cancer recurrence" OR "Fear of progression")*
Filters applied: Clinical Trial, Randomized Controlled Trial, Review, Systematic Review.
194 hits
Psycinfo
S1 AND S2 AND S3 AND S4
Filters: 2021-2025
Systematic reviews, Clinical trials, metaanalyser
7 hits

S1: Cancer survivorship

S2: Intervention OR Treatment OR Therapy OR "Psychological therapy" OR "Psychological therapy" OR Psychotherapy OR "Psychological support" OR "Psychosocial support"

S3: Waitlist OR Placebo OR Control OR "Active control"

S4: Anxiety OR Worry OR Depressi* OR Distress OR "Fear of cancer recurrence" OR "Fear of progression"

S1 AND S2 AND S3 AND S4
Filters: 2021-2015
33 hits

EMBASE
('cancer survivor'/exp OR 'cancer survivorship'/exp) AND ('intervention'/exp OR 'treatment'/exp OR 'therapy'/exp) AND ('placebo'/exp OR 'waitlist') AND ('anxiety'/exp OR 'patient worry'/exp OR 'distress syndrome'/exp OR 'fear of cancer recurrence'/exp) AND ('randomized controlled trial'/exp OR 'systematic review'/exp OR 'meta analysis'/exp OR 'clinical trial'/exp)

Filter år:
2021, 2022, 2023, 2024
18 hits

Cinahl
S1 AND S2 AND S3 AND S4
Filters: 2021-2025
Systematic reviews, Clinical trials, RCT, metaanalyser
75 hits

S1: Cancer survivorship OR Cancer survivors

S2: Intervention OR Treatment OR Therapy OR "Psychological therapy" OR "Psychological therapy" OR Psychotherapy OR "Psychological support" OR "Psychosocial support"

S3: Waitlist OR Placebo OR Control OR "Active control"

S4: Anxiety OR Worry OR Depressi* OR Distress OR "Fear of cancer recurrence" OR "Fear of progression"

COCHRANE:
0 hits

251 I alt

Titel og abstract screenings eksklusionskriterier:
Feasibility og pilot studier
protokol
Studiepopulation minoriteter sådan som asiat amerikanske kvinder med tidligere brystkræft
Traditionel kinesisk medicin. Eller kinesisk amerikanske kvinder
Sprog: koreansk (ikke filtreret)
Cancer patienter under behandling

Søgeord og kombinationer patienternes perspektiv – søgning foretaget den 30. december 2024:

Databaser og søgestrategi	*Dato for søgning*	*Hits*
PUBMED ((((((("Patient perspective" OR "Patient experience" OR "Patient reported outcomes" OR "Qualitative research" OR "Lived experience" OR "Survivors' narratives" AND (clinicaltrial[Filter] OR randomizedcontrolledtrial[Filter] OR review[Filter] OR systematicreview[Filter])) OR (Qualitative Research[MeSH Terms] AND (clinicaltrial[Filter] OR randomizedcontrolledtrial[Filter] OR review[Filter] OR systematicreview[Filter]))) OR (Patient Reported Outcome Measures [MeSH] AND (clinicaltrial[Filter] OR randomizedcontrolledtrial[Filter] OR review[Filter] OR systematicreview[Filter]))) OR ("Patient Reported Outcome Measures"[MAJR]))) AND ((("Survivorship"[Mesh]) OR (("cancer survivors"[MeSH Terms]))) OR (("cancer survivors"[MeSH Terms]) AND "Cancer Survivors"[Mesh])) OR ("Cancer survivorship" OR "Late effects of cancer treatment" OR "Cancer survivors")) AND (Treatment OR Rehabilitation OR Intervention OR "Physical exercise" OR "Physical activity")) AND (Anxiety OR Depression OR "Mood disorders" OR "Psychological distress" OR "Mental health" OR "Anxiety disorders" OR "Depressive symptoms" OR "Emotional well-being" OR Psycho-oncology OR "Adjustment disorders") AND ((casereports[Filter] OR interview[Filter] OR meta-analysis[Filter] OR personalnarrative[Filter] OR portrait[Filter] OR review[Filter] OR systematicreview[Filter]) AND (danish[Filter] OR english[Filter]))) AND (((((("Adjustment Disorders"[Mesh]) OR (Adjustment Disorders)) OR ("Mental Health"[Mesh])) OR ("Mood Disorders"[Mesh])) OR ("Depression"[Mesh] OR "Depressive Disor-	30.12.2024	464 hits

der"[Mesh])) OR (Anxiety OR Depression OR "Mood disorders" OR "Psychological distress" OR "Mental health" OR "Anxiety disorders" OR "Depressive symptoms" OR "Emotional well-being" OR Psycho-oncology OR "Adjustment disorders")) OR ("Anxiety Disorders"[Mesh])) ((Treatment OR rehabilitation OR Physical activity OR Physical exercise OR Intervention) AND (casereports[Filter] OR interview[Filter] OR meta-analysis[Filter] OR personalnarrative[Filter] OR portrait[Filter] OR review[Filter])) AND (Treatment OR rehabilitation OR Physical activity OR Physical exercise OR Intervention) AND (casereports[Filter] OR interview[Filter] OR meta-analysis[Filter] OR personalnarrative[Filter] OR portrait[Filter] OR review[Filter]))) AND (((((("Patient experience") OR ("Patient reported outcomes")) OR ("Qualitative research")) OR ("Survivors' narratives")) OR (Lived experience)) OR (Lived experience)) OR ("Patient perspective")) AND (("Cancer survivorship") OR ("previous cancer") OR ("Late effects of cancer treatment")) OR ("Cancer survivors"))) AND ((((((AND (danish[Filter] OR english[Filter]))) AND (((((("Adjustment Disorders"[Mesh]) OR (Adjustment Disorders)) OR ("Mental Health"[Mesh])) OR ("Mood Disorders"[Mesh])) OR ("Depression"[Mesh] OR "Depressive Disorder"[Mesh])) OR (Anxiety OR Depression OR "Mood disorders" OR "Psychological distress" OR "Mental health" OR "Anxiety disorders" OR "Depressive symptoms" OR "Emotional well-being" OR Psycho-oncology OR "Adjustment disorders")) OR ("Anxiety Disorders"[Mesh])) AND ((interview[Filter] OR personalnarrative[Filter] OR review[Filter]) AND (2015:2025[pdat]))) AND (interview[Filter] OR personalnarrative[Filter] OR review[Filter])) AND ((casereports[Filter] OR interview[Filter] OR meta-analysis[Filter] OR personalnarrative[Filter] OR portrait[Filter] OR review[Filter]) AND (2015:2024[pdat]))) Med filter: 308 hits
CINAHL S1 AND S2 AND S3 AND S4 Filter: Metasynthesis, systematic review, literature review, focus group, interview, qualitative study, english	30-12-2024	87
PsycInfo S1 AND S2 AND S3 AND S4 Filter: Metasynthesis, systematic review, literature review, focus group, interview, qualitative study, english S4	30-12-2024	121

Anxiety OR Depression OR "Mood disorders" OR "Psychological distress" OR "Mental health" OR "Anxiety disorders" OR "Depressive symptoms" OR "Emotional well-being" OR Psycho-oncology OR "Adjustment disorders" S3 Treatment OR Rehabilitation OR Intervention OR "Physical exercise" OR "Physical activity" S2 "Cancer survivorship" OR "Late effects of cancer treatment" OR "Cancer survivors" S1 ("Patient perspective" OR "Patient experience" OR "Patient reported outcomes" OR "Qualitative research" OR "Lived experience" OR "Survivors' narratives"		
EMBASE #1 AND #2 AND #3 AND #4 #4 treatment #3 depression OR anxiety #2 'cancer survivorship' #1 'patient perspective'/exp OR 'patient perspective' OR (('patient'/exp OR patient) AND ('perspective'/exp OR perspective))	30.12.2024	19 hits
		504 hits i alt

504 primærstudier screenet på abstract/titelniveau, 41 studier gennemgået på fuldtekstniveau og 4 studier er inkluderet.

8. Om denne kliniske retningslinje

Denne kliniske retningslinje er udarbejdet i et samarbejde mellem Danske Multidisciplinære Cancer Grupper (DMCG.dk) og Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut. Indsatsen med retningslinjer er forstærket i forbindelse med Kræftplan IV og har til formål at understøtte en evidensbaseret kræftindsats af høj og ensartet kvalitet i Danmark. Det faglige indhold er udformet og godkendt af den for sygdommen relevante DMCG. Sekretariatet for Kliniske Retningslinjer på Kræftområdet har foretaget en administrativ godkendelse af indholdet. Yderligere information om kliniske retningslinjer på kræftområdet kan findes på: www.dmcg.dk/kliniske-retningslinjer

Retningslinjen er målrettet klinisk arbejdende sundhedsprofessionelle i det danske sundhedsvæsen og indeholder systematisk udarbejdede udsagn, der kan bruges som beslutningsstøtte af fagpersoner og patienter, når de skal træffe beslutning om passende og korrekt sundhedsfaglig ydelse i specifikke kliniske situationer.

De kliniske retningslinjer på kræftområdet har karakter af faglig rådgivning. Retningslinjerne er ikke juridisk bindende, og det vil altid være det faglige skøn i den konkrete kliniske situation, der er afgørende for beslutningen om passende og korrekt sundhedsfaglig ydelse. Der er ingen garanti for et succesfuldt behandlingsresultat, selvom sundhedspersoner følger anbefalingerne. I visse tilfælde kan en behandlingsmetode med lavere evidensstyrke være at foretrække, fordi den passer bedre til patientens situation.

Retningslinjen indeholder, ud over de centrale anbefalinger (kapitel 1 – quick guide), en beskrivelse af grundlaget for anbefalingerne – herunder den tilgrundliggende evidens (kapitel 3), referencer (kapitel 4) og anvendte metoder (kapitel 5).

Anbefalinger mærket A baserer sig på stærkeste evidens og anbefalinger mærket D baserer sig på svageste evidens. Yderligere information om styrke- og evidensvurderingen, der er udarbejdet efter "Oxford Centre for Evidence-Based Medicine Levels of Evidence and Grades of Recommendations", findes her:

Generelle oplysninger om bl.a. patientpopulationen (kapitel 2) og retningslinjens tilblivelse (kapitel 5) er også beskrevet i retningslinjen. Se indholdsfortegnelsen for sidehenvisning til de ønskede kapitler.

Retningslinjeskabelonen er udarbejdet på baggrund af internationale kvalitetskrav til udvikling af kliniske retningslinjer som beskrevet af både AGREE II, GRADE og RIGHT.

For information om Sundhedsstyrelsens kræftpakker – beskrivelse af hele standardpatientforløbet med angivelse af krav til tidspunkter og indhold – se for det relevante sygdomsområde: https://www.sst.dk/

Denne retningslinje er udarbejdet med hjælp fra Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut.og økonomisk støtte fra Kræftens Bekæmpelse.