



# Høgskulen på Vestlandet

## Bacheloroppgave

BFY330-O-2022-VÅR-FLOWassign

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	09-05-2022 09:00	<b>Termin:</b>	2022 VÅR
<b>Sluttdato:</b>	16-05-2022 14:00	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Bacheloroppgave		
<b>Flowkode:</b>	203 BFY330 1 O 2022 VÅR		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

<b>Kandidatnr.:</b>	412
---------------------	-----

### Informasjon fra deltaker

<b>Antall ord *:</b>	7948
----------------------	------

**Egenerklæring \*:** Ja  
**Jeg bekrefter at jeg har Ja**  
**registrert**  
**oppgavetittelen på**  
**norsk og engelsk i**  
**StudentWeb og vet at**  
**denne vil stå på**  
**vitnemålet mitt \*:**

### Gruppe

<b>Gruppenavn:</b>	(Anonymisert)
<b>Gruppenummer:</b>	2
<b>Andre medlemmer i gruppen:</b>	427

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min \*

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? \*

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? \*

Nei



## BACHELOROPPGAVE

“Prehabilitering av pasienter med kolorektal kreft før kirurgi: En kvalitativ studie om fysioterapeuters tanker og erfaringer”

“Multimodal prehabilitation in colorectal cancer patients: A qualitative study of physiotherapists’ thoughts and experiences”

**Kandidatnummer 427 og 412**

Bachelor i fysioterapi

Fakultet for helse og sosialvitenskap

Institutt for helse og funksjon

Innleveringsdato: 16.05.22

## Forord

Bachelorprosjektet har vært både lærerikt og tidkrevende. Vi har fått mer kunnskap om hvilken rolle fysioterapeuten kan ha, da vi har fått blitt mer kjent med to fysioterapeuter og deres arbeidsmåte med å se hele mennesket. Det har også gitt oss følelsen av å være mer forberedt i møte med kreftpasienter i vår fremtidige jobb som fysioterapeut.

Vi ønsker å takke våre to informanter for at de tok seg tid til å dele tanker og erfaringer med oss i en ellers travel arbeidshverdag. I tillegg ønsker vi å takke vår fantastiske veileder, for gode samtaler og tilbakemeldinger. Avslutningsvis, ønsker vi å takke hverandre for et godt samarbeid med gode og faglige diskusjoner, som vi vil huske som en humørfyllt og minnerik periode.

Bergen, 14. mai 2022

## Sammendrag

**Tittel:** Prehabilitering av pasienter med kolorektal kreft før kirurgi: En kvalitativ studie om fysioterapeuters erfaringer og tanker.

**Problemstilling:** “Hvilke tanker og erfaringer har fysioterapeuter om deres arbeidsoppgaver under prehabilitering for pasienter med kolorektal kreft?”

**Metode:** For å besvare problemstillingen benyttet vi kvalitativ metode. Datainnsamlingen ble gjort gjennom semistrukturerte individualintervju, der vi intervjuet to fysioterapeuter som arbeider i spesialisthelsetjenesten. Vi brukte tematisk analyse som metode i analyseprosessen.

**Resultat:** Informantene har ulik mengde erfaring som fysioterapeut, men begge arbeider med prehabilitering for pasienter med kolorektal kreft. Prehabiliteringstilbudet består av fire søyler: trening, ernæringsveiledning, psykologisk støtte og røykeslutt. De har positive erfaringer med tilbudet, ettersom pasientene opplever en subjektiv bedring, samt at kostnad per pasient har blitt redusert. Begge erfarer at tverrprofesjonelt samarbeid, aktiv deltakelse fra pasienten og individuell tilpassing og oppfølging kan være faktorer som fremmer helse, og gir et bedre utgangspunkt for videre rehabilitering. Funnene viser også at fysioterapeuten ønsker å fremme en aktiv livsstil som pasienten tar med seg videre i hverdagen etter utskrivelse.

**Konklusjon:** Informantene mener at prehabiliteringstilbudet bør implementeres i pakkeforløpet på flere sykehus og i kommunehelsetjenester. Tilbudet er ressurskrevende, men de mener effekten bør veie opp for kostnaden. Antall tilfeller av kreft øker i Norge, og ved å inkludere prehabilitering i pakkeforløpet for pasienter med kolorektal kreft, kan det bidra til å effektivisere rehabiliteringsprosessen ved å redusere risiko for postoperative komplikasjoner, samt øke funksjonell kapasitet. Gjennom arbeidet med oppgaven har vi sett hvordan fysioterapeuten kan gjøre en forskjell på individ- og samfunnsnivå innen kreftbehandling.

## Abstract

**Title:** Multimodal prehabilitation in colorectal patients: A qualitative study of physiotherapists' experiences and thoughts.

**Research question:** "What thoughts and experiences do physiotherapists have about their work tasks during prehabilitation of patients with colorectal cancer?»

**Method:** To answer the problem statement, a qualitative method was used. Data collection was done through semi-structured individual interviews. Two physiotherapists who work in the specialist health service were interviewed. Thematic analysis was used in the analysis process.

**Results:** The informants have different degree of experience as physiotherapists, but both now work with prehabilitation for patients with colorectal cancer. The prehabilitation offer consists of four pillars: training, nutritional guidance, psychological support and smoking cessation. Informants have positive experiences with the service. The patients experience a subjective improvement, and in addition the cost per patient has been reduced. Both informants experience that inter-professional collaboration, active participation from the patient and individual adaptation and follow-up can be factors that promote health. This may provide a better base for further rehabilitation. The findings also show that the physiotherapist wants to promote an active lifestyle which the patient adapts further in everyday life after discharge.

**Conclusion:** The informants believe that the idea with offering prehabilitation should be implemented at relevant hospitals and in municipal health services. This would require increased resources, but the positive effect is anticipated to outweigh the cost. Occurrence of cancer is increasing in Norway, but by including prehabilitation for patients with colorectal cancer, the rehabilitation process can be improved. Risk of postoperative complications can be reduced, and the patients could experience increased functional capacity. Through the work on the thesis, we have seen how the physiotherapist can make a difference at the individual and societal level within cancer treatment.

# Innholdsfortegnelse

<b>1. Innledning</b>	7
1.1 Bakgrunn for valg av tema	7
1.2 Hensikt med oppgaven og presentasjon av problemstilling	7
1.3 Arbeidsprosess	8
<b>2. Teori</b>	8
2.1 Innledning	8
2.1.1 Kolorektal kreft sett fra et biopsykososialt perspektiv	8
2.2 Funksjon og helse ved kolorektal kreft	9
2.2.1 Kroppsfunksjon og -struktur	9
2.2.2 Personlige faktorer	9
2.2.3 Miljø	11
2.3 Pakkeforløp	11
2.4 Rehabiliteringsprosessen ved kolorektal kreft	12
2.4.1 Definisjon på rehabilitering	12
2.4.2 Målsetting med rehabilitering	12
2.4.3 Tverrprofesjonelt samarbeid	12
2.4.4 Lovverk og stortingsmeldinger - sentralt i rehabilitering	13
2.5 Prehabilitering	13
<b>3. Metode</b>	15
3.1 Beskrivelse av metode	15
3.1.1 Valg av metode	15
3.1.2 Valg av informanter	15
3.1.3 Gjennomføring av datainnsamling og analyse	16
3.1.4 Forforståelse	18
3.1.5 Etske aspekt	18
3.2 Metodedrøfting	18
3.2.1 Valg av metode	18
3.2.2 Valg av informanter	19
3.2.3 Gjennomføring av datainnsamling og analyse	19
3.2.4 Forforståelse	20
3.2.5 Etske aspekt	20
<b>4. Resultat</b>	20
4.1 Trening og funksjon - fysioterapeutens tilnærming	20
4.1.1 Fysioterapeutens arbeidsoppgaver	21
4.1.2 Slik gjennomføres treningen	21

4.2 Tverrprofesjonell oppfølging - fysioterapeutens bidrag	22
4.2.1 Læring- og mestringskurs	22
4.2.2 Veilede pasienten til å skape gode rutiner	23
4.3 Prehabilitering som en del av det ordinære pakkeforløpet	23
4.3.1 Sykehusets erfaringer og pasientenes tilbakemeldinger	23
4.3.2 Utfordringer med utøvelse av prehabilitering	24
4.3.3 Prehabilitering i ferd med å bli en del av pakkeforløpet	25
<b>5. Drøfting</b>	<b>25</b>
5.1 Trening og funksjon - fysioterapeutens tilnærming	25
5.1.1 Pasienten i sentrum	25
5.1.2 Fysioterapeutens tanker rundt gjennomføring av treningen	27
5.1.3 Ikke et tilbud for alle	27
5.2 Rehabilitering - fysioterapeutens bidrag	28
5.2.1 Læring- og mestringskurs - et tverrprofesjonelt samarbeid	28
5.2.2 Sosial støtte	29
5.3 Tilrettelegge for livsstilsendringer	30
5.4 Prehabilitering - en fremtidig del av pakkeforløpet?	31
<b>6. Konklusjon</b>	<b>32</b>
<b>Referanseliste</b>	<b>34</b>
Vedlegg 1: Litteratursøk	40
Vedlegg 2: Samtykkeskjema	41
Vedlegg 3: Intervjuguide	44
Vedlegg 4: Transkripsjon intervju 1	46
Vedlegg 5: Transkripsjon intervju 2	59
<b>Tabell- og figuroversikt</b>	
Figur 1: pakkeforløp med prehabilitering.....	14
Tabell 1: analyseprosessen.....	17



# 1. Innledning

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Vi er begge interessert i kreftfeltet, samt at det undervises i mindre grad på studiet. Ifølge statistikk er kreftdødelighet på vei ned i Norge (Kreftregisteret, 2021a). På samme tid er det en økning i antall nye krefttilfeller, der Norge er et av landene med høyest forekomst av tarmkreft (Kreftregisteret, 2021b). Vi valgte derfor å basere oppgaven på tykk- og endetarmskreft. Disse omtales ofte under ett, og benevnes da som kolorektal kreft (Kreftlex, u.å.a).

Vi utførte flere søk på ulike databaser. Der dukket ordet "prehabilitering" opp og vekket nysgjerrigheten vår, da vi ikke var kjent med begrepet fra tidligere. Studiene forklarte at postoperative komplikasjoner ofte oppstår blant pasienter med kolorektal kreft, og at prehabilitering kan forebygge dette. Vi gjorde deretter et åpent søk på Google for å se om prehabilitering er et behandlingstiltak i Norge, og fant ut at noen norske sykehus praktiserer prehabilitering for gjeldende pasientgruppe, med fysioterapeut som en del av teamet.

## 1.2 Hensikt med oppgaven og presentasjon av problemstilling

Hensikten med oppgaven er å få mer kunnskap om fysioterapi som tiltak innen prehabilitering for pasienter med kolorektal kreft. Vi har valgt å vektlegge fysioterapeutens arbeidsoppgaver i oppgaven, med bevissthet om at kursing og kostholdsveiledning også påvirker resultatet. Vi ønsker å undersøke dette fra et erfaringsbasert fysioterapeutisk perspektiv, der det vektlegges biologiske, psykologiske og sosiale forhold knyttet til kreftsykdommen. Samtidig, vil muligens resultatene i oppgaven bidra til å fremme prehabilitering som en del av det ordinære pakkeforløpet til kreftpasienter. Således er problemstillingen: *Hvilke tanker og erfaringer har fysioterapeuter om deres arbeidsoppgaver under prehabilitering for pasienter med kolorektal kreft?*

## 1.3 Arbeidsprosess

Vi har valgt å se problemstillingen ut ifra et biopsykososialt perspektiv, som presenteres i kapittel 2. Sentrale begreper blir også her beskrevet nærmere. I kapittel 3 presenteres den kvalitative metoden, som har gitt oss resultatene i kapittel 4. Resultatene blir deretter diskutert i kapittel 5. Oppgaven rundes av med en konklusjon.

# 2. Teori

## 2.1 Innledning

### 2.1.1 Kolorektal kreft sett fra et biopsykososialt perspektiv

På slutten av 70-tallet fikk det biopsykososiale perspektivet en større betydning for helsepersonell sitt syn på helse, da de psykososiale forholdene fikk større fokus som risiko for somatisk sykdom (Dahl, 2016, s. 59). Vi har i denne oppgaven valgt å benytte dette som teoretisk perspektiv. For å håndtere dette har vi videre valgt ICF, *International Classification of Functioning, Disability and Health* (WHO, u.å.), som modell. Modellen bygger på en biopsykososial forståelse av mennesket, og viser at helsen består av et dynamisk samspill mellom helserelevante faktorer (Fagermoen & Lerdal, 2011, s. 20). Ved å ta i bruk modellen kan man undersøke menneskers helse og funksjonsevne i lys av mulighetene til å delta i aktiviteter og sosiale sammenhenger.

ICF vektlegger både begrensninger og ressurser hos pasienten. Ressurser står sentralt i den salutogene tilnærmingen, som presenterer et helhetlig helsebegrep. Det vil si at helse forstås både som lavest mulig grad av symptom på sykdom og som høyest mulig grad av fysisk, psykisk og sosialt velvære (Langeland, 2011, s. 210). Eva Langeland (2011) skriver videre at "hovedmålet for en salutogen tilnærming er at personen skal få økt innsikt i sin egen mestringsevne, ved å øke bevisstheten om sitt eget potensial og hvilke indre og ytre ressurser han/hun har, [...]" (s. 214). Fra et salutogenetisk perspektiv ønsker vi å se hvordan iboende ressurser hos pasienten kan påvirke de helserelevante faktorene i ICF-modellen.

## 2.2 Funksjon og helse ved kolorektal kreft

### 2.2.1 Kroppsfunksjon og -struktur

Når pasienten blir rammet av en kreftsykdom, kan samtlige faktorer i ICF-modellen bli påvirket, særlig kroppsfunksjoner og -strukturer. Kroppsfunksjoner inkluderer både den fysiske og psykiske funksjonsevnen til pasienten, mens kroppsstrukturer omhandler de anatomiske kroppsdelene (Fagermoen & Lerdal, 2011, s. 21). Den grunnleggende årsaken til utvikling av all kreftsykdom er opphopning av mutasjoner i spesielle gener som kontrollerer cellevekst (Blomhoff, 2018, s. 163). Arv, miljø og replikasjonsfeil er kilder til slike mutasjoner. I de fleste tilfeller av kolorektal kreft har ikke pasienten en arvelig kjent disposisjon for å utvikle sykdommen (Kreftlex, u.å.c). Miljøfaktorer som høyt fettinntak, høyt forbruk av tobakk og alkohol og inaktivitet og fedme, kan trolig assosieres med økt forekomst av kreftsykdommen.

De fleste tilfeller av kolorektal kreft er en ondartet svulst som utgår fra kjertelvevet i tarmslimhinnen (Kreftlex, u.å.b), og hovedbehandlingen for pasientene er kirurgi (Helsebiblioteket, 2020). Ifølge van Rooijen et al. (2019b) oppstår postoperative komplikasjoner hos opptil 50 % av pasientene. Eksempler på komplikasjoner er blodpropp, infeksjoner, anastomoselekkasje og tarmslyng (Pak et al., 2020).

Utvikling av senefekter kan oppstå som følge av sykdommen og/eller behandlingen, og defineres som bivirkninger som varer mer enn eller opptrer ett år etter avsluttet behandling (Kiserud et al., 2018, s. 148). Man anslår at 10-15 % av alle kreftoverlevende opplever senefekter med varierende alvorlighetsgrad, eksempelvis fatigue, angst, depresjon og nedsatt muskelstyrke og kondisjon. Ifølge Kreftlex (u.å.a) kan trening bidra til å redusere de nevnte senefektene, samt overvekt, risiko for diabetes type 2 og hjerte- og karsykdommer.

### 2.2.2 Personlige faktorer

Fagermoen og Lerdal (2011, s. 22) skriver at personlige faktorer er særtrekk ved pasienten. Ved kreftsykdom kan de rammede oppleve mange ulike følelser og reaksjoner. Pasienter med større sårbarhet tåler mindre belastning før det utløser psykiske reaksjoner. Belastning

er en påkjenning utover det dagligdagse, uavhengig av om den er biologisk, psykisk eller sosial (Dahl, 2016, s. 59). Et støtteapparat rundt pasienten kan bidra til at man mestrer kreftsykdommen, og følgelig reduserer belastningen og risiko for utvikling av psykiske reaksjoner. Det innebærer også kontinuitet i kontakten mellom helsepersonell og pasienten, slik at pasienten ikke føler seg alene (Dahl, 2016, s. 25). Om nevnte faktorer er svake, er angst, depresjon og fatigue vanlige reaksjoner på kreftsykdommen (Dahl, 2016, s. 80).

Når pasienter blir diagnostisert med en kreftsykdom, kan man stille spørsmål om dette kan bidra til livsstilsendringer. Noen pasienter krever mye støtte for å skape nødvendig motivasjon for å gjennomføre livsstilsendringer, mens andre pasienter nytter sykdommen som en motivasjon for å bli aktiv (Dahl, 2016, s. 27). Askheim (2012, s. 50) hevder at om pasienten skal oppnå livsstilsendringer må endringene basere seg på pasientens initiativ, valg og beslutninger.

Selvbestemmelsesteorien omhandler hva som motiverer til handling (Stai, 2021). Indre motivasjon refererer til handlinger som baserer seg på fri vilje og opplevelse av valg. Teorien tar utgangspunkt i at mennesket har tre grunnleggende, psykologiske behov, der opplevelse av kompetanse og autonomi (selvbestemmelse) er to av behovene (Olafsen, 2018). Opplevelse av kompetanse handler om at et menneske opplever å ha kompetanse nok til å løse en oppgave, selv ved eventuelle utfordringer. Autonomi refererer til følelsen av frivillighet og frihet rundt en oppgave, samtidig som man må oppleve den som meningsfull (Stai, 2021).

Det teoretiske begrepet, empowerment, er sterkt knyttet til det salutogenetiske helsebegrepet (Lønne, 2021), som begge er tilnærminger innen helsefremmende arbeid. I helsefremmende arbeid ser man helse som en prosess som gjør mennesket i stand til å være aktiv i eget liv (Trollvik, 2011, s. 115). Ifølge Askheim (2007, s. 21) uttrykker empowerment at personer skal gjennom egenmobilisering bli i stand til å få mer styring og kontroll over eget liv. For å oppnå dette er viktig å bygge selvtillit og indre styrke (Askheim, 2012, s. 36). Her kan fysioterapeutens støtte bidra til at pasienten får økt kontroll over faktorer som er helsefremmende (Walseth & Malterud, 2004, s. 66).

Empowerment har ulike tilnærminger. Individorienterte tilnærminger er en av dem, og er opptatt av hvordan individet kan styrkes (Askheim, 2012, s. 16). En terapeutisk tilnærming er en retning innenfor disse, som blant annet består av pasientopplæring. Den kliniske pasientopplæringen handler om systematisk opplæring av pasienten og pårørende som en forberedelse til mestring av hverdagen etter utskrivelse (Askheim, 2012, s. 49).

### 2.2.3 Miljø

Miljøet omhandler både fysiske forhold og andre mennesker (Fagermoen & Lerdal, 2011, s. 22). Noen kreftpasienter kan oppleve samvær med andre mennesker som vanskelig, da de ikke føler seg forstått i situasjonen eller at andre trekker seg bort. Helsepersonell har da en viktig oppgave om å gi informasjon om hva den enkelte kan gjøre for å ta kontroll over det man kan i hverdagen (Kreftforeningen, 2022). Andre pasienter får endret syn på vennskap og nærhet til andre grunnet økt avhengighet og følelse av sårbarhet (Dahl, 2016, s. 30).

Tilhørighet er det tredje psykologiske behovet som presenteres i selvbestemmelsesteorien (Olafsen, 2018). Behovet for tilhørighet omhandler tilknytning til andre, og omtaler nødvendigheten av å bli verdsatt for å integrere verdier (Stai, 2021). Ryan og Deci (2000) kommenterer at når en person ønsker å fremme en bestemt atferd hos andre, vil graden av ytre motivasjon hos motparten variere. Ytre motivasjon kan blant annet styres av belønning eller straff, eller at verdien av andres handling er i tråd med ens egne verdier (Olafsen, 2018). Begrepene internalisering og integrering er her sentrale. Internalisering referer til menneskers evne til å "ta inn" en verdi, mens integrering er den videre konverteringen til eget liv og egen vilje (Ryan & Deci, 2000).

## 2.3 Pakkeforløp

Pakkeforløp er ifølge Helsenorge "nasjonale standardiserte pasientforløp, der målet er å bidra til rask utredning og behandlingsstart uten unødvendig ventetid" (Helsedirektoratet, 2020c). I løpet av 2015 ble det innført 28 pakkeforløp, blant annet for kolorektal kreft. Pakkeforløpet består av tre faser som omhandler tiden fra sykehuset mottar en henvisning ved mistanke om kreft, til pasienten er utredet og behandlingen starter (Helsedirektoratet, 2020c).

## 2.4 Rehabiliteringsprosessen ved kolorektal kreft

### 2.4.1 Definisjon på rehabilitering

“[...] rehabilitering skal ta utgangspunkt i den enkelte pasients og brukers livssituasjon og mål. Habilitering og rehabilitering er målrettede samarbeidsprosesser på ulike arenaer mellom pasient, bruker, pårørende og tjenesteytere. Prosessene kjennetegnes ved koordinerte, sammenhengende og kunnskapsbaserte tiltak” (Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2011, § 3).

Rehabilitering er en sammensatt prosess som følger et “pasient- og brukerperspektiv” (Helsedirektoratet, 2020a). Ifølge lov om pasient- og brukerrettigheter har pasienten rett til å være aktivt deltakende i helsehjelpen som gis, noe som krever samarbeid mellom pasienten og profesjonelle fagfolk (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001, § 3-1). Loven fastslår også at helsehjelp bare kan gis med pasientens samtykke (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001, § 4-1).

### 2.4.2 Målsetting med rehabilitering

Rehabiliteringsprosessen starter da pasienten blir diagnostisert med kolorektal kreft. Det igangsettes da tiltak som har som mål å gjenvinne eller opprettholde funksjons- og mestringsevne som reduseres grunnet sykdommen. Målet er at pasienten skal oppleve mest mulig selvstendighet, mestring og deltakelse i hverdagen (Helsedirektoratet, 2020a). Det vektlegges forebygging og tidlig innsats, og ved å innføre tiltak til riktig tid, kan man øke effekten av rehabilitering (Helsedirektoratet, 2020b). Tiltak av helsepersonell kan rettes mot flere faktorer som påvirker pasientens evne til aktivitet og deltakelse, som illustrert i ICF-modellen. Aktivitet omhandler pasientens utførelse av oppgaver og handlinger i dagliglivet, mens deltakelse innebærer å være sosialt aktiv (Fagermoen & Lerdal, 2011, s. 22).

### 2.4.3 Tverrprofesjonelt samarbeid

Ifølge Willumsen (2016, s. 39) kjennetegnes tverrprofesjonelt samarbeid ved at flere profesjoner jobber tett sammen for å løse en felles oppgave, der man integrerer andre faggruppers ferdigheter og kunnskaper for å ta felles beslutninger. Et tverrprofesjonelt

samarbeid kan være krevende, da det er betinget av bevissthet om egen kompetanse som profesjonsutøver. Det er også viktig å kjenne til og anerkjenne andre profesjoners kompetanse, slik at pasienten kan bli offerert et helhetlig tjenestetilbud (Willumsen, 2016, s. 39).

Det finnes ulike former for kompetanse (Willumsen, 2016, s. 43). I denne oppgaven bruker vi begrepet “kjernekompetanse”, som er den fagspesifikke kompetansen tilhørende én profesjon.

#### 2.4.4 Lovverk og stortingsmeldinger - sentralt i rehabilitering

I 2009 la Regjeringen frem St. meld. nr. 47 (2008-2009) samhandlingsreformen, som ble iverksatt i 2012. Målet med reformen er å bidra til en mer helhetlig tjeneste, øke fokus på forebygging og gi flere arbeidsoppgaver til kommunen om det gir bedre kvalitet og kostnadseffektivitet (St.Meld. nr. 26 (2014-2015), s. 33). Departementet mener at manglende samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten kan føre til at pasienten føler at overgangen mellom dem er utfordrende (St. Meld. 47, (2008-2009)). Det er viktig at pasienten opplever helhetlige pasientforløp, og samhandlingsreformen mener kommunene skal sørge for dette med forebygging, tidlig intervensjon og diagnostikk, behandling og oppfølging (St.Meld. nr. 47 (2008-2009), s. 15). Pasienter skal da behandles nær hjemmet, noe som setter krav til kompetanse og kvalitet i kommunehelsetjenesten.

Helsepersonelloven (2001, § 1) sitt formål er å bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten, samt tillit til helsepersonell. Loven gjelder helsepersonell og virksomheter som yter helsehjelp, og det stilles krav til at de skal utøve faglig forsvarlighet (Helsepersonelloven, 2001, § 4). Med helsepersonell menes blant annet personell med autorisasjon etter § 48a (Helsepersonelloven, 2001).

## 2.5 Prehabilitering

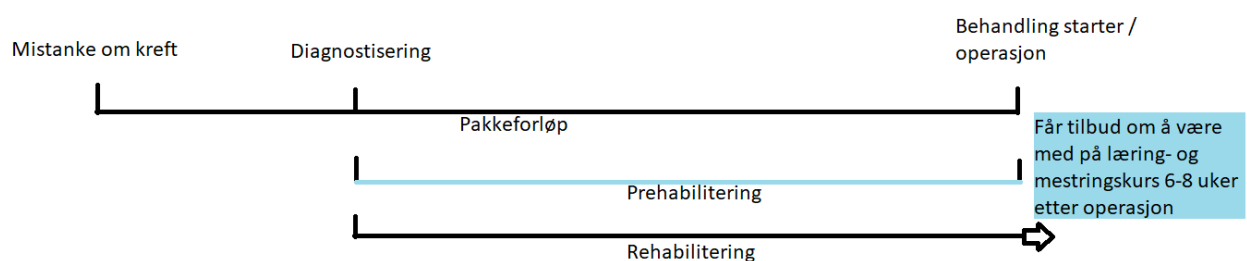
Prehabilitering kan defineres som “[...] the multimodal preparation of patients prior to surgery” (Johnson Medical Devices Companies, 2019). Pasienter med kolorektal kreft får

mulighet til å være med i et prehabiliteringsprogram på sykehus som tilbyr dette. Tiden mellom diagnostisering og operasjon brukes til utholdenhet- og styrketrening, ernæringsveiledning, psykologisk støtte og røykeslutt. Helsepersonell legger vekt på pasientopplæring, samtidig som pasienten har en sentral rolle og blir ansvarliggjort (van Rooijen et al., 2019a, s. 895). Hovedmålet med prehabilitering er å forberede pasienten best mulig til operasjon, og følgelig effektivisere rehabiliteringsprosessen. Videre i studien (van Rooijen et al., 2019a, s. 888) så de at samtlige pasienter som deltok i prehabilitering, forbedret sin funksjonelle kapasitet før operasjon, samt at 86 % av pasientene nådde sin grunnleggende funksjonelle kapasitet fire uker postoperativt.

Dr. Gerrit Slooter og hans team ved det nederlandske sykehuset Máxima Medical Center er ansett å være ledende innen prehabilitering. I 2018 presenterte de resultatene sine under en konferanse i Eindhoven (Johnson Medical Devices Companies, 2019). Ved å sammenligne data mellom periodene 2015-2017 og 2012-2014, så de en tydelig reduksjon i lengde på sykehusoppholdet, komplikasjoner innen 30 dager postoperativt og antall anastomoselekkasjer.

Prehabilitering kan ses på som tidlig tiltak innen rehabiliteringsprosessen, og vi har i denne oppgaven valgt å vektlegge prehabilitering. Figuren nedenfor illustrerer hvordan et eventuelt pakkeforløp vil bli dersom prehabilitering blir en del av det ordinære pakkeforløpet:

Figur 1: Pakkeforløp med prehabilitering





## 3. Metode

### 3.1 Beskrivelse av metode

#### 3.1.1 Valg av metode

“Vi kan bruke kvalitative metoder til å få vite mer om menneskelige egenskaper som erfaringer, opplevelser, tanker, forventninger, motiver og holdninger” (Malterud, 2017, s. 31). Vi ønsker å få frem fysioterapeuters tanker og erfaringer rundt prehabilitering for pasienter med kolorektal kreft i oppgaven. For å svare på problemstillingen har vi valgt å benytte oss av kvalitativ metode ved å gjennomføre semistrukturerte individualintervju med to fysioterapeuter i spesialisthelsetjenesten.

#### 3.1.2 Valg av informanter

For at dataen skal belyse problemstillingen gjorde vi et strategisk utvalg basert på det teoretiske forarbeidet i forkant av datainnsamlingen (Malterud, 2017, s. 58). Informantene ble valgt basert på at begge er fysioterapeuter med relevant erfaring innen prehabilitering. Grunnet usikkerhet rundt navn på enhetsleder, opprettet vi først en uformell kontakt via e-post med en aktuell kandidat. I e-posten introduserte vi oss og oppgaven, samt la ved en forespørsel om å være informant i oppgaven. Kandidaten takket ja, og en formell forespørsel med samtykkeerklæring ble sendt til enhetsleder. Enhetslederen gikk til anskaffelse av én til informant som ønsket å delta i prosjektet. Samtykkeerklæringene ble sendt i retur til oss med underskrifter fra informantene i forkant av intervjuene. Nedenfor gis en kort presentasjon av informantene.

Informant 1: Fysioterapeut ved sykehus i spesialisthelsetjenesten. Har jobbet som fysioterapeut i ca. 22 år og har erfaring fra ulike avdelinger som ortopedisk, medisinsk, nevrologisk og barn. Har jobbet med prehabilitering av pasienter med kolorektal kreft siste tre årene.

Informant 2: Fysioterapeut ved sykehus i spesialisthelsetjenesten. Har jobbet som fysioterapeut i ca. seks år, med tre år i kommunehelsetjenesten. Tok samtidig en mastergrad. Har jobbet med prehabilitering av pasienter med kolorektal kreft siste året.

### 3.1.3 Gjennomføring av datainnsamling og analyse

Det ble utarbeidet en intervjuguide som ble brukt under begge intervjuene. Den ble delt i en øvre og nedre del slik at begge fikk være intervjuer. Spørsmålene ble kategorisert med underoverskrifter for å ha struktur. Underoverskriftene vi valgte var: prehabilitering generelt, treningsinnhold og -mengde, motivasjon og mestring, effekt av generell prehabilitering, resultat og oppfølging, betydning og pakkeforløp. I kvalitative studier er det ikke nødvendig å følge intervjuguiden slavisk, men intervjuguiden bør revideres underveis i datainnsamlingen (Malterud, 2017, s. 134). Vi formulerte derfor mest mulig åpne spørsmål med rom for oppfølgingsspørsmål.

Intervjuene ble gjennomført digitalt over Zoom i starten av april måned. Informantene deltok fra sin arbeidsplass, mens vi deltok sammen på én datamaskin. For å effektivisere transkriberingen gjennomførte vi intervjuene på to ulike datamaskiner. Med både muntlig og skriftlig samtykke fra informantene tok vi lydopptak av intervjuene som ble lagret på en passordbeskyttet datamaskin. For å sikre opptak, tok vi også lydopptak med mobiltelefon på flymodus. Hvert intervju hadde en varighet på ca. 30 min.

Transkriberingen (Vedlegg 4 og 5) startet kort tid etter gjennomførte intervju. Vi transkriberte hvert vårt intervju, og deretter kontrollsjekket sammen for å sikre pålitelig transkribering. Formålet med transkriberingen er å formidle det informantene ville meddele, og det er ikke gitt at en ordrett gjengivelse fører til den beste gjengivelsen av intervjuet. For å hindre misforståelser, redigerte vi teksten varsomt og fjernet ord og lyder som "eh" og "hmm" som ikke er relevant for meningsinnholdet (Malterud, 2017, s. 78). Tenkepauser er vist med "..." der det har vært naturlig å ta med. Punktum og komma er lagt inn der det virket naturlig for å bedre lesbarheten. For å anonymisere informantene og studentene er særnavn fjernet. Lydopptakene ble slettet etter avsluttet analysearbeid.

Vi har valgt å benytte oss av tematisk analyse som metode i analyseprosessen. Tematisk analyse er en metode for å identifisere, analysere og rapportere tema innen datainnsamlingen (Braun & Clarke, 2006, s. 79).

Tabell 1: Analyseprosessen

Fase	Hva og hvordan
1. Gjøre seg kjent med datasettet	Vi tok for oss hvert vårt transkriberte intervju, og dannet oss et overordnet bilde over innsamlet data.
2. Kategorisere data	Videre noterte vi hver for oss nøkkelord fra alle temaene brukt i intervjuet. Dette for å unngå at relevant data gikk tapt i prosessen. Kategorier ble deretter dannet ut ifra nøkkelordene for å organisere datasettet.
3. Søke etter tema	Kategoriene ble gjennomgått i fellesskap for å sammenligne og lage felles temaer. Til tross for ulikt antall kategorier, var det stort sett samsvar i innholdet i kategoriseringen. Informanten med lengst erfaring ga et noe mer detaljert intervju, og kan være en årsak til ulik inndeling av kategorier.
4. Gjennomgang av tema	Temaer fra fase 3 ble bearbeidet. Vi diskuterte deretter hvilke tema som kunne kombineres for å danne hovedtema.
5. Definere og navngi hovedtema	Data ble delt inn i tre hovedtema 1) Trening og funksjon - fysioterapeutens tilnærming, 2) Tverrprofesjonell oppfølging - fysioterapeutens bidrag og 3) Prehabilitering som en del av det ordinære pakkeforløpet. Hovedtemaene har tilhørende undertema.
6. Skrive resultater	Informantenes erfaringer og tanker ble beskrevet under hovedtemaene, og utvalgte sitater ble fremstilt. Enkelte ord fra sitatene ble fjernet for å gjøre teksten mer lesbar, og for å tydeliggjøre budskapet.

### 3.1.4 Forforståelse

Forforståelsen er bagasjen man har med seg inn i oppgaven, som består av blant annet erfaringer, hypoteser og faglig perspektiv. Forforståelsen kan påvirke prosjektet positivt ved å være en motivasjonskilde. På en annen side kan den overdøve budskapet fra den empiriske dataen (Malterud, 2017, s. 45). For å forebygge dette er det viktig å være bevisst på egen forforståelse.

### 3.1.5 Ethiske aspekt

Under arbeidet med oppgaven fokuserte vi på å følge retningslinjene for prosjektet som var utarbeidet av Høgskulen på Vestlandet, og godkjent av Norsk Senter for forskningsdata. Forskning reguleres av blant annet helseforskningsloven (2008), der formålet er å fremme god og etisk forsvarlig medisinsk og helsefaglig forskning. I kvalitative studier er det viktig å kjenne til etiske utfordringer som følger med, særlig da datainnsamlingen ofte innebærer personlig kunnskap og erfaring (Malterud, 2017, s. 214). Informantene fikk derfor i forkant av intervjuene tilsendt et informert samtykke (Vedlegg 2) med informasjon om oppgaven, håndtering av data og muligheter for å trekke tilbake samtykket.

## 3.2 Metodedrøfting

Utformingen av problemstillingen var avgjørende for at vi valgte å ta i bruk kvalitativ metode. Vi vil i dette kapittelet diskutere kvaliteten på den kvalitative metoden ut ifra begrepene validitet og reliabilitet. Validitet handler om hva våre resultater gir gyldig kunnskap om (Malterud, 2017, s. 192), mens reliabilitet omhandler at undersøkelsen må være til å stole på og at den er gjennomført på en troverdig måte (Jacobsen, 2015, s. 17).

### 3.2.1 Valg av metode

Vi valgte å gjennomføre semistrukturerte individualintervju for å best mulig besvare problemstillingen, og gi informanten tid og rom til å tenke over erfaringer (Malterud, 2017, s. 133). Lite erfaring med intervjusituasjoner kan trolig ha påvirket hvilken informasjon vi fikk, og vi kunne muligens stilt flere oppfølgingsspørsmål enn vi gjorde. Vi har reflektert over om den korte tiden mellom intervjuene var en svakhet, da det ble lite tid til refleksjon og eventuelle justeringer til neste intervju. Utveksling av kunnskap gir mulighet for

misforståelser (Malterud, 2017, s. 193). For å unngå misforståelser og styrke validiteten, stilte både vi og informanten oppklaringsspørsmål.

### 3.2.2 Valg av informanter

Begge informantene har samme grunnutdanning i fysioterapi, men har opparbeidet seg ulik grad av erfaring. Én av informantene har trent grupper bestående av færre pasienter, som medfører færre pasientmøter. Det kan utgjøre en forskjell i oppfatningen av pasientgruppen blant de to informantene. På den andre siden er arbeidet rutinebasert, noe som medfører at begge informantene er innarbeidet og har kunnskap rundt forløpet i prehabilitering. På den ene siden kan det tenkes at informantutvalget gir liten variasjonsbredde i datainnsamlingen, men på den andre siden kan utvalget ha god informasjonsstyrke ettersom det er et begrenset antall fysioterapeuter som jobber med prehabilitering for denne pasientgruppen.

### 3.2.3 Gjennomføring av datainnsamling og analyse

For å styrke reliabiliteten i oppgaven, utarbeidet vi en intervjuguide i forkant av intervjuene. Da første informant ikke hadde et klart svar, kunne det tenkes at det samme gjaldt den andre informanten. Vi valgte derimot å stille samme spørsmål til begge for å unngå eventuelt informasjonstap. Digitale intervju kan være både en svakhet og styrke for oppgaven. Det kan tenkes at det hadde vært lettere å få til en samtale ved et fysisk møte. Vi fikk tidvis en følelse av at situasjonen ble unaturlig, mulig grunnet at intervjuet foregikk i en uvanlig sammenheng da de ikke har brukt Zoom tidligere (Jacobsen, 2015, s. 243). Samtidig, var digitale intervju en god løsning da det var vanskelig å finne et passende tidspunkt for fysisk møte. Under transkriberingen opplevde vi to tilfeller der det var vanskelig å høre hva som ble sagt, som kan ha ført til at noe meningsinnhold gikk tapt.

En svakhet med tematisk analyse er at man lett benytter temaer fra intervjuguiden videre i analyseprosessen (Braun & Clarke, 2006, s. 94). Vi analyserte først hver for oss, slik at begge ble kjent med datamaterialet, før vi sammenlignet tolkninger i fellesskap. En fordel med å skrive sammen er at det skapes en observatørtiangulering, der man kan få en mer presis og mangfoldig beskrivelse ved å skaffe flere tolkninger (Malterud, 2017, s. 200). Dette kan styrke metodens troverdighet og gyldighet.

### 3.2.4 Forforståelse

Vi har prøvd å være bevisst på egen forforståelse og ta imot ny kunnskap fra data.

Fysioterapiutdanningen har gitt oss nye erfaringer og interesser, som kan ha påvirket valg av tema og gjennomføringen av oppgaven. Før oppstart av oppgaven hadde vi lite kunnskap om pasientgruppen og fysioterapeutens arbeid med prehabilitering, og vi har hatt lite undervisning om temaet. Vi leste derfor litteratur om prehabilitering og kolorektal kreft før vi utførte intervjuene.

### 3.2.5 Etiske aspekt

I helseforskningsloven (2008, § 5) står det at medisinsk og helsefaglig forskning skal ivareta etiske og personvernmessige forhold. Det vil alltid være en mulighet for at opplysninger kan gjenkjennes, men vi har prøvd å anonymisere opplysninger som kan spores tilbake til informantene. Vi har eksempelvis i kapittel 4 valgt å ikke skille mellom sitatene til informant 1 og 2, og de blir derfor omtalt som informanten eller informantene.

## 4. Resultat

I dette kapitlet presenteres sentrale funn fra datainnsamlingen. Resultatene er delt inn i tre hovedtemaer med tilhørende subtemaer: trening og funksjon - fysioterapeutens tilnærming, tverrprofesjonell oppfølging - fysioterapeutens bidrag, og prehabilitering som en del av det ordinære pakkeforløpet.

### 4.1 Trening og funksjon - fysioterapeutens tilnærming

Én av informantene belyser at prehabiliteringen består av fire søyler: ernæring, trening, røykeslutt og en mentalbolk. Det opptrer som en totalpakke, hvor man individuelt må vurdere hvilke søyler som er viktigst å vektlegge. Den andre informanten forteller at de bruker tre-fire uker på å forberede pasienten til operasjon: "Fra de får diagnosen og alle undersøkelser er blitt gjort, så skal de da ha tid til å optimalisere seg både med tanke på ernæring og trening". De angir også at operasjonen alltid vil redusere funksjonsnivået, og man har sett at multimodal prehabilitering øker pasientens toleranse.

#### 4.1.1 Fysioterapeutens arbeidsoppgaver

Pasienten møter fysioterapeuten den uken de blir diagnostisert, og har da en individuell samtale på 45 minutter. Én av informantene forteller at “etter at vi har hatt et anamneseopptak og hørt litt hva de driver med, så prøver vi å tilpasse, [...]”. Under dette møtet utfører pasienten to funksjonelle tester. Fysioterapeuten har standardiserte treningsprogram på tre ulike nivåer som tilpasses pasientens funksjonsnivå. Programmet består av styrkeøvelser for hele kroppen.

Målet med prehabilitering er å være best mulig forberedt til operasjon. Ved spørsmål om fysioterapeuten og pasienten setter mål sammen, fortelles det at “å sette noen direkte mål, hovedmål og delmål, det gjør vi ikke. Men vi snakker om hva som er ønskelig at de skal gjøre, og at de får en forståelse og eierskap til treningen”.

Det tilstrebes å møte pasienten på sengepost første postoperative dag, gjerne av samme fysioterapeut som hadde første samtale. Pasientene har ulikt behov for oppfølging og motivering, grunnet blant annet komplikasjoner. Den ene informanten sier at pasienten skal “[...] være så godt forberedt at de vet at de skal opp på operasjonsdagen”. Før utreise samtaler fysioterapeut og pasient om “[...] hva som blir viktig med tanke på videre trening etter at de kommer hjem, og gradvis opptrapping”.

#### 4.1.2 Slik gjennomføres treningen

Informantene forteller at treningen gjennomføres på pusterommet på sykehuset, hovedsakelig i grupper med individuell oppfølging som foregår to ganger i uken. Det varierer hvor mange pasienter som er med på gruppetreningen, grunnet lang reisevei og vansker med å komme seg til sykehuset. Egentrening foregår hovedsakelig i hjemmet. Om pasienten ikke får deltatt på treningen i prehabilitering, er det tilbud om gruppe-/egentreningstimer på pusterommet, som ellers ikke inngår i prehabiliteringstilbudet.

Treningen baserer seg på prinsippene innenfor utholdenhet og styrke. Én informant forteller at gruppetreningen består av 10 minutter oppvarming, før 30 minutter intervalltrening og 30 minutter styrketrening med fokus på store muskelgrupper. Utholdenhetstreningen kan

foregå på ergometersykel eller step-maskin. Det kommer frem at stressnivået hos pasientene er varierende, og for å senke det prøver fysioterapeuten å få pasienten til å ta tak i det håndfaste gjennom fysisk aktivitet. Fysioterapeuten forsøker å introdusere intervalltrening som en tidseffektiv trening, med lange pauser, men med slit og svette. Én av informantene forteller at “noen har jo aldri trent og liker det ikke, og da er det klart at vi prøver å vise de disse enkle øvelsene som de får, og prøver å få de til å gjøre de litt hver dag”.

## 4.2 Tverrprofesjonell oppfølging - fysioterapeutens bidrag

### 4.2.1 Læring- og mestringskurs

Når det kommer til tverrprofesjonell oppfølging, forteller informantene at det er en viktig del av prehabiliteringen. Pasienten får tilbud om å være med på læring- og mestringskurs i forkant av operasjonen, som gjennomføres gruppevis. Kurset ledes av en kreftsykepleier, som er en viktig samarbeidspartner for fysioterapeuten. Kreftsykepleieren snakker da blant annet om følelser og reaksjoner på kreftsykdom. Det er ingen psykolog med i teamet, men pasienten har både kreftsykepleieren og fysioterapeuten som støttespiller. Fysioterapeuten fungerer som veileder under kurset, og informantene forteller at de “snakker litt om hva som er viktig når de ligger inne på sykehuset og hva som er viktig videre etter at de er operert”. De forsøker også å ufarliggjøre introduserte øvelser.

I tillegg får pasienten tilbud om et læring- og mestringskurs seks-åtte uker etter operasjon. Fokuset er da effekten av videre trening, generelle helseråd og opptrening av magemuskulatur og utdeling av treningsprogram. Med slik oppfølging forteller den ene informanten at “vi håper jo det at noe av det vi snakket om før operasjonen er noe de tar med seg videre etter de har operert, med gode rutiner og holde seg i aktivitet”.

Pasienten må selv ta kontakt om de ønsker mer oppfølging etter utskrivelse, men de kan trene på pusterommet ett år etter avsluttet behandling.



## 4.2.2 Veilede pasienten til å skape gode rutiner

Prehabilitering handler også om å tilrettelegge for at pasienten kan oppnå ønskelige livsstilsendringer innenfor trening, røyking og ernæring. Begge informantene oppfatter at mange pasienter gjør en endring etter de har fått kreftsykdommen. Den ene informanten tenker at “noen endrer nok livsstil for alltid, og noen faller nok tilbake [...]”. Den andre informanten opplever at pasienten “er opptatt av å jobbe med treningen og at det blir veldig viktig for dem. Og derfor så tar de [...] sykdommen på alvor og gjør en endring [...]”. Det oppfordres også til røykeslutt, men informantene legger til at “nå er jo ikke røyking noe stort problem i hvert fall på vårt opptaksområde, det er veldig få som røyker, så vi har ikke noe røykesluttkurs hos oss [...]”. For å optimalisere ernæringsstatusen, snakker en klinisk ernæringsfysiolog med pasienten om kostråd før og etter operasjonen.

Det teoretiske begrepet empowerment blir i denne sammenhengen nevnt av informantene, der den ene informanten sier at pasienten “[...] skal øke kunnskapsnivået sitt på så mye sånn at de kan ta de beste valgene for egen helse [...]”. Men de trekker frem at det alltid finnes unntak, og at noen pasienter ikke har motivasjon eller kapasitet til å gjøre en endring.

## 4.3 Prehabilitering som en del av det ordinære pakkeforløpet

### 4.3.1 Sykehusets erfaringer og pasientenes tilbakemeldinger

Det har ikke blitt ført statistikk eller gjort forskning på data, men sykehuset har erfart en reduksjon i antall liggedøgn, intensivdøgn, reoperasjoner og komplikasjoner etter implementering av prehabilitering. Likeledes gikk kostnad per pasient ned. Én av informantene forteller at:

Det er kanskje noe som ikke er så veldig merkbart for oss, for det er ikke så store endringer, men økonomisk sett for sykehuset så er det jo bra så lenge det er en liten endring også, fordi det utgjør ganske mye økonomisk sett, når en reoperasjon er dyrt og liggedøgn er dyrt.

Informantene belyser videre at de to kollegaene fører eget skjema på pasientens oppholdstid på sykehuset, hvor mye fysioterapi de får og hva de har deltatt på. De har

derimot ikke kunnskap om hvor mye pasientene har trent eller hvilke endringer de personlig har gjort underveis i prehabiliteringen.

Det blir ikke gjennomført tester for å vurdere utvikling, men fysioterapeuten hører regelmessig at pasienten føler at hverdagsaktiviteter blir lettere. Det blir gjort undersøkelser for å fange opp pasientens mening om opplegget, og informantene forteller at “alle de som kommer til trening virker å være veldig fornøyd med å få hjelp til å komme i gang, og kanskje er det mange av dem som ikke har så erfaring med trening fra før”.

#### 4.3.2 Utfordringer med utøvelse av prehabilitering

Prehabilitering for pasienter med kolorektal kreft har blitt et fast tilbud ved sykehuset, men det er ikke alle pasienter som kan inkluderes i tilbudet. “Det er ikke vi som vurderer om de skal inkluderes i dette med prehabilitering eller ikke, det er kreftkoordinatorerne som gjør det”, forteller den ene informanten. Informanten forteller videre at det finnes ulike inklusjonskriterier, deriblant at “de må ha fått den her type diagnose, ikke ha nedsatt kognitiv funksjon, at de kan prate norsk og gjøre seg forstått på norsk, og at de er innenfor opptaksområdet”. Pasienter med funksjonsnedsettelse får heller ikke mulighet til å delta da det vanskeliggjør treningen. Den andre informanten forteller at “hos oss så skal i utgangspunktet alle prehabiliteres, men det er ikke alle vi får det til med, for eksempel hvis de er i veldig dårlig form [...]”. Det belyses også at det er lettere å få tak i de sprekeste pasientene, som ikke har et like stort behov for preoperativ trening.

Det tydeliggjøres i intervjuet at mye skal gjøres på kort tid, der den ene informanten trekker frem tanker rundt treningsopplegget:

[...] det å trene de kjempe hardt i forkant av operasjon som kanskje kunne vært veldig gunstig, men det er også det aspektet at vi ønsker at de skal fortsette å trene over lang tid [...] at folk begynner å trene forsiktig [...]. Så kan man øke til to og kanskje tre, for da vet man jo at effekten er mye mer når det ikke går for lang tid mellom øktene. [...] når det er prehab så er det så kort tid at de egentlig bør trene litt hver dag.

### 4.3.3 Prehabilitering i ferd med å bli en del av pakkeforløpet

Prehabilitering er i dag ikke en del av det ordinære pakkeforløpet for pasienter med kolorektal kreft i Norge. Informantene tydeliggjør at det er et ressurskrevende tilbud, men at det jobbes med å inkludere prehabilitering i pakkeforløpet. Én av informantene kommenterer at “[...] det er ideelt og kanskje bør være et mål, men det er jo et stykke igjen [...]”. Den andre informanten belyser at flere sykehus ønsker samme ordning:

Det krever jo ressurser å få det til, men de mener jo at det på en måte skal veie opp for effekten av det. Så jeg ser absolutt fordelene av å drive med det, og jeg ønsker jo at sykehusene som opererer disse pasientene burde ha den type pakkeforløp.

Ved spørsmål om informantenes syn på et ideelt pakkeforløp, understreker de viktigheten av preoperativ trening og god oppfølging, der én av informantene sier at “man trenger jo litt individuell oppfølging for å få tilpasset treningen til seg og sine behov”. Informanten mener at det ideelt sett hadde vært best for pasienten med trening og oppfølging i kommunen. Den andre informanten peker på at god flyt er viktig, der det er kort tid mellom undersøkelser, diagnostisering og oppstart av prehabilitering. Informanten mener også at hvis andre skal starte opp med prehabilitering, er det viktig å finne sin måte og “[...] at det kan være gjennomførbart for de, for det er jo mange som skal jobbe sammen og få det til å flyte best mulig”.

## 5. Drøfting

### 5.1 Trening og funksjon - fysioterapeutens tilnærming

#### 5.1.1 Pasienten i sentrum

Informantene forteller at de tilpasser treningen basert på hva som blir sagt og testet under den individuelle samtalen. Hovedmålet med prehabilitering er å være best mulig forberedt til operasjon, og de setter derfor ikke individuelle mål sammen med pasienten. De informerer derimot om hva som er ønskelig at pasienten skal gjøre for å skape forståelse og

eierskap til treningen. Brukermedvirkning står her sentralt, og skal bidra til å fremme tillitsforholdet mellom fysioterapeut og pasient (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001, § 1-1). Brukermedvirkning har også som hensikt å gi pasienten mulighet til å påvirke omgivelsene gjennom egne valg og ressurser (Helsedirektoratet, 2017). Dersom fysioterapeuten tar i bruk brukermedvirkning i sitt arbeid, kan det ha en positiv innvirkning på pasientens selvbilde, samt bidra til å øke pasientens kunnskapsnivå.

Begge informantene har grunnutdanning i fysioterapi, og har dermed i tråd med helsepersonelloven autorisasjon til å praktisere som helsepersonell (Helsepersonelloven, 2001, § 48). Ifølge loven skal helsepersonell utføre arbeidet sitt med faglig forsvarlighet og yte omsorgsfull hjelp i samsvar med de kravene som forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig (Helsepersonelloven, 2001, § 4). Dessuten skal de innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og innhente bistand eller henvise pasienter videre der det er nødvendig. Da fysioterapeuten er lovpålagt å opptre forsvarlig og ikke er berettiget å tilby hjelp eller veiledning på områder den ikke har faglig kompetanse, kan det tenkes at pasienten føler på trygghet i møte mellom dem. Dessuten kan autorisasjonen i seg selv virke tillitsvekkende, da ikke hvem som helst kan kalle seg helsepersonell.

Informantene erfarer at noen pasienter aldri har trent før og ikke liker det. Derfor introduserer de intervalltrening med lange pauser og enkle øvelser. Dette er et eksempel på tiltak fra fysioterapeuten som rettes mot å styrke pasientens kroppsfunksjoner og -strukturer. Ryan & Deci (2000) kommenterer at når en person ønsker å fremme en bestemt atferd hos andre, vil graden av ytre motivasjon hos motparten variere. I lys av dette, kan det tenkes at pasientene som i utgangspunktet misliker trening og mangler indre motivasjon, har vansker med å legge om til den aktive livsstilen som fysioterapeuten fremmer. Samtidig, har pasientene samtykket til å bli prehabilitert (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001, § 4-1), og det kan derfor tolkes som at de ønsker å gjøre en endring. Et annet, mulig utfall kan derfor være at disse pasientene drives av identifisert regulering (Olafsen, 2018), der atferden som fysioterapeuten fremmer er i tråd med deres egne mål, nemlig å bruke trening som et verktøy i kampen mot kreftsykdommen. Dersom dette er tilfelle, kan det bidra til

endring i pasientens aktivitetsnivå under prehabiliteringsperioden, og forhåpentligvis på sikt.

### 5.1.2 Fysioterapeutens tanker rundt gjennomføring av treningen

Den ene informanten tenker at det ville vært gunstig å trene pasientene hardere i forkant av operasjonen for å øke effekten av treningen. Samtidig sier informanten at man ønsker at pasientene skal fortsette å trene over lengre tid, og at man derfor er opptatt av en rolig tilnærming. Ifølge Kreftlex (u.å.c) kan trening bidra til å redusere bivirkninger som nedsatt muskelstyrke og kondisjon, symptomer på angst og depresjon, overvekt, risiko for diabetes type 2 og hjerte- og karsykdommer. Ved å introdusere treningen gradvis, kan pasienten oppleve mestring underveis i forløpet, og føle at de behersker noe som i starten kanskje var skremmende og ukjent. Følgelig kan dette bidra til at pasienten ønsker å vedlikeholde aktivitetsnivået etter utskrivelse fra sykehuset. Fysioterapeutens fremgangsmåte virker da helsefremmende, og supplerer til måloppnåelse ved rehabilitering, nemlig at tjenestene skal bidra til mestring, selvstendighet og deltakelse (Helsedirektoratet, 2020a).

### 5.1.3 Ikke et tilbud for alle

Informantene belyser at prehabilitering er et fast tilbud ved sykehuset, men at ikke alle pasienter får mulighet til å delta. Dette gjelder pasienter som blant annet ikke oppfyller inklusjonskriteriene. Det påpekes i funnene at det er lettere å få tak i de sprekeste pasientene som har minst behov for preoperativ trening. Prehabilitering kan fungere som en del av tidlig innsats innen rehabilitering. Rehabilitering er en tidsavgrenset og målrettet prosess, der flere fagutøvere samarbeider tverrprofesjonelt for å gi nødvendig assistanse til en pasient, for at den skal oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne (St.Meld. nr. 47 (2008-2009), s. 62). Tjenestene skal følgelig tilrettelegge sine bidrag individuelt for enhver pasient (Helsedirektoratet, 2020a). På den ene siden går inklusjonskriteriene imot individuell tilrettelegging, da de utelater enkelte pasienter basert på at de har nedsatt kognitiv eller fysisk funksjonsevne. På den andre siden opplyser informantene om at prehabilitering er en kortvarig prosess, der ett hovedmål gjelder alle pasienter. Det kan tenkes at enkelte pasienter uteblir grunnet få fysioterapeuter som ikke evner å dekke behovet og tilrettelegge for enhver pasient. En annen, mulig forklaring er at prehabilitering

ikke er like relevant for pasienter som er kommet lengre i sykdomsforløpet og trenger operasjon fortløpende.

## 5.2 Rehabilitering - fysioterapeutens bidrag

### 5.2.1 Læring- og mestringskurs - et tverrprofesjonelt samarbeid

I resultatene kommer det frem at tverrprofesjonelt samarbeid er en vesentlig del av prehabiliteringen. Pasienten får mulighet til å delta på et tverrprofesjonelt og gruppebasert tilbud - læring- og mestringskurs - som er før og etter operasjon. Fysioterapeuten snakker da om viktigheten av trening under innleggelsen og videre etter utskrivelse, samt ufarliggjør treningsøvelser. Læring- og mestringstilbud kan fordelaktig ta utgangspunkt i ICF-modellen for å gi et helhetlig tilbud til pasienten. Walseth og Malterud (2004, s. 66) skriver at helsepersonell kan gi faglig informasjon for å gi pasienten mulighet til å oppnå kompetanse til medvirkning. Dette tilrettelegger for at pasienten kan være aktivt deltakende i behandlingen, noe som også er nedfelt i pasient- og brukerrettighetsloven (2001, § 3-1). Pasienter som er deltakende i planlegging og oppfølging av egen helsehjelp, er i bedre stand til å mobilisere egne ressurser (St.Meld. nr. 47 (2008-2009), s. 51).

Det tverrprofesjonelle teamet består av helsepersonell som også betraktes som profesjoner. En profesjon er en bestemt type yrke som følge av sin utdanning har tilgang til å utføre bestemte arbeidsoppgaver i samfunnet (Smeby & Gundersen, 2021). Hver profesjon har sin kjernekompetanse, og i møte med pasienten gjør kjernekompetansen helsepersonellet faglig sterk, der de er dyktige og kunnskapsrike på hvert sitt område (Willumsen, 2016, s. 43). Dette kan stimulere pasienten til å føle tillit til helsepersonellet, og anse den gitte informasjonen som pålitelig. Dette øker sjansene for at pasienten internaliserer og integrerer informasjonen og veiledningen, som kan frembringe autonomi og kompetanse.

Funnene viser at informantene tar i bruk begrepet, empowerment, i møte med pasienten. Informantene trekker da frem at pasienten skal øke kunnskapsnivået sitt slik at de kan ta de beste valgene for egen helse. Pasientopplæring er en del av den terapeutiske tilnærmingen innenfor empowerment, og handler om systematisk opplæring av pasienten som en

forberedelse til mestring av hverdagen etter utskrivelse (Askheim, 2012, s. 49).

Fysioterapeuten kan da støtte og veilede pasienten til å kontrollere eget liv og mestre hverdagen, samtidig som det gir rom for brukermedvirkning. På den andre siden krever det initiativ og egeninnsats fra pasienten, som for enkelte kan være vanskelig grunnet redusert kapasitet, ressurser eller motivasjon.

### 5.2.2 Sosial støtte

Under læring- og mestringskurset i forkant av operasjonen, snakker kreftsykepleier om vanlige reaksjoner på kreftsykdom. Informantene bemerker at de, i likhet med kreftsykepleier, fungerer som en samtalepartner for pasienten. Funnene viser at pasienten stort sett deltar i grupper eller i samhandling bare med fysioterapeuten. Kreftforeningen (2022) skriver at noen pasienter kan oppleve samvær med andre som vanskelig, så for enkelte kan disse gruppene opptre støttende da de møter personer i samme livssituasjon. Det er også viktig å ha kontinuitet i kontakten mellom fysioterapeuten og pasienten for å gi best mulig sosial støtte. Informantene forteller at de følger opp pasienten to ganger i uken, samt tilstreber å møte pasienten første postoperative dag. Dette gjøres gjerne av fysioterapeuten som hadde den innledende samtalen før oppstart av treningen. Dersom det er tilfelle, kan det bidra til å bygge en relasjon mellom terapeut og pasient, og dermed gi pasienten en opplevelse av tilhørighet. En annen fordel med gruppebehandling kan være at det er tids- og ressursbesparende.

I intervjuene kommer det frem at både fysioterapeut, kreftsykepleier og klinisk ernæringsfysiolog fungerer som et støtteapparat rundt pasienten. Hvilken belastning kreftsykdommen er for pasienten vil variere. Lite sosial støtte kan gi psykiske reaksjoner som angst og depresjon (Dahl, 2016, s. 80). Det kan tenkes at læring- og mestringskursene og den gruppebaserte behandlingen kan redusere bekymring og uvisshet, og dermed gi mindre belastning ved at pasienten trygges og motiveres underveis i forløpet. På den andre siden fremhever informantene at individuelle forskjeller gjør det utfordrende å tilpasse motivering til enhver pasient. I tillegg, kan det tenkes at pasienten muligens sammenligner seg selv med andre, og på den måten opplever ytre press for å prestere.

### 5.3 Tilrettelegge for livsstilsendringer

Informantene erfarer at mange pasienter gjør en langvarig eller kortvarig livsstilsendring etter de har fått kreftdiagnosen. De opplever at pasientene tar sykdommen på alvor, og at treningen blir viktig for dem. Askheim (2012, s. 50) hevder at pasienten må ta initiativ og egne valg for å oppnå livsstilsendringer. Prehabiliteringsperioden fremmer mulighet for opplevelse av tilhørighet, kompetanse og autonomi. Det skjer gjennom samhandling med helsepersonell og andre pasienter, samt informasjon og opplæring i kursene, som igjen gir grunnlag for at pasienten kan ta egne valg om egen helse. Ved økt kunnskap rundt egen helse, kan pasienten forstå sammenhengen mellom faktorene i ICF-modellen. Eksempelvis kan pasienten oppleve at det er samsvar mellom funksjonell kapasitet, aktiviteter man mestrer på egenhånd og grad av deltakelse i dagliglivet. Dette viser en biopsykososial forståelse av treningen.

Funnene våre viser at prehabilitering er et tverrprofesjonelt tilbud som er opptatt av hvordan hele mennesket blir påvirket av kreftsykdommen. Informantene bemerker at pasienten selv må vurdere hvilken søyle i prehabiliteringen den ønsker å fokusere på for å skape ønskelig endring. Om pasienten opplever ansvar og kontroll, kan det i seg selv motivere til endring (Helsedirektoratet, 2018a). Også den salutogene tilnærmingen vektlegger fysisk, psykisk og sosialt velvære, og er opptatt av hvordan pasientens ressurser kan gi økt helse (Langeland, 2011, s. 208). Å tilrettelegge for aktiv deltakelse for pasienten kan da bidra til at pasienten oppdager og bevisstgjøres egne ressurser. Det krever egeninnsats for å skape en endring, selv med støtte fra fysioterapeuten. Fra pasientens side, kan det tenkes at dette vil være utfordrende for de svakeste, eller for pasienter som engster seg over å ta ansvar over egen helse. Fra fysioterapeutens side, kan det være en utfordring å få frem ressurser hos pasienten, for å muliggjøre initiativtaking fra pasienten (Askheim, 2012, s. 48).

Informantene håper at pasienten kan innarbeide seg gode rutiner for aktivisering som tas med videre etter utskrivelse. Ifølge Ryan og Deci (2000) kreves både følelse av kompetanse og autonomi for å oppnå indre motivasjon, som i dette tilfelle er nødvendig. Det antas på samme tid at indre motivasjon har mer sannsynlighet for å tre frem i sammenhenger preget



av tilhørighet. Da fysioterapeuten fungerer som en samtalepartner og veileder, kan den spille en viktig rolle for at pasienten skal få dekket de psykologiske behovene som er presentert av Ryan og Deci (2000).

## 5.4 Prehabilitering - en fremtidig del av pakkeforløpet?

Informantene belyser at det jobbes med å inkludere prehabilitering i det ordinære pakkeforløpet for den gjeldende pasientgruppen, noe de mener bidrar til et ideelt pakkeforløp. For pasientens del, trekker den ene informanten frem at trening og oppfølging ideelt sett bør foregå i kommunehelsetjenesten. I likhet med informantene, trekker samhandlingsreformen frem at kommunen skal stå for helhetlige pasientforløp, ved å vektlegge blant annet tidlig intervensjon og oppfølging (St.Meld. nr. 47 (2008-2009), s. 15). Ut ifra informantenes mening, kan man stille spørsmål om hvordan pasientforløpet er helhetlig, da det ikke er en standard oppfølging for denne pasientgruppen etter utskrivelse.

På den andre siden fremheves prehabilitering som et ressurskrevende tilbud. Om pasienten skal behandles i hjemkommunen, stiller det krav til kompetanse og kvalitet i kommunehelsetjenesten (St.Meld. nr. 26 (2014-2015), s. 34). Det kan tenkes at kommuner med svak økonomi har vansker med å oppfylle dette kravet, som medfører utilstrekkelig oppfølging av pasientene bosatt i disse kommunene. Dersom samhandlingen mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten ikke er tilstrekkelig, kan hverdagen som venter bli krevende for pasienten (St.Meld. nr. 47 (2008-2009), s. 47). Med andre ord, krever prehabiliteringstilbudet ulike midler, eksempelvis kompetent helsepersonell, egnet sted og kapital. Effekten bør da veie opp for kostnaden.

Informantenes erfaring er at pasienten opplever en subjektiv bedring, der hverdagsaktiviteter blir mer håndterlige. Sykehuset informantene arbeider på har erfart at kostnad per pasient har blitt redusert. Som nevnt i teoridelen, viste studien som ble gjennomført ved sykehuset Máxima Medical Center, at prehabilitering gir pasienten mulighet til å forbedre den preoperative funksjonelle kapasiteten, som igjen kan forbedre den videre rehabiliteringen (van Rooijen et. al., 2019a, s. 893). Operasjonen utgjør en risiko for komplikasjoner, men en studie gjennomført av van Rooijen et al. (2019b) viste at

komplikasjoner kan forebygges med prehabilitering. Dersom utføringen av prehabilitering ikke er god nok, kan det tenkes at det vil føre til konsekvenser for den videre rehabiliteringsprosessen. Iverksetting av tidlige tiltak for pasienter med kolorektal kreft, kan med bakgrunn i våre funn og tidligere forskning bidra til å bedre pasientens utgangspunkt for rehabilitering, og dermed være helsefremmende for pasienten.

## 6. Konklusjon

Hensikten med oppgaven var å få økt kunnskap om fysioterapi som tiltak innen prehabilitering for pasienter med kolorektal kreft. Vi intervjuet dermed to fysioterapeuter for å besvare problemstillingen: *Hvilke tanker og erfaringer har fysioterapeuter om deres arbeidsoppgaver under prehabilitering for pasienter med kolorektal kreft?*

Arbeidet med oppgaven har gitt oss et innblikk i prehabiliteringstilbudet fra fysioterapeutenes ståsted. Hovedmålet med prehabilitering er å forberede pasienten best mulig til operasjon. Sykehuset tilbyr pasienten tverrprofesjonelle og helhetlige tiltak, bestående av fire søyler: trening, ernæringsveiledning, psykologisk støtte og røykeslutt.

Fysioterapeutene er ikke bare treningsveiledere. De informerer, motiverer og veileder pasienten mot en sunn og aktiv livsstil. Fysioterapeutene erfarer at pasienten opplever en subjektiv bedring under prehabiliteringsperioden. Det er viktig at pasienten ansvarliggjøres for å lettere kunne overføre det til hverdagen og få kompetanse til å ta egne valg om egen helse. Treningen blir tilpasset slik at pasienten kan være aktivt deltakende, og på denne måten oppleve tilhørighet og eierskap til treningen. Fysioterapeutene håper at dette kan skape gode rutiner i hverdagen etter utskrivelse. Prehabilitering kan derfor sees på som et nødvendig tiltak for å bedre pasientens utgangspunkt for videre rehabilitering.

Funnene våre viser hvordan vi som fremtidige fysioterapeuter kan påvirke pasientens hverdag og helse, samt bidra med å redusere kostnad per pasient i helsetjenesten. Basert på fysioterapeutenes erfaringer og aktuelle forskningsartikler, tenker vi at prehabilitering kan være et helsefremmende tiltak for denne pasientgruppen. For å gjøre det tilgjengelig for

flere pasienter, mener de at kommunehelsetjenesten må involveres mer enn i dag, men de uttrykker samtidig forståelse for at det kan være ressurskrevende for enkelte. I likhet med informantene, tenker vi at prehabiliteringstilbudet bør vurderes som en del av det ordinære pakkeforløpet for denne pasientgruppen. Selv om det så langt bare er vist gode virkninger for pasienter med kolorektal kreft, trengs det mer forskning om prehabilitering for andre pasientgrupper for å skape en overføringsverdi.

## Referanseliste

- Askheim, O.P. (2007). Empowerment - ulike tilnærminger. I O. P. Askheim & B. Starrin (Red.), *Empowerment i teori og praksis* (s. 21-33). Gyldendal Akademisk.
- Askheim, O.P. (2012). *Empowerment i helse- og sosialfaglig arbeid: Floskel, styringsverktøy eller frigjøringsstrategi?* Gyldendal.
- Blomhoff, R. (2018). Kosthold og forebygging av kreft. I *Kreftsykdommer - en basisbok for helsepersonell* (163–168). Gyldendal Akademisk.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Dahl, A. A. (2016). *Kreftsykdom: Psykologiske og sosiale perspektiver*. Cappelen Damm.
- Fagermoen, M. S. & Lerdal, A. (2011). Teoretiske modeller for læring og mestring. I M. S. Fagermoen (Red.), *Læring og mestring: et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning*. (s. 17-37). Gyldendal.
- Forskrift om habilitering og rehabilitering. (2011). *Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator* (FOR-2011-12-16-1256). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2018, 18. april). *Leve med kreft: Nasjonal kreftstrategi (2018-2022)*. Regjeringen. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/leve-med-kreft/id2598282/>
- Helsebiblioteket. (2020, 7. september). *Kreft i tykktarm og endetarm*. <https://www.helsebiblioteket.no/pasientinformasjon/kreft/kreft-i-tykktarm-og-endetarm>

Helsedirektoratet. (2017, 17. oktober). *Brukermedvirkning*.

<https://www.helsedirektoratet.no/tema/brukermedvirkning>

Helsedirektoratet. (2018a, 12. juli). *Medvirkning, informasjon og kommunikasjon*.

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator/medvirkning-informasjon-og-kommunikasjon>

Helsedirektoratet. (2018b, 12. juli). *Pasientforløp i habilitering og rehabilitering*.

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator/avklaring-av-ansvar-og-oppgaver-mellom-kommunene-og-spesialisthelsetjenesten-innen-habilitering-og-rehabilitering/pasientforlop-i-habilitering-og-rehabilitering#pasientforlop-i-habilitering-og-rehabilitering>

Helsedirektoratet. (2020a, 2. juli). 2.1. *Formål og overordnede prinsipper for habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator*.

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator/formal-og-overordnede-prinsipper-for-habilitering-og-rehabilitering-individuell-plan-og-koordinator/formal-og-overordnede-prinsipper-for-habilitering-og-rehabilitering-individuell-plan-og-koordinator>

Helsedirektoratet. (2020b, 2. juli). 2.2. *Gjennomgang av definisjonen av habilitering og rehabilitering*.

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator/formal-og-overordnede-prinsipper-for-habilitering-og-rehabilitering-individuell-plan-og-koordinator/gjennomgang-av-definisjonen-av-habilitering-og-rehabilitering>

Helsedirektoratet. (2020c, 25. november). *Pakkeforløp for kreft*. Helsenorge.

<https://www.helsenorge.no/sykdom/kreft/pakkeforlop-for-kreft/>

Helseforskningsloven. (2008). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning* (LOV-2008-06-20-44). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44>

Helsepersonelloven. (2001). *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/>

Jacobsen, D. (2015). *Hvordan gjennomføre undersøkelser?* (3. utg.). Cappelen Damm Akademisk.

Johnson Medical Devices Companies. (2019). *Máxima Medical Center, The Netherlands: Improving Outcomes Through the Implementation of Enhanced Recovery and Prehabilitation in Colorectal Surgery.* Johnson & Johnson Medtech.

[https://www.jnjmedtech.com/sites/default/files/user\\_uploaded\\_assets/pdf\\_assets/2019-07/Patient%20Pathway%20Optimization%20-%20Enhanced%20Recovery%20and%20Prehabilitation%20Colorectal%20-%20MMC.pdf](https://www.jnjmedtech.com/sites/default/files/user_uploaded_assets/pdf_assets/2019-07/Patient%20Pathway%20Optimization%20-%20Enhanced%20Recovery%20and%20Prehabilitation%20Colorectal%20-%20MMC.pdf)

Kiserud, C., E., Dahl, A., A. & Fosså, S., D. (2018). Seneffekter etter kreftbehandling. I E. Wist (Red.), *Kreftsykdommer - en basisbok for helsepersonell* (s. 148–161). Gyldendal Akademisk.

Kreftforeningen. (2022, 27. januar). *Psykiske reaksjoner ved kreftsykdom.*

<https://kreftforeningen.no/rad-og-rettigheter/psykiske-reaksjoner/>

Kreftlex. (u.å.a). *Fysisk aktivitet og trening under og etter kreftbehandling.*

[https://kreftlex.no/Brystkreft/ProsedyreFolder/BEHANDLING/Cellegift/Fysisk\\_aktivitet\\_trening?lg=ks&containsFaq=False&CancerType=Bryst](https://kreftlex.no/Brystkreft/ProsedyreFolder/BEHANDLING/Cellegift/Fysisk_aktivitet_trening?lg=ks&containsFaq=False&CancerType=Bryst)

Kreftlex. (u.å.b). *Utredning ved kreft i tykk- og endetarm.* <https://kreftlex.no/Tykk-og-endetarmskreft/ProsedyreFolder/UTREDNING/New-ksProcedureChapter>

Kreftlex. (u.å.c). *Årsaker til kreft i tykk- og endetarm.* <https://kreftlex.no/Tykk-og-endetarmskreft/BAKGRUNN/Arsak?CancerType=Tykktarm>

Kreftregisteret. (2021a, 21. september). *Kreft i Norge*.

<https://www.kreftregisteret.no/Temasider/om-kreft/>

Kreftregisteret. (2021b, 21. september). *Tykk- og endetarmskreft*.

<https://www.kreftregisteret.no/Temasider/kreftformer/Tykk--og-endetarmskreft/>

Langeland, E. (2011). Salutogene samtalegrupper: en arena for økt mestring og velvære. I M.

S. Fagermoen (Red.), *Læring og mestring: et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning* (s. 208-235). Gyldendal.

Lønne, A. (2021, 20. juni). *Salutogenese*. Store norske leksikon.

<https://sml.snl.no/salutogenese>

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

Universitetsforlaget.

Meld. St. 26 (2014-2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste: nærhet og helhet*. Helse- og

omsorgsdepartement. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/>

Meld. St. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen: Rett behandling - på rett sted - til rett tid*.

Helse- og omsorgsdepartement.

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-id567201/>

Olafsen, A. H. (2018). Selvbestemmelsesteorien: Et differensiert perspektiv på motivasjon i arbeidslivet. *Magma*, 2, 54-61.

Pak, H., Maghsoudi, L. H., Soltanian, A. & Gholami, F. (2020). Surgical Complications in Colorectal Cancer Patients. *Annals of Medicine and Surgery*, 55, 13-18.

<https://doi.org/10.1016/j.amsu.2020.04.024>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (2001). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-

07-02-63). [Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63)

Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2000). Self-Determination Theory and the Facilitation of Intrinsic Motivation, Social Development, and Well-Being, *American Psychologist Association Inc.*, 55(1), 68-78. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.68>

Smeby, J., C. & Gundersen, T. (2021, 8. september). *profesjon*. Store norske leksikon. <http://snl.no/profesjon>

Stai, S. (2021, 9. februar). *Selvbestemmelsesteorien*. ndla. <https://ndla.no/nb/subject:1:56ea35da-73d9-431f-a451-19f24f564f59/topic:1:7b85f47a-e6ee-4e10-93f0-6dcbb8fe88cc/topic:1:61d57775-88c9-4d8f-b49f-bfe85ff652d0/resource:da356aee-04a7-4712-8833-e960321e34de>

Trollvik, A. (2011). Barn som har astma: helsefremmende læring. I M. S. Fagermoen (Red.), *Læring og mestring: et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning*. (s. 105-130). Gyldendal.

van Rooijen, S., Molenaar, C., Goof, S., van Lieshout, R., Beijer, S., Dubbers, R., Rademakere, N., Papen-Botterhuis, N., van Kempen, S., Carli, F., Roumen, R. & Slooter, G. (2019a). Making Patients Fit for Surgery: Introducing a Four Pillar Multimodal Prehabilitation Program in Colorectal Cancer. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 98(10), s. 888-896. <https://doi.org/10.1097/phm.0000000000001221>

van Rooijen, S., Carli, F., Dalton, S., Thomas, G., Bojesen, R., Guen, M. L., Barizien, N., Awasthi, R., Minella, E., Beijer, S., Martínez-Palli, G., van Lieshout, R., Gögenur, I., Feo, C., Johansen, C., Scheede-Bergdahl, C., Roumen, R., Schep, G. & Slooter, G. (2019b). Multimodal Prehabilitation in Colorectal Cancer Patients to Improve Functional Capacity and Reduce Postoperative Complications: The First International Randomized Controlled Trial for Multimodal Prehabilitation. *BMC Cancer*, <https://doi.org/10.1186/s12885-018-5232-6>.



Walseth, L. T. & Malterud, K. (2004). Salutogenese og empowerment i allmennmedisinsk perspektiv. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 65-66.

WHO. (u.å.). *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*.

<https://www.who.int/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health>

Willumsen, E. (2016). Tverrprofesjonelt samarbeid i utdanning og praksis i helse- og velferdssektoren. I E. Willumsen & A. Ødegård (Red.), *Tverrprofesjonelt samarbeid: et samfunnsoppdrag* (s. 33-49). Universitetsforlaget.

## Vedlegg 1: Litteratursøk

Database	Søkeord	Antall treff
Epistemonikos	abstract:(prehabilitation) AND abstract:(colorectal cancer) AND abstract:(functional recovery)	7
Pubmed	((prehabilitation) AND (colorectal cancer)) AND (functional recovery)	5 (+3 treff basert på sitering)
PEdro	colorectal cancer AND prehabilitation	16
Cochrane Library	multimodal prehabilitation AND colorectal cancer	1 cochrane review, 1 cochrane protocol og 27 cochrane trials

Vi utførte søk i gjeldende databaser slik at artiklene kom fra et fagfellevurdert tidsskrift. Artiklene er da sikret å være vurdert og godkjent av opptil tre upartiske og anonyme eksperter innenfor fagfeltet. Titler, sammendrag og konklusjoner fra alle artikler ble gjennomgått og lest. Vi fulgte visse inklusjons- og eksklusjonskriterier for å fjerne de som var irrelevant for vår oppgave. Inklusjonskriterier var at litteraturen var skrevet på engelsk, at den var publisert i tidsperioden 2017-2022, samt at den måtte omhandle spesifikt prehabilitering av pasienter med kolorektal kreft og kirurgi. I tillegg huket vi av på randomiserte kontrollerte studier, systematiske oversikter og metaanalyser. RCT-ene ga oss oversikt over hva som finnes av enkeltstudier på feltet. Systematiske oversikter og metaanalyser ga oss innblikk i resultater fra flere like studier, som medfører høyere grad av sikkerhet.

Artikler ble ekskludert hvis de omhandlet generelle kreftpasienter, inkluderte andre tilstander eller sykdommer, og andre tilleggsbehandlinger ved siden av kirurgi. Dessuten unngikk vi artikler der pasientene ble benevnt som "frailty" eller "elderly". Da vi var ferdige med å samle inn data og presentere resultatene våre, så vi over litteraturen på nytt og sammenlignet den med funnene våre for å se hva vi kunne bruke videre i oppgaven.

## Vedlegg 2: Samtykkeskjema

### **Vil du delta i bachelorprosjektet**

### **“Prehabilitering av pasienter med kolorektal kreft før kirurgi: En kvalitativ studie om fysioterapeuters erfaringer og tanker”.**

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke fysioterapeuters erfaringer med prehabilitering av pasienter med kolorektal kreft før kirurgi. I dette skrevet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### **Formål**

Hensikten med oppgaven er å tilegne oss kunnskap om trening som del av prehabiliteringstilbudet for pasienter med kolorektal kreft, og hvilken betydning effekten av treningen har for pasienten i det postoperative forløpet. Vi ønsker å undersøke dette fra et erfaringsbasert fysioterapeutisk perspektiv, og vektlegger dermed fysioterapeutens rolle i prehabiliteringsløpet, til tross for at kursing og kostholdsveiledning også er sentrale komponenter.

Ut ifra et biopsykososialt perspektiv vil vi se på effekten av trening, både ved å fokusere på kroppsfunksjoner og -strukturer, men også vurdere hvordan hele mennesket og situasjonen blir påvirket. Med dette tenker vi særlig på effekter som økt fysisk kapasitet, redusert risiko for senskader, tilbakefall og fatigue. Vi er også interessert i hvordan pasientens psykiske helsetilstand blir påvirket, mtp. motivasjon og mestring, samt angst og depresjon. Derfor er problemstillingen; Hvilke tanker og erfaringer har fysioterapeuter om betydningen av prehabilitering før kirurgi for pasienter med kolorektal kreft?

Dette prosjektet vil utgjøre bacheloroppgave i fysioterapi.

Opplysningene som samles inn skal ikke brukes til andre formål enn skissert i dette prosjektet.

#### **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

Høgskulen på Vestlandet er ansvarlig for prosjektet.

#### **Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

Du spørres om å delta i prosjektet fordi du er fysioterapeut og jobber med prehabilitering av pasienter med kolorektal kreft.

#### **Hva innebærer det for deg å delta?**

Hvis du velger å delta i prosjektet innebærer det at vi vil gjennomføre et intervju med deg. Det er utarbeidet en intervjuguide som omhandler spørsmål om dine erfaringer om det aktuelle tema. Eksempler på spørsmål er hvordan prehabilitering foregår i praksis, hvilken betydning økt fysisk kapasitet har for pasienter, hvordan du som fysioterapeut opplever pasientens motivasjon til å trene og opplevelse av mestring, og tanker om et ideelt pakkeforløp. Intervjuet vil ta deg ca 30-60 min. Vi tar lydopptak og notater fra intervjuet.

Om det lar seg gjøre ønsker vi å gjennomføre et fysisk møte innen uke 14. Om det ikke er mulighet for fysisk møte, kan intervjuet foregå digitalt.

### **Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

### **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Kun vi som studenter vil ha tilgang til dataene.

Lydopptaket vil lagres i passordbeskyttet pc, og slettet etter transkripsjon. Navn og kontaktopplysningene dine vil bli erstattet med en kode som lagres innelåst og adskilt fra øvrige data.

Ingen vil kunne gjenkjenne deg i den skriftlige teksten.

### **Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?**

Opplysningene anonymiseres i bacheloroppgaven, alle andre data slettes når bacheloroppgaven godkjennes (senest ved utgangen av august 2022).

### **Dine rettigheter**

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg, og
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

### **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Høgskulen på Vestlandet har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

### Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Bachelorstudent:
- Bachelorstudent:
- Veileder:
- Høgskulen på Vestlandet ved prosjektansvarlig førsteamanuensis Mona K. Aaslund, mokra@hvl.no
- Vårt personvernombud: Trine Anniken Larsen, personvernombudet@hvl.no

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

(Veileder og lærer ved fysioterapeututdanningen)

(Studenter)

---

### Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet Prehabilitering av pasienter med kolorektal kreft før kirurgi: En kvalitativ studie av fysioterapeuters erfaringer og tanker, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## Vedlegg 3: Intervjuguide

### Før lydopptaket blir slått på

Studentene informerer om hvordan intervjuet skal foregå.

#### Informasjon om informant

- **Kan du kort fortelle om din utdanning, og din bakgrunn som fysioterapeut?**
  - Hvor lenge har du jobbet som fysioterapeut?
  - Hvilken utdanning har du, eventuelt videreutdanning/kurs?
- **Hvilken erfaring har du med å jobbe med prehabilitering av pasienter med kolorektal kreft?**
- **Hvordan syns du det er å jobbe med denne pasientgruppen?**

#### Prehabilitering generelt

- **Hvorfor startet man med prehabilitering for denne pasientgruppen?**
- **Hva består prehabiliteringen av, og hvorfor?**
- **Hvor stor andel av pasientgruppen takker ja til tilbudet om prehabilitering?**

#### Treningsinnhold og -mengde

- **Hvordan foregår treningen i praksis? Er det individuell- eller gruppetrening med fysioterapeut, trener pasienten på egenhånd med veiledningstimer underveis?**
  - Eksempelvis:
    - Innhold, hyppighet, dosering.
    - Blir det utformet målsetning, hvordan blir eventuelt måloppnåelse vurdert?

#### Motivasjon og mestring

- **Ved en kreftsykdom følger det med utfordringer og belastninger. Opplever du at pasienter tar i bruk mestringsstrategier i møte med sykdommen?**
  - Unnvikende strategi - trekker seg unna, vil ikke snakke om det
  - Tilnærming - gjør noe aktivt med belastningen
- **Foregår det tverrfaglig samarbeid med psykolog, kreftsykepleier eller annet helsepersonell mtp. pasientens psykiske helsetilstand?**
  - Eksempelvis:
    - Motivasjon og mestring
    - Angst og depresjon
- **I hvilken grad trenger pasientene motivering til å trene?**
- **Opplever du at pasienter får endret holdning og innstilling til diagnosen ilt. prehabiliteringsperioden?**

#### Effekt av prehabilitering (generelt)

- **Opplever du eller har du kunnskap om forskjell i pasientens sykdomsforløp med og uten prehabilitering?**
- **Opplever du at pasientene oppnår livsstilsendringer i løpet av prehabilitering?**
  - Har du noen eksempler?

### Resultat og oppfølging

- **Hva er resultatene av trening som tiltak innen prehabilitering, og hvordan er disse resultatene blitt hentet?**
- **Hva er tilbakemeldingene fra pasientene om treningen og bruken av “pusterommene”?**
- **Postoperativt, hvordan gjennomføres oppfølgingen av pasientene?**
  - Får de utlevert treningsprogram?
  - Får de trene i “pusterom”?
    - Hvor lenge kan “pusterommene” benyttes?
  - Har pasient og fysioterapeut kontakt etter sykehusoppholdet?

### Betydning

- **I etterkant av sykehusoppholdet, der pasienten kommer hjem og skal fortsette å leve livet sitt, har du inntrykk av at treningen som ble gjort (preoperativt) påvirker dagliglivet til pasienten, eventuelt hvordan?**
  - Eksempelvis:
    - Aktivitet, deltakelse, sosialt
      - Hva er pasientene i stand til å være med på
    - Personlige faktorer
      - Energinivå, mental helsetilstand, bevissthet over egen kropp/trening
    - Kroppsfunksjoner/-strukturer
      - Komplikasjoner, bivirkninger

### Pakkeforløp

- **Hvordan vil du beskrive et ideelt pakkeforløp, og hvorfor er akkurat det ideelt?**
- **Hvilke tanker har du om at prehabilitering kan eller bør bli en del av det ordinære pakkeforløpet?**

### Avsluttende spørsmål

- **Er det noe du ønsker å tilføye som vi ikke har snakket om?**
- **Dersom det er noe vi lurer på i etterkant av intervjuet, om noe som er uklart for oss, eller noe vi har glemt å spørre om, er det greit for deg at vi da tar kontakt?**