



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

FYS390-O-2023-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	01-05-2023 00:00 CEST	Termin:	2023 VÅR
Sluttdato:	15-05-2023 14:00 CEST	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
Flowkode:	203 FYS390 1 O 2023 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	208
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7863
----------------------	------

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

Gruppenavn:	(Anonymisert)
Gruppenummer:	10
Andre medlemmer i gruppen:	219

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



Høgskulen
på Vestlandet

Bacheloroppgave

Fysisk aktivitet i kreftrehabilitering: En kvalitativ studie om fysioterapeuters synspunkter og erfaringer

Physical activity in cancer rehabilitation: A qualitative study of physiotherapists' views and experiences

Kandidatnummer: 208 & 219

Bachelorutdanningen i Fysioterapi
Fakultet for Helse- og sosialvitenskap

Ord: 7863

Innleveringsdato: 15.05.2023

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

Forord

Gjennom prosessen i bachelorprosjektet har vi lært og fått stor innsikt i temaet vi har valgt. Prosessen har gjort oss bedre rustet for å møte kreftpasienter i arbeidslivet og vi har lært mye om hvordan fysioterapi kan være en viktig del av behandlingen for denne pasientgruppen. Vi har også vært heldige å få møte fysioterapeuter som brenner for temaet og viser stort engasjement for kreftrehabilitering.

Vi ønsker å takke alle informantene våre som stilte opp og delte sine erfaringer. Til slutt ønsker vi å rette en stor takk til vår veileder for gode, konstruktive og konkrete tilbakemeldinger underveis.

Bergen, 14.05.2023

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	5
Abstract.....	6
1.0 Innledning	7
1.1 Bakgrunn for valg av tema	7
1.2 Kunnskapstatus.....	7
1.3 Formål med oppgaven.....	8
1.4 Problemstilling.....	8
2.0 Teori.....	9
2.1 Fysisk aktivitet	9
2.2 Rehabilitering	9
2.3 Kreft	10
2.4 Kreftbehandling	10
2.5 Mestring	11
3.0 Metode.....	13
3.1 Valg av metode	13
3.2 Teoretisk perspektiv og forforståelse	13
3.3 Valg av informanter	14
3.4 Forberedelse til intervju	14
3.5 Gjennomføring av datainnsamling	15
3.6 Analyse.....	16
3.7 Forskningsetikk	17
4.0 Resultat.....	18
4.1 Presentasjon av informanter og tema	18
4.2 Kreftpasienten	19
Seneffekter og utfordringer	19
Ønsker og mål i kreftrehabilitering.....	19
Aksept	20
4.3 Gruppedynamikk og mestringsfølelse	20
Felleskap og likemannsstøtte	20
Mestring i fysisk aktivitet	21
4.4 Fysioterapeutens rolle.....	21
Fysioterapeuten som veileder	21
Individuell tilpassing	22
Forståelse og trygging i fysisk aktivitet.....	22
4.5. Kreftrehabiliteringstilbud og informasjonstilgjengelighet	23
Oppfølging i tjenestene og informasjon	23

Kreftrehabilitering i kommunen	23
5.0 Diskusjon	25
5.1 Resultatdiskusjon	25
5.1.1 Fysisk aktivitet som mestringsstrategi i kreftrehabilitering	25
Mestring – et viktig prinsipp i kreftrehabilitering	25
Fysioterapeuten og pasienten – ansvar for mestring	25
5.1.2 Kreftrehabilitering – Fysioterapeutenes bidrag.....	27
Trygge og veilede	27
Sosial støtte og fellesskap	27
5.1.3 Kreftrehabiliteringstilbudet	28
Pasientforløp og oppfølging.....	28
Kommunal kreftrehabilitering	29
5.2 Metodediskusjon	31
5.2.1 Valg av metode	31
5.2.2 Valg av informanter	31
5.2.3 Gjennomføring av datainnsamling	32
5.3 Implikasjoner for videre praksis.....	32
6.0 Konklusjon.....	33
7.0 Referanseliste.....	34
Vedlegg 1: Intervjuguide	1
Vedlegg 2: Samtykkeerklæring.....	1
Vedlegg 3: Analyselogg.....	1
Vedlegg 4: Transkripsjon fra intervjuer.....	1
Transkripsjon informant FR1	1
Transkripsjon informant FR2	1
Transkripsjon informant FK.....	1
Transkripsjon informant FS	1
Tabell	
Tabell 1: Analyseprosessen – STC	16
Tabell 2: Presentasjon av informanter	18
Tabell 3: Presentasjon av temaer	18

Sammendrag

Tittel: Fysisk aktivitet i kreftrehabilitering: En kvalitativ studie om fysioterapeuters synspunkter og erfaringer.

Problemstilling: Hvilke synspunkter og erfaringer har fysioterapeuter med fysisk aktivitet i kreftrehabilitering?

Bakgrunn: Kreftsykdom og kreftbehandling kan medføre fysiske og psykiske seneffekter. Forskning viser at fysisk aktivitet er et tiltak som er trygt under og etter kreftbehandling og som motvirker seneffekter. Det finnes få kvalitative studier om fysisk aktivitet i kreftrehabilitering.

Metode: For å besvare problemstillingen benyttet vi kvalitativ metode. Datainnsamling ble gjennomført ved semistrukturert individualintervju, der vi intervjuet fire fysioterapeuter hvor en arbeider i spesialisthelsetjenesten, en i kommunehelsetjenesten og to på rehabiliteringsinstitusjon. Systematisk tekstkondensering ble brukt som metode i analyseprosessen.

Resultat: Fysioterapeutene ser stor variasjon i fysisk kapasitet og funksjonsnivået blant kreftpasienter, som også kan ha psykiske utfordringer knyttet til sin kreftsykdom. Pasientene har ulike mål med kreftrehabiliteringen. Fysioterapeutene vektlegger mestring og veileder pasientene i fysisk aktivitet for å håndtere kreften og seneffekter. Gruppebehandling er positivt og motiverende, da det skaper fellesskap og likemannsstøtte. Fysioterapeutene mener også at kreftrehabiliteringstilbudet i dag ikke er godt nok, og at det er stor variasjon i kreftilbudene i kommunene.

Konklusjon: Fysisk aktivitet er viktig i kreftrehabilitering for å skape mestringsfølelse hos pasienter og håndtere kreftsykdom og seneffekter. Fysioterapeutenes spiller en viktig rolle i å veilede og trygge kreftpasienter i fysisk aktivitet. Gruppetilbud gir motivasjon og likemannsstøtte. Basert på fysioterapeutenes erfaringer og synspunkter, kan de utgjøre en forskjell på individ- og samfunnsnivå i kreftrehabilitering. Det er også behov for å styrke både informasjonen om kreftilbud og kreftrehabiliteringstilbudet i kommunene.

Abstract

Title: Physical activity in cancer rehabilitation: A qualitative study of physiotherapists views and experiences.

Research question: What views and experiences do physiotherapists have with physical activity in cancer rehabilitation?

Background: Cancer and cancer treatment can lead to both physical and psychological late effects. Studies indicate that engaging in physical activity during and after cancer treatment is safe and can mitigate the late effects associated with cancer. However, there is a limited amount of qualitative research available on the topic of physical activity in cancer rehabilitation.

Method: To address our research question, we employed a qualitative research method. Data collection was conducted through semi-structured individual interviews, involving four physiotherapists: one working in special health service, one in a municipal health service, and two in rehabilitation institutions. The analysis of our data material utilized systematic text condensation.

Results: Physiotherapists observe varying levels of physical capacity and functioning among cancer patients, who often face psychological challenges associated with their illness. Patients in cancer rehabilitation have diverse goals. Physiotherapists stress the importance of using physical activity to cope with cancer and its late effects. Group exercise is seen as positive and motivating, fostering a sense of community and peer support. Moreover, physiotherapists express concerns about the current state of cancer rehabilitation services, noting significant variations in the offerings provided by different municipalities.

Conclusion: Physical activity is essential in cancer rehabilitation, empowering patients and controlling cancer and its late effects. Physiotherapists play a crucial role in supervising and ensuring patient safety during physical activities. Group programs provide motivation and peer support. Based on their experiences, physiotherapists can make a difference in both individual and community-level cancer rehabilitation. Strengthening information and services in municipalities is also necessary.

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Forekomsten av kreft i Norge er økende og i 2020 var kreft den hyppigste dødsårsaken i Norge (Strøm og Raknes, 2021). Kreftregisteret anslår at antall krefttilfeller i Norge vil øke med 42% for menn og 27% for kvinner frem mot 2030. Økningen skyldes at befolkningen vokser og at andelen eldre øker (2014). Samtidig ser man en økning av krefttilfeller hos unge voksne både nasjonalt (Kreftregisteret, 2014) og internasjonalt (Ugai et al., 2022). Ifølge Kreftregisteret hadde totalt 316 145 menn og kvinner hatt kreft eller levd med kreft ved utgangen av året 2021. Andelen som overlever kreftsykdom også økende. Tre av fire som får kreft i Norge lever fremdeles etter 5 år. Dette er dobbelt så mange som for 50 år siden (2023). Dermed har kreft utviklet seg fra å være ensbetydende med død til å være kurerbart i tre av fire tilfeller (Kreftforeningen, 2023b).

Bivirkningene og seneffektene av gjennomgått kreftbehandling er mange, og både psykiske og fysiske seneffekter kan inntreffe (Helsedirektoratet, 2020b). Økt prevalens av kreftsykdom i Norge og stor andel overlevende gjør at behovet for fysioterapeutisk rehabilitering er stort. I klinisk praksis i kommunehelsetjenesten møtte en av oss en treningsgruppe for kreftpasienter. Dette var et av få treningsgruppetilbud i kommunen. Pasientmøtene gjorde sterke inntrykk, og førte til at vi fikk interesse for feltet og ville skrive om fysisk aktivitet og kreftrehabilitering i vår bacheloroppgave.

1.2 Kunnskapstatus

Historisk sett har kreftpasienter blitt anbefalt å hvile og unngå aktivitet, men nyere forskning har vist at fysisk aktivitet er trygt under og etter kreftbehandling, og kan bedre fysisk funksjon, livskvalitet og kreftrelatert fatigue hos kreftpasienter (Schmitz et al., 2010). Til tross for at de positive effektene er godt dokumentert konkluderer et ekspertpanel fra 2019 at det er behov for mer forskning for å fylle kunnskapsmangler og gi bedre behandling for kreftpasienter (Campbell et al., 2019). Grunnen til kunnskapsmangler kan være at kunnskapen ofte er uforholdsmessig basert på studier med en enkelt krefttype og at individene oppfyller forhåndsdefinerte kvalifikasjonskriterier for alder, komorbiditeter, fysisk evne og er villig til å delta i forskningen (Campbell et al., 2019). Dette resulterer i en gruppe som er sunnere eller har høyere fysisk funksjon og motivasjon enn den generelle populasjonen av kreftpasienter. Dermed kan kreftrehabilitering og utfall være annerledes i praksis enn det forskningen tilsier.

Totalt sett er forskningen tydelig på at fysisk aktivitet er trygt og har flere positive effekter for kreftpasienter i kreftrehabilitering (Campbell et al., 2019).

Av tidligere kvalitativ forskning som omhandler fysioterapeuters perspektiv og erfaringer i kreftrehabilitering fant vi kun to studier; Shallwani et al. (2022) og Brennan et al. (2022). I disse utenlandske studiene ble det påpekt av onkologiske fysioterapeuter at fysisk aktivitet er viktig og trygt i behandling av kreftpasienter med terminal kreftdiagnose (Shallwani et al., 2022), og at det er behov for bedre oppfølging av kreftpasienter (Brennan et al., 2022).

1.3 Formål med oppgaven

Grunnet lite kunnskap om kreftrehabilitering i praksis er det behov for ytterligere kvalitativ kunnskap om fysisk aktivitet i kreftrehabilitering. Hovedmålet med vår oppgave er å undersøke hvilke synspunkter og erfaringer et utvalg av fysioterapeuter har med fysisk aktivitet i kreftrehabilitering. Vi vil undersøke hvordan fysioterapeuter implementerer fysisk aktivitet i kreftrehabilitering, hvordan fysisk aktivitet tilpasses pasientene, erfaringer med pasientenes kapasitet til å være i fysisk aktivitet under kreftrehabilitering og fysioterapeutenes opplevelser med det som kan være utfordrende i rehabiliteringen.

1.4 Problemstilling

På bakgrunn av dette har vi dannet følgende problemstilling: «Hvilke synspunkter og erfaringer fysioterapeuter har med fysisk aktivitet i kreftrehabilitering?»

2.0 Teori

2.1 Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet kan defineres som «all kroppslig bevegelse som er utført av skjelettmuskulatur, og som resulterer i en vesentlig økning i energiforbruk utover hvilenivå» (Nystad, 2014). Fysisk aktivitet kan deles inn i lett, moderat og hard fysisk aktivitet, etter hvor stor energiomsetning aktiviteten krever. Lett aktivitet tilsvarer aktivitet som husarbeid, moderat aktivitet rask gange, og høy intensitet jogging/løping (Nerhus et al., 2011, s. 151). For voksne er anbefalingene om fysisk aktivitet minst 150 til 300 minutter med moderat intensitet hver uke, eller minst 75 til 150 minutter med høy intensitet, eller en kombinasjon av moderat og høy intensitet (Helsedirektoratet, 2019b).

2.2 Rehabilitering

Rehabilitering defineres av forskrift om habilitering, rehabilitering og koordinator § 3.

Habilitering og rehabilitering er målrettede samarbeidsprosesser på ulike arenaer mellom pasient, bruker, pårørende og tjenesteytere. Prosessene kjennetegnes ved koordinerte, sammenhengende og kunnskapsbaserte tiltak. Formålet er at den enkelte pasient og bruker, som har eller står i fare for å få begrensninger i sin fysiske, psykiske, kognitive eller sosiale funksjonsevne, skal gis mulighet til å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltagelse i utdanning og arbeidsliv, sosialt og i samfunnet (2011).

Rehabilitering er en del av både kommunenes (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 3-1) og spesialhelsetjenestens sørge-for-ansvar (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, § 2-1 a). Ifølge Helsedirektoratet kan rehabiliteringsbehovet for mange handle om sammensatte og samtidige utfordringer på tvers av områdene somatikk og psykisk helse, og hvor det ene påvirker det andre. Det er store variasjoner i behov, fra kortvarig rehabilitering til mer omfattende og langvarige behov som følge av store skader, kronisk sykdom og/eller senvirkning av sykdom. Alvorlig sykdom og omfattende funksjonstap kan være belastende på den psykiske helsen (Helsedirektoratet, 2020a).

2.3 Kreft

Kreft er samlebegrepet på rundt 200 ulike kreftformer og kjennetegnes av det har oppstått mutasjoner i cellenes arvestoff, slik at cellene deler seg ukontrollert (Kreftforeningen, 2023a). Når kreftcellene fortsetter å dele seg ukontrollert, dannes det en svulst som følge av opphopning av kreftceller i organet (Kreftforeningen, 2023a). En svulst kan være malign (ondartet) eller benign (godartet), og defineres som en kreftsvulst dersom den er malign. En malign svulst kjennetegnes av at cellene kan spre seg til nærliggende vev eller andre kroppsområder ved metastase (National Cancer Institute, 2007). Ved spredning kalles kreftformen metastatisk kreft og har samme navn og type kreftceller som primærkreften. Brystkreft som danner en metastatisk svulst i lungene er dermed metastatisk brystkreft eller brystkreft med spredning til lungene, og ikke lungekreft (Kreftforeningen, 2023a; National Cancer Institute, 2007).

Kreftcellene opptrer forskjellig i de ulike krefttypene, som også er noe av forklaringen til at prognosen ved kreft er varierende (Kreftforeningen, 2023a). Kreftsykdommer utvikles i et komplisert samspill mellom genetikk, miljø, levevaner og ulike biologiske prosesser (Bahr et al., 2015, s. 361). Ifølge Folkehelseinstituttet er de to vanligste kreftformene i Norge prostatakreft for menn og brystkreft for kvinner. I tillegg er lungekreft, tykktarmskreft og hudkreft (ikke-melanom) blant de vanligste kreftformene for begge kjønn. Menn har totalt sett 30 prosent høyere risiko for å få kreft enn kvinner, men det er stor variasjon mellom kreftformene (2014). Mange kreftpasienter opplever fysiske bivirkninger og seneffekter etter kreftbehandling. Eksempler på vanlige seneffekter er overvekt, benskjørhet, lymfødem og fatigue (Kiserud et al., 2019, s. 177–178).

2.4 Kreftbehandling

Ved kreftbehandling iverksettes et pakkeforløp, som er et tilrettelagt individuelt forløp for hver enkelt pasient og som omfatter utredning, initial behandling og oppfølging og eventuell behandling av tilbakefall (Helsedirektoratet, 2016b). Initial behandling dekker primærbehandling og planlagt etterbehandling, som kirurgi, stråleterapi, medikamentell behandling og aktiv oppfølging. Oppfølging inkluderer kontroll hos fastlege og/eller i spesialisthelsetjenesten, og pakkeforløpet beskriver også blant annet sykdomsspesifikk rehabilitering, symptomlindrende behandling og støttebehandling (Helsedirektoratet, 2016b).

Helsedirektoratet fikk i 2018 oppdrag om å opprette et «pakkeforløp hjem» for kreftpasienter, som skal realiseres i 2022 og 2023. «Pakkeforløpet hjem» har som mål å sikre forutsigbarhet, trygghet og kvalitet i utredning, behandling og oppfølging både i spesialisthelsetjenesten og i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Det skal bedre kommunikasjon mellom tjenestene og redusere uønsket variasjon i pasientens oppfølging etter en kreftdiagnose, uavhengig av hvor i landet de bor (Helsedirektoratet, 2022, s. 6). I tillegg tas det sikte på å legge frem ny kreftstrategi i 2024 (Prop. 1 S, 2022-2023, s. 297).

Ved kreftrehabilitering er målet å kunne mestre livet med og etter kreftsykdom med best mulig livskvalitet. Rehabiliteringen handler både om medisinske, sosiale og psykososiale behov (Kreftforeningen, 2022b). Fysioterapi som en del av kreftbehandling og kreftrehabilitering er aktuelt i ulike faser og ved ulike kreftdiagnoser. Fysioterapi til kreftpasienter kan gis i kommunehelsetjenesten, i spesialisthelsetjenesten og i rehabiliteringsinstitusjoner (Helsedirektoratet, 2019a). I spesialisthelsetjenesten kan pasienter benytte Pusterommet som er treningssentre etablert på norske kreftsykehus hvor pasienter kan trene før, under og etter kreftbehandling. På Pusterommene får kreftpasienter treningsveiledning og oppfølging av fagpersoner (Aktiv mot kreft, u.å.).

2.5 Mestring

I psykologisk litteratur defineres mestring av Lazarus og Folkman som «et kontinuerlig skifte av kognitive og atferdsmessige anstrengelser for å klare spesifikke ytre og/eller indre krav som vurderes til å beslaglegge eller utarme ressursene til personene» (1984 s. 141). Denne definisjonen beskriver mestring som vellykkede, men krevende håndtering av stressopplevelser. Vifladt og Hopen har derimot en mer aktiv definisjon hvor individets evne til å tilpasse seg og kontrollere situasjoner vektlegges:

Mestring dreier seg i stor grad om opplevelse av å ha krefter til å møte utfordringer og følelse av å ha kontroll over eget liv. Aktiv og god mestring hjelper deg til å tilpasse deg den nye virkeligheten, og setter deg i stand til å se forskjellen på det du må leve med, og det du selv kan være med på å endre (2004 s. 61).

Ifølge Helsedirektoratets rapport «Stress og mestring» er ikke mestring nødvendigvis bare respons på ytre situasjoner som oppstår. Det kan også være resultat av stresserfaringer som en

selv oppsøker for å utfordre seg selv og egen utvikling. Mestring kan også handle om å ha en positiv forventning til hvordan en vil håndtere situasjoner (Samdal et al., 2017).

3.0 Metode

3.1 Valg av metode

I vår oppgave ønsker vi å belyse fysioterapeuters synspunkter og erfaringer med fysisk aktivitet i kreftrehabilitering. Ifølge Malterud kan kvalitativ metode utforske menneskers erfaringer, opplevelser, verdier og samhandlinger (2017, s. 30). På bakgrunn av dette har vi bestemt oss for å bruke kvalitativ metode for å svare på vår problemstilling. Vi ønsket å intervju fysioterapeuter i forskjellige deler av helsetjenesten i Norge for å utforske erfaringer innen kreftrehabilitering på tvers av helsetjenestene. Grunnet dette har vi valgt å benytte kvalitativ metode med semistrukturert intervju, som er intervju av individuelle deltakere. Metoden er en form som raskt generer mye materiale, og kjennetegnes av at deltakerne får tid og rom til å hente frem erfaringer (Malterud, 2017, s. 133–135).

3.2 Teoretisk perspektiv og forforståelse

Ifølge Thornquist kan en fra et empiristisk/positivistisk vitenskapsideal betrakte metoder som intervju, feltarbeid og former for observasjonsstudier i naturlige, ikke-kontrollerte situasjoner som lite vitenskapelige. Det er først når meningsdimensjonen ved menneskelig og sosialt liv inkluderes at slike metoder anses som relevante (Thornquist, 2018, s. 234).

Vi bruker ulike kilder for å innhente kunnskap i vår profesjon, men det er viktig å være bevisst på styrker og svakheter ved disse kildene. For å sikre kvalitet i arbeidet bør det derfor jobbes kunnskapsbasert. Dette innebærer forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og brukerens kunnskap og medvirkning (Helsebiblioteket, u.å.). I vårt valg av metode står begrepet «erfaring» sterkt ettersom vi ønsker å innhente fysioterapeuters kunnskap. Erfaringsbasert kunnskap er praksiskunnskap som utvikles via refleksive prosesser der en lærer fra erfaringer og refleksjon, og utvikler klinisk resonnering (Jamtvedt et al., 2015, s. 15). Erfaring kan dermed gjøre fagutøveren flinkere til å se løsninger og forstå viktigheten av pasientens kontekst og sosiale forhold for å tilrettelegge god behandling og rådgiving (Jamtvedt et al., 2015, s. 26).

Forforståelse er individuelle forutsetninger og erfaringer som mennesker har med seg som bevisste eller ubevisste deler av sitt tolkningsgrunnlag (Gadamer, 2004, s. 397). Malterud beskriver forforståelsen som vår bagasje som hele veien påvirker måten vi samler, leser og

tolker våre data. Bagasjen består av erfaringer, hypoteser, faglig perspektiv, og av den teoretiske referanserammen (Malterud, 2017, s. 44-45). Derfor er det en fordel å være bevisst på egen forforståelse og hva vi bringer inn i vårt prosjekt. Vår forforståelse er preget av vår rolle som fysioterapistudenter, erfaringer med kreftpasienter fra praksiser og vår teoretiske kunnskap om emnet. Disse faktorene kan ha påvirket valg av tema og gjennomførelse av oppgaven.

3.3 Valg av informanter

Vi hadde som mål å skaffe informanter med erfaring fra både 1. - og 2. linjetjeneste i kreftrehabiliteringen, som innebærer informanter fra spesialisthelsetjenesten, rehabiliteringsinstitusjon og kommunehelsetjenesten. Vi fant først fem informanter som kunne være aktuelle. Etter et strategisk utvalg som Malterud beskriver, satt vi igjen med fire informanter med mål om å belyse problemstillingen best mulig (2017, s. 58). Deretter kontaktet vi de fire via e-post og telefonsamtale, hvor alle svarte og stilte seg positive til deltagelse.

Av informantene jobber en på sykehus, to på to ulike rehabiliteringsinstitusjoner, og en i kommunen. Informanten fra sykehuset har vi valgt å kalle FS (Fysioterapeut Sykehus), informantene fra rehabiliteringsinstitusjonene FR1 og FR2 (Fysioterapeut Rehabiliteringsinstitusjon), og informanten fra kommunen FK (Fysioterapeut Kommune).

3.4 Forberedelse til intervju

I tiden før intervjuene forberedte vi oss med å lese oss opp på aktuelle temaer innen kreftrehabilitering og kreftrehabilitering i Norge i dag. Ifølge Malterud kan et godt teoretisk forarbeid og kunnskap om temaet som undersøkes redusere sannsynligheten for å få magre og tilfeldige data, samt styrke den interne validiteten i studien (Malterud, 2017, s. 67). Som utgangspunkt til intervjuene ble det utarbeidet en intervjuguide (vedlegg 1). En intervjuguide danner en plan for hvilke spørsmål som skal stilles og gir struktur i intervjuet. Det er viktig at spørsmålene i intervjuguiden er åpne og ikke for detaljerte for å åpne opp for nye spørsmål angående problemstillingen (Malterud, 2017, s. 133). Derfor fokuserte vi på å konstruere åpne spørsmål innenfor temaene knyttet til vår problemstilling. Vi konstruerte også oppfølgingsspørsmål der hensikten blant annet var å få frem pasienteksempler fra informantene. Ved å invitere informantene til å dele konkrete eksempler kan en innhente rik

kunnskap og ofte danne mer robust materiale enn abstrakte forklaringer (Malterud, 2017, s. 70 & 134).

Før intervjuene avtalte vi sted og tidspunkt med informantene, og alle informantene signerte en samtykkeerklæring før intervju (vedlegg 2). Vi skrev også ned vår forforståelse i analyseloggen (vedlegg 3). Rollene som hovedintervjuer og andreintervjuer ble fordelt før intervjuene og vekslet slik at begge var hovedintervjuer to ganger hver. Hovedintervjueren hadde ansvaret for å styre intervjuet, mens andreintervjueren hadde ansvar for å observere og stille oppklarings- og oppfølgingsspørsmål dersom noe fanget interessen i intervjuet.

3.5 Gjennomføring av datainnsamling

Alle intervjuene ble gjennomført ved personlig møte på arbeidsplassen til informantene med unntak av et digitalt intervju over zoom med informant FS. Dette ble gjort ettersom det var forskjellig hva som var mest praktisk og gjennomførbart for de ulike informantene. De fysiske intervjuene ble gjort med taleopptak på to telefoner for å anskueliggjøre hva informantene fortalte og som sikkerhet hvis det skulle oppstå tekniske problemer med det ene taleopptaket underveis. En telefon ble plassert nærme informanten og en i nærheten av intervjuerne. For det digitale intervjuet tok vi lydopptak fra PC, i tillegg plasserte vi et taleopptak på telefon ved PC-en av samme grunn som beskrevet ovenfor. Samme intervjuguide ble brukt for alle intervjuene. , og hvert intervju ble avsluttet med at informantene fikk mulighet til å snakke om noe de selv ønsket innenfor fysisk aktivitet i kreftrehabilitering. Første intervju varte i 40 minutter, andre i 48 minutter, tredje i 56 minutter og fjerde i 47 minutter.

Taleopptakene ble lagret på passord-beskyttet PC og deretter slettet fra telefon. Deretter ble taleopptakene transskribert over til tekst i dokument som ble oppbevart på intern fil. Etter transkripsjon ble taleopptakene slettet fra PC. Opplysninger fra intervjuene som kunne avsløre informantens identitet og beskrivende pasienteksempler ble redigert for å ivareta anonymitet. Videre er formålet med transkripsjonen å formidle det informanten ville meddele og det er ikke gitt at en ordrett skriftlig gjengivelse resulterer i best gjengivelse av intervjuet (Malterud, 2017, s. 79). Således kan særlig dialekt og uttrykksmåter med språklige særpreg gi leseren et annet bilde av svarene enn det intervjuerne hørte i situasjonen (Malterud, 2017, s. 78). Av den grunn har vi redigert teksten varsomt og transkribert på bokmål, i tillegg har vi fjernet ord som «eh» og «hmm» som ikke er relevant for meningsinnholdet. Tenkepauser er vist med

«...» og punktum og komma er lagt inn der det er naturlig å ta med for å bedre lesbarheten. Til slutt har vi kontrollert hverandres transkripsjon for å sikre pålitelig transkribering og styrke indre validitet. Totalt satt vi igjen med 51 sider transkribert rådata.

3.6 Analyse

For å analysere datamaterialet fra intervjuene benyttet vi oss av systematisk tekstkondensering (STC). STC er en pragmatisk metode for tematisk tverrgående analyse av kvalitative metoder og kan brukes til analyse av mange typer empiriske data med ulik grad av teoretisk forankring (Malterud, 2017, s. 97). Metoden består av fire trinn: 1) danne helhetsinntrykk, 2) meningsbærende enheter – foreløpige temaer til koder og sortering 3) kondensering – fra kode til abstrahert meningsinnhold, og 4) syntese – fra kondensering til beskrivelser, begreper og resultater. Analyseprosessen er beskrevet ytterligere i tabell 1.

Tabell 1: Analyseprosessen – STC (Malterud, 2017, s. 99–112)

Fase	Hva og hvordan?
1. Danne helhetsinntrykk	Vi leste alle transkriptene hver for oss og dannet oss først et helhetsinntrykk av rådataene for å vurdere foreløpige temaer. I tillegg markerte vi interessante utsagn vi opplevde som viktige for problemstillingen.
2. Meningsbærende enheter – foreløpige temaer til koder og sortering	Etter gjennomlesingen fra forrige trinn skrev vi ned våre foreløpige temaer og diskuterte hva som var sammenfallende. Etter diskusjon kom vi frem til fem reviderte foreløpige temaer. Med utgangspunkt i de foreløpige temaene begynte vi å lese gjennom materialet linje for linje for å filtrere materialet etter meningsbærende enheter. Vi systematiserte først de meningsbærende enhetene i tabeller under spørsmålene de forekom fra intervjuguiden. Slik kunne vi sammenligne analysen av intervjuene og fysioterapeutenes erfaringer. Deretter sorterte vi de meningsbærende enhetene etter koder i hver sin tabell. På grunn av stor mengde rådata var det behov for å konkretisere temaene og redusere kodegruppene til fire.
3. Kondensering – kode til abstrahert meningsinnhold	I tredje trinn var målet å abstrahere meningsinnholdet, altså trekke frem hovedbudskapet i de meningsbærende enhetene.
4. Syntese – kondensering til beskrivelser, begreper og resultater	I siste trinn tolket vi hovedbudskapet og satte det i sammenheng med utsagnene. I resultatdelen satte vi sammen en tekst med sentrale deler av det analyserte materialet under fire hovedtemaer med subtemaer.

3.7 Forskningsetikk

Før oppstarten av bacheloroppgaven sendte HVL søknad til SIKT og fikk godkjent søknad for gjennomførelse av kvalitative studier. Helseforskningsloven (2008, § 5) stadfester at forskning skal utøves forsvarlig og ivareta deltakerens rettigheter og etiske og personvernsmessige forhold. I dette prosjektet har vi tilegnet oss opplysninger om og fra deltakerne som er relevante for fysioterapeutenes erfaringer, men som også kan avsløre informantenes identitet. Av den grunn har vi anonymisert og redigert opplysninger som kan spores tilbake til informantene. Ettersom oppgaven vår tar for seg fysioterapeuters synspunkter og erfaringer var det også nødvendig at informantene var fullstendig informerte om prosjektets formål og hva deltakelse innebar. Vi sendte derfor ut et samtykkeskjema i tråd med helseforskningsloven § 13 (2008) om prosjektet, aktuelle tema, formål og personvern (vedlegg 2).

4.0 Resultat

4.1 Presentasjon av informanter og tema

I dette kapittelet vil informantene (tabell 2) og resultatene fra datainnsamlingen presenteres. Etter analysen kom vi frem til fire hovedtemaer, med to til tre subtemaer (tabell 3).

Tabell 2: Presentasjon av informanter

Arbeidssted	Type kreftrehabilitering	Videreutdanning og kurs	Erfaring med kreftrehabilitering
Sykehus (Pusterommet) (FS)	Før, under, og inntil 4 måneder etter endt kreftbehandling	Kurs i onkologisk fysioterapi.	15 år totalt.
Rehabiliteringsinstitusjon (FR1)	Kort rehabiliteringsopphold etter sykehusinnleggelse, i tillegg til mestringsgruppe for kreftpasienter.	Kurs i kreftrehabilitering	13 år, men mest involvert i pasientgruppen siste 5-8 årene.
Rehabiliteringsinstitusjon (FR2)	Kort rehabiliteringsopphold etter sykehusinnleggelse	Bobath-kurs	9 år
Kommune (FK)	6 måneders gruppeaktivitets-tilbud for de som har eller har hatt kreft	Holder på med mastergrad. Kurs i onkologisk fysioterapi.	Regelmessig siste 5 år, men også av og på årene før det.

Tabell 3: Presentasjon av tema

Hovedtema	Kreftpasienten	Gruppedynamikk og mestringsfølelse	Fysioterapeutens rolle	Kreftrehabiliteringstilbud og informasjonstilgjengelighet
Undertema	Seneffekter og utfordringer Ønsker og mål i kreftrehabilitering Aksept	Felleskap og likemannstøtte Mestring i fysisk aktivitet	Fysioterapeuten som veileder Individuell tilpassing Forståelse og trygging	Oppfølging i tjenestene og informasjon Kreftrehabilitering i kommunen

4.2 Kreftpasienten

Seneffekter og utfordringer

Informantene forteller at kreftpasienter er en gruppe som sliter med bivirkninger og seneffekter som følge av sin kreftbehandling. Alle informantene erfarer at den fysiske kapasiteten og funksjonen varierer stort i pasientgruppen. Informant FS begrunner årsaken til dette ved at det er ulikt hvilken behandling og hvor langt forløp pasientene har og dermed også hvor omfattende bivirkningene er. Fatigueproblematikk trekkes frem som en vanlig seneffekt og informant FR1 forteller at fatigue gjerne er en av hovedårsakene til henvisning etter at kreftbehandling er medisinsk avsluttet. «Da kommer de gjerne inn etter en tid og ser at de strever, selv om de er blitt medisinsk erklært frisk, så føler de seg ikke frisk i kroppen sin» (Informant FR1).

Videre understreker FS at for noen er sykdomsbildet mer alvorlig, men hen erfarer at de fleste fint kan trene og være fysisk aktive. Aktivitetsnivået må bare startes rolig og økes gradvis. På en annen side forteller informant FR2 at det er ikke nødvendigvis den fysiske biten som oppleves verst for mange av pasientene, men det kan være psykisk krevende å være i behandlingen. Alle informantene trekker frem at pasientene kan oppleve bekymringer og møte psykiske utfordringer under og etter kreftbehandling. Bekymringene kan også være rettet som ambivalent til fysisk aktivitet, som fremheves av informant FR1 og FK, som opplever at pasienter kan ha en redsel for å presse seg og være i fysisk aktivitet.

Ønsker og mål i kreftrehabilitering

Når det kommer til kreftpasientene sine mål med kreftrehabiliteringen, vil det variere ut ifra hvor i behandlingsforløpet de er. Det kommer frem av informantenes erfaringer at mange av pasientene har som overordnet mål å komme tilbake til det livet de hadde før kreftdiagnosen. «et sånt veldig typisk overordnet målet er jo at jeg vil leve sånn som jeg gjorde før kreftdiagnosen» (informant FR1). Videre sier FR1 at målene ofte handler om å returnere til jobb eller å delta i familieaktiviteter, mens informant FS sier mange har mål om å motvirke bivirkninger fra behandlingen og vedlikeholde funksjonen ved bruk av fysisk aktivitet.

Aksept

Både informant FR1 og FK erfarer at formen og progresjonen i kreftrehabiliteringen tidvis ikke samsvarer med pasientenes egne forventninger og ønsker. «(...), de føler at de burde klart mer og de burde ha vært sterkere nå og så opplever de en sånn mislykkethetsfølelse, fordi at ikke de er der» (Informant FR1).

FR1 forteller at noen kan «gønne på» uten å lytte til kroppen for så å bli «slått ut» resten av dagen. For de med tidligere treningserfaring og fatigue kan det forekomme en splid mellom egne tanker og kroppslig kapasitet ifølge informant FK. Hen erfarer at kreftpasientene kan trene med høy intensitet i treningsøkter, men betaler da en pris i form av at de blir helt utmattet de neste dagene og kan dermed ikke fungere i sitt hverdagslige liv. Det belyses at aksept for situasjonen sin kan være utfordrende. Videre trekkes aksept for omstendighetene og aktivitetsregulering innenfor toleransenivå frem som strategier for å håndtere fatigue. FK sier at etter seks måneder er det ikke sikkert at det har skjedd store endringer i fatiguen, men tilfredsheten kan være endret som følge av større aksept for situasjonen sånn den er.

4.3 Gruppedynamikk og mestringsfølelse

Felleskap og likemannsstøtte

Alle fysioterapeutene har gode erfaringer med gruppetilbud til kreftpasienter. Flere av informantene forteller at pasientene ikke føler seg alene om utfordringene sine i gruppene. Informant FK sier de har en erfaring seg imellom som andre ikke kan relatere til og på mange måter et «skjebnefellesskap». Dette understrekes ved at informantene beskriver en likemannsstøtte og gjensidig respekt i gruppene. Informant FS viser til dette ved at pasientene gir hverandre støtte og omsorg når en gruer seg til kontroll. Videre poengterer FK at gruppedynamikken tilfører noe «ekstra» og en motivasjon som fysioterapeuten ikke hadde klart ved en-til-en tilnærming. Dette understrekes også av informant FS: «(...) de møter andre som er i samme situasjon, det blir noe sosialt. Veldig mange lar seg motivere av det sosiale, det fellesskapet og trenger det».

FR2 forteller at gruppetrening også kan virke mot sin hensikt dersom pasienten opplever seg selv som den dårligste i gruppen. På en annen side påpeker informant FS at den gjensidige forståelsen mellom pasientene gjør det nok lettere for dem å justere ned intensiteten og ta hensyn til dagsformen.

Mestring i fysisk aktivitet

Et felles begrep som gjentas blant informantene er ordet mestring. Fysioterapeutene vektlegger at fysisk aktivitet og kreftrehabilitering skal være en positiv opplevelse og føles overkommelig for å underbygge mestringfølelse. Informant FK forteller at fysioterapeuten skal bruke kunnskapen sin til å tilrettelegge for at pasientene skal mestre. Ifølge informant FR2 kan mestringsglede hjelpe med å stå i behandlingen og trekker frem et pasienteksempel:

Selv om det er krevende, både behandlingen er krevende og treningen er krevende, men det gir han såpass glede og på mange måter er det også det han ser og at han klarer å delta i aktiviteter. Det gir oss en viss form for håp.

Dette underbygges videre av informant FR1 som forteller at pasientene kan si ting som «jeg har fått tilbake evnen til å le». Oppsummerende erfarer fysioterapeutene mestring som en sentral faktor i bruk av fysisk aktivitet i kreftrehabilitering, for å overkomme seneffekter og utfordringer og oppleve fysisk og psykisk velvære. «For de opplever at de bygger krefter og det gjør noe både med kroppen, men også det mentale i dette her. En følelse av at du fighter tilbake» (Informant FS).

4.4 Fysioterapeutens rolle

Fysioterapeuten som veileder

Fysioterapeutene starter alltid med en oppstarts- eller kartleggingssamtale sammen med pasientene. Oppstartssamtalene gjennomføres for å kartlegge pasientenes bivirkninger og utfordringer, i tillegg til hva som er viktig og fungerer for den enkelte når det kommer til fysisk aktivitet. Informant FS forteller at det er mange utfordringer for en fysioterapeut innen onkologi grunnet omfanget av bivirkninger og at mange har underliggende sykdommer som kan sette en begrensning. Mange pasienter har spørsmål rundt hvilke hensyn de skal ta under behandlingen for å håndtere bivirkningene. Fysioterapeutens kompetanse blir derfor verdifull for å veilede pasientene. Informant FR1 trekker seg selv frem som en veileder innen fysisk aktivitet og aktivitetsregulering: «Så det kan være litt sånn råd i forhold til generell aktivitet, turer, bruk av kropp i husarbeid, men også konkret i aktivitet, altså inn under i en aktivitetsøkt».

Informant FS forklarer at jobben deres er å «trygge og pushe» pasientene, men samtidig sikre at det er trygt og skjer i et tempo som er godt for pasienten og mestringsfølelsen. Rollen som veileder tydeliggjøres av informant FK som forklarer rollene mellom fysioterapeut og pasient på følgende måte: «Så bruker jeg å si at dette blir ditt personlige prosjekt og så skal du anse meg og mine kollegaer som prosjektmedarbeidere, mens du er prosjektleder».

Individuell tilpassing

Mye av kreftrehabiliteringen foregår i gruppe, men fysioterapeutene belyser også viktigheten av at behandlingen tilpasses individuelt. Både informant FK og FS tilpasser treningen individuelt ved å vise hvordan øvelser kan justeres opp og ned i intensitet, eller hvordan pasientene kan posisjonere seg hvis vedkommende er plaget av smerter eller skal ivareta restriksjoner. Informant FK forklarer at de kjører høy intensitet i gruppen, men utdypet viktigheten av at en fagperson er til stede slik at pasientene føler seg trygge. FK forstår hvilke hensyn som må tas der det er nødvendig og bruker mye av kompetansen sin til individuell tilpassing i gruppen. Verdien av å bruke kompetansen sin til individuell tilpassing kan også ytterligere fremheves av informant FS: «Det blir ekstra viktig her på Pusterommet, fordi de aller fleste er under behandling, dagsformen varierer og funksjonen er veldig forskjellig, slik at noen skal jeg utfordre, mens andre skal ta det med lav intensitet».

Mens informant FK og FS leder store grupper, jobber informant FR1 med mindre grupper. FR1 forklarer at det er enklere å gi fullverdig individuell tilpasning med mindre grupper, siden fysioterapeuten da kan være tettere på og veilede de som har behov for det.

Forståelse og trygging i fysisk aktivitet

Det kommer frem av informantenes erfaringer at det er viktig å vise forståelse for livssituasjonen til pasientene og skape et trygt miljø for å lykkes med rehabiliteringen. FS forteller at mange er bekymret for hva tilbudet innebærer og er redde for at det skal bli for tungt eller vanskelig å gjennomføre.

Veldig mange er engstelige for hva Pusterommet innebærer og mange må jeg trygge på at det er et lavterskeltilbud og at her trener alle innenfor egen kapasitet, dagsform og legger veldig vekt på at det skal være forbundet med livskvalitet og velvære (Informant FS).

Informantene fremhever at det er viktig at pasientene vet at de kan delta i sitt eget tempo uten å føle seg presset til å overgå sine egne grenser. FK sier at de oppmuntrer pasientene til å dele sine erfaringer med hverandre og at dette bidrar til å skape likemannsstøtte og et trygt miljø.

4.5. Kreftrehabiliteringstilbud og informasjonstilgjengelighet

Oppfølging i tjenestene og informasjon

Informant FR1 forteller at mange pasienter kan oppleve et stort oppmerksomhetsfokus rundt at de har kreft, men når de er ferdigbehandlet er det mange som føler seg alene og etterlatt av helsetjenesten. «De blir stående, og det kan være unge og det kan være gamle. At de ikke helt vet hva er lov nå? Hva er lurt? Hva skal jeg ikke gjøre?» (Informant FR1).

FR1 tror videre at kreftrehabilitering kan ha en sentral rolle i å hjelpe disse pasientene, men erfarer at det er svært lite brukt. For å kunne benytte seg av krefttilbudene må pasienter ha henvisning fra fastlege eller andre fagpersoner. Flere av informantene understreker viktigheten av at pasientene får informasjon om tilbudet for at det skal få tilstrekkelig oppslutning. FS påpeker at selv om informasjonen deres ikke er systematisert, har de en stor mengde henvisninger til Pusterommene. FR1 opplever derimot at de ikke får nok henvisninger til å fylle opp mestringsgruppen, og at ventelistene ikke er så lange. For informant FK er situasjonen annerledes, da fysioterapeuten opplever at informasjonsarbeidet og rekrutteringen for tilbudet er utfordrende. Hen understreker at samarbeid med fastlegene og sykehuset er viktig, men at de ikke alltid har oversikt over tilbudene som finnes. Løsningen deres har vært fortløpende inntak, men hen tror det finnes potensielle pasienter de ikke når med informasjonen. Basert på erfaringsmessige og forskningsmessige funn, påpeker informant FR1 at det er i overgangen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten at kommunikasjonen og utvekslingen av informasjon ofte svikter.

Kreftrehabilitering i kommunen

Informant FR1 sier at de aller fleste ønsker oppfølging etter de har vært på rehabiliteringsopphold i spesialisthelsetjenesten. Informant FS forteller at pusterommene er et godt tilbud, men mange kan ha lang reisevei til nærmeste Pusterom og i de tilfellene bør det også finnes et kreftrehabiliteringstilbud i kommunene. Dette poenget understrekes også av informant FK.

Videre forteller flere av informantene at det varierer stort fra kommune til kommune hvor godt kreftrehabiliteringstilbudet er, og de trekker frem momenter som størrelsen på kommunene og ressursene de har tilgjengelige. Informant FK mener det ikke nødvendigvis trenger å være svært ressurskrevende å drive god kreftrehabilitering i kommunene, og påpeker at samfunnsøkonomisk har gruppetilnærming fordeler grunnet demografien i Norge. Selv om rehabiliteringen foregår i gruppe, er det mulig for FK å tilpasse rehabiliteringen individuelt til hver pasient. Det understrekes derfor at pasientene ikke vil miste noe ved å motta rehabilitering i gruppe sammenlignet en-til-en behandling. «Og når vi i tillegg ser på effekten ved å drive en gruppetilnærming med likemannsstøtte, med det positive, så skremmer det meg at dette ikke er tatt ut til alle kommuner» (Informant FK).

5.0 Diskusjon

5.1 Resultatdiskusjon

Hovedfunnene i vår oppgave er at mestring er en sentral del av kreftrehabilitering, at fysioterapeutene har en betydelig rolle i å trygge og veilede pasienter i fysisk aktivitet, samt å bidra til å skape felleskap og likemannstøtte. Og til slutt at informasjonen om kreftrehabiliteringstilbud er begrenset og at tilbudet er mangelfullt i kommunene. I dette kapittelet vil vi diskutere disse funnene.

5.1.1 Fysisk aktivitet som mestringsstrategi i kreftrehabilitering

Mestring – et viktig prinsipp i kreftrehabilitering

Fysioterapeutene løfter frem mestring som et viktig prinsipp for å lykkes med fysisk aktivitet i kreftrehabilitering. Ifølge Vifladt & Hopen er mestring vanligvis forbundet med å klare noe eller å prestere, men når det gjelder en pasient som går igjennom omveltende livsendringer kan det være mer komplisert. Vedkommende kan bære med seg tanker, følelser og forventninger fra en tidligere livssituasjon, som kan gjøre det vanskelig å håndtere tapsfølelser og sorg i en endret livssituasjon og møte nye forventninger (2004, s. 60). Dette synes ved de psykiske utfordringene som informantene trekker frem.

Kreftsykdom kan også medføre en reduksjon i mestringsevnen som følge av de stressende belastningene pasienten gjennomgår. Det skjer ved at mestringsevnen blir litt redusert ved belastningene som forekommer under forløpet, og deretter blir også risikoen for stresssymptomer gradvis større (Kiserud et al., 2019, s. 154). Helsedirektoratet utdyper at mestringsopplevelser i stressituasjoner gir trygghet og tillit til egne evner og ressurser, og tilsvarende ressurser som er tilgjengelig i personens nettverk (Samdal et al., 2017, s. 8). Således blir mestringsfølelse kritisk i oppfølgingen og mestring kan være en vei i rehabiliteringen der en lager nye forventninger og gjenvinner kontroll (Vifladt & Hopen, 2004, s. 60). Av den grunn er mestringsfølelsen så sentral i kreftrehabiliteringen, fordi det er pasienten som tar kontrollen over livet sitt, ikke kreften.

Fysioterapeuten og pasienten – ansvar for mestring

Som beskrevet i resultatene er gruppetrening en tilnærming som alle fysioterapeutene bruker. Å sikre mestring for hver deltager kan være utfordrende. For å sikre dette tilpasser informant

FK og FS trening individuelt, for eksempel ved å vise hvordan en øvelse kan justeres ned eller opp i intensitet. Dette gjør det mulig for pasientene å lykkes med aktiviteter til tross for ulike forutsetninger, som er en viktig kilde til å styrke troen på egne evner og oppleve mestring (Torstveit et al., 2018, s. 360). Fysioterapeutenes evne til å tilpasse aktiviteter er dermed avgjørende for å skape mestringsfølelse.

Erfaringer med mestringsfølelse gjennom likemannstøtte er et aspekt som trekkes frem i resultatene. Disse erfaringene underbygges også av en systematisk oversikt av Ziegler et al. (2022) som konkluderer at likemannstøtte er gunstig for mestringsfølelsen hos kreftpasienter. Imidlertid påpeker informant FR2 at gruppetrening kan føre til sammenligning og i verste fall at en opplever seg selv som den dårligste i gruppen. En slik opplevelse kan potensielt svekke mestringsfølelsen. Derfor følger FR2 pasienten først individuelt for å vurdere om vedkommende er mottagelig for gruppetrening. Her viser fysioterapeutene en evne til å vurdere best mulige tilnærminger og er bevisste på sitt ansvar for å fremme mestring hos pasientgruppen. Med andre ord, helsepersonell må ha en kunnskap om pasienten og velge arbeidsformer som gjør at pasienten lærer å mestre (Vifladt & Hopen, 2004, s. 68).

I intervjuene fremkommer det at informant FS og FK anbefaler daglig fysisk aktivitet til pasientene. Informant FK legger spesielt vekt på at pasientene skal ha kunnskap om fysisk aktivitet og ta ansvar for å holde seg selv aktiv. Dette kan betraktes som en aktiv tilnærming for å fremme egeninnsats og ansvar hos pasientene. Ifølge Vifladt & Hopen trenger pasientene nødvendig kunnskap, men enda viktigere er det å kunne stille spørsmål, reflektere over egen tilstand og finne svarene selv. Helsepersonellens metoder må derfor underbygge slike læringsprosesser hos pasientene (2004, s. 63). Således understreker informant FS at fysisk aktivitet må fremheves som en mestringsstrategi, og at pasientene må ta ansvar for å erfare dette selv. Fysisk aktivitet krever derfor betydelig egeninnsats i kreftrehabilitering. Imidlertid viser en kvalitativ studie av Buro et al. (2023) at fysisk aktivitet er en foretrukket mestringsstrategi blant unge voksne kreftpasienter, fordi det gir en følelse av klarhet og avslapning under kreftbehandling. Hvis fysioterapeuter kan finne metoder som hjelper pasientene å få slike erfaringer, kan det potensielt styrke egeninnsatsen og forpliktelsen til å opprettholde en fysisk aktiv livsstil.

5.1.2 Kreftrehabilitering – Fysioterapeutenes bidrag

Trygge og veilede

I resultatene kommer det frem at kreftpasientene kan oppleve usikkerhet og psykiske problemstillinger under og etter kreftbehandling. Ifølge Kiserud et al. er det vanlig at kreftdiagnosen og møtet med sykehuset utløser en følelsesmessig krisereaksjon. Det skyldes at kreft regelmessig snur om livet til dem som rammes og at kreftpasienten går igjennom flere faser av krisereaksjonen som sjokkfasen, benektingsfasen og reaksjonsfasen der følelser som angst, fortvilelse og usikkerhet dominerer (2019, s. 142). Med andre ord, kreftpasientene opplever mange følelsesreaksjoner og møter forståelige psykiske problemstillinger. Disse reaksjonene er naturlige, men kan påvirke evne og motivasjon til å være i fysisk aktivitet som fysioterapeutene belyser. Fysioterapeutene er av den grunn opptatt av å vise en forståelse for hva pasientene går igjennom og trygge de i aktivitet.

Det er enighet blant informantene om at det er viktig å ha en oppstartssamtale med hver pasient for å kartlegge den enkelte sine utfordringer og behov. Det er ulikt hvilke behov kreftpasienter har alt ettersom hvor i behandlingsforløpet de er og hvilke utfordringer og seneffekter de har (Kiserud et al., 2019, s. 232). Gjerset et al. (2017) understreker at fatigue kan virke som en barriere for å sette i gang med fysisk aktivitet og at aktivitetsveiledning derfor bør være et kjerneelement i rehabiliteringsprogrammer for disse pasientene. Som informant FS understreker blir fysioterapeutens kunnskap om onkologi, fysisk aktivitet og tilpasning derfor viktig for å kunne gi god individuell tilrettelegging av fysisk aktivitet i rehabiliteringen. Det at fysioterapeuten har kunnskap om situasjonen pasientene befinner seg i er også med på å gi trygghet for pasientene. Luoma et al. (2014) trekker frem at å trene under veiledning av en fagperson gir kreftoverlevende trygghet, blant annet fordi det fører til mindre bekymringer for smerter i ledd og muskler. Dette støttes også i resultatene, for eksempel ved at fysioterapeuten skaper trygge rammer og veileder på en måte som stimulerer til god effekt av fysisk aktivitet. Dessuten har fysisk aktivitet også vist seg å ha best effekt på livskvalitet og fysisk form for kreftpasienter under veiledning (Fong et al., 2012; McNeely et al., 2006).

Sosial støtte og fellesskap

Informantene erfarer at pasientene nyter godt av gruppebasert kreftrehabilitering. De opplever at rehabilitering i fellesskap gir pasientene en følelse av sosial støtte og samhörighet, samt økt motivasjon, som de ikke ville fått ved individuell behandling. Psykologiske faktorer, som å

kunne få omsorg fra andre i gruppen når en gruer seg til kontroll blir fremhevet som viktige elementer. Således kan dette støttes av forskning som har vist at psykologisk støtte kan redusere belastningen som følger med kreftdiagnose- og behandling betydelig, og gi et psykososialt velvære (Ussher et al., 2006).

Som nevnt forteller alle informantene at pasientene kan ha psykiske utfordringer så vel som fysiske etter kreftbehandling. Fysisk trening kan ha positive effekter på depresjonssymptomer hos kreftoverlevende (Craft et al., 2012), og ifølge Kiserud et al. er det godt dokumentert at kondisjonstrening reduserer depressive symptomer hos pasienter med kronisk somatisk sykdom. Videre har mestringsmåter og sosial støtte også betydning for prognosen for kreftsykdom (2019, s. 161-164). Dermed er det grunn for å mene at fysisk aktivitet og trening bør være et fokusområde i kreftrehabilitering, og at det bør skje i en gruppe på grunn av fordelene det gir.

5.1.3 Kreftrehabiliteringstilbudet

Pasientforløp og oppfølging

I resultatene kommer det frem at kreftpasientene kan føle seg alene og etterlatt av helsetjenesten etter endt kreftbehandling. De kan være usikre på hvordan de skal håndtere seneffektene etter kreftbehandling og bærer ofte med seg en usikkerhet rundt sin egen situasjon. Mange kreftpasienter bruker å ha flere fysiske eller psykologiske seneffekter som angst/depresjon, fatigue, nevropati, lymfødem og hukommelsesproblemer, i tillegg til sosiale og økonomiske problemer som kan påvirke deres ADL-funksjoner og livskvalitet (Stein et al., 2008; Treanor & Donnelly, 2016). Til tross for mange og komplekse senvirkninger etter kreftsykdom og behandling forblir disse ofte ubehandlet, som kan resultere i økt risiko for inaktivitet (Elshahat et al., 2021) og redusert helse og livskvalitet (Faller et al., 2016). I en norsk studie av Thorsen et al. (2010,) fant de at fysioterapi var den mest etterspurte tjenesten blant kreftpasienter etter behandling (43%), etterfulgt av blant annet fysisk trening (34 %), psykologisk behandling (27%) og støttende gruppeøkter (24%). I samsvar med informantenes erfaringer, tyder dette på at det er et stort behov for oppfølging og kreftrehabilitering etter medisinsk ferdigbehandling.

På en annen side har informantene forskjellige erfaringer angående henvisninger og rekruttering. Informant FS opplever mange henvisninger til Pusterommet, mens i

rehabiliteringsinstitusjonen og kommunen er henvisningene færre og rekrutteringen er utfordrende. Årsaken til dette kan være at Pusterommene befinner seg på sykehusene og tilbudet og informasjonen er derfor synligere og lettere tilgjengelig, både for pasientene og de ansatte på sykehusene. Men ifølge Helsedirektoratet skal informasjonen til pasientene være konsistent og koordinert (Helsedirektoratet, 2016a), og pasientene bør få informasjon om ulike krefttilbud som de selv kan kontakte ved behov (Helsedirektoratet, 2021). Likevel erfarer fysioterapeutene at sykehusene og fastlegene ikke har oversikt over tilbudene. Dette kan også antydes i forskningen, ettersom det er nordiske studier som viser at mange kreftpasienter får begrenset informasjon om eller tilbud om kreftrehabilitering (Thorsen et al., 2011; Veloso et al., 2013). Ifølge en rapport fra Kreftforeningen om pasientforløpet, er trolig dårlig systematikk når det gjelder utredning av behov og informasjon en av årsakene til at mange kreftpasienter ikke får den oppfølgingen de trenger. I tillegg opplyser over halvparten av pasientene i rapporten at de selv har måttet finne frem til hvilke krefttilbud som finnes (Kreftforeningen, 2022a, s. 37). Imidlertid skal Helsedirektoratet som sagt innføre «pakkeforløpet hjem» i løpet av 2022 og 2023. Implementering av dette tiltaket kan føre til store endringer i oppfølgingen av kreftpasienter, og det er mulig at informasjonen om krefttilbudene kan bedres som et resultat av dette.

Kommunal kreftrehabilitering

Det er kun en av informantene som jobber i kommunehelsetjenesten, men flere av informantene uttrykker tanker om kommunal kreftrehabilitering. Selv om de fleste kreftpasienter får tilbud om å bruke Pusterommet hvis det er tilgjengelig på sykehuset deres, er det ikke alltid et realistisk alternativ. Det kan være mange grunner til at sykehusstilbudet blir dårlig benyttet, som for eksempel praktiske årsaker som lang reisevei, eller at pasientene forbinder sykehuset med en negativ periode av livet deres slik også Ahmedzai et al. (2022) påpeker. Dermed kan kommunale krefttilbud være en sentral bidragsyter i rehabilitering av kreftpasienter. Det kommer også frem at tilgjengeligheten av kreftrehabiliteringstilbud varierer avhengig av bosted og at kommunal kreftrehabilitering bør vektlegges mer. Disse erfaringene og synspunktene kan understøttes av forskning som viser at kommunal kreftrehabilitering er manglende og lite implementert i norske kommunale helsetjenester (Lie et al., 2019).

Pasientenes rettigheter til kommunal oppfølging og rehabilitering er hjemlet i forskrift om habilitering, rehabilitering og koordinator (2011) og kommunene er pålagt å drive helsefremmende og forebyggende arbeid, samt sørge for at personer som oppholder seg i kommunen får helse- og omsorgstjenester (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §§ 3-1, 3-3). Til tross for dette er kreftrehabilitering fortsatt ikke integrert i pasientforløpet og kommunale krefttilbud er få, ikke forskningsbaserte og avhengige av pasientenes eget initiativ for å finne tilbudene (Lie et al., 2019; Neher et al., 2021). På en annen side kan kommunene organisere tjenestetilbudene sine ut ifra lokale forutsetninger og behov (Helsedirektoratet, 2018). Etersom Norge er et langstrakt land med over 350 store og små kommuner (Statistisk sentralbyrå, 2021), vil tilbudene derfor variere ut ifra kommunenes forutsetninger og ressurser. Kreftforeningen fremhever også at det er godt kjent at det er ulikheter i kommunenes tilbud til kreftpasienter, og viser til ressursforskjeller som kreftkoordinatorer og Frisklivssentraler (Kreftforeningen, 2022a, s. 37). Således er det de store kommunene som oftest har mest ressurser, og dermed bedre forutsetninger for å kunne tilby gode kommunale helsetjenester.

Oppsummerende kan ressurser i kommunene være en begrensende faktor for oppstart av kommunale tilbud, som informantene også påpeker. Men FK argumenterer for gruppebaserte kommunale kreftrehabiliteringstilbud ved at det er ressurseffektivt og dermed har samfunnsøkonomiske fordeler. Fysioterapeuten mener videre at gruppetilnærmingen kan redusere trykket på kommunehelsetjenesten. Hvis en vurderer kreftpasienters risiko for seneffekter og komorbiditeter, så har kreftpasienter i tillegg til seneffekter, høyere forekomst av komorbiditeter som overvekt, hjerte- og karsykdommer og benskjørhet enn den generelle befolkningen (Kiserud et al., 2019, s. 177–178). Det kan tenkes at ved å innføre et gruppebasert aktivitetstilbud forebygges forekomsten av disse komorbiditetene, som igjen reduserer behovet for senere helsetjenester. Dessuten har fysisk aktivitet vist å ha en beskyttende effekt for tilbakefall av kreftsykdom, i tillegg til å forebygge dødelighet ved bryst-, tarm- og prostatakraft (Friedenreich et al., 2016). Totalt sett kan dette potensielt avlaste og redusere ressursbruken i helsevesenet.

Et norsk kommunalt kreftrehabiliteringsprogram har blitt utprøvd av Ahmedzai et al. (2022). De gjennomførte et program over 12 uker som inkluderte individuell målsetting, fysisk aktivitet, psykoedukasjon, individuelle oppfølgingssamtaler og likemannstøtte gjennom gruppetreninger. Pasientene ble fulgt opp av to fagpersoner: en fysioterapeut og

kreftsykepleier, eller en ergoterapeut og kreftsykepleier. Funnene viste at et lokalt tilbud var av stor betydning for deltakerne grunnet reisevei og nærhet til familie. Deltakerne opplevde det også som viktig at kvalifiserte fagpersoner kunne tilpasse treningen. Til slutt var det høy oppslutning og oppmøte blant deltakerne, og deltakerne rapporterte høy begeistring for programmet. Med tanke på disse funnene vil inkludering av kommunal kreftrehabilitering i pasientforløpet kunne gi pasienter et lokalt tilbud som er tilpasset individuelle behov, og som kan øke sjansene for at kreftpasienter gjennomfører et rehabiliteringsprogram og opplever positive effekter av det.

5.2 Metodediskusjon

5.2.1 Valg av metode

Semistrukturert individualintervju ble valgt for å best mulig besvare problemstillingen. Vår lave erfaring i forsker- og intervjurollen kan ha påvirket hvilken rådata vi fikk. Ifølge Malterud kan en uerfaren intervjuer ofte sitte igjen med generelle eller abstrakte utsagn som vanskeliggjør tydeligheten av deltakernes egen erfaring i materialet (Malterud, 2017, s. 70). Av den grunn var vi opptatt av å stille mange oppfølgings- og oppklaringspørsmål, samt be om eksempler for å tydeliggjøre informantenes erfaringer. Som følge fikk vi konkrete utsagn, men vi ble også sittende igjen med store mengder råmateriale grunnet lengden av intervjuene.

5.2.2 Valg av informanter

Informantene jobber i ulike deler av helsetjenestene og med pasientgruppen på forskjellige måter. Rehabiliteringsinstitusjonene tar imot kreftpasienter hovedsakelig etter kirurgi for et kort rehabiliteringsopphold, mens FS og FK følger opp pasientene over en lengre periode. Disse variasjonene blant informantene kan utgjøre en forskjell i oppfatning av pasientgruppen og erfaring med fysisk aktivitet i kreftrehabilitering.

På en annen side kan det heterogene utvalget vårt bidra til å danne et rikt og variert materiale. Variasjonsbredde blant informantene kan skaffe utfordringer til konklusjoner som først synes opplagte og gi mulighet for å beskrive flere nyanser av et og samme fenomen (Malterud, 2017, s. 59). Det viktige i rollen som forskere er å ta stilling til hvilke dimensjoner det er nødvendig å sikre variabilitet for (Malterud, 2017, s. 59). Vi har i denne studien vurdert det som essensielt å sikre et variabelt utvalg for å danne god informasjonsstyrke i vår oppgave.

5.2.3 Gjennomføring av datainnsamling

For å invitere informantene til å snakke fritt og skape muligheter for nye oppfølgingsspørsmål angående problemstillingen, konstruerte vi åpne spørsmål i intervjuguiden. Etter første intervju opplevde vi at det var mulig at enkelte av spørsmålene kunne være for åpne, siden det var behov for spesifisering av disse spørsmålene. På en annen side erfarte vi at ved detaljjusteringen av spørsmålene underveis kunne det være en fare for at vi ledet informanten inn på spesifikke forklaringer eller temaer, slik at informanten ikke brukte egne ord. Det kunne ha medført at muligheten for utvikling av nye spørsmål ble redusert og dermed før til et eventuelt informasjonstap. Av den grunn besluttet vi å ikke endre spørsmålene og beholdt samme intervjuguide for alle informantene.

5.3 Implikasjoner for videre praksis

I oppgaven kommer det frem at fysioterapeuter har en avgjørende rolle i å skape mestringsfølelse og veilede kreftpasienter i fysisk aktivitet. Samtidig opplever informantene at informasjonen om krefttilbud ikke er godt systematisert, og at kreftrehabilitering er lite brukt i kommunene. Dog er det gjort få kvalitative studier om fysioterapeuters erfaringer og synspunkter innen kreftrehabilitering, men informantenes erfaringer og synspunkter kan valideres av annen litteratur og forskning, som videre kan underbygge disse synspunktene. Basert på disse funnene i oppgaven kan det tenkes at kreftrehabilitering i kommunehelsetjenesten bør vektlegges når regjeringen etter planen legger frem ny kreftstrategi i 2024, og at de positive effektene og ressursmessige fordelene ved gruppetilnærming bør komme tydelig frem.

6.0 Konklusjon

I denne oppgaven har vi intervjuet fire fysioterapeuter i forskjellige deler av helsetjenesten med erfaring fra kreftrehabilitering for å besvare problemstillingen: *Hvilke synspunkter og erfaringer har fysioterapeuter med fysisk aktivitet i kreftrehabilitering?* De temaene vi fant som viktigst var: likemannsstøtte, mestringsfølelse, fysioterapeutens rolle i trygging og veiledning i fysisk aktivitet, og kreftrehabiliteringstilbud og informasjonstilgjengelighet.

Alle informantene erfarer at fysisk aktivitet er viktig i kreftrehabilitering for å skape mestringsfølelse hos pasientene og håndtere kreftsykdom og seneffekter. Funnene våre indikerer at fysioterapeutenes kompetanse er avgjørende for å veilede kreftpasienter i fysisk aktivitet for å skape mestringsfølelse under og etter kreftbehandling. De største svakhetene i kreftrehabiliteringstilbudet i dag virker å være mangel på kreftrehabiliteringsilbud i kommunene, i tillegg til mangel på informasjon om tilbudene som finnes. Det kan se ut til at gruppetilbud kan være en ressurseffektiv tilnærming i kommunene og av stor betydning for kreftpasienter grunnet likemannsstøtte, motivasjon og tilslutning til fysisk aktivitet. Basert på kunnskapen om kreftrehabilitering i dag og fysioterapeutenes synspunkter og erfaringer, oppfatter vi at fysioterapeuter kan utgjøre en forskjell på individ- og samfunnsnivå i kreftrehabilitering.

Funnene i oppgaven har bidratt til økt kunnskap om fysisk aktivitet i kreftrehabilitering og betydningen det har for kreftpasienter. Funnene kan bidra til å identifisere mangler i eksisterende praksis og rehabilitering, og belyse behov for videreutvikling av fysioterapifaget. Det er verdt å merke seg at det pågår endringer i kreftpasientforløpet, noe som kan føre til forbedret oppfølging og tilgang på krefttilbud i kommunene. I den nye nasjonale kreftstrategien vil det derfor være naturlig å vektlegge kreftrehabilitering i kommunehelsetjenesten for å sørge for at alle kreftpasienter får god nok oppfølging i tiden etter behandlingen.

7.0 Referanseliste

- Ahmedzai, H. H., Oldervoll, L. M., Sweetmore, A.-M. H. & Hauken, M. A. (2022). Community-Based Multidimensional Cancer Rehabilitation in Norway: A Feasibility Study. *Cancer Nursing, Publish Ahead of Print*. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000001161>
- Aktiv mot kreft. (u.å.). *Pusterommet*. Aktiv mot kreft. Hentet 12. mai 2023 fra <https://aktivmotkreft.no/pusterom/>
- Bahr, R., Karlsson, J., & Norge Helsedirektoratet. (2015). *Aktivitetshåndboken: Fysisk aktivitet i forebygging og behandling* (3. utg. [i.e. 3. oppl.]). Fagbokforl.
- Brennan, L., Sheill, G., O'Neill, L., O'Connor, L., Smyth, E. & Guinan, E. (2022). Physical Therapists in Oncology Settings: Experiences in Delivering Cancer Rehabilitation Services, Barriers to Care, and Service Development Needs. *Physical Therapy, 102*(3), pzab287. <https://doi.org/10.1093/ptj/pzab287>
- Buro, A. W., Sauls, R., Stern, M. & Carson, T. L. (2023). A qualitative study of stress experiences, health behaviors, and intervention preferences in young adult cancer survivors. *Supportive Care in Cancer, 31*(5), 295. <https://doi.org/10.1007/s00520-023-07756-w>
- Campbell, K. L., Winters-Stone, K. M., Wiskemann, J., May, A. M., Schwartz, A. L., Courneya, K. S., Zucker, D. S., Matthews, C. E., Ligibel, J. A., Gerber, L. H., Morris, G. S., Patel, A. V., Hue, T. F., Perna, F. M. & Schmitz, K. H. (2019). Exercise Guidelines for Cancer Survivors: Consensus Statement from International Multidisciplinary Roundtable. *Medicine & Science in Sports & Exercise, 51*(11), 2375. <https://doi.org/10.1249/MSS.0000000000002116>
- Craft, L. L., VanIterson, E. H., Helenowski, I. B., Rademaker, A. W. & Courneya, K. S. (2012). Exercise Effects on Depressive Symptoms in Cancer Survivors: A Systematic Review and Meta-analysis. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention, 21*(1), 3–19. <https://doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-11-0634>
- Elshahat, S., Treanor, C. & Donnelly, M. (2021). Factors influencing physical activity participation among people living with or beyond cancer: A systematic scoping review. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 18*(1), 50. <https://doi.org/10.1186/s12966-021-01116-9>
- Faller, H., Koch, U., Brähler, E., Härter, M., Keller, M., Schulz, H., Wegscheider, K., Weis, J., Boehncke, A., Hund, B., Reuter, K., Richard, M., Sehner, S., Szalai, C., Wittchen, H.-U. & Mehnert, A. (2016). Satisfaction with information and unmet information needs in men and women with cancer. *Journal of Cancer Survivorship, 10*(1), 62–70. <https://doi.org/10.1007/s11764-015-0451-1>
- Folkehelseinstituttet. (2014, 30. juni). *Kreft*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/kreft/>

- Fong, D. Y. T., Ho, J. W. C., Hui, B. P. H., Lee, A. M., Macfarlane, D. J., Leung, S. S. K., Cerin, E., Chan, W. Y. Y., Leung, I. P. F., Lam, S. H. S., Taylor, A. J. & Cheng, K. (2012). Physical activity for cancer survivors: Meta-analysis of randomised controlled trials. *British Medical Journal*, 344, e70. <https://doi.org/10.1136/bmj.e70>
- Forskrift om habilitering, rehabilitering og koordinator. (2011). *Forskrift om habilitering, rehabilitering og koordinator* (FOR-2011-12-16-1256). Lovdata. <https://lovdata.no/forskrift/2011-12-16-1256>
- Friedenreich, C. M., Neilson, H. K., Farris, M. S. & Courneya, K. S. (2016). Physical Activity and Cancer Outcomes: A Precision Medicine Approach. *Clinical Cancer Research*, 22(19), 4766–4775. <https://doi.org/10.1158/1078-0432.CCR-16-0067>
- Gadamer, H.-G. (2004). *Truth and method* (2nd, rev. ed. translation revised by Joel Weinsheimer and Donald G. Marshall. utg.). Continuum.
- Gjerset, G. M., Loge, J. H., Kiserud, C. E., Fosså, S. D., Gudbergsson, S. B., Oldervoll, L. M., Wisløff, T. & Thorsen, L. (2017). Perceived needs for different components in a rehabilitation program among cancer survivors with chronic fatigue compared to survivors without chronic fatigue. *Acta Oncologica*, 56(2), 245–253. <https://doi.org/10.1080/0284186X.2016.1266091>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester* (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Helsebiblioteket. (u.å.). *Kunnskapsbasert praksis.no*. Helsebiblioteket. Hentet 13. desember 2022 fra <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no>
- Helsedirektoratet. (2016a). *Introduksjon til pakkeforløp for brystkreft*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/nasjonale-forlop/brystkreft/introduksjon-til-pakkeforlop-for-brystkreft>
- Helsedirektoratet. (2016b). *Pakkeforløp på kreftområdet*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/nasjonale-forlop/generell-informasjon-for-alle-pakkeforlovene-for-kreft/pakkeforlop-pa-kreftområdet>
- Helsedirektoratet. (2018). *Juridiske rammer for kommunenes og spesialisthelsetjenestens ansvar for habilitering og rehabilitering*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator/avklaring-av-ansvar-og-oppgaver-mellom-kommunene-og-spesialisthelsetjenesten-innen-habilitering-og-rehabilitering/juridiske-rammer-for-kommunenes-og-spesialisthelsetjenestens-ansvar-for-habilitering-og-rehabilitering>
- Helsedirektoratet. (2019a). *Fysioterapi ved kreft*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/kreft/fysioterapi-ved-kreft>

- Helsedirektoratet. (2019b). *Fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. Helsedirektoratet.
<https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/fysisk-aktivitet-i-forebygging-og-behandling>
- Helsedirektoratet. (2020a). *Målgrupper for rehabilitering*. Helsedirektoratet.
<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator/malgrupper-og-virkeomrade-for-veilederen/malgrupper-for-rehabilitering>
- Helsedirektoratet. (2020b). *Seneffekter etter kreftbehandling* (IS-2872). Helsedirektoratet.
https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/seneffekter-etter-kreftbehandling/Seneffekter%20etter%20kreftbehandling.pdf/_/attachment/inline/3d984c2a-7926-4d1a-a5f0-06d48fe7c95f:f3e498d059734ff34b013c1c206877e488e95600/Seneffekter%20etter%20kreftbehandling.pdf
- Helsedirektoratet. (2021). *Samhandlingspunkt 2: Behovskartlegging i kommunen 3–4 måneder etter en kreftdiagnose*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/nasjonale-forlop/hjem-for-pasienter-med-kreft/samhandlingspunkt-2-behovskartlegging-i-kommunen-34-maneder-etter-en-kreftdiagnose>
- Helsedirektoratet. (2022). *Nasjonal plan for implementering av pakkeforløp hjem for pasienter med kreft 2022–2023* (IS-3015). Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/hjem-for-pasienter-med-kreft/om-pakkeforlopet/Nasjonal%20plan%20for%20implementering%20av%20pakkeforl%C3%B8p%20hjem%20for%20kreftpasienter%202022-2023.pdf>
- Helseforskningsloven. (2008). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning* (FOR-2011-12-16-1256). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44>
- Jamtvedt, G., Hagen, K. B. & Bjørndal, A. (2015). *Kunnskapsbasert fysioterapi: Metoder og arbeidsmåter* (2. utg.). Gyldendal akademisk.
[https://www.nb.no/search?q=oaiid:"oai:nb.bibsys.no:991512968474702202"&mediatype=bøker](https://www.nb.no/search?q=oaiid:)
- Kiserud, C. E., Dahl, A. A. & Fosså, S. D. (2019). *Kreftoverlevende: Ny kunnskap og nye muligheter i et langtidsperspektiv* (3. utgave.). Gyldendal.
- Kreftforeningen. (2022a). *Pasientforløpet—Resultater fra en undersøkelse i kreftforeningens brukerpanel 2022*. Kreftforeningen.
<https://kreftforeningen.no/content/uploads/2022/11/pasientforlopsundersokelsen-2022.pdf>
- Kreftforeningen. (2022b). *Rehabilitering med og etter kreftsykdom*. Kreftforeningen.
<https://kreftforeningen.no/rad-og-rettigheter/rehabilitering/>
- Kreftforeningen. (2023a). *Hva er kreft? Om kreft*. <https://kreftforeningen.no/om-kreft/hva-er-kreft/>

- Kreftforeningen. (2023b). *Kreft i Norge*. Kreftforeningen. <https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreft-i-norge/>
- Kreftregisteret. (2014). *Stor økning i krefttilfeller fram mot 2030*.
<https://www.kreftregisteret.no/Generelt/Nyheter/Stor-okning-i-krefttilfeller-fram-mot-2030/>
- Kreftregisteret. (2023). *Kreft i Norge*. <https://www.kreftregisteret.no/Temasider/om-kreft/>
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer.
- Lie, N.-E. K., Solvang, P. K. & Hauken, M. A. (2019). “A limited focus on cancer rehabilitation”—A qualitative study of the experiences from Norwegian Cancer Coordinators in Primary Health Care. *European Journal of Cancer Care*, 28(4), e13030. <https://doi.org/10.1111/ecc.13030>
- Luoma, M.-L., Hakamies-Blomqvist, L., Blomqvist, C., Nikander, R., Gustavsson-Lilius, M. & Saarto, T. (2014). Experiences of Breast Cancer Survivors Participating in a Tailored Exercise Intervention –A Qualitative Study. *Anticancer Research*, 34(3), 1193–1199.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Universitetsforlaget.
- McNeely, M. L., Campbell, K. L., Rowe, B. H., Klassen, T. P., Mackey, J. R. & Courneya, K. S. (2006). Effects of exercise on breast cancer patients and survivors: A systematic review and meta-analysis. *CMAJ*, 175(1), 34–41. <https://doi.org/10.1503/cmaj.051073>
- National Cancer Institute. (2007, 17. september). *What Is Cancer?* (nciglobal,ncienterprise) [CgvArticle]. Understanding Cancer. <https://www.cancer.gov/about-cancer/understanding/what-is-cancer>
- Neher, M., Landén Ludvigsson, M. & Enblom, A. (2021). Preparedness to Implement Physical Activity and Rehabilitation Guidelines in Routine Primary Care Cancer Rehabilitation: Focus Group Interviews Exploring Rehabilitation Professionals’ Perceptions. *Journal of Cancer Education*, 36(4), 779–786. <https://doi.org/10.1007/s13187-020-01704-6>
- Nerhus, K. A., Anderssen, S. A., Lerkelund, H. E. & Kolle, E. (2011). Sentrale begreper relatert til fysisk aktivitet: Forslag til bruk og forståelse. *Norsk Epidemiologi*, 20(2). <https://doi.org/10.5324/nje.v20i2.1335>
- Nystad, W. (2014). *Fysisk aktivitet—Folkehelse rapporten*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/levevaner/fysisk-aktivitet/>
- Prop. 1 S. (2022-2023). *FOR BUDSJETTÅRET 2023*. Helse- og omsorgsdepartementet. https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-1-s-20222023/id2931020/?ch=2&fbclid=IwAR0k6f7q2MnjGRW0ZOaftYxsFWRH__zouTTHfxfy6IKF4Krh0BnB9oCRVdY

- Samdal, O., Wold, B., Harris, A. & Torsheim, T. (2017). *Stress og Mestring* (IS-2655). Helsedirektoratet.
<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/stress-og-mestring/Stress%20og%20mestring.pdf?download=false>
- Schmitz, K. H., Courneya, K. S., Matthews, C., Demark-Wahnefried, W., Galvão, D. A., Pinto, B. M., Irwin, M. L., Wolin, K. Y., Segal, R. J., Lucia, A., Schneider, C. M., Von Gruenigen, V. E. & Schwartz, A. L. (2010). American College of Sports Medicine Roundtable on Exercise Guidelines for Cancer Survivors. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 42(7), 1409.
<https://doi.org/10.1249/MSS.0b013e3181e0c112>
- Shallwani, S. M., Thomas, R., Poitras, S., Toupin-April, K., Sheill, G. & King, J. (2022). Canadian oncology physiotherapists' perspectives of physical activity in people with advanced cancer: A mixed-methods study. *Physiotherapy Theory and Practice*, 0(0), 1–19.
<https://doi.org/10.1080/09593985.2022.2138663>
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten* (LOV-1999-07-02-61). Lovdata.
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>
- Statistisk sentralbyrå. (2021). *Norges 100 mest folkerike kommuner*. SSB.
<https://www.ssb.no/befolkning/folketall/artikler/norges-100-mest-folkerike-kommuner>
- Stein, K. D., Syrjala, K. L. & Andrykowski, M. A. (2008). Physical and psychological long-term and late effects of cancer. *Cancer*, 112(S11), 2577–2592. <https://doi.org/10.1002/cncr.23448>
- Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori: For helsefag* (2. utg.). Fagbokforl.
- Thorsen, L., Gjerset, G. M., Loge, J. H., Kiserud, C. E., Skovlund, E., Fløtten, T. & Fosså, S. D. (2011). Cancer patients' needs for rehabilitation services. *Acta Oncologica*, 50(2), 212–222.
<https://doi.org/10.3109/0284186X.2010.531050>
- Torstveit, M. K., Lohne-Seiler, H. & Anderssen, S. A. (2018). *Fysisk aktivitet og helse: Fra begrepsforståelse til implementering av kunnskap* (1. utg.). Cappelen Damm akademisk.
- Treanor, C. & Donnelly, M. (2016). Late effects of cancer and cancer treatment—The perspective of the patient. *Supportive Care in Cancer*, 24(1), 337–346. <https://doi.org/10.1007/s00520-015-2796-4>
- Ugai, T., Sasamoto, N., Lee, H.-Y., Ando, M., Song, M., Tamimi, R. M., Kawachi, I., Campbell, P. T., Giovannucci, E. L., Weiderpass, E., Rebbeck, T. R. & Ogino, S. (2022). Is early-onset cancer an emerging global epidemic? Current evidence and future implications. *Nature Reviews Clinical Oncology*, 19(10), 656–673. <https://doi.org/10.1038/s41571-022-00672-8>
- Ussher, J., Kirsten, L., Butow, P. & Sandoval, M. (2006). What do cancer support groups provide which other supportive relationships do not? The experience of peer support groups for people with cancer.

Social Science & Medicine, 62(10), 2565–2576. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.10.034>

Veloso, A. G., Sperling, C., Holm, L. V., Nicolaisen, A., Rottmann, N., Thayssen, S., Christensen, R. depon, Lehmann Knudsen, J. & Hansen, D. G. (2013). Unmet needs in cancer rehabilitation during the early cancer trajectory – a nationwide patient survey. *Acta Oncologica*, 52(2), 372–381.

<https://doi.org/10.3109/0284186X.2012.745648>

Vifladt, E. H. & Hopen, L. (2004). *Helsepedagogikk: Samhandling om læring og mestring*. Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring ved kronisk sykdom. https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2011070806026

Ziegler, E., Hill, J., Lieske, B., Klein, J., dem Knesebeck, O. von & Kofahl, C. (2022). Empowerment in cancer patients: Does peer support make a difference? A systematic review. *Psycho-Oncology*, 31(5), 683–704. <https://doi.org/10.1002/pon.5869>

Vedlegg 1: Intervjuguide

Problemstilling: hvilke synspunkter og erfaringer har fysioterapeuter med fysisk aktivitet i kreftrehabilitering?

Forberedelser: Signert samtykkeskjema. Intervjuguide. Taleopptak på telefon eller taleopptak på PC (dersom zoom hvis fysisk møte ikke er mulig å gjennomføre).

Innledning: Studentene informerer om hvordan intervjuet vil foregå før taleopptaket blir skrudd på.

Introduksjonsspørsmål

1. Hvor lenge har du jobbet som fysioterapeut?
2. Har du noe tilleggsutdanning?
3. Hvor lenge har du jobbet med kreftpasienter?

Hovedspørsmål og oppfølgingsspørsmål

1. Hvilke kreftdiagnoser og utfordringer har pasientene du møter?
 - a. Hvordan foregår kreftrehabilitering der du jobber?
 - b. Hva innebærer dine arbeidsoppgaver når det kommer til kreftpasienter?
2. Hvilke mål har pasientene i kreftrehabiliteringen? Kan du gi noen eksempler?
3. Er det noe spesielt du vektlegger når du kommuniserer med kreftpasienter?
 - a. Hvorfor vektlegger du akkurat det?
4. I hvilken grad opplever du at fysisk aktivitet er viktig for denne pasientgruppen?
 - a. Kan du beskrive et pasienteksempel?
5. Jobber du med pasienter i en gruppe eller individuelt?
 - a. Erfarer du at pasientene har større utbytte av FA i gruppe eller individuell behandling?
6. Hva legger du vekt på når du bruker fysisk aktivitet i kreftrehabilitering?
 - a. Hvorfor vektlegger du det og hvordan erfarer du at det virker?
7. Hvordan tilpasser du fysisk aktivitet individuelt ved behov?
8. Hvilken kapasitet erfarer du at pasientene har til å være i fysisk aktivitet under kreftrehabiliteringen og hvordan varierer dette?
9. Til slutt før vi avslutter, er det noe mer du ønsker å si om kreftrehabilitering relatert til fysisk aktivitet?

Vedlegg 2: Samtykkeerklæring

Vil du delta i bachelorprosjektet

«Fysisk aktivitet i kreftrehabilitering»?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke fysioterapeuters synspunkter og erfaringer med fysisk aktivitet i rehabilitering av kreftpasienter. I dette skrevet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Formålet med prosjektet er å undersøke hvilke synspunkter og erfaringer et utvalg av fysioterapeuter har med fysisk aktivitet i kreftrehabilitering. En sentral del av prosjektet vil bli å se på hvilke erfaringer fysioterapeuter har i møte med kreftpasienter og bruk av fysisk aktivitet i rehabilitering.

Prosjektet vil inneholde intervju av fysioterapeuter i forskjellige deler av norsk helsevesen. Det innebærer spesialisthelsetjenesten, kommunehelsetjenesten og rehabiliteringsinstitusjoner. Dette prosjektet vil utgjøre bacheloroppgave i fysioterapi.

Forskningsspørsmålet er: *Hvilke synspunkter og erfaringer har fysioterapeuter med fysisk aktivitet i rehabilitering av kreftpasienter?*

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 har erfaring med fysisk aktivitet i kreftrehabilitering.

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. De mest sentrale spørsmålene vil omhandle utfordringer med pasientgruppen, fysisk aktivitet, tilrettelegging og tilpassing av fysisk aktivitet og pasientkommunikasjon. Det vil ta deg ca. 30-60 min. Vi tar lydopptak og notater fra intervjuet.

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 skrevet. 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 2023).

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 Personverntjenester vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

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.

Hvor kan jeg finne ut mer?

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

- Bachelorstudent: _____ e-post: _____, mobil: _____
- Veileder: _____ e-post: _____ mobil: _____
- 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 Personverntjeneste sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- Personverntjenester på epost (personverntjenester@sikt.no) eller på telefon: 53 21 15 00.

Med vennlig hilsen

(Veileder og lærer)

_____ & _____
(Student)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Fysisk aktivitet i kreftrehabilitering» 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: Analyselogg

Vår forforståelse - Hva vi tror vi vil finne før intervjuene

Student 1: Tror vi vil finne at fysioterapeutene opplever at fysisk aktivitet i kreftrehabilitering er et viktig tiltak/tilbud til pasientene som det ikke er nok fokus på. Tror også at vi vil finne at fysioterapeutene kommuniserer med kreftpasienter på en annen måte enn de ville gjort med andre, hvor kanskje trygging og tillit er sentrale deler i forholdet mellom fysioterapeut og pasient. Ettersom vi undersøker erfaringer i forskjellige deler av helsevesenet tror jeg erfaringene vil være annerledes i form av hvor god funksjon pasientene har.

Student 2: Jeg tror vi vil se at fysioterapeutene har erfart at fysisk aktivitet er et godt virkemiddel i kreftrehabilitering, og at det blir mindre brukt enn hva det burde blitt for å få mest mulig ut av rehabiliteringen etter en kreftbehandling. Tror også at vi vil se at fysioterapeutene har gode erfaringer med bruk av gruppetrening/aktivitet for denne pasientgruppen. Jeg tror erfaringene vil kunne variere mellom fysioterapeutene siden de jobber i ulike deler av helsetjenesten.

19.04.23

Trinn 1:

Lest over alle transkripsjonene hver for oss på ark og dannet et helhetsinntrykk. Vi har streket under interessante temaer og skriver ned mulige foreløpige temaer hver for oss på lapper.

Trinn 2:

Gjennomgang av forslag av temaer på tavle med post-it lapper. Deretter finne hva som var felles. Kom frem til likheter i det vi hadde fremhevet og dannet foreløpige temaer i tabell 1 (se side 4).

Under utviklingen av temaene diskuterte vi begrepene aksept og mestring ettersom de var tilknyttet hverandre i transkripsjonene. Det ble diskutert om de kunne være mulige subtemaer eller hovedtemaer. Vi valgte å ha mestring som foreløpig tema.

Systematisering av innhold:

Vi starter å gå igjennom linje for linje i transkripsjonene for å identifisere meningsbærende enheter. Vi velger å identifisere meningsbærende enheter spørsmål for spørsmål etter intervjuguiden i alle transkriptene og organisere de i tabell under hvert spørsmål. Oppfølgende spørsmål utenfor intervjuguiden med tilknytting til temaet i spørsmålet går under aktuelle hovedspørsmål. Gjøres for å få en systematisk oversikt over alle meningsbærende enheter og filtrere hva som skal være med videre. Samtidig gjør det at vi kan sammenligne og se likhetstrekk/forskjeller mellom informantens synspunkter og erfaringer underveis. I dag har vi kommet til spørsmål 1a

20.04.23

Trinn 2:

Vi har systematisert meningsbærende enheter frem til hovedspørsmål og underspørsmål 6. Vi har lagt vekt på å inkludere alt vi ser på som relevant i denne fasen.

Underveis i analysen oppdager vi at det er to spørsmål som vi ikke har stilt til informant FK, som er spørsmål 4 og 6 i intervjuguiden. Vi diskuterer og kommer til enighet om at det var fordi informanten snakket utfyllende i intervjuet og dekket disse spørsmålene i svarene sine i de tidligere spørsmålene. Derfor innhenter vi meningsbærende enheter på disse to spørsmålene fra tidligere svar hvor temaet fra spørsmål 4 og 6 forekommer.

21.04.23

Trinn 2

Har fullført å finne meningsbærende enheter i alle transkripsjonene. Underveis i intervjuene forekom det nye oppfølgingsspørsmål som ikke hadde tilknytning til hovedspørsmålene eller temaet i intervjuguiden, men som ble stilt som følge av at informantene belyste et nytt aspekt ved problemstillingen. Vi valgte derfor å systematisere disse meningsbærende enhetene i en egen tabell under "Nye oppfølgingsspørsmål".

Vi begynte deretter å ta for oss alle de meningsbærende enhetene og fargekode de etter foreløpige tema. Vi ble observante på at tre av de foreløpige temaene burde justeres for å gi bedre mening til de meningsbærende enhetene. "Informasjon og tilgjengelighet av tilbud" endret vi til "Kreftrehabiliteringstilbud og informasjonstilgjengelighet". Temaene "bivirkninger/seneffekter" og "mestring" kom vi til enighet om å samle enhetene som kan passer under de sammen, og deretter få et helhetlig bilde av dem og deretter vurdere om de bør moduleres. Har kommet frem til hovedspørsmål 4 med meningsbærende enheter.

24.04.23

Trinn 2:

Underveis i analysen i dag blir tankene våre om remodellering av temaet "bivirkninger/seneffekter" styrket. Vi finner at mange av de meningsbærende enhetene kan knyttes til dette temaet, samtidig som de ikke står sterkt under temaet. Ved gjennomlesing av meningsbærende enheter under dette temaet finner vi ved diskusjon at "Kreftpasienten" kan være et bedre og passende tema. "Seneffekter" diskuteres heller som et mulig subtema, men det vil komme tydeligere frem i analyseprosessen. Vi valgte å endre "fagpersonens rolle" til "fysioterapeutens rolle" for å konkretisere temaet.

Vi har fullført å kategorisere alle de meningsbærende enhetene. Vi leser så igjennom sorteringen som vi har gjort i tabell og ser om det er behov for re-modellering av temaer før vi begynner på trinn 3.

Trinn 3:

Begynt å kondensere det temaet vi finner som mest interessant som er "kreftrehabiliteringstilbud og informasjonstilgjengelighet".

25.04.23

Trinn 3:

Underveis i kondensering blir vi mer bevisst på hvordan de meningsbærende enhetene overlapper i temaene. I tillegg opplever vi temaene som for stor og mange. Etter diskusjon har vi konkretisert og kortet ned temaene til fire for å innsnevre etter de viktigste funnene. Vi har dermed også fjernet meningsbærende enheter som ikke “faller under paraplyen” eller som ikke er så meningsbærende som først antatt. Deretter har vi re-kategorisert de meningsbærende enhetene som passer best under temaene i tabellene. Vi sitter nå igjen med hovedtemaene “Kreftpasienten”, “Gruppedynamikk og mestringsfølelse”, “Fysioterapeutens rolle” og “Kreftrehabiliteringstilbud og informasjonstilgjengelighet.

26.04.23

Trinn 4:

Etter å ha tolket funnene ender vi opp med følgende hovedtemaer og subtemaer som skal presenteres i resultatene.

Kreftpasienten

- Seneffekter og utfordringer
- Ønsker og mål i kreftrehabilitering
- Aksept

Gruppedynamikk og mestringsfølelse

- Felleskap og likemannstøtte
- Mestring i fysisk aktivitet

Fysioterapeutens rolle

- Fysioterapeuten som veileder
- Individuell tilpassing
- Forståelse og trygging i fysisk aktivitet

Kreftrehabiliteringstilbud og informasjonstilgjengelighet

- Oppfølging i tjenestene og informasjon
- Kreftrehabilitering i kommunen

Tabell 1: trinn 1 av analyseprosessen.

Student 1	Felles tema	Student 2
Kommunikasjon, oppstartsamtale og fokus på veien videre	Gruppedynamikk og individuell tilpasning	Overlatt til seg selv
Forståelse for situasjon og tilpasse mål individuelt		Mål om å være som før kreftdiagnosen
Aksept		Sårbar situasjon og aksept for livssituasjon
Gruppe, likemannsstøtte som gir trygghet, motivasjon og kontinuitet	Fagpersonens rolle	Mange har plager etter å ha blitt medisinsk ferdig behandlet
Informasjonsarbeid		Tillit til fagperson
Samfunnsøkonomi		Informasjon om tilbud
Gruppetilbud og individuell behandling/tilpasning	Bivirkninger/seneffekter	Gruppetrening og individuell tilpasning
Demografi		Mestringsfølelse
Ulike pasienter i samme gruppe. Aktiviteten kan justeres		Tilgjengelighet av tilbud
Fatigue	Informasjon og tilgjengelighet av tilbud	Forskjellig oppfølging
Psykiske plager		Likemannsstøtte/felleskap
Sorg og angst	Mestring	Respekt og forståelse
Mestring		Stor variasjon i funksjon/aktivitetsnivå hos pasientene
Å være fysioterapeut i møte med gruppen/fagbakgrunn		

Vedlegg 4: Transkripsjon fra intervjuer

Intervjuene er delt opp i en introduksjonsdel og en hoveddel. Introduksjonsdelen inneholder spørsmål og svar om bakgrunnsopplysninger som er relevant for fysioterapeutens erfaring. Hoveddelen inneholder spørsmål og svar om temaet fysisk aktivitet i kreftrehabilitering. Etter hovedspørsmålene kan det komme oppfølgingsspørsmål. Nytt hovedspørsmål skilles ved dobbelt avsnitt.

Intervjuer er markert i *blå kursiv skrift*

Deltager er markert i *rød kursiv skrift*

Transkripsjon informant FR1 Introduksjonsdel

Intervjuer 1: Da starter vi. Hvor lenge har du jobbet som fysioterapeut?

Deltager: Jeg var ferdig utdannet... nå må vi se hva, nå må jeg tenke meg litt om. Jeg var ferdig utdannet i 2002, så hadde jeg turnusåret mitt frem til 2003. Så det er jo 21 år.

Intervjuer 1: Ja, har du noe tilleggsutdannelse?

Deltager: Nei. Jeg har bare gått kurs og forskjellig, konferanser og kongresser og sånne ting. Men ikke.. jeg har bachelor.

Intervjuer 1: Hva slags kurs har du gått?

Deltager: Vært på en del sånne kreftrehabiliteringskonferanser som går direkte knyttet til dette da... dette temaet, ellers så blir det sånn type... ja ryggsmerte, skuldersmerte litt mer sånn fysio spesifikke kurs. Ja litt slyngebruk... ja.

Intervjuer 1: Hvor lenge har du jobbet med kreftpasienter?

Deltager: Det vil jeg si er... så jeg begynte her i 2010 og vi har jo jevnlig kreftpasienter her. Jeg vil gjerne si mest egentlig de siste 5 til 8 årene.

Hoveddel

Intervjuer 1: Da går vi til hovedspørsmålene. Hvilke kreftdiagnoser og utfordringer har pasientene du møter?

Deltager: Hvilke kreftdiagnoser?

Intervjuer 1: Ja.

Deltager: Det er jo veldig, altså det er liksom alt nesten. Det er jo brystkreft, er det jo mest egentlig. Prostata kreft og så har vi en del tumorer til hjerne, ryggmarg, ikke så mye nevrologiske utfordringer som disse har. Så de som kommer til oss har jo... ja hva skal jeg si?

Hovedsakelig utfordringer i forhold til funksjon i hverdagen med utmattelse og kroppslige smerter, en del av de. Stivhet i...ja de aktuelle kroppsdelene. Ja ellers så er det sånn hvis det er direkte etter kirurgi de kommer hit, så er det jo mer det å ja ivareta restriksjoner som de eventuelt skulle ha på bevegelse og hjelpe de å komme i gang med sånn normal hverdagsaktivitet. Det blir det viktigste ja.

Intervjuer 1: Hvordan foregår kreftrehabilitering der du jobber?

Deltager: Sånn konkret i fra inntak til utreise?

Intervjuer 1: Ja det er litt åpent

Deltager: De aller fleste som kommer hit til oss kommer inn for et 3 ukers opphold. Det kan være både direkte etter kirurgi på sykehus, men det kan også være for det som vi kaller for mestringsgruppen. Da kommer de gjerne inn etter en tid, og ser at de strever med selv om de er blitt medisinsk erklært frisk, så føler de seg ikke frisk i kroppen sin. Så da kommer de inn og så har vi en felles inntakssamtale. Mer sånn for å kartlegge utfordringene i hverdagen...og så har fysioterapeuten på dag 2 en funksjonskartlegging, men sånn fysioterapeutisk undersøkelse hvor vi ser på kroppsbruk og bevegelsesanalyse i ulike situasjoner...og så har de oppfølging av sykepleier, ernæringsfysiolog hvis det er behov for det, og psykolog hvis det er behov for det. Legetilsyn hvis det er akutte ting som må ivaretas. Ergoterapeut og fysioterapeut er vel de som gjerne følger de tettest i forhold til det med funksjon og utvikling av mål og...ja jobber med fysisk aktivitet i forhold til de målene.

Intervjuer 1: Ja, så det er en tverrfaglig oppfølging da?

Deltager: Ja absolutt. Så har vi tverrfaglig møte en gang i uka, så har vi teammøte hver morgen. Ja så se til at tiltak blir fulgt opp.

Intervjuer 1: Ja du har jo nevnt dette her litt nå, men hva innebærer dine arbeidsoppgaver når det kommer til kreftpasienter?

Deltager: Det er jo den funksjonskartleggingen ved inntak på dag 2, og så er det jo ganske mye samtale, altså oppfølging i forhold til samtale i forhold til gjerne aktivitetsregulering. Det er noe også ergoterapeutene jobber med. Aktivitetsregulering ja og en sånn veileder i fysisk aktivitet. Så det kan være litt sånn råd i forhold til generell aktivitet, turer, bruk av kropp i husarbeid, men også konkret i aktivitet altså inn under i en aktivitetsøkt. Altså alt dette kan...funksjonsutfordringer de har, så blir de jo da enten av og til..da har vi i forhold til mestringsgruppen så har vi jo intervalltrening for eksempel. Hvis de er relativt...altså i stand til å jobbe ut ifra sånne typer prinsipp, men så veldig mange av de pasientene vi har, har jo

ganske lavt funksjonsnivå og i forhold til de som er kreftopererte. For mange av de er eldre, det er veldig, veldig, stor variasjon. Noen kommer til oss som 35-37 åringer og er relativt spreke og har barn og har jobb, mens andre gjerne er kreftpasienter som er...ja 80 pluss, så har man andre funksjonsutfordringer. Så da går de gjerne med en rullator og da er det mer sånn konkret styrketrening for beina, balansetrening, reise seg fra stol...ja veilede i teknikker i forhold til sånne ting. Ja så det er veldig stor spredning egentlig, veldig stor variasjon.

Intervjuer 1: Ja nå var du inne på det med fysisk aktivitet. Så følger du opp pasientene individuelt eller i grupper?

Deltager: Ja begge deler. Vi har som regel 2 eller 3 økter med individuell oppfølging hver uke. Og så har vi ulike typer gruppetrening. Ja, det kommer litt an på om de er nye inne fra sykehus, nyopererte eller om de har kommet inn på et annet grunnlag, at de er inne på den mestringsgruppen som jeg nevnte. Er de nyopererte så er det mest individuell oppfølging og så er de med på en sånn sitte stoltrim, sånn stoltrim. Så er det tilbud om å ha følge på tur. Det er ikke alltid at vi fysioterapeutene som gjør det. Alle kollegaene som deltar både på stoltrimmen og tur ut. Ja, så i mestringsgruppen har vi diverse undervisninger i forhold til fatigue og aktivitetsregulering, og fysisk aktivitet, altså treningslære, sånn generell treningslære og med tilpasninger i forhold til kreft. Også har vi styrketrening. Det kommer litt an på. Vi prøver alltid å se litt an på gruppen når de kommer, og så skreder vi oss...skredersyr opplegget litt til hva deres behov er. For noen ganger, når vi får inn...det kan være 5-6 stykker som kommer inn samtidig en onsdag. Så vi må se litt på hva nivå de er på. Er de sånn som løper i skogen, er vi der? Eller går vi med rullator og syns at 100 meter er nok? Så blir det på en måte forløpet litt annerledes da. Så det blir litt av utfordringen. Vi kan ha noen som er i den ene enden av skalaen og noen som er i den andre enden av skalaen, så da blir det ikke kanskje så...en gruppe som kan følges da, men da må vi legge det opp litt annerledes ja.

Intervjuer 1: Du var litt på det med grupper, så jeg lurer på hvordan tilpasser du fysisk aktivitet individuelt ved behov?

Deltager: Altså i gruppa?

Intervjuer 1: Ja i gruppa.

Deltager: I og med at gruppe er relativt liten sant. Vi har i utgangspunktet plass til 8 på den gruppen, men vi ser at det er veldig sjeldent at vi får henvist nok pasienter faktisk til at det kan bli en gruppe på 8 når vi legger opp til disse mestringsgruppeforløpene. For vi har gjerne det bare 4 eller 5 ganger i året. Så har vi en sånn treukersbolk for de som er på en måte

henvist for spesifikke ting i forhold til kreftrehabilitering. Så...så det er jo ikke sånn, det er ikke sånn som man gjerne skulle tro, at det er så veldig mange som står på venteliste og trenger kreftrehabilitering. Så jeg tror det, vi vet ikke helt hva som ligger i det. For man...det er jo en stor utfordring i samfunnet og...og en økning i kreftdiagnoser. Så det var det, jeg vet ikke. Men nå kom jeg litt vekk fra spørsmålet ditt tror jeg?

Intervjuer 1: Jaja det går helt fint det.

Deltager: Ja bare still det igjen.

Intervjuer 1: Ja det var; hvordan tilpasser du fysisk aktivitet individuelt ved behov?

Deltager: Ja. Ja i og med at gruppa ikke er så stor som sagt, så er vi som regel 1, kanskje av og til 2 også når disse gruppeaktivitetene foregår, så da kan vi liksom være ganske tett på og veilede. Og det ser vi at det er behov...det er det behov for og det er noe av det som vi her på denne institusjonen...ja får veldig gode tilbakemeldinger på. Det er det at hver enkelte opplever at de blir sett og hørt, og på en måte får dekket det som de trenger da i forhold til aktivitet. Så ja, det har vi veldig tro på da. At gruppene ikke skal være så veldig store for da har du jo akkurat muligheten til å tilpasse individuelt.

Intervjuer 1: Ja det leder meg til et annet spørsmål. Erfarer du at pasienter har større utbytte av fysisk aktivitet i gruppe eller individuell behandling?

Deltager: Det er jo veldig individuelt vil jeg si, veldig individuelt ja. Noen trives veldig godt med å trene i grupper. Det er klart det kanskje lettere å holde opp en drive sant, når man man strekker seg etter de andre....kanskje de andre gruppene får til og det blir jo kanskje litt mer lystbetont også. Om man har noen liksom å gjøre det sammen med. Får veldig ofte veldig godt samhold da i disse gruppene, ser at de ikke er alene om å kjenne på disse utfordringene som de ofte kjenner på, det med fatigue problematikk og opplevelsen av at alle forventer at nå er du jo frisk igjen, så nå skal de jo fungere akkurat som før og så gjør de ikke det. Så det..det er jo det som gruppedynamikken kanskje tilfører veldig...veldig bra og det som jeg refererte til i forhold til aktivitet i gruppen også. Men så er det noen som ikke trives med det i det hele tatt...av helt..altså ikke som har noe med kreft å gjøre, men personlighetsmessig ikke sant. Så vil de helst ha mer kanskje individuell oppfølging ja..ja.

Intervjuer 1: Noe du lurer på (til intervjuer 2)?

Deltager: Vet ikke om jeg kan utdype det noe bedre? Men ja.

Intervjuer 1: Nei det går fint. Hvilke mål har pasientene i kreftrehabiliteringen og kan du gi noen eksempler?

Deltager: Ja, et sånt veldig typisk overordnet målet er jo at jeg vil leve sånn som jeg gjorde før kreftdiagnosen. Det blir jo det blir jo selvfølgelig veldig...veldig vidt mål da, men det er det som gjerne de aller aller fleste..de har en sorg rett og slett for at de mister det livet som de hadde. Og så er det jo i forhold til disse litt yngre, så er det jo gjerne et sånn typisk mål å komme tilbake i jobb eller kunne øke opp stillingsprosenten, fordi de gjerne har arbeidsavklaringspenger eller sykemelding fremdeles i en viss prosentandel, at de har lyst til å jobbe fullt igjen. Det er jo..ja følge opp barn i aktiviteter være med ungdommene sine på kino altså sånne...sånne ting. Ja så noen som opplever veldig stor skam og skyld i forhold til seksuallivet livet sitt, for eksempel at de ønsker å ha hjelp i forhold til det. Hvis det er sånn type underlivskreft sant. Ja så er det jo gjerne det, å ja klare å være i aktivitet igjen uten å bli helt utmattet. Ja, klarer å på en måte strekke dagen litt og ikke å måtte legge seg så ofte, hvis...hvis det er fatigue problematikk. Ja det er veldig sånn, veldig mange har veldig sånn konkrete mål i forhold til...altså det overordnede målet er gjerne å komme tilbake til det livet som jeg hadde. Komme i gang, få etablert rutine for...sånn passe mengde fysisk aktivitet og veldig mange opplever; de har gjerne fått råd om at de skal bare trene seg frisk igjen og så har de gjort det, de har liksom stått på og presset seg og...ja hatt intervalltrening hatt styrketrening og får råd om ganske sånn heftig styrketrening, ganske krevende, men så blir de så sliten. Det er det mange som kommer hit og så kjenner på at, de føler at de burde klart mer og de burde ha vært sterkere nå og så opplever de en sånn mislykkethetsfølelse, fordi at ikke de er der. For de har jo gjort alt de har fått tips om sant. Men så florerer det jo i samfunnet og det er ikke alle rådene de kanskje har fått av helsepersonell sant, at de kanskje har fått gjennom media eller gjennom naboen, eller andre i familien som gjerne har råd, som kanskje har vært i et kreftforløp selv. Og som i beste mening kanskje har råd hvordan det har fungert for de, men så fungerer det kanskje ikke for andre igjen. Så..så sånn fatigue problematikk er gjerne en av hovedårsakene til at de blir henvist sånn etter på en måte når kreftbehandlingen er medisinsk avsluttet. Ja og det er i hovedsak kanskje jeg...jeg tenker at de er mer i et sånt typisk kreftrehabiliteringsforløp enn disse andre som kommer direkte inn fra sykehus. For da er det gjerne ikke kreftrehabilitering som er i fokus, da er det mere det å...ja hvis det har vært en operasjon sant, så er det bare det å kunne bevege seg og puste normalt igjen som er fokuset sant, sånn få livet tilbake sant, ja.

Intervjuer 1: Hvilken rolle har du i det å utarbeide målene med pasientene?

Deltager: Da vil jeg si at jeg har en er veldig aktiv rolle ja. Vi sitter jo i sånn felles innkomstsamtaler tverrfaglig, og da er det ikke alltid at det fysioterapeut med, det kan være sykepleier og ergoterapeut for eksempel. Men veldig ofte så er det en fysioterapeut og enten

da sykepleier eller ergoterapeut. Og da snakker vi jo en god del om mål...ja. Så vi prøver jo ikke legge ordene i munnen på de. For det er veldig mange som ikke helt vet hva de, det er litt sånn de kommer inn her og de er litt stressa, litt nervøse og vet ikke helt hva de skal, spente og sånt. Det er ikke alltid..alltid du klarer å utarbeide mål på den første samtalen, men disse...er veldig, man må være veldig lydhør i forhold til det de forteller om. Og så prøver, for det det er vanskelig for de fleste hvis vi spør "hva er dine mål for rehabiliteringsprosessen?". Så er det veldig mange som ikke helt vet hva de skal si eller, men så hører vi jo på en måte når de snakker sant i samtalen at "jeg savner veldig det og det, eller jeg er så lei meg for at jeg ikke kan ditt eller datt, eller jeg skulle ønske at..." Det ...da uttrykker de jo egentlig et mål, men kanskje man må formulere det på en litt annen måte da, så ...så da prøver vi liksom å være veldig sånn lydhør på det og så plukke opp det. "Jeg hører at du sier at du savner veldig det å gå på tur med hunden din, er det et mål? Skal vi sette det opp som et konkret mål?". Og da er kanskje det å altså prøve å plukke det ned sant. Dele det opp. At målet med å gå med hunden er kanskje ikke oppnåelig sånn umiddelbart hvis det er veldig vanskelig å gå i seg selv. Ikke sant, at vi liksom deler det opp på ...ja. Så jeg vil si at vi har veldig aktiv rolle i forhold til det. Det skal jo være pasienten sine mål, men er klart det er vanskelig å ...det kan være veldig vanskelig å sette ord på det selv. Så vi må av og til liksom veilede de da innpå ...ja vi og sykepleier/ergoterapeut. Ja det blir ofte sånn at vi har gjerne mer sånn fokus på det med...kanskje det med aktiviteten. Altså hvis, hvis det er ...veldig sanne ting, altså hvis målene dreier seg litt om det å gå på fjellet eller klare å være med ...da gå på styrketrening igjen for det har de likt så godt før. Så blir vi gjerne en viktig veileder inn i å ...dele det opp da. Og lage delmål, for det kan kanskje vi hjelpe de bedre med enn sykepleieren for eksempel, sant. Sånn ...ja.

Intervjuer 1: Ja, du sa jo da at du bare følger opp pasientene i 3 uker.

Deltager: Ja.

Intervjuer 1: Ja, føler du eller erfarer du at mange av pasientene dine når målene sine?

Deltager: Jaa...en del av de gjør jo det. Det kommer veldig an på hva type mål de har satt seg sant. Hvis det er veldig sånn konkret at de ønsker for eksempel, hvis de har lyst til å gå tilbake til det med å gå tur med hunden i fjellet sant. Så er jo gjerne det å klare å gå tur uten hund da, men i litt ulendt terreng. Kanskje det er noe man må strekke seg mot først sant. Og da har vi jo litt sånn turområde rundt her, rundt bygningen her sant. Og opp i skogen og litt sånn at vi ...vi prøver liksom å brette det ned til mindre mål og de målene er det mange som når mens de er her. Så det kommer an på hvor hårete de er og hvor visjonære disse målene er, og hva

...ja hvor selvfølgelig, hvor svekka de er ...ja. Det blir veldig sånn individuelle vurderinger hele veien da, så ja. Ja konkrete mål er det mange som når mens de er her.

Intervjuer 1: Ja det er jo bra. Er det noe spesielt du vektlegger når du kommuniserer med kreftpasienter?

Deltager: Jeg vet ikke om det er spesielt i forhold til kreftpasienter. Mange av disse kommer hit til oss er jo i en veldig sårbar situasjon sant. De har opplevd, står gjerne i en sånn fase der de er...det er vanskeligheter for å akseptere at livet er blitt sånn som det er blitt. At det er blitt annerledes enn det de hadde sett for seg, uavhengig av alder egentlig og funksjonsnivå. Så det er en gjerne en sorgreaksjon der og vanskelig med aksept for at de skulle bli syke sant,...ja. Så sånn at man har en veldig sånn åpen lyttende holdning tenker vi, tenker jeg er veldig viktig. At man har en raushet og prøver å vise forståelse for de utfordringene de står i. Ja litt sånn anerkjennende ...ja, og så litt sånn i forhold til om den kreftdiagnosen er ...altså er det om det er noe de har på en måte blitt frisk av eller om de faktisk står i et veldig sånn åpen hva...hva skjer nå? Om det er avklart. Det har jo litt sånn betydning for hvordan man kommuniserer sant, at ikke...at man ikke bruker sånne ord som "ja så når du blir frisk, hva skal du da?". Så vet vi at de har en terminal diagnose sant, det blir ...ja det kan slå litt feil ut ja. Det er jo liksom viktig å...å ha med seg ja. Hva prognose det er.

Intervjuer 2: Er det...er det mange av de som kommer hit som er i palliativt forløp...eller?

Deltager: Ikke direkte palliativt. Men gjerne...kommer an på liksom hva man tenker palliativ fase sant, men...men de kan, det er en del som igjen...nei ikke mange, det er færre av de, men det er klart at innimellom er det noen som vet at de må leve med denne kreftdiagnosen og den behandlingen de har fått, for eksempel da i forkant av at de kommer hit er bare mer en livsforlengende behandling. Så det er jo det å...ja gjøre veien videre så...så...så grei som mulig da. Og hjelpe de til å bygge opp igjen en viss funksjon, for vi ser det er klart; hvis jeg har ligget lenge på sykehus og vært veldig akutt syk akkurat i forbindelse med denne siste behandlingen sant, så det er det å hjelpe de opp igjen til et visst funksjonsnivå, ja. De aller fleste er ferdigbehandlet medisinsk.

Intervjuer 2: Ja.

Deltager: Ja, så da er det mer på en måte den opplevelsen av å ikke ha klart å komme tilbake til livet selv om det har gått 2-3 år. Og så føler man seg gjerne litt sånn på utsiden av...av det man...ikke er helt seg selv, man har vanskeligheter med hukommelse, konsentrasjon og... vanskelig med det å fungere i jobb og altså være sosial, gå på en fest eller ha besøk, for det

blir så mye snakking og man blir veldig sliten av...av lyd for eksempel. Det er veldig vanlig problemstilling ja.

Intervjuer 1: Ja du nevnte i kommunikasjon at det var viktig å være åpen osv...så jeg lurer da på hvorfor du vektlegger akkurat det?

Deltager: Ja ...for vi ser jo at det er en del av, dette handler ikke bare om kreftpasienter, men det er en del...det er mange mennesker som gjerne har en tanke, altså som kommer hit, som har en tanke om at de skal på en måte møte våre forventninger. Sånn at hvis vi er for førende i spørsmålene våre, så opplever de kanskje at de ikke helt blir møtt i forhold til deres behov ...og at de gjerne, mange vil gjerne prøve å liksom “ikke please” det blir liksom feil ord, men, men litt sånn å møte det som vi legger opp til er på en måte riktig, eller “det og det bør de jo kunne klare” sant, så, så blir det igjen en sånn nederlagsfølelse. Kan bli da hvis de opplever at...ja at det ikke matcher da, på at de kommer med andre tanker. Så derfor er det liksom vi vil...vi ønsker jo liksom å bli litt kjent med, med dette mennesket som sitter der, at det skal være veldig helhetlig. At du skal møte alle behovene og ikke ...ikke på en måte bare “jeg har vondt i brystkassen etter den operasjonen” eller det kan være så...rehabilitering må jo handle om så mange aspekt i livet. Men så det handler både om ...ja sosialdeltakelse og aktivitetsmuligheter, og jobb, familie og seksualhelse og altså, det skal liksom favne om alt sant. Så derfor er det litt sånn viktig at de kan få fortelle sin historie uten at vi selvfølgelig har mulighet til å gå i detalj på alt som er i sykehistorien, for det kan jo bli litt masse. Og det er kanskje ikke så relevant heller for her og nå og hva gjør vi videre, så ja. Men de skal få fortelle det de ...det er viktig at det kommer frem det som de opplever som viktigst i sitt liv. For jeg kan ha en helt annen formening om hva som, hva de bør eller hva som er viktig for de ikke sant, at de bør komme seg mer ut, men er ikke sikkert at det som er viktig for...for den personen. Kanskje det er viktigere for de å klare å løfte opp et barnebarn eller altså.... ja derfor er det viktig å være åpen ja.

Intervjuer 1: Skiller dette seg fra hvordan du ville kommunisert med andre pasienter?

Deltager: Nei, nei. Egentlig ikke. Det er liksom viktig for oss å poengtere at når de kommer her til oss så er ikke de en kreftpasient, sant. At de er ikke kreften sin sant, men noe blir litt sånn eksistensielt, liksom annet nivå. Men at de...at de er her og skal bli møtt med tiltak og faglig ekspertise i forhold til det funksjonsnivået, eller de funksjonsutfordringer som de har. Uavhengig av hva diagnose det er. Så selv om diagnosen selvfølgelig veldig sånn det...det legger jo en del premisser sant, for hva vi skal jobbe med og hva vi skal ha fokus på, men det kan ...det trenger ikke å gjøre det. For det er litt sånn viktig for å se litt hva er dine utfordringer, din hverdag. Litt sånn uavhengig av diagnose ja.

Intervjuer 1: Hva legger du vekt på når du bruker fysisk aktivitet i kreftrehabilitering?

Deltager: At det skal være en positiv opplevelse. At det skal gi motivasjon for å kunne fortsette og at det selvfølgelig skal kunne være faglig begrunnelse også, men jeg tenker at det...vi er jo litt der at det kommer selvfølgelig an på, veldig an på funksjonsnivået. Men vi er litt der at enhver økning i aktivitetsnivået vil være positivt sant, for kroppen og fysiologien, sånn at det ... det er sjeldent vi bruker pulsklokke og veldig sånn tydelige mål i forhold til sånn, ja jeg søker mer på hva jeg mener ja, ja. Det er mer det å...altså vi bruker, vi bruker jo en del funksjonskartleggere, sånne tester. Sånn SPBB. Jeg vet ikke om dere kjenner til?

Intervjuer 1: Jo.

Deltager: Ja sånne typer ting. og vi bruker en del ...sånne trappetest og ganghastighetstester og litt sånne ting. Funksjonell styrke, sånn reise sette seg, hvor mange repetisjoner klarer du på 30 sekunder, som gir et visst bilde da ...på...ja. Det er veldig masse sånn kvalitative vurderinger i hvordan utfører de testene, og selv om det ikke ligger til grunn når du får en score sant. Så, så sier jo det oss veldig masse og ja...ja, men positiv opplevelse, gi mer smak, gi motivasjon for veien videre, og selvfølgelig og nå etter hvert som man har jobbet litt med det sant....så...så prøver man å legge opp til selvfølgelig også at de skal ha en viss progresjon. At de skal kjenne at dette virker, det er jo veldig motiverende, det ser vi at det er veldig motiverende for alle, så det er ikke kreft avhengig på en måte. For det ja... så lenge vi japrøver å finne frem til det, ting som de har lyst til og enkelte ting er jo bare sånn; at man skal det bli lettere til beins og klare trapp opp bedre, så må du gjerne jobbe med muskelstyrke og balanse, og gå i trapp en del og sånt. Så blir jo kanskje ikke så lystbetont, men...men ja ...prøve å finne aktiviteter som kan gi litt sånn utbytte...ja, ja.

Intervjuer 1: Ja du nevnte det at de skal ha en positiv opplevelse med fysisk aktivitet. Så da lurer jeg på hvorfor vektlegger du det og hvordan erfarer du at det virker?

Deltager: Ja....hvorfor vektlegger...? Det er jo fordi det, det skal jo gi, altså vi bruker jo fysisk aktivitet ikke bare for at de skal også liksom bli sterkere, få bedre kondisjon, få bedre balanse, men også for det at; overordna mål er jo å få et bedre liv sant. Så da er det å på en måte for at de skal opprettholde det veien videre, for det hjelper så lite hvis de er aktive her hos oss og så kommer de hjem og så detter motivasjonen helt vekk, fordi de synes ikke det var noe kjekt. Så...så, tenker vi at det blir viktig for å klare å opprettholde det, at derfor skal det være en positiv opplevelse. Ja....hva var det siste spørsmålet du sa?

Intervjuer 1: Hvorfor vektlegger du det og hvordan erfarer du at det virker?

Deltager: Hvordan jeg erfarer at det virker ja? Nei det er jo det da at de de angir når de reiser...mange at...at de synes at det er ...ja at de har blitt kjent med noe nytt, en ny side med seg selv da kanskje. At de har erfart noe nytt og at det var gøy, og at de ikke hadde trodd det med seg selv. At de kunne ...at de kunne oppleve det da. Vi kan gjerne høre sanne ting som at “jeg har fått tilbake evnen til å le”. Det er jo en veldig sånn sterkt å opplev...være en del av det for et menneske. Det er jo det at de opplever det, sant. Det er jo fordi det er...sånn depresjonssymptomer er jo ofte litt sånn som følger sanne...ja sorgreaksjoner og når man har gått lenge og hatt det litt vanskelig. Ja, håper det var svar...

Intervjuer 1: Ja.

Deltager: Ja.

Intervjuer 1: Ja så lurer jeg på...opplever du at pasientene kan være bekymret for å være i fysisk aktivitet...

Deltager: Ja!

Intervjuer 1: I kreftrehabiliteringen?

Deltager: Ja. Hvis det gjør vondt sant. Eller hvis de opplever at de kanskje blir verre, altså det er kanskje direkte knyttet til akkurat kreftdiagnose behandlingen de har vært igjennom, men sånn generelt så er det gjerne noen som blir svimmel eller at de føler seg litt uvel hvis de...hvis de lenge, men det handler jo mer om det at de kanskje lenge har vært i lite aktivitet og så plutselig begynner vi å pushe de. Så reagerer kroppen på det sant og gir mer smerte og hvis ikke de er vant til å være i fysisk aktivitet så kjenner de gjerne på noe så enkelt som gangspærre og så er det ukjent for de, og da er det...skaper det usikkerhet. Ja så...så trygging i det arbeidet med å veilede, blir viktig ja. Det er ikke, det er ikke spesielt for kreftpasienter nødvendigvis, det er jo generelt for de som kanskje ...ja mange har ikke så masse erfaring med å være fysisk aktive gjennom livet sitt og...og hvis vi da skal plutselig begynne å pushe de på ting, så...ja spesielt det som gjør vondt. Da blir de usikker eller hvis det blir veldig ...veldig, veldig sliten dagen etterpå eller senere på ettermiddagen, så blir de skeptiske til å fortsette. Ja så jeg opplever jo at det å måtte forklare de bakgrunnen for hvorfor vi gjør disse tingene. altså gå igjennom, gjennomgå litt sånn inn anatomi og fysiologi og prøve å forklare litt bakgrunnen for “hvorfor virker dette?”. Hvorfor vet vi i teorien at det virker og hva er det som gjør at du kanskje kjenner at responsen i kroppen din er ikke sånn som de håpet at det skulle bli, men altså liksom prøve å forklare litt, og det er veldig mange som responderer veldig positivt på. Jeg tror at det trygger de og gjør at det er litt lettere å motivere seg da for å gå i gang igjen, selv om de kjenner kanskje at det er vondt. Ja, forklarer bakgrunnen for hvorfor vi velger disse tiltakene.

Intervjuer 1: Så mange av de pasientene du får her er ikke nødvendigvis de som er fra før de mest fysisk aktive?

Deltager: Det er veldig stor variasjon, noen er vant til å gå på spinning og pilates...så er liksom ja aktive og gjerne har løpt i fjellet og er ja...men, men veldig mange når de er helt sånn...ja moderat, har gjerne gått på en trening før, men har kanskje ikke synes at det har vært så veldig ja. Eller de har ja...sånn mosjonister, helt sånn på lavt-moderat nivå. Ja det er veldig stor variasjon, ja vi har de som er...har lyst til å springe på, altså er vant til å gå på fjellet og synes at det det tyngre i motbakkene enn det var før. Da er det jo gjerne lett å tenke at "jammen trenger dem rehabilitering?". Sant, så det er jo litt sånn det blir en diskusjon, mens eldre som ikke klarer helt å...det er tungt å komme seg ut av sengen og det blir liksom et helt, på en helt annen nivå, men de kan jo bare i samme gruppe disse 2. Så det er jo liksom, ja...det er behov for individuell tilrettelegging absolutt.

Intervjuer 1: I hvilken grad opplever du at fysisk aktivitet er viktig for denne pasientgruppen?

Deltager: Veldig. Veldig ja. På så mange nivåer. Både for å få opp blodsirkulasjonen og få oppleve det å ha litt "kick med endorfiner", på å gå litt sånn tøft i motbakke og bli trygg på at det er ...ja ufarlig å kjenne på alle kroppslige responser på aktivitet. Assa ...at hjertet, hvis de ikke er så vant til fysisk aktivitet sant, det at hjertet slår kraftig og pusten går voldsomt. Så, så har man aldri opplevd det før eller veldig, veldig lenge siden man har opplevd det før, så er det jo ikke så rart at man kanskje reagerer med litt sånn redsel, som syns dette var ubehagelig sant. Men, men det er en del som opplever at de synes at det ble for tøft for de, og det er jo helt legitimt, det er ikke alle, man kan prøve å moderere det litt. For det er jo helt alfa omega at vi har vedkommende med hele veien. Hvis vi pusher for hardt i starten så vil de trekke seg mer og mer tilbake, og da må vi moderere og følge videre, altså progresjon eller utvikling eller tankegang på det. Ja, det er ikke så ofte det skjer altså. Det er jo fordi at vi er bevisst på det. Ja, kommunikasjon blir viktig.

Intervjuer 1: Ja, hvilken effekt vil du si at det har for pasientene fysisk og psykisk da for pasientene?

Deltager: Stor betydning, ja stor betydning. Og det er jo altså, det er klart at he...vi jobber jo tverrfaglig og vi jobber jo helhetlig her, så det er ikke fysisk aktivitet som...som nødvendigvis er bare i hovedfokus. Det er en viktig bit av det, men det kan være like masse sånn at kreftrhabilitering dreier seg mye om til tilrettelegging i forhold til måltidsituasjonen for eksempel. Matvarer, altså valg av matvarer, sammensetning av måltid eller, altså most mat

eller ikke most mat, eller sånn fordi at det kan være problemer med svelgfunksjon for eksempel. Ja, og så tilrettelegging av det, altså muligheter for å klare seg i hverdagslivet i ADL-aktiviteter, i husarbeid, tilrettelegging av sånne ting. Og så er det jo spesielt selvfølgelig for kreftpasienter at det er veldig mange av de som kommer til oss som i hvertfall har sånn fatigue og utmattelse problematikk, så det med aktivitetsregulering. Det er gjerne en veldig viktige bit av det. Og der igjen sant, hvis du skal integrere fysisk aktivitet i din hverdag og få det til å fungere sammen med alle de andre oppgavene man gjerne har, som...som forelder er det veldig mange av de som er i den rollen. De har hjemmeboende unger, så er det liksom det å...ikke bare aktivitet, men også hvileøkter, altså restitusjon som hele, altså finne den balansegangen ...ja. Så gjerne dele opp i kortere økter og være trygg på at litt er bedre enn ingenting ogja. Prøve å ha fokus på at ikke de skal oppleve å gå rundt med dårlig samvittighet hele veien, fordi at de ikke gjør nok. Det er det mange som kommer til oss og uttaler. At de...de trener, prøve...altså går 3 ganger eller 2 ganger på...på treningssenter eller gjør, er ute å gå tur 4 ganger i uka, men så har de hørt at noen mener at de bør jo egentlig gå hver dag og så går de rundt med sånn tyngende samvittighets...., ja dårlig samvittighet. Fordi at de burde sikkert ha gjort litt mer og da hadde de kanskje vært bedre, sant. Det er liksom det med aksept for at "det er det du klarer nå og da er det greit", så kan vi heller bygge på....ja.

Intervjuer 1: Så lurer jeg på om du kan beskrive et pasienteksempel hvor fysisk aktivitet har vært viktig for den pasienten?

Deltager: Nå må jeg tenke litt...ja, jeg hadde en. Det var kanskje på den mestringsgruppen som...som hva var sånn type...jeg husker ikke akkurat ...hun har hatt brystkreft, hun var sånn ja...middelaldrende, var i jobb, men bare i 30% stilling. Ja, jeg husker ikke helt det rundt jobben, men hun var hvertfall kommet tilbake i en hvis stillingsprosent og så hadde hun sånn halv store barn og hadde trent ganske hardt, hadde jobbet med det...men opplevde at hun bare ble mer sliten av å trene hard styrketrening. Og da var det gjerne det å vise henne andre....andre aktivitetsmuligheter som har som...som hun opplevde som en god løsning på den der, at det er nødvendigvis ikke handler om å løfte de tyngste vektene og bli veldig andpusten, men å bevege kroppen. Altså det å bruke kroppen på en annen måte enn det hun hadde gjort. Hun var veldig stiv i overkroppen og bare det å bevege i overkropp og bruke en del sånne, ja rett og slett mykegjørende øvelser for overkropp og brystregion. At det hadde stor betydning for henne, men hun hadde ikke tenkt på det som trening, for det er jo sånn ...hun hadde trent, men hun hadde kanskje bare ikke gjort det som funker best for henne da. Så det er det å liksom moderere eller hjelpe å finne andre måter å trene på det, at det ble...det ble veldig, viktig for henne. Ja, finne litt ro i det at det...det er greit, det er trening det også,

men det er en annen type trening enn det du gjerne har tenkt. For det opplever vi jo veldig ofte, at de som kommer hit, de føler at de må...ja, hvis de skal trene så må de...må være/bli veldig slitne og veldig svette for at de skal være trening. Sånn at vi kanskje bruker litt tid på å se at “ja, men fysisk aktivitet er jo hele spekteret”. Så det kan jo bare være det at du faktisk velger å gå opp og ned trappene et par ganger daglig istedenfor å ta heisen, eller altså bare sånne...sånne mindre ting, at det kan også ha veldig stor betydning for funksjon og velvære i kroppen og at det trenger ikke alltid være så veldig hardt og så lenge. For at du skal kjenne at det virker. Ja, så kanskje egentlig det å justere, finne andre varianter enn det som hun da hadde sett på som trening...ja.

Intervjuer 1: Ja. Hvilken kapasitet erfarer du at pasientene har til å være i fysisk aktivitet under kreftrehabilitering og hvordan varierer dette?

Deltager: Der igjen, veldig stor variasjon, men de aller fleste har kapasitet til å være i fysisk aktivitet, ja. Det vil jeg si ja. De aller fleste som er inne på disse mestringsgruppene kan jo være med og gå en tur og...ja. Kan gjerne presse seg i ulik grad. Altså...ja så er det veldig sånn personlighetsstyrt ser vi, altså egentlig litt sånn uavhengig av diagnoser, men vi holder oss nå til kreftrehabilitering da. Men at det er noen som gjerne har valgt å ikke kjenne etter, men og bare liksom “gønne på” og så smeller det litt på grunn av det, fordi de klarer ikke mer eller de kjenner at de ikke kommer i mål med dette. Eller motsatt vei sant? At de blir veldig forsiktige, fordi at de kjenner at enhver fysisk aktivitet, så går “jeg en runde med venninna mi så blir jeg kjempeslitne og må ligge i 2 timer etterpå”. Så da blir de litt forsiktige, så da må de gjerne oppfordres til å ikke være redd for det, da prøver vi heller å justere altså, og der igjen; aktivitetsregulering, legger inn en hvileøkt tidligere på dagen for eksempel, for så å kunne “lade batteriet lenger” da i løpet av dagen ja, ja.

Intervjuer 1: Ja, endrer kapasiteten seg i de 3 ukene du følger de opp?

Deltager: Ja ofte, ofte. Ikke nødvendigvis, fordi at de har...trent seg til å bli sterkere eller bedre...har bedre kondisjon, men mer...jeg tror det handler om, altså vi ser jo ofte en bedring i kapasitet sant. Ved test inn og test ut, men jeg tror det handler mer om....kanskje, altså bedre evne til aktivitetsregulering. Det å få liksom jobbe med den tankegangen rundt det og så dele opp aktiviteten for eksempel. Hvile seg når de kjenner at “nå trenger jeg å hvile” og så...ja at ikke de får måtte bare...altså de fleste voksne vil gjerne tenke at “jeg skal ikke legge meg ned på dagtid. Det er noe helt overflødig og det og det, det gjør gamle folk” og sånt. Men gjerne tenke at hvis du er veldig sliten klokka 11.00 så er det helt greit å legge deg ned en halv time og så kan du heller...du trenger ikke å sove, men det finnes jo utallige måter å hvile seg på

utenom å sove...og så kan du kanskje fortsette og så ikke minst å kartlegge i din hverdag “hva er det som gjør deg sliten?” for eksempel. For da har man gjerne mer kapasitet til å være i mer fysisk aktivitet og har overskudd til å gjøre de tingene man har...man har lyst til da, det som gir livskvalitet...ja. Nå vet jeg ikke om jeg svarte på spørsmålet?

Intervjuer 1: Jo...

Deltager: Hva var? Jeg glemmer litt. Jaja, kapasitet ja. Og så det der med aksept sant? At de gjerne kjenner på at “jeg kan gjøre...få tro på kroppen min igjen”, at de kan liksom kjenne at “kroppen min virker jo” på veldig masse tross alt, fordi at veldig mange kreftpasienter er veldig...har vært gjennom et krevende sykdomsforløp og masse behandling, og veldig, veldig mange...det er faktisk, men det er vesentlig i forhold til det med kreftrehabilitering. De opplever at det er veldig stort oppmerksomhetsfokus, “ståhei” rundt det at de har kreft. De blir kreft behandlet, så er de ferdig medisinsk behandlet og så står de der plutselig helt alene, og ingen...da er de liksom ferdig sant. Folk, andre folk går rundt videre med livene sine og det er ikke sikkert at de føler seg frisk. Sånn som jeg refererte til i starten sant? Men de er på en måte erklært frisk, men så står de der og så vet ikke helt “hva nå da? Det er det veldig mange som opplever. De blir stående, og det kan være unge og det kan være gamle. At de ikke helt vet hva er lov nå? Hva er lurt? Hva skal jeg ikke gjøre? Hva? For du bare mister på en måte helt sånn; du har ingen å spørre lenger. Når du er i et aktivt behandlingsforløp så er du inne veldig hyppig og det er veldig mange symptomer som oppstår i kroppen i forhold til bivirkninger, forskjellige ting. Og så får man hjelp hele veien. Man har noen å spørre og så plutselig så er vi jo ferdig. Og da står de...mange som føler seg veldig sånn alene da. Så jeg tror nok at der kommer kreftrehabiliteringen inn og gjør en veldig viktig, viktig bit i puslespillet der, men det er veldig lite brukt. Opplever vi...ja.

Intervjuer 2: Jeg kan skyte inn der. Du nevnte tidligere om at dere kan ha pasienter som er i såpass god form at de kan ha som mål å gå i fjellet igjen.

Deltager: Ja!

Intervjuer 2: Kan du gi et eksempel på en pasient som dere kan få inn som har veldig dårlig funksjon når han/hun kommer hit?

Deltager: Ja, altså må tenke litt. Ja da kan vi gjerne holde oss til den mestringsgruppen sant, med de som kommer inn. For vi har jo noen som selvfølgelig kommer direkte inn, som ikke er...som er her på grunn av en kreftdiagnose, men de har nettopp operert. Da er vi der at de synes det er strevsomt å gå opp trappa og de klarer ikke å løfte armen, fordi at det er så masse sår og arr problematikk for eksempel, i brystkassen sant? Men det er gjerne ...ikke kanskje, ikke der vi...det lurer jeg...det er kanskje mer sånn i den andre det. Det ja, der er det jo mer

ja... det er jo like mye... det er en ting at kanskje fysisk aktivitet kan fungere, men det er den der utmattelsen, fatigue. For de kan gjøre veldig masse, de kan...de kan også kanskje løpe 1-2 timer i skogen, men da er de, da må de ligge i 1 dag eller 2 etterpå. Sånn at det som kanskje er mer sånn hensiktsmessig aktivitetsnivå for de, er mer sånn å ta 20 minutter med balanse- og styrkeøvelser, altså for beina. Så må de ha pause, ja kanskje...ja.

Intervjuer 2: Ja bra eksempel.

Deltager: Ja,ja.

Intervjuer 1: Ja. Du er på den fysiske kapasiteten.

Deltager: Ja!

Intervjuer 1: Så lurer jeg på om det er en psykisk kapasitet som også spiller inn på hvilken evne de har til å være fysisk aktivitet?

Deltager: Ja, men det er det. Det er ikke så ofte vi har...det er ikke så ofte vi har pasienter på den mestingsgruppen som er, har også veldig sånn stort symptomtrykk på angst og depresjon for eksempel. Men det er mange som er veldig usikre og liksom redde for å presse seg i fysisk aktivitet og trenger litt sånn ro og veiledning og tid, ikke minst tid på å prøve ut. Og kjenne på at "okay var dette litt masse? Var dette litt lite? Kunne jeg klart mer?". Så vi bruker jo sånn aktivitetslogg. Bruker vi aktivt i forhold til det, da...da går det også ofte på, en ting er det du kan sånn fysisk oppleve i aktiviteter og rett etterpå, men det like mye sånn opplevelsen av det. Ja og så lyst til å gjøre det igjen. Kjente du en velvære i kroppen din for eksempel? Ja...og så er det selvfølgelig det der med...mange opplever jo at den psykiske... altså kanskje de kan være ganske fysisk aktive, men det er den psykiske kapasiteten deres som er veldig begrenset. Kanskje de ikke klarer å egentlig lese en bok, fordi de klarer ikke å konsentrere seg nok til at de husker hva som sto på side 1 når de kommer på side 2 sant? Altså ja...sanne ting som konsentrasjon kunne ha...kunne ha finne frem på huset, det handler jo gjerne om hukommelse sant, ja ja.

Intervjuer 1: Ja...har du noen spørsmål før vi tar siste (til intervjuer 2)?

Intervjuer 2: Tror ikke det.

Intervjuer 1: Nei. Ok. Til slutt før vi avslutter, er det noe mer du ønsker å si om kreftrehabilitering relatert til fysisk aktivitet?

Deltager: Ja...at jeg tror at det er en...jeg skal ikke si at det er lite prøvd tiltak, det er det ikke. Det er jo...en har jo en del sanne som pusterommet for eksempel og man har en del sanne ja rom avdelinger rundt på for eksempel norske sykehus da, som skal bidra til, det er jo mange fysioterapeuter i aktivitet. Det bidrar til å...å komme raskt i gang med fysisk aktivitet igjen,

trygge og veilede, men at det kanskje i mye større grad burde vært...ja kunne vært vektlagt og brukt ute i kommunene. Men det er jo der igjen sant? Ressurser...ja økt ressurser på det. Det er veldig mange kommuner som ikke har kreftkoordinatorer. Hvis det er store kommuner så har de kanskje det, men en stilling kanskje på...på flere tusen som er rammet og som trenger gjerne veiledning. Ikke glemme de som er pårørende. Kanskje dra de mer med inn sånn at alle skal få en mer forståelse, for det. Så jeg tror at det...ja det er en lang vei å gå enda, på å implementere alt det som vi vet om fysisk aktivitet. Hvor godt det kan virke...ja så...ja. Tror ikke det er så mye mer å si.

Intervjuer 1: Ja, så hva mener du skal til for at fysisk aktivitet skal bli brukt på de måtene som du nevner nå?

Deltager: Ja det er jo sånn folkehelseopplysning også da. Kanskje og kanskje i større grad...jeg vet ikke om å si...i større grad...jeg kan...det med å på en måte bruke dette, snakke om det og trygge forhold til når man er på sykehuset. Jeg vet ikke hvor stor betydning det kan ha, for jeg tror nok at veldig mange sykepleiere for eksempel på...på kreftavdelingen snakker med pasientene sine noe om det, men det er klart at når man er i et sånt aktivt behandlingsforløp der man, der noen gjerne er på en måte...altså det er jo....det er jo livskrise å komme i en, å få en kreftdiagnose og det er mange. De klarer jo bare ikke å ta inn alt av informasjon eller hva...hva en samtaler om. Så....så jeg tror nok at det er mer det der med at noen, at de har en kontaktperson og noen de kan forholde seg til. Kanskje type både...både gruppeaktiviteter som i samtaler og liksom å gjøre noe sammen og fysisk aktivitet...ute i kommunene og på hjemplassen. Der du har noen å forholde deg til. Og gjerne bruke fysisk aktivitet ja, sant. I både forhold til, altså magetarm problematikk, fordøyelse, mange som har stråle skader i buk som kan ha stort utbytte av for eksempel; jeg har nevnt intervall sant? Det der med å bruke kondisjonstrening aktiv, vi vet at det påvirker fordøyelsen og det er positivt. Men først trekker det at de har noen å ta kontakt med når man er ferdig behandlet og noen som faktisk har tid til å følge opp på en måte disse samtaler som en eventuelt trenger. Ja, så ressurser. Jeg tror at ressurser der som folk bor, det er veldig viktig. Ja det tror jeg er...og trygging og gjerne bruke flere fysioterapeuter inn i det. I forhold til det med å veilede i aktivitet og trygge og....ja.

Intervjuer 1: Ja så det er ressurser på nasjonalt nivå da?

Deltager: Egentlig. Egentlig ja, fordi at sånn som vi opplever det nå så er det veldig mange kommuner som ikke har kreftkoordinator og det er klart at kommunene står jo fritt til å gjerne prioritere økonomi fordelingen selv. Men at...ja hadde det vært lovpålagt tjeneste...jeg vet ikke ja. Men der igjen sant? Det blir jo...noen kommuner er veldig flinke. Andre ser vi at det

detter helt gjennom. Ja så involvere pårørende gjerne mer i det og det tror jeg er...tror jeg blir veldig viktig, for det at mange av disse som kommer til oss som sagt på kreftrehabilitering rapporterer at de føler, de opplever veldig lite forståelse hjemme og/eller på jobb eller blant venner for at de strever med disse tingene som de gjør. Og at de kanskje ikke kan ta husarbeidet sånn som de gjorde før eller være sosiale og sitte og prate i timevis eller ja. Ja, så det er jo liksom folkehelseopplysning og da, at man vet mer om disse tingene. For det er det mange som sier at de ikke forberedt på det at når de er ferdig kreftbehandlet, så er de friske igjen og da skal kroppen og hodet og alt fungere sånn som de gjorde før. Men man har jo vært igjennom en stor påkjenning så det er ikke noe, vi vet jo at det er ikke noe rart at...at du er veldig...at du kan være preget av det lenge etterpå også. Men...men altså bivirkninger av medisiner med det...det er veldig mange som rapporterer at de ikke er forberedt på det. Så, men der igjen. Jeg vet at det blir sagt i behandling og de blir...aller fleste blir informert om bivirkningene av medisinene for eksempel og hva det betyr å være gjennom en sånn livskrise. På kapasitet og...men det er nok veldig mange som ikke er i en sånn krisesituasjon, ikke i stand til å ta inn denne informasjonen. Så det er jo kanskje igjen sånn folkehelseopplysning at...at det er viktig at folk generelt vet det. Så...så er du kanskje klar over det når du går inn i et sånt, at vi vet at mange kommer til å få kreft sant. At en mer klar over det når man går inn i et sånt forløp. Når/hvis/om.

Intervjuer 2: Det er et spørsmål jeg kom på. De er jo bare her i 3 uker, så det er jo en relativ kort periode...

Deltager: Ja.

Intervjuer 2: på mange måter. Men opplever dere at det kan være/bli litt sånn overlatt til seg selv når de er ferdig her eller...

Deltager: Ja.

Intervjuer 2: henviser dere videre til sånn kommune og..?

Deltager: Ja, ja, ja, det er veldig viktig. Akkurat den overføringen i fra rehabiliterings, altså spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten. Og det er jo der vi erfaringsmessig og forskningsmessig vet at det er der glippen kanskje skjer, at ikke det er god nok kommunikasjons eller utveksling av informasjon. Eller at de blir på en måte tydelig både henvist eller blir bistått i det å ta kontakt med de aktuelle tjenestene ute. Så det...det er veldig viktig. Det er noen som selvfølgelig, er veldig sånn at nå kjenner de det etter 3 uker at de føler seg trygg og vil gjerne, og jeg er klar for å ta hånd om dette på egenhånd og vil liksom gå sånn og sånn tur. Og gjøre seg noen avtaler med venner eller sånne ting, men de aller fleste ønsker jo en eller annen form for oppfølging. Så det kan være individuell oppfølging med

fysioterapeut, men veldig ofte så er det at vi henviser til da kreftkoordinator hvis det finnes i den aktuelle kommunen, eller at de begynner gjerne i grupper eller at de er med på noe kurs i regi av kreftkoordinator eller i den, altså kommunalt...i kommunalt regi. Ja, sånn type å leve med kreft sant? At det det finnes noen kommuner som har gode tilbud der, det finnes det. Ja absolutt, men vi ser at det er mangelfullt. Det blir så veldig stor variasjon. Sånn at helsetilbudet er egentlig ikke sikret på likt av...ja altså det blir litt avhengig av hvor du bor. I forhold til dette. Der er det noe å jobbe med.

Intervjuer 1: Ja, da tror jeg vi er i mål.

Deltager: Ja så bra.

Transkripsjon informant FR2

Introduksjonsdel

Intervjuer 1: Ja da starter vi, hvor lenge har du jobbet som fysioterapeut?

Deltager: Jeg hadde turnustjenesten min ferdig unnagjort i 2012 og siden 2014 har jeg jobbet her. Matte er ikke min sterkeste side, så ja 9 år?

Intervjuer 2: Ja det blir vel det.

Intervjuer 1: Ja har du noe tilleggsutdanning?

Deltager: Jeg har kurs, litt sånn fysioterapirettet som Bobath, grunnkurs har jeg, ulike kurs i fysioterapi. Smertekurs, amputasjonskurs og litt sånne forskjellige ting.

Intervjuer 1: Hvor lenge har du jobbet med kreftpasienter?

Deltager: Det er mens jeg har jobbet som fysioterapeut generelt. Det er både i turnustjenesten og her, i turnustjenesten jobbet jeg med noen. Så ja, la oss runde opp sånn til 10 år.

Intervjuer 1: Ja så helt siden du startet å jobbe etter turnus?

Deltager: Ja.

Hoveddel

Intervjuer 1: Ja ok, hvilke kreftdiagnoser og utfordringer har pasientene du møter?

Deltager: All slags mulig kreft typer, alt fra spiserørskreft til lungekreft, brystkreft, veldig mye ulikt. Hva var den andre delen av spørsmålet igjen?

Intervjuer 1: Hvilke kreftdiagnoser og utfordringer har pasientene du møter?

Deltager: Utfordringer. Det kan være mye fysisk, det kan være smerter, det kan være generelle svakheter, kommer litt an på hvor de befinner seg i forløpet sitt. Svakheter, utmattelse, det kan være mye angst, usikkerhet rundt sin situasjon, så...så det er et stort spekter...av hva vi ser og opplever som disse...disse pasientene har som utfordringer.

Intervjuer 1: Hvordan foregår kreftrehabilitering der du jobber?

Deltager: De kommer til oss som oftest etter en operasjon fra sykehuset, når de kommer til oss, da er de stort sett medisinsk stabile avklart fra sykehuset, men de har utfordringer som gjør at de ikke klarer å ivareta seg selv på en god måte hjemme, så da kommer de til oss for et rehabiliteringsopphold. Som oftest er det 2 ukers varighet på dette oppholdet. Hva vi tilbyr som innhold i dette oppholdet, det er fra fysioinstans; vi tar de imot, vi kartlegger dem, vi lager tilpasset treningsopplegg som består av både individuelle avtaler. Vi gir opplæring i egentrening og de får også delta i en treningsgruppe, kommer litt an på hva problemstillingen

er. Noen har mer behov for å være med i balanse gruppe, andre kanskje kondisjonsgruppe, alle får også tilbud om felles trim, den går daglig, vi går i trapper, vi går turer, vi har samtaler ved behov....ja det er vel omtrent det

Intervjuer 1: Ja, du nevnte jo grupper.

Deltager: Ja

Intervjuer 1: Følger dere pasientene i treningsgrupper eller er det også individuelt?

Deltager: Det er...vi har begge deler. Ikke alle har god nok funksjon til å delta i grupper. De kommer rett til oss fra sykehuset. De er nyopererte, som oftest er det mer mest denne her individuelle oppfølgingen som de har behov for, for å bli sett for å bli bekreftet, for å bli hørt, i varetatt og trygget. Og når vi ser at funksjonen begynner å falle litt på plass, at de føler at de får litt mer krefter tilbake så kan vi tilby en deltakelse i gruppe. Så det kommer på en måte i tillegg til den individuelle, men i hovedsak er det den individuelle oppfølgingen vi tilbyr i begynnelsen.

Intervjuer 1: Ja

Intervjuer 2: Kan du si litt om hvor ofte hver enkelt pasient får oppfølging fra fysioterapeut under oppholdet?

Deltager: Vi prøver hvis vi har anledning til det å se pasientene våre mandag til fredag hver dag. Halvtimes økter har vi. Det er ikke alltid at vi får det til. Det kommer an på...om det er fullt bemannet og hva som ellers rører på seg på huset. Vi er forpliktet til å gi dem 3-4 ganger i uken, i forhold til avtalen som vi har med det regionale helseforetaket. Men vi prøver å strekke oss ganske langt der. Så det er den daglige avtalen vi har. Deltar de i gruppe så er det også daglig mandag til fredag. Den er også ledet av fysioterapeut. Den fellestrimmen som jeg nevnte i stad den går hver dag, også i helgene. Og så er det da disse her egentreningene, annet ettersom hva de er i form til å gjøre og bidra med selv.

Intervjuer 1: Ja så hva innebærer dine arbeidsoppgaver når det kommer til kreftpasienter?

Deltager: Hvis jeg starter helt fra begynnelsen av når jeg ser her er denne kreftpasienten jeg skal ta imot. Det vet jeg dagen før. Jeg får et navn, jeg får en hoveddiagnose. Hvis det er tilgjengelig informasjon, en epikrise fra sykehuset så leser jeg den. Ser på hva det går i. Så møter jeg...jeg planlegger innkomsten min med pasienten. Så møter jeg pasienten til anamnesopptak, til innledende kartlegging. Det er som sagt både anamneseopptak og det kan også være noen fysiske tester vi utfører. Kommer an på hva de er i stand til der og da. Det er mye underveisvurdering, det er veldig forskjellig hva vi møter. Noen er klar til full kjøredag

fra dag 1, så andre som trenger mer tid. Så det er denne her, du leser deg opp, du forbereder deg, du gjennomfører anamneseopptak...du gjennomfører innledende testing og så er det planlegging av tiltak. Det bruker jeg litt tid på. Det er jo en del ting som går igjen, hva vi kan tilby, vi trener styrke, litt utholdenhet, litt balanse, litt hva de har behov for. Og så er det dette her, styrke, styrke er ikke bare styrke. Det kan være så mye forskjellig, så vi lager disse her programmene. Vi tenker og velger øvelser. Vi samarbeider også som en del av arbeidsoppgavene mine. Vi samarbeider med de andre faggruppene; ergoterapeut, sykepleier, lege, ernæringsfysiolog har vi også. Så det er det faglige arbeidet og både møtevirksomhet, og hvis vi trenger å drøfte individuelt så gjør vi det.

Intervjuer 1: Hvilke mål har pasientene i kreftrehabiliteringen og kan du gi noen eksempler?

Deltager: Vi prøver å hjelpe pasientene våre å sette seg realistiske mål. For mange kan det bety å rett og slett å kunne klare seg selvstendig hjemme alene. Det å kunne handle selv, det å kunne lage maten sin selv, det å kunne ivareta sin personlige hygiene selv. Det er vel mye eksistensielle problemstillinger som dukker opp så tidlig i forløpet som vi møter dem. Det å overkomme engsteligheten sin. Ja det og kan være et mål, det å oppleve mestring, kanskje sånn oppsummerende begrep å si her. Ja der fikk du jo både mål og eksempler

Intervjuer 1: Ja det er bra det. Er det noe spesielt du vektlegger når du kommuniserer med kreftpasienter?

Deltager: Først og fremst opplever jeg det viktigst å gi dem en opplevelse av at de blir sett, de blir hørt, at de blir ivaretatt. Gi dem den tryggheten og bekreftelsen på at selv om de har vært gjennom tunge tak og ting er ikke over ennå. Så likevel har de kommet på rehabilitering, det er et godt sted fremover i prosessen. Og når man først har på en måte fått den følelsen av at; ja, jeg er trygg. Det kommer til å gå. Så kan man begynne å pushe dem litt på den fysiske biten. Hvis det gir mening.

Intervjuer 1: Ja, opplever du at pasientene kan være bekymret for å være i fysisk aktivitet?

Deltager: Det er de ofte. De er slitne, de blir slitne av veldig lite og da gjelder det helt naturlig å tenke "Ååå har jeg gjort noe galt? Har jeg gjort for mye? Er det bra for meg? Vet de hva de driver med? For jeg er jo faktisk kreftsyk". Så det er jo også en del av denne her gjenvinne tryggheten sin at man må prøve seg under kontrollerte forhold sakte, men sikkert og så overvinne den bekymringen for å kunne....kunne delta mer.

Intervjuer 1: Hvordan kommuniserer du det?

Deltager: Folk er forskjellig. Veldig, veldig forskjellig. Det er ikke godt nok å si “Nei vet du hva? Jeg har gjort det her mange nok ganger”. Noen ganger holder det. Jeg tenker at for min del har det kommet med å ha sett mange nok pasienter og har møtt mange nok mennesker, og har hørt mange nok historier for å kunne se med større sikkerhet “jeg forstår hva du er ute etter”. Så du må nok lære deg å høre på pasienten og å være litt tålmodig, og gi dem litt tid.

Intervjuer 1: I hvilken grad opplever du at fysisk aktivitet er viktig for denne pasientgruppen

Deltager: Det er viktig. Fysisk aktivitet er jo det vi ble født til. Bevegelse og aktivitet. Det er også mye bra som skjer i kroppen når vi beveger oss, men det skyldes jo også med mellom hva man legger inn i det begrepet. Hva fysisk aktivitet er. For noen når de hører ordet trening og øvelser, da ser de gjerne for seg vektløfting, markløft og høydehopp....og slike ting. De blir livredd det. For andre er det nesten selve grunnlaget for tilværelsen, det å kunne bevege seg. I den fasen vi møter dem, tilstreber vi å gi en positiv erfaring med at det ikke farlig selv om nå kan det være tungt og vanskelig, men det er ikke farlig. Og jeg opplever at de opplever sikkerhet og trygghet i forhold til det. Og det vil da videre være en slags motivator til at jeg kan, jeg tørr.

Intervjuer 1: Kan du beskrive et pasienteksempel?

Deltager: Ja, det er eldre mann som har bodd en del år i Norge. Fikk kreften sin i utlandet og ble operert i utlandet, og har hatt den kreftsykdommen i flere år. Det har vært residiver, det vil si at kreften har kommet tilbake. Pasienten har da store utfordringer med inntak av mat, det er smerter, det er utmattelse. Det er også en del angst, det er språkutfordringer. Det er på den ene siden. På den andre siden er det en veldig driv i denne pasienten til å kunne opprettholde sin funksjon. Så her er det en balansegang mellom å tilfredsstille dette her behovet for aktivitet, for å holde på sin funksjon uten at det går utover at man kan faktisk delta litt sosialt, også at man har ork til å ta maten til seg, at man har ork til å møte andre. Hvis det var et svar på spørsmålet ditt? Jeg kan finne andre eksempler.

Intervjuer 1: Jeg mente sånn...hvordan fysisk aktivitet var viktig for denne pasienten?

Deltager: Det er det sant. For denne pasienten er det viktig, det er sånn du ser det er så inneboende i han. Om at det å bevege seg. Det å faktisk å få erfare og få lov til å få gjort det begrensede man klarer. For det ikke alle verdens ting man får til når man er så.....så preget av sin sykdom og veldig krevende cellegift behandling som pasienten er under. Så her som fysioterapeut ser jeg på å gi og bygge videre på den den gode følelsen. Å gi troen til pasienten på seg selv. Selv om.....nei jeg må si...fysisk aktivitet...nei nå roter jeg meg vekk.

Intervjuer 1: Det går fint

Deltager: Jeg føler at jeg trenger litt mer spesifiseringsspørsmål.

Intervjuer 1: Ja. Hvordan opplever du at fysisk aktivitet var viktig for denne pasienten? Da kan du styre alt inn på i form av funksjon, mestringsglede, litt sånt osv. Sånt pasienteksempel.

Deltager: Ja. Hvis vi tar denne her pasienten som vi nå tok først. Det er, det er for han det som gir han motivasjon videre til å stå i den harde behandlingen han er i. Selv om det er krevende, både behandlingen er krevende og trening er krevende, men det gir han såpass...såpass glede og på mange måter er det også det han ser og at han klarer å delta i aktiviteter. Det gir oss en viss form for håp. I dette tilfellet ville sagt at det går mest på mestringsfølelse og mest sann på en måte psykisk tilfredshet med seg selv. Igjen pasientene vi ser de er nyopererte, de fleste av dem er under veldig krevende behandling. Akkurat i denne her tiden, og det tærer veldig på kroppen, det det krever veldig mye å stå i den situasjonen. Så den bedringen de opplever som i form av trening av fysisk aktivitet. Det er små endringer som skjer, men det gir en mestringsfølelse og en positiv tilbakemelding på at det går, det går bra, det går bra nok på en måte.

Intervjuer 1: Erfarer du at pasienter har større utbytte av fysisk aktivitet i gruppe eller individuell behandling?

Deltager: Veldig varierende. Vi som sagt tilbyr begge deler. Vi starter alltid med individuell, for å forstå og kunne kartlegge hvor pasienten befinner seg, hvor mottakelig de er for å trene i gruppe. Det kan være en god ting å se seg selv i gruppetrening. Og se litt på andre og så sammenligne. Det kan også virke helt mot sin hensikt når man bare opplever "jeg er jo den som setter seg ned mest. Jeg er jo den som aldri klarer". Så det er veldig varierende og det er derfor vi alltid starter med individuelt og så forbereder dem både fysisk til fysisk deltakelse, men også dette her nå skal du trene med andre og der vi er kravene litt annerledes. Jeg ville ikke sagt at det ene er stort bedre enn det andre. Jeg tenker heller at det er mer hvor i forløpet pasienten befinner seg og hva deres utfordringer går ut på, noen er veldig klar til gruppe. Det vi møter her er nok mer individuell tilnærming først før gruppe, men effekten av treningen...det ene forsterker på en måte det andre.

Intervjuer 1: Ja merker du, hvis vi tar en gruppe da. Er det noe sosialt som også hjelper i gruppen? Da med å holde seg i fysisk aktivitet eller trening?

Deltager: Ja, de blir jo litt mer kjente med hverandre, kanskje også på en annen måte erfare ting samtidig slik at det dannes grunnlag til å dele erfaring og prate litt sammen og sånt. Nå gjelder ikke det den kondisjonen gruppen, som la oss si ta det som et eksempel, som kun er for kreftpasienter. Det kan være veldig mye forskjellig. Så det er en viktig arena for

pasientene våre til å møte andre som også har utfordringer, observere, høre på erfaringene deres, dele sine erfaringer som de da kan også dele på fritiden sin. Det er det er noe med det fellesskapet og at du ser at du ikke er alene som har det tungt. Og kanskje oppleve å bli oppmuntret; “men neimen, når jeg kom hit var jeg jo bare elendighet med meg. Og se hvordan det går med meg nå. Det kommer til å skje med deg også.”. Så denne gjensidige respekten som pasientene gir til hverandre.

Intervjuer 1: Ja det er jo flott å høre. Hva legger du vekt på når du bruker fysisk aktivitet i kreftrehabilitering?

Deltager: Jeg forstår ikke spørsmålet.

Intervjuer 1: Ja det er jo veldig åpent spørsmål. Hva legger du vekt på, hva fokuserer du på når du bruker fysisk aktivitet i kreftrehabilitering?

Deltager: Jeg tenker at det er avhengig av pasientens målsetting og hva de ønsker å komme tilbake til. Og funksjonskartlegging, der vi måler konkret om det er balanse, om det er styrke, om det er utholdenhet. Så da går jo valg av tiltakene ut på det, men overstyrende er det nok målene.

Intervjuer 1: Hvorfor vektlegger du akkurat det? Og hvordan erfarer du at det virker?

Deltager: De skal jo tilbake til seg og sitt liv. Forhåpentligvis styrket og med økt evne til å delta i sitt liv. Om det virker på sikt det har jeg dessverre ingen mulighet til å etterkontrollere. Men vi jobber for at pasientene reiser trygge hjem etter endt opphold her. At de opplever at de mestrer det som innledningsvis har vært tenkt kan være utfordrende, om det for eksempel kan være å gå opp til tredje etasje i trappen der de har leiligheten sin, eller å gå tur med hunden sin, eller å leke med barnebarn og de har den her erfaringen at dette kommer jeg til å klare.

Intervjuer 1: Ja, du var litt inne på det tidligere. Men hvordan tilpasser du fysisk aktivitet individuelt ved behov?

Deltager: Igjen, det er med utgangspunkt i målene til pasienten. Hva de ønsker å oppnå ved å være i et rehabiliteringsopphold, så velger man tiltak, også med bakgrunn i den fysiske kartleggingen og deres funksjon. Det er omtrent det samme svaret ja.

Intervjuer 1: Jaja. Hvilken kapasitet erfarer du at pasientene har til å være i fysisk aktivitet under kreftrehabiliteringen? Og hvordan varierer dette?

Deltager: Varierer ekstremt. Veldig, veldig, veldig. For mange er det ikke nødvendigvis den fysiske funksjonen som er verst, selv om de har vært igjennom la oss si en magetarm

operasjon, tarmkreft for eksempel. Det er noen restriksjoner å ivareta, de har kanskje litt vondt og slikt, men de har jo ellers bevart funksjon sin greit nok. Men for mange er det veldig krevende å være i det. Det går veldig kort tid fra de får diagnosen sin til de er under veldig krevende behandling. Det er vel hva 3 ukers tid? Så det er på en måte å få tankene med seg og hodet med seg og forstå hva skjer med meg. Det er vel det som mer krevende enn å være i fysisk aktivitet, for mange. Mange opplever at de nesten mister kroppen sin i det hele, eller mister tankene sine i det hele. Og det det går så fort, de har ikke tid til å bearbeide det tøffe de står i. Så det er en ting om de klarer å gjennomføre en tren...fysisk aktivitet og trening...og mange klarer det. Men de jobber så mye med følelsene, med tankene som er energikrevende. Så det er en litt blanding der også. Og for veldig mange er det en god ting å erfare at trening og fysisk aktivitet er overkommelig, for det også hjelper å sortere tankene. Andre må gå helt andre veier, de må få forklaring, de må få svar, de må få snakke seg ferdig før de i det hele tatt kan være mottakelig, tilgjengelig for trening.

Intervjuer 1: Ja så du erfarer at det ikke kun er den fysiske kapasiteten, men også det psykiske som spiller inn?

Deltager: Ja veldig mye, ja. Og som fysioterapeut kan jeg ikke bare dure på og si at “ja, jeg vet at dette her er det beste som fungerer for deg”. I noen tilfeller må jo man på en måte “hoppe i det” og så si “nå har vi snakket, nå må vi prøve, å gjøre noe og trene. Slik at vi kan se hva som fungerer og hva som faktisk ikke fungerer”. Men det er en god ting å få de med på laget. Og da må de få erfare at de kan stole på meg og at jeg hører dem og har forstått dem. Og da når du har fått dem med så kan du gjøre hva du vil.

Intervjuer 1: Ja, så mye tillit mellom deg og pasientene i behandlingen?

Deltager: Ja, det var et riktig ord.

Intervjuer 1: Ja ok.

Intervjuer 2: Ja, kan jeg komme med noe? Kan du gi et eksempel på en pasient som kan komme inn med en veldig god fysisk funksjon og en som er veldig dårlig, eller gi et eksempel på hvor stort det kan variere?

Deltager: Ja. Hvis vi tar en som har dårlig funksjon først. Og da kan jeg jo bare bruke det eksempelet om den mannen som jeg brukte istad. Den fysiske funksjonen, det han får til er på en god dag maks 10 minutter rolig fart på ergometersykkel. Det er tungt, det er fysisk tungt, det krever veldig mye for muskulaturen hans. Det blir krevende for pusten. Det blir fort vondt. Blir veldig fort sliten, selv om øynene stråler veldig mye glede og se her, dette her får jeg til. Og så er det en avspenningsøkt etter det, gjerne med varmelindring. Ivaretakelse. Bekrefte de, ikke være redd for å ta på kroppen deres. Så det er den ene. Og hvis jeg forteller en med god

fysisk funksjon. Det er en godt voksen mann, som er også nyoperert. Magetarm operert. Klarer fint å være en halv time i trening med meg, med ulike typer øvelser. Med både litt fart i og litt styrketrening, vi må huske på at når de kommer til oss så har de en del restriksjoner, så det er ikke all verden hva de kan drive og trene på. Det kan gå ut på vektbelastning på armene for eksempel, eller ulike ting egentlig. Og rett etter halvtimen trening med meg, så kan han fint gå i kondisjonsgruppen og være den som har best utholdenhet. Og like etter det kan vedkommende gå en tur med en liten turgruppe som vi har. Veldig liten tur da på 400-500 meter, men for pasientgruppene våre er det en nok utfordring i seg selv. Og så er det litt måltider der imellom og så er det egentreningsøkter. Og planen er det til sommeren skal han i hvert fall klare å gå vidden. Så, så forskjellig kan det være.

Intervjuer 1: Ja bra, er det stor forskjell i alder mellom de to eksemplene som du nevnte nå?

Deltager: Ja det er det. Den sprekingen som jeg nevnte nå, han er litt over 80, og han andre mannen da er rundt 60. Men så har jo han også hatt kreften sin fra 2008, førstegang da. Og han sprekingen er nydiagnostisert. Så det også har noe å si, hvor lenge man har vært kreftsyk. Det er en veldig god ting å komme fort til og motta behandling, for det å skadebegrense. Sånn at man bevarer frisk kropp i størst mulig grad, det er en veldig, veldig god ting. Og det er vi heldig med her i Norge som får mulighet til å følge opp pasienten på den måten. Selv om det også er krevende på sin måte, sånn “hva skjer? Hva skjer med meg” sant og det er flere uker man ligger på operasjonsbordet.

Intervjuer 1: Ja, har du noe mer eller (til intervjuer 2)?

Intervjuer 2: Nei tror ikke det.

Intervjuer 1: Ja så til slutt før vi avslutter, er det noe mer du ønsker å si om kreftrehabilitering relatert til fysisk aktivitet?

Deltager: Som fysioterapeut så tenker jeg jo at jeg fysisk aktivitet er en viktig del av alle mennesker i alle situasjoner, i alles liv. Jeg tenker at det er viktig å være tålmodig og litt ydmyk, og veldig lyttende i forhold til pasientenes ønsker og behov. For først når du treffer dem slik de er, å forstå dem, aksepterer dem, så er de mottakelig for deg, med dine kunnskaper, med det du kan gi dem av verktøy, styrke videre. Og fysioterapi kan også være så mye annet enn bare fysisk aktivitet. Så jeg....det er mange deler der. Det å bli en god lytter, det å se det mennesket. Høre det og akseptere selv om jeg vet bedre enn sånn rent teoretisk, kunnskapsbasert praksis har vist slikt og sånn, så gir ikke det sannheten for det mennesket som sitter foran meg. Så vær litt ydmyk i forhold til det også.

Intervjuer 1: Ja da er vi jo i mål. Takk for at du stilte opp.

Transkripsjon informant FK Introduksjonsdel

Intervjuer 1: Yes, da var vi i gang. Vi kan begynne med hvor lenge du har jobbet som fysioterapeut?

Informant: Ferdigutdannet i 2002, så det blir vel siden da.

Intervjuer 1: Har du noe tilleggsutdannelse?

Informant: Halvveis i en master i folkehelse og jeg er spesialfysioterapeut, så jeg har blant annet grunnkurs i onkologi for fysioterapeuter.

Intervjuer 1: Hvor lenge har du jobbet med kreftpasienter?

Informant: Det vil jo være i forskjellige faser av yrkeskarrieren, så jeg har vel faktisk jobbet med kreftpasienter av og på de fleste av disse årene, for da har jeg jobbet både på sjukehus, helprivat praksis, jobbet med driftstilskudd og jeg har også jobbet i kommunal drift så jeg har på en måte møtt kreftpasienter hele veien, men har aldri jobbet spesifikt med bare kreftpasientgruppa.

Intervjuer 1: Hvor lenge har du jobbet med kreftpasienter her du jobber nå?

Informant: Nå? Kreftrehabiliteringsprosjekter har vel foregått parallelt med at jeg har jobbet i frisklivssentralen. Jeg begynte i frisklivssentralen i 2014, og i 2017-18 var dette et frittstående prosjekt hvor vi bare sporadisk var inne, så jeg vil si fra 2018 da så har jeg jobbet med det ukentlig.

Hoveddel

Intervjuer 1: Hvilke kreftdiagnoser og utfordringer har pasientene du møter?

Informant: Det er vidt forskjellig. Vi har fortløpende inntak, så jeg kan på en måte ikke si at det er enkelte kreftformer for det er ikke type kreft som dikterer om de kommer inn til oss eller ikke. Eneste kravet er at de har eller har hatt kreft. Og vi har begge deler. Vi har de som er ferdigbehandlet for kreft og de som var friskmeldt fra kreft for mange år siden. Vi har også de som ikke blir frisk av kreft og som deltar hos oss som en del av livsforlengende behandling. Så vi har alle kreftformer inne hos oss.

Intervjuer 1: Hvordan foregår kreftrehabiliteringen der du jobber?

Informant: Ja, da er det sånn at de kommer inn til en oppstartsamtale. For å kunne delta her må de eller fastlege eller annen samarbeidspartner sende inn en henvisning hvor de da blir registrert i systemet hos oss og blir kalt inn til oppstartsamtale hvor man kartlegger utfordringsbildet. Man kartlegger selvfølgelig hvilken kreft de har hatt, hvilken behandling de

har vært gjennom, hvor de er, hva prognosene er. Man henter inn ekstra informasjon hvis man trenger det fra spesialisthelsetjeneste, fra fastlege. Og så forteller jo vi selvfølgelig om tilbudet de skal inn i. Det at det består av trening 2 dager i uka. At det er en relativt tøff tilnærming, men at det vil bli tilrettelagt. At de vil bli fulgt opp av fysioterapeut, ergoterapeut og idrettspedagog. At de skal trene da i en gruppe med andre mennesker som har samme bakgrunn, så de vil oppleve gjerne en likemannsstøtte i forløpet. De skal da trene to dager i uken over seks måneder og oppå dette her deltar de også på en del sånne miniseminar. Denne tilnærmingen er forsket på i kreftrehabilitering og i den forskningsfasen kom de frem til enkelte tema som var viktige for de som da har kreft og få lære mer om og det var ting som fysisk aktivitet og ernæring relatert til sykdom og tilfriskning, men det var også ting som senplager etter kreftbehandling, fatigue er et veldig aktuelt tema. Det her med samliv etter en kreftbehandling, det med nettverk, kognitive teknikker for å leve med det de har vært gjennom, men også å kunne få en god hverdag i etterkant. Så nå kaller vi det en temaprat. Det handler mye om å engasjere deltagerne til å dele det de opplever og at de kan da ved å dele sine erfaringer, kombinert med at en fagperson legger frem noe av den kunnskapen man har om disse temaene, gjør at man får fine samtaler rundt disse temaene som vi vet er viktige for disse pasientene. Og så har man da oppfølgingsamtale etter 3 måneder og etter 6 måneder. Noen av deltagerne får tilbud om forlengelse, spesielt de som deltar her som en del av livsforlengende behandling, de får være med så lenge helsen tillater det og det jeg ikke har sagt er jo at ved oppstartsamtale så bruker vi COPM. Det er egentlig et ergoterapeut-kartleggingsverktøy som vi har tatt i bruk nå fordi det er vanskelig å... altså når deltagerne kommer inn så er jo målsetningene veldig ulike for å delta her. Og det å skulle måle effekt på helt forskjellige målsetninger er veldig vanskelig. Vi kunne selvsagt valgt å ta et mål av Vo2-max, av en spesifikk styrketest sant, men det er ikke sikkert det er derfor den personen kommer inn til oss. Så COPM-en tillater da at du kan måle vidt forskjellige målsetninger og så sitte igjen med en verdi som sier hvor vidt det er en signifikant endring etter forløpet. Og da måler du det på de tingene som de definerer er viktig for dem. Og da spør vi de hvordan vil du beskrive din daglige fungering, er det ting i dag som er vanskelige, hva tenker du skal være bedre om 6 mnd. Og så definerer du mål der. For noen kan det handle om å komme tilbake i jobb. For noen handler det om å få ikke nødvendigvis bukt med fatiguen, men få til en bedre daglig fungering fordi fatigue er vanskelig å leve med. Det kan handle om kroniske smerter. Det kan handle om at kroppen er generelt nedbrutt etter en krevende behandling. Og som jeg snakket om for noen så handler det rett og slett om å holde kroppen så sterk at de kan holde

seg gående lengre for de skal ikke bli friske av kreft. Og denne COPM-en da tar vi opp igjen den når de er ferdige. Og det som er spesielt fint med det måleverktøyet her er at du spør de da – du bruker en VAS – på tre spørsmål. Du spør de hvor viktig er dette for deg på en skala fra 1-10. Hvordan vil du beskrive hvor godt du klarer å gjennomføre dette her i dag? Hvis det var dette her med fatigue så kan du da spørre på en skala fra 1-10 hvordan vil du på en måte da beskrive at fatiguen holder deg tilbake i å utføre det som er viktig for deg i dag for eksempel. Og så spør du også hvor tilfreds er du med å være på det tallet der. Og mange vil jo score ganske lavt at de ikke vil være der. Det vi ser etter seks måneder det er at det er ikke sikkert fatiguen er endret veldig. Det kan hende de fortsatt er på en 3er der, men vi ser kanskje at tilfredsheten har endret seg. Fordi de kanskje da har fått en større aksept for situasjonen sånn den er. Det kan hende de fungerer bedre på andre områder, sånn at det at fatiguen gjør seg veldig gjeldende er selvfølgelig et problem, men at de kan godta og leve greit med det. Det er ikke alltid at den tilfredsheten har endret seg veldig, men det er litt inspirerende å se, at selv om det ikke nødvendigvis er fysiske endringer, så kan de faktisk da ha fått det bedre likevel, men da handler det om hvor tilfredse de er med situasjonen.

Intervjuer 1: Nå kom du litt inn på det med mål som pasientene har i kreftrehabiliteringen, kanskje du kan gi et eksempel til på det?

Informant: Ja, jeg har snakket om det med fatigue. Mange har jo et ønske om å komme tilbake til jobb for de som er yrkesaktive så er det et gjentagende mål. Og der må vi jo ofte rådgi i forhold til den aksepten for at man kanskje ikke kan begynne rett på og at det ofte kan være anbefalt å begynne med en lavere prosent og kjenne at det her fungerer. En ting er å kjenne at det fungerer når man er på jobb, men noe annet er å kjenne at det også fungerer når man kommer hjem igjen, at det går opp i opp den balansen, totalcabalen. Så dette her med retur til jobb er ofte et mål. For noen er det et mer sånn større overordnet mål om å finne tilbake til en hverdag og en hverdag som de kanskje må redefinere fordi livet ikke ble det de hadde tenkt det skulle bli. Mye av det faller under dette her med å finne tilbake til hverdagen og kanskje de må bryte det ned veldig spesifikt for å finne ut hva som ikke er optimalt i hverdagen nå.

Intervjuer 2: Når mange av pasientene målene de setter seg?

Informant: Ja, det vil jeg tørre å si at de gjør. Vi har jo denne her endringsprosenten på COPM-en. Vi ligger over signifikant endring på endringsprosent, så jeg vil jo si at det betyr at gjennomsnittet når sine målsetninger. Det gjør de.

Intervjuer 1: Kan du si litt mer om hva dine arbeidsoppgaver innebærer når det kommer til kreftpasienter.

Informant: Ja, da er det selvfølgelig oppstartsamtaler og oppfølgingssamtaler, og de kan være ganske tøffe. Det ene er viss du skal tenke at du sitter der bare som et medmenneske og får innsikt i situasjoner. Det kan være personer du kan identifisere deg med i forhold til livsfase, det kan være personer som har små barn. For du møter jo de som har vært gjennom en kreftbehandling, men også de som ikke blir friske. Så det er jo den samtale delen, men også hvordan du som fagperson da sant skal prøve å rådgi og legge til rette for en prosess som oppleves god og er hensiktsmessig for den enkelte, så dette med samtale er en stor del av det. Så går det jo selvfølgelig på å holde disse timene. Og vi tenker jo at dette er en del av dette med pakkeforløp hjemme at det kan være en del av rehabiliteringen som skjer der den enkelte bor, hvor jeg tenker at det å ha fysioterapibakgrunn er nyttig, selv om jeg ikke er klinisk i tilnærmingen min. For det er ikke det at de trenger en veldig spesiell type tilnærming. Det er vanlig trening hvor vi prøver å få de opp i intensitet. Vi prøver å kjøre tungt på styrke. Så er det likevel den vissheten de har om at jeg som fagperson har en forståelse av hva de har vært gjennom. Jeg kan forstå hvilke hensyn som må tas der det er nødvendig. Som gjør at jeg da må bruke kompetansen en del i den tilnærmingen. Så vi planlegger da treningsøktene, gjennomfører treningsøktene. Og der har vi jo enkelte tilpasninger underveis, men må også rådgi den enkelte deltager og følge opp når vi møter de de to dagene i uka fordi vi må veilede spesielt ut ifra fatigue, hvordan det har gjort seg gjeldende. For mange yter godt på selve treningen, men det er ikke det som indikerer hvordan de opplever det etterpå. Også i forhold til smerte, ift. de som er nyopererte, at de ikke går for hardt ut, at de ikke holder for mye tilbake. Og så har vi undervisningsbolker. Det er ikke vi som underviser i alle bolkene. Vi henter inn eksterne fagpersoner for noen av temaene, men vi underviser da i fysisk aktivitet, tar utgangspunkt i helsedirektoratet sine anbefalinger, men prøver også å spisse det inn mot denne pasientgruppen. Og så har vi helt enkel undervisning i forhold til kosthold og ernæring. Da er det kun helsedirektoratet sine anbefalinger vi går ut ifra. Tror det var de arbeidsoppgavene jeg har i forhold til pasientene.

Intervjuer 1: Nå snakket du litt om dette med trening, altså styrketrening og sånt. Opplever du at det er viktig at dere bruker trening i stedet for bare fysisk aktivitet? For trening er jo en type fysisk aktivitet.

Informant: Vi er jo opptatt av å formidle anbefalingene, sant, og opptatt av at de skal vite og kanskje dels eie det ansvaret i de mulighetene som ligger rundt fysisk aktivitet i form av å forebygge inaktivitet i forhold til at litt er mye bedre enn ingenting. Og jeg tenker at det er viktig at denne brukergruppen er bevisst i forhold til rådene. Ha kunnskapen, men også praktisere, for vi vet at det ikke er ensbetydende med at det blir handling om du har kunnskapen. Så jeg tenker vi er opptatt av fysisk aktivitet, av den informasjonen, men tilnærminga vår, altså det vi på en måte gir bruker utover informasjon, det er jo i form av fysisk aktivitet. Og da er vi opptatt av at det skal være mestringsopplevelser, at vi ikke skal «set them up to fail». Vi skal legge opp til at de skal kunne mestre det de skal til med, men prøver da igjen å ta i bruk det kunnskapen tilsier i forhold til intensitet i forhold til styrke at den brukergruppen her skal ikke ha en fryktelig forsiktig tilnærming, selv om du vil ha individforskjeller i en stor gruppe. Det vil jo være de som kanskje er i behandling eller i en fase har lave verdier på noe og du må ta hensyn til det, men det kan du legge til rette i en ganske generell treningstilnærming. No vet jeg ikke om jeg svarte på, nå har jeg glemte hva du spurte om.

Intervjuer 1: Ja, nei, jeg tror det var litt svar på det. Du kom jo litt inn på det med individuell tilpasning. Kan du si litt mer om hvordan dere tilpasser den fysiske aktiviteten individuelt?

Informant: Ja, timene er jo lagt opp til at de skal være ganske tunge. Når det er sagt, har vi jo nyanser i det. Man kan kjøre roligere timer sånn sett, men veldig ofte er det jo litt høyintensivt det vi holder på med. Og typiske tilpasninger det kan være: Mange av de som har hatt brystkreft, evt har måtte fjerne lymfekjertler rundt armhule og sånt er det jo begrensninger i forhold til bevegelse og hvor mye vekt du kan løfte med armen. Da bruker vi posisjonering at du kan ta øvelser stående i stedet for på matte, at man kan kjøre øvelser uten ekstra motstand. Helt til at det er helt tilhelt, så kan man legge på motstand. Selvfølgelig regulere ned intensitet, at de går i stedet for å løpe. Vi er jo opptatt av at bevegelse er det viktigste og at alt annet er en bonus. Nå driver vi mange forskjellige tilbud. Og en frisklivssentral skal jo egentlig drive diagnoseuavhengige tilbud. Jeg vet ikke helt hvorfor dette tilbudet har blitt organisert her. Tenker jo at det fungerer godt her fordi det er noe som er friskt oppi noe som ikke er friskt. Så det er spennende å kunne jobbe med en spesifikk pasientgruppe. Hva var det jeg skulle frem til nå da? Hva var spørsmålet?

Intervjuer 1: Spørsmålet var hvordan du tilpasser individuelt den fysiske aktiviteten?

Informant: Vet du hva, jeg hadde det gode poenget og så la jeg meg ut på en lang forklaring. Nei det er tilpassing ut ifra det enkelte, jo det var det jeg skulle frem til. For vi har andre tilbud hvor pasientene ikke nødvendigvis har en alvorlig underliggende diagnose, sånn som i livsstilsendingsprogrammet vi har. Men det vi har sett er at denne kreftrehabiliteringsgruppen. Vi kan ofte kjøre samme programmet på de som på ei gruppe mellom 18 og 67 som ikke nødvendigvis har en spesifikk diagnose som sitt utfordringsbilde, men vi ser at kreftrehabiliteringsgruppa ofte er tøffere i sin tilnærming. Ikke at vi legger opp til det, men at de faktisk står på mer enn faktisk hva andre gjør. Aner ikke om det er unikt for akkurat den gruppen som er nå siden det er fortløpende inntak, men vi ser at mange av de er uredde. De tør å pushe på og stoler på informasjonen vi gir. Er veldig mottagelige for råd om tilpassing, men og veldig mottagelige for råd om at her kan du gi på litt mer. Så opplever at dette er en tøff gruppe, så har jeg ikke noe faglig holdepunkt for å si dette, men kan det ha noe å gjøre med at de har vært gjennom skikkelig tøffe situasjoner som gjør at de blir mer uredde? Jeg vet ikke, men opplever at det her er en tøff gruppe som tør å utfordre seg selv. Sånn at tilpasningene er veldig nødvendige der vi gjør det, men vi løper ikke rundt og tilpasser veldig mye altså.

Intervjuer 2: Du nevnte jo at de var tøffe og står på. Så jeg lurer på om pasientene har noen bekymringer for å være i fysisk aktivitet og hvordan går du frem mot det?

Informant: Det tror jeg mange av de har og kanskje spesielt når de starter opp. Og så er jo de veldig forskjellige. Noen har jo mye treningserfaring og har kjent på kroppen og kan hente frem igjen den gode opplevelsen de vet de kommet til å få med fysisk aktivitet, selv om de vet de skal gjennom en tøff periode med gangspærre og at kroppen ikke er det den en gang var, og vi snakker jo mye om dette med bekymringer, ambivalens, det å gå i gang med aktivitet og at man kan være redd for om kroppen vil klare det. Og vi følger det selvfølgelig opp underveis. Og det er jo der dette med å ha den fagbakgrunnen er veldig nyttig, at du kan møte de på det som er av bekymringer, sant, og av og til så er det jo reell grunn til bekymring og vi skal følge opp. Og av og til rådgir vi hvis det er usikkerhet hvorvidt dette her er forsvarlig, så stopper vi jo tilnærmingen og ber de ta kontakt med for eksempel fastlege, men jeg tenker det er her det er fint å ha den fagbakgrunnen. Men så er det jo også sånn at når de kommer inn i den gruppa her, så er den likemannsstøtten og den motivasjonen og tryggheten de får i at her er personer med som kanskje bedre kan forstå hva jeg som fagperson som ikke har hatt kreft kan forstå og kan følge opp. Så jeg tror det at du har den gruppedynamikken gjør mye av det tryggearbeidet uten at vi trenger å gjøre eller si så mye. At de ser til andre personer som de vet har

utfordringer selv, men som tør å prøve likevel. Jeg tror det er en viktig faktor i tilnærmingen vi holder på med at skulle de komst inn til meg som fysioterapeut at vi kunne oppnådd et godt resultat da og, men jeg tror at den likemannsstøtten og det sosiale aspektet. Det at det er en sånn frisk sammenheng. Vi er ikke på sykehuset eller på et pusterom. Vi er på en måte her hvor de bor. De går rett hjem etterpå. Vi har også sosial samling med kaffe og sosial samling etter timen som er viktig. Så jeg tror at gruppetilnærming i den sammenhengen her har mye å si.

Intervjuer 2: Og så lurer jeg på hvordan de får tilbud om å delta i denne gruppa?

Informant: Det er en kjempeutfordring. Informasjonsarbeid som vi holder på med for å nå alle som kunne vært med i denne gruppen er kjempeutfordrende. Vi er helt avhengig av tett samarbeid med fastlegene, men fastlegene skal kunne henwise til mye forskjellig og har ikke alltid oversikt over hva som finnes. Så jevn og god informasjon til fastlegene sånn at de da kan informere bruker. Så være tett med kreftkoordinator i kommunen. Vi har en flink kreftkoordinator som koordinerer mange saker, men det er en person i en stor kommune, så det er begrenset hvor mye den personen når ut. Samarbeider jo og med sykehuset og kreftavdelingene der, men igjen det er jo mye informasjon de skal gi og ha oversikt over hva som eksisterer i de ulike kommunene, så veldig mye er at folk snakker. Så prøver vi å være aktiv på sosiale medier, men det er ikke alle som er der. Det her er krevende. Det vi så når vi forsket på dette her, det var jo et pilotprosjekt sammen med universitetet så vi samarbeidet med en forsker der og kreftforeningen var inne så var det veldig satte kriterier. Da startet de opp og avsluttet grupper. Og da så de at rekrutteringen var veldig vanskelig. Så det vi har erfart har vært en god løsning er jo fortløpende inntak. Og da vil gruppa på en måte leve og nå ser vi at det har løsna slik at det er jevnt rundt 15-20 deltagere i gruppa, men jeg vil tro at det ligger en brukergroupe som vi ikke når i det hele tatt med informasjon.

Intervjuer 1: Er det noe spesielt du vektetget når du kommuniserer med kreftpasienter?

Informant: Godt spørsmål. Etter mange år i gamet så håper jeg at jeg i møte med en kreftpasient ikke behandler den pasienten annerledes enn en annen bruker. Jeg tenker at det kan være et greit utgangspunkt. Vi kaller de ikke pasient, vi kaller de bruker. Det er en bruker med det vi kaller et utfordringsbilde, ikke sant, som i den sammenhengen her er en kreftdiagnose, men jeg håper at jeg klarer som fagperson å ikke være så veldig forment, stiller med et åpent sinn og lar det være bruker som har ordet og stiller åpne spørsmål hvor de skal få ta ordet å sette ord på det de opplever som krevende. Det er ikke sikkert jeg går fryktelig i

detalj på deres historie i forhold til kreft. Jeg må vite noe for å ha en forsvarlig og hensiktsmessig tilnærming. Så jeg henter jo ut den informasjonen, men lar det samtidig være opp til bruker hvor mye de vil dele utover det og prøver å være nøye på at jeg ikke sitter med mange tanker om at du burde det og det. Så passer meg veldig for å ikke komme med for mange velmente råd. Bruker igjen åpne spørsmål for at de skal sette ord på hvorfor de kommer her, hva det er de tenker skal være annerledes om 6 mnd., hvordan de ser for seg at vi kan hjelpe de. Så gir vi standardinformasjon om tilnærminga, men lar det være opp til de å på en måte forme hvordan vi skal hjelpe de. Så bruker jeg å si at dette blir ditt personlige prosjekt og så skal du anse meg og mine kollegaer som prosjektmedarbeidere, mens du er prosjektleder. Så jeg tenker at, jeg vil ikke si at jeg snakker på en spesiell måte til de som har hatt kreft, men opplever at som medmenneske så kan det være at enkelte av historiene du hører tar man med seg litt lenger. Etter mange år i gamet så lærer man seg jo teknikker på å ikke ta med seg arbeidet hjem. Hadde jeg vært nyere i gamet tror jeg jeg hadde syns noen av de samtalene vi har kunne vært tunge å ta med seg. Vi har jo også etter mange år med dette tilbudet her tidligere deltagere som ikke lever lenger. Og det er tøft. Samtidig så velger jeg og tro at vi har vært positive innslag i livene deres da.

Intervjuer 1: Du jobber jo med brukerne i gruppe da. Erfarer du at de har større utbytte av fysisk aktivitet i gruppe enn de ville hatt ved individuell behandling?

Informant: Det er veldig vanskelig å si, fordi jeg nå behandler de i gruppe og ikke driver individuelt, men jeg tenker fra et samfunnsøkonomisk perspektiv så ser jeg for meg at her ligger det noen muligheter. Vi må tenke nytt fordi vi vet at demografien i Norge spesifikt er i endring og vi som fysioterapeuter må og være med å ta ansvar for det. Vi kan ikke nødvendigvis tenke en-til-en oppfølging av alt og alle lenger. På sikt vil vi da være for få til å ta hånd om de pasientene som er. Så fra et samfunnsøkonomisk perspektiv er jo dette kjempegunstig, men som jeg sa ista så tror jeg og at den gruppedynamikken og gruppetilnærmingen skaper noe ekstra, det er en ekstra motivasjon fordi at de kommer inn til oss og skal gjennom krevende treningsøkter hvor jeg tror at hvis de kun skulle møte meg og vi skulle kjøre den intensive tilnærminga så ville det for det første være fryktelig ressurskrevende for meg og jeg tror ikke jeg hadde klart å motivere like godt som i en gruppe. Kan du gjenta spørsmålet?

Intervjuer 1: Om du tror at pasientene har større utbytte av fysisk aktivitet i en gruppe?

Informant: Ja jeg tror det fordi det gjør at du får en gjennomføringsevne og kontinuitet, fordi du har motivasjon i å møte disse andre personene som også har denne samme erfaringen. Altså det blir en positiv greie. Jeg tror at hvis det er en til en så er det for mange lite motiverende etter en stund. Så dette tror jeg at hele denne positive massesuggesjonen gjør at det å gjøre det i lag med andre det er kjekkere. Så vet vi det erfaringsmessig fra helt andre situasjoner også at et av suksesskriteriene for varig endring det er å gjøre det sammen med andre. Men det er klart at rent fysisk kunne man jo hatt god effekt av å gjøre det en til en, men jeg ser ikke at de taper på å gjøre det i gruppetilnærminga heller, for vi klarer å følge opp de som trenger tilpasninger, sånn at du kan tilrettelegge for å gjennomføre en god økt sammen. Det er klart det er jo personer som må gå noen steg før de er i stand til å benytte seg av vårt tilbud og de har kanskje behov for individuell rehabilitering, men da er du på et annet fungeringsnivå enn de som kommer inn i gruppa vår. Det er jo svært stort spenn i gruppa vår også, fra de som kan matche oss og kanskje til og med kan gå forbi, men så har du og de som er dårlige. Og det er ikke sikkert det er aldersbetinget. Vi har unge pasienter og som er veldig reduserte i begynnelsen, men jeg tenker at vi klarer å ivareta og gi ei fullverdig god oppfølging i gruppetilnærminga og kan ikke da forsvare å gi dette en til en. Og det er det jeg håper at flere kan våkne opp for at en del av denne en-til-en tilnærmingen som foregår på instituttene i dag... jeg vet ikke om vi kan forsvare det. Og nå er ikke dette spørsmålet, men jeg er fryktelig opptatt av en aktiv tilnærming i stedet for en passiv behandling, men det er en litt annen diskusjon.

Intervjuer 1: Du kom litt inn på det at funksjonsnivået til pasientene kan variere. Hvilken kapasitet erfarer du at pasientene har til å være i fysisk aktivitet under kreftrehabiliteringa og kan du fortelle litt om hvordan det kan variere? Kanskje gi eksempel på en med god og en med dårligere kapasitet?

Informant: Her er det flere eksempel. Jeg tenker spesielt på en ung pasient som jeg i utgangspunktet tenker kunne klart mer, men som er veldig redusert. Usikker på om det er en psykisk faktor der, om det handler om mestringstro og at man er prega av det man har vært gjennom, men hvor du ser at vedkommende klarer å gjennomføre, men ikke nødvendigvis greier å gjennomføre hele tiden på et sett eller antall repetisjoner og som du også ser løfter lettere motstand og kanskje da må ha roligere alternativer på det som er høyintensivt. Så har vi personer som deltar her som en del av livsforlengende behandling som går hardt ut. Godt voksne mennesker. Ser igjen for meg en pasient som har en gynekologisk kreft hvor

behandling ikke gir effekt og som går tøft ut. Som gir på, er veldig mottagelig for ekstra utfordringer. Som vi på en måte nå etter lengre tids kontakt kan se begynne å være noe preget, som vi ser at det er nedadgående tendens, men fortsatt mestres treningen godt, og jeg tror det at hun holder seg gående har mye å gjøre med at hun gjennomfører aktiviteter, men man ser at hun er nedadgående i forhold til muskelmasse og kroppsvekt. Og så har man de som man vet er plaget blant annet av fatigue, men som kanskje har treningserfaring fra før av sånn at i hodet så er man der man var, men kroppslig så er man ikke det, hvor vi må inn å regulere ned, rett og slett vi vet at det ikke står på evne. De kan matche oss ganske lett og gå ut hardere enn oss i den enkelte treningsøkt, men vi vet at da blir det ingen god balanse for resten av dagen og kanskje neste dag. At da betaler de en høy pris i form av at de er helt utmattet og ikke kan fungere godt med sin familie og det de må hjemme. Og så er det selvfølgelig og andre alternativ hvor personer har fryktelig lyst, men kanskje da må være forsiktige i form av nylig gjennomført operasjon hvor man skal ta det litt med ro, hvor aktivitet er anbefalt, men man må tenke på hvordan man posisjonerer seg og hva man gjennomfører av belastning, så det er veldig individuelt altså, men det her med fatigue der må de ofte holde igjen og godta at det er godt nok at du møter opp her. Den sosiale stimulien kan for mange være utmattende i seg selv. Og så gjennomfører de aktiviteten kanskje med et mye lavere intensitetsnivå enn hva du kan klare fordi det er det som skal til da for å få den gode balansen. Og så vet vi at med fatigue må man lirke og lure. Vi vet at fysisk aktivitet hjelper, men vi har ingen fasit på doseringen. Den er så individuell.

Intervjuer 2: Ja, så jeg lurer på har du et eksempel på en pasient der kapasiteten har endret seg utover i oppfølgingen?

Informant: Ja, det har vi. Vi ser jo det at flere får mye mer å gå på i form av fatigue. Jeg hadde samtale med en bruker denne uken her som ved oppstart følte seg veldig redusert, der hun nå opplever at mye av det hun ikke kunne gjøre da er fullt overkommelig nå, i form av sosial kontakt med nettverk og fritid og daglige gjøremål i hjemmet. Så her er flere eksempler på at den daglige fungeringen har kommet seg mye.

Intervjuer 1: Til slutt før vi avslutter, er det noe mer du ønsker å si om kreftrehabilitering relatert til fysisk aktivitet?

Informant: Jeg tenker at jeg gjør meg tanker rundt alternativet for de som ikke får tilbud om kreftrehabilitering, for veldig mange får jo det gjennom pusterommet og det regionale sykehuset. Men så vet vi at mange av de ikke har kapasitet og heller kanskje ikke et ønske om

å dra inn til det regionale sykehuset. Nå bor de i denne kommunen og det er ikke veldig langt fra det regionale sykehuset, men det er likevel en kjøretur. Det kan være opp mot en times kjøring, kombinert med at man kanskje forbinder det regionale sykehuset med en sykdomsfase og periode i livet der man ikke hadde det så bra. Det kan være at transporten i seg selv tar så mye energi at man ikke har overskudd igjen til selve treningen. Og tanken om at mange kommuner ikke har et sånt tilbud og at bruker da blir overlatt til seg selv... når vi vet hvor mange som ikke nødvendigvis har en diagnose, som er inaktive, som ikke klarer å oppnå helsedirektoratet sine anbefalinger, og så har du i tillegg en person som har eller har hatt kreft som da har kropp som er sterkt reduserte, kanskje har mye plager etter behandling som da skal komme i gang med fysisk aktivitet så har du kanskje redusert sannsynligheten for at de går i gang enda mer og da går jo statistikken mot oss. Så tanken på at disse her blir sittende hjemme, og at mange ikke klarer det på egenhånd. Og hvilke utfordringer får de da, hvilken kvalitet får de i sine liv da? Hvor mange muligheter går de glipp av fordi de ikke har fysisk eller kanskje psykisk helse til å ta tak i livet og skape en god hverdag for seg selv. Det skremmer meg. Og så tenker jeg nå når vi ser erfaringsmessig, for vi har jo forska på dette her. Vi har vist at det har en effekt og vi har vist at det er lite krevende ressursmessig. At jeg som en fysioterapeut, vi er jo da to terapeuter med per time, men terapeuter kan da ivareta 15 pasienter, altså hadde jeg drevet med en til en tilnærming så hadde det tatt med mange timer og ivareta så mange pasienter. Og når vi i tillegg ser på effekten ved å drive en gruppetilnærming med likemannsstøtte, med det positive, så skremmer det meg at dette ikke er tatt ut til alle kommuner. Jeg håper at det kan bli en del av det standardiserte pakkeforløpet hjem, at de da har den kreftbehandlingen de skal ha der inne, men at de ikke må nødvendigvis inn på sykehuset for å få behandling. Jeg håper at flere kommuner kan ta i bruk en sånn modell for det er fryktelig enkelt, det gir gode resultat, så jeg tenker at det er en vinn-vinn både for kreftpasienten, men også for kommunene. Og fysisk aktivitet. Man trenger ikke være fysioterapeut for å gi den tilnærmingen her, men jeg tror det er en enorm fordel å ha den kompetansen inn i tilnærminga. Ikke for utøvelsen av aktiviteten, men for å kunne ivareta pasienten og det at det skal være forsvarlig, de skal føle seg trygge i tilnærmingen. Og så tenker jeg at det ikke holder at fastlegen eller spesialisthelsetjenesten sier «nå har du vært gjennom kreftbehandling, det er veldig viktig at du kommer i gang med fysisk aktivitet» og så egentlig så burde den fysiske aktiviteten starte på dag en av at du har fått en kreftdiagnose... utrolig viktig. Og aller helst skal jo pasienten i forkant være i fysisk aktivitet. Men vi vet jo at

det er vel ca 30% av voksne nordmenn som oppnår anbefalingene for fysisk aktivitet, så prognosene er jo dårlig i utgangspunktet.

Intervjuer 2: Så for å oppsummere ønsker du da mye større, og bedre kommunal oppfølging?

Informant: Definitivt, jeg tenker at det ansvaret her kan ivaretas på kommunalt nivå. Alle kommuner har den kompetansen som er nødvendig for å drive tilbudet. Jeg sier ikke at det skal ligge i en frisklivssentral, men det er en god mulighet for organisering av et slikt tilbud. Men av 350 kommuner i Norge, så er det vel 235 så har frisklivssentral så alle vil ikke ha den muligheten, men at fysio- og ergoterapitjeneste, eller institutterapeuter i større grad burde kanskje drevet gruppetilnærming på en del av sine brukergrupper kunne starta et slikt tilbud i sin kommune.

Intervjuer 2: Hva mener du skal til for at det skal skje?

Informant: Ja, godt spørsmål. Det blir vel å dele av erfaringen vi har gjort. Vi er jo rundt og informerer og foreleser om tilnærmingen. Det var jo bred mediedekning når forskningsfasen var i gang og vi får jo forespørsler om å dele erfaring, men det er jo prisgitt at de har hørt om det, at de har fanga det opp. Så det må vel bli en slags nasjonal satsing på det, og åpne opp for at man må tenke litt innovasjon, tenke dette med den demografiske utviklingen i befolkningssammensetningen og tenke gruppetilnærming, ikke bare for kreftpasientene, men også for mange pasientgrupper. Så jeg tenker at det må vel nesten et nasjonalt fokus på det før det må forankres ut i systemet, for ellers blir det så sårbart. Og så er det jo ofte ressursspørsmålet som gjør at man ikke starter opp med nye ting, men her tror jeg man kunne redusert trykket på tjenesten ved å kjøre gruppetilnærming.

Transkripsjon informant FS Introduksjonsdel

Intervjuer 1: Da begynner vi med litt sånn introduksjonsspørsmål: Hvor lenge har du jobbet som fysioterapeut?

Informant: Jeg var ferdig med autorisasjon da i 2007, altså ferdig med studie i 2006 og endt turnusår i 2007, autorisert som fysioterapeut da.

Intervjuer 1: Har du noen tilleggsutdanning?

Informant: Jeg er har en annen utdanning innenfor helse i tillegg faktisk, så jeg tok først det studiet og så jobbet jeg som det i noen år så tok jeg fysioterapi etterpå. Og så har jeg jo tatt kurs i etterkant, men jeg vet ikke om det var det du tenkte på, men der har jeg tatt lymfødemkompetansekurs i kreftbehandling og medyogakurs og en del av disse onkologiske kursene til NFF også, som tilleggskurs og tilleggsutdanning.

Intervjuer 1: Hvor lenge har du jobbet med kreftpasienter?

Informant: Det er siden 2008.

Intervjuer 2: Hvor lenge har du jobbet med kreftpasienter der du jobber nå?

Informant: Det er siden 2013. Jeg startet på et annet sykehus, det var da i 2008 på det som da het noe annet enn det heter nå, så da hadde jeg mest med kreftpasienter med langtkommet kreft/palliativ fase. Mens jeg kom da over til det sykehuset jeg jobber på nå i 2013. Da fikk jeg sånn sett en breiere pasientgruppe, men bare kreftpasienter også her. Jeg jobber jo på kreftsenteret, på det som heter pusterommet som er et tilbud for kreftpasienter før, under og etter kreftbehandling. Så sånn sett har jeg vært innenfor kreftfeltet siden 2008 da, men her på sykehuset siden 2013.

Hoveddel

Intervjuer 1: Da går vi over på hovedspørsmålene. Hvilke kreftdiagnoser og utfordringer har pasientene som du møter?

Informant: Vi har jo alle kreftdiagnoser man kan få i prinsippet, selv om her på Ullevål er det noen grupper jeg har flere av. Og hovedgruppene er jo bryst, prostata, tarm, lunge, gyn, ja og det er nok hovedgruppene. Myelomatose har jeg, altså benmargskreft. Spiserør, bukspyttkjertel, ja, så jeg har en god bredde av kreftdiagnoser, men det er klart det er jo de store pasientgruppene som bryst, prostata, tarm og lunge som jeg har flest av. Så det var det ene spørsmålet, svarte jeg på alle?

Intervjuer 1: Det andre var, hvilke utfordringer de har?

Informant: Ja, det er jo et stort spørsmål fordi kreftpasientene møter jo ulike typer utfordringer alt ettersom hvor omfattende behandling de har. Noen er jo gjennom et veldig langvarig

behandlingsopplegg hvor de for eksempel brystkreftpasientene har jo ofte et halvt år med cellegiftbehandling og innleder med ganske tøff cellegiftbehandling, EC90, som de får hver tredje uke etterfulgt av 12 uker med taksolbehandling og denne EC90 får de vel i fire omganger. Og bare denne behandlingen er hard med bivirkninger. Og så har de operasjon da før eller etter dette her og strålebehandling, hormonbehandling, det kan være antistoffbehandling og prostatapasientene som vi har her. De er gjerne gjennom et forløp hvor de mottar strålebehandling og antihormonbehandling. Så det er også en stor viktig gruppe med mange bivirkninger av sin behandling. Og lungekreftpasientene er jo gjennom operasjoner og gjerne cellegiftbehandling. Immunterapi er jo kommet som et viktig tilskudd i behandlingen av veldig mange pasientgrupper. Tarmkreftpasientene er jo gjerne gjennom større operasjoner. Noen får utlagt tarm og har en del spørsmål rundt trening i forbindelse med det, altså de har stomi. Og mange har da også cellegiftbehandling over kortere eller lengre periode. Ja, så kreftpasientene, ingen er like, for det er ulikt hvor langt forløp de skal ha av behandling og dermed også hvor omfattende bivirkningene er. Så har det jo selvsagt mye å si hvordan fysisk form har hvert før behandlingen. Hvilke andre diagnoser har de? De kommer jo ofte med historikk fra tidligere. Det kan være hjerte-kar, det kan være lunge, det kan være skader, det kan være artroser, så det mangler ikke på utfordringer for en fysioterapeut i dette feltet da og det er veldig viktig med sykdomslære og generell forståelse av utredning med ulike diagnoser, fordi det kan jo vel så mye være KOLS som setter en begrensning eller artrosen i hofta eller ryggproblemene som kreftbehandlingen, ikke sant så vi har alltid mange baller å håndtere samtidig da. Så her på pusterommet så må de jo ha en henvisning for å bruke oss og det er viktig fordi da får vi jo tilgang til legejournal og innkomstjournaler hvor pasientene er godt kartlagt og hvor jeg da vet noe om hva er det de har i tillegg til kreftsykdommen. Nå prater jeg i vei.

Intervjuer 1: Vi kan ta neste spørsmål da, hvordan foregår kreftrehabiliteringen der du jobber nå?

Informant: Ja, kreftrehabiliteringen foregår på den måten at vi er litt avhengig av at pasienten får informasjon om at pusterommet finnes. Det er ikke systematisert på den måten at vi vet at alle får informasjon om tilbudet vårt, men vi prøver jo å synliggjøre tilbudet så godt vi kan ved at vi henger opp informasjon der hvor pasientene er, ved at vi informerer tverrfaglig team slik at sykepleierne og legene som møter pasientene informerer om at pusterommet finnes. Og da må jo vi også motta en henvisning fra legen. Veldig ofte er det jo pasientene selv som får informasjon om at pusterommet er der og ber om en henvisning. Slik at vi er vel et helt frivillig tilbud som står der som noe pasientene har mulighet til å bruke og i hovedsak har de jo startet opp med behandling når de kommer til oss. Noen er ferdig med behandling når de kommer til oss. De kan også bruke oss 4 måneder etter

behandling. Men i hovedsak har de startet opp med behandling og er i behandling. Nå er jo prehabilitering et felt som har fått mer fokus så vi håper i større grad at det er pasientgrupper som vi også kan få tak i før behandling, for eksempel før operasjon at de kan få tid til å trene seg opp før det.

Intervjuer 1: Kan du si litt mer om hva dere faktisk gjør, altså, hva faktisk tilbudet deres til pasientene går ut på?

Informant: Ja, vi har en kartleggingssamtale med alle pasientene ved oppstart hvor vi går gjennom behandlingen de mottar, bivirkninger av behandlingen, hvordan toleransen for behandlingen er. Vi spør litt om fysisk aktivitet og trening. Hvor aktive er de per i dag, hvilken kapasitet har de for aktivitet og trening. Også hva de har pleid å gjøre. Er de veldig vant med å trene fra tidligere, har de aldri trent før? Det er jo greit for oss å vite noe om det. Vi spør om smerter, kvalme, stivhet i ledd, altså det vi ser er relevant å spørre om. Der kan det også være relevant å spørre om tidligere sykdom/skader som kan påvirke fysisk form/funksjon. Og så spør vi selvsagt hva deres hovedmål med å kontakte pusterommet er, hva er det de opplever at de har behov for. Fordi vi kan jo tilby et rent individuelt program hvor de kommer hit og vi går gjennom et hjemmetreningsprogram som er tilpasset for eksempel. Kanskje er det konkrete ting de trenger ekstra veiledning på. Stivhet i ledd, smerter, nyoperert. Hvilke hensyn skal de ta. Veldig mange ønsker et program for generell styrketrening, også kondisjonstrening. Så vi legger til rette et treningsprogram som de enten kan gjennomføre hjemme hvor vi setter opp et sånt forslag til hvordan kan et ukesprogram se ut. Eller de kan komme hit å bruke salen her til egentrening. Så har vi også gruppetreninger hvor vi rekrutterer inn i gruppetrening de som ønsker det. Veldig mange sier de må ha et klokkeslett eller et tidspunkt skal det bli noe trening og det er kanskje ikke så vandr til å trene fra tidligere og der ser vi at det kan være en fordel for de å starte i gruppene. Nettopp fordi at da ser vi det at de har et tidspunkt å komme til og de møter andre som er i samme situasjon, det blir noe sosialt. Veldig mange lar seg motivere av det sosiale, det fellesskapet og trenger det. Så det er bredden i tilbudet vårt da. Mange har behov for både individuelt og gruppetrening. Mange har spørsmål om hvilke hensyn skal jeg ta nå under behandlingen for å håndtere fatigue eller relatert til smerter, nevropati, lymfødem. Så det er ulikt hva som er den enkeltes problemstilling, men mange er litt spent på hva kroppen egentlig håndterer nå.

Intervjuer 1: Kan du si litt mer om hva dine arbeidsoppgaver innebærer når det kommer til kreftpasientene og rehabiliteringen?

Informant: Det er jo dette å kartlegge sammen med pasienten når jeg først får henvisningen som nevnt, der går jeg jo alltid gjennom journalen først slik at jeg er godt forberedt og kartlegger sammen med pasienten hva som er behovet. Veldig mange er engstelige for hva pusterommet innebærer og mange

må jeg trygge på at det er et lavterskeltilbud og at her trener alle innenfor egen kapasitet, dagsform og legger veldig vekt på at det skal være forbundet med livskvalitet og velvære. Mange kan være litt engstelige rundt dette her. Så, trygge de på det de kan få til og mestre av aktivitet. Det er en utrolig viktig rolle for det er jo ikke tvil om at fysisk aktivitet og trening er en viktig mestringsstrategi og er med på å hjelpe de gjennom et for mange langt behandlingsforløp. Så vår rolle som fysioterapeut er å trygge. At vi har fokus på det de kan få til i større grad enn det de ikke kan få til. Selvfølgelig snakker vi litt om hvilke hensyn de skal ta, men fokus på hva som kan være en god aktivitet for den enkelte som er innenfor hva de har kapasitet til og innenfor de hensyn de bør og skal ta. Så er det det å lage tilrettelagte treningsprogrammer for den enkelte. Noen trenger mer tilpasset, for eksempel viss de har spredning til skjelettet. Da må vi passe på at styrketreningen er tilpasset og ta det veldig gradvis. Da ser jeg mye på funksjon og de er jo henvist hit så leggen har jo vurdert at det er trygt å trene. Noen er det jo et mer alvorlig bilde når det gjelder det, men veldig mange kan fint trene, de må bare starte litt gradvis/moderat. Og så er det jo også det å lede treningen, sant, lede treningsgrupper og da blir det jo veldig viktig at den enkelte opplever mestring. Og at jeg lager et treningsprogram sånn at jeg viser hvordan intensiteten kan justeres. Så det gjør jeg i alle øvelser, for eksempel at jeg viser hvordan de kan trippe på stedet eller løpe på stedet. Jeg sørger for at alle kan finne et nivå som kjennes riktig for den enkelte da. Det blir ekstra viktig her på pusterommet fordi de aller fleste er under behandling, dagsformen varierer og funksjonen er veldig forskjellig, slik at noen skal jeg utfordre, mens andre skal ta det med lav intensitet.

Intervjuer 1: Du nevnte jo litt at dere kan jobbe både i gruppe og individuelt. Erfarer du at pasientene har større utbytte av fysisk aktivitet i gruppe eller individuell behandling?

Informant: Jeg har jo veldig god erfaring med gruppene fordi jeg ser at det fellesskapet betyr mye for pasientene. Det er på mange måter et skjebnefellesskap. Det er den erfaringen de har seg imellom som de deler som de som ikke har vært gjennom kreftbehandling ikke har. Og jeg ser i stor grad at de viser hverandre mye støtte og omsorg når de gruer seg til kontroller for eksempel så får de et klapp på skulderen og de andre i gruppa har vært der og vet hvordan det er. Og de føler nok også her at det er lettere å ta intensiteten ned for de andre skjønner at dagsformen varierer. Man kan være svimmel, småkvalm, sånn at terskelen oppleves lavere for alle som har vært gjennom kreftbehandling, men folk er forskjellige. Noen stortrives med et individuelt opplegg og grupper er ikke tingen for dem. Derfor er det viktig å poengtere i oppstartssamtalen at her er det du som bestemmer hva som passer for deg og hva du trives med, så noen kommer og trener individuelt og stortrives med det, så det er viktig å ha et tilbud både individuelt og gruppe. Jeg prøver å bruke mye tid på å trygge de i gruppene og få de inn i

gruppene for når de som har vært skeptisk til gruppene først kommer inn i gruppene så ser jeg at det for mange er en god motivasjon for å komme til treninga og komme til trening, at de har fellesskapet og hverandre. Og mange utvikler jo varige vennskap her. Så ja.

Intervjuer 1: Hvilke mål har pasientene i kreftrehabiliteringen og kan du gi et par eksempel på hvordan dette kan variere?

Informant: Ja, målet deres er jo å komme gjennom kreftbehandlingen uten å få et for stort fall i fysisk form og kapasitet. De ønsker å vedlikeholde dette undervegs og de ønsker å motvirke bivirkningene. Det er det mange som melder inn. De er engstelige for fatigue, altså utmattelse. De er opptatt av at de skal tåle behandlingen best mulig. Og så vet man jo det at med god fysisk kapasitet så tåler kroppen mer og man er mindre plaget av bivirkninger på kort sikt, men også senplager på lengre sikt som man kan ha etter kreftbehandling. Så mange har nok både fått informasjon om det og lest seg opp rundt dette så motivasjonen er å hjelpe kroppen gjennom dette her og kunne vedlikeholde fysisk form. Ja så det tror jeg nok er det viktigste, og veldig mange opplever nok også at aktivitet og trening hjelper på de psykiske plagene. Altså en ting er at kroppen blir mer robust, du vil vedlikeholde kondisjon og styrke, men den mentale/psykiske siden av treningen er kjempeviktig. De trenger alle de endorfinene de kan få rett og slett. Og det er nok en opplevelse av å gjøre noe meningsfullt som bygger krefter både fysisk og psykisk og det er jo det som ligger i egne hender som de kan gjøre noe med. Sant, onkologene de kan gi dem behandling for kreften, men dette å håndtere bivirkningene det kan di vertfall bidra med å hjelpe kroppen gjennom. Og det kommer det jo mer og mer forskning på. «Exercise oncology» er jo et felt hvor det har vært mye forskning de siste årene og det foregår mange spennende studier hvor man nettopp ser på toleransen for aktivitet og trening i kreftbehandlingsforløpet og hvilken betydning det har for å redusere bivirkninger og seneffekter og ikke minst toleranse for behandlingen, så ja. Det er et spennende felt å følge med på og pasientene har fått med seg mye av dette så motivasjonen er nok å bygge krefter, altså.

Intervjuer 2: Hvilken rolle har du i det å utarbeide målene med pasientene?

Informant: Nei, altså, jeg spør vertfall mye om hva er det som motiverer dem, altså hva de trives med, hva de har pleid å gjøre, hva de gjør per i dag og spør jo alltid åpent, hva er det du trenger hjelp med først og fremst. Og de aller fleste kommer jo inn med en sånn generell «jeg vil unngå å bli for utmattet, jeg vil hjelpe kroppen min gjennom dette her.» Så det er ikke så mange som kommer med helt konkrete mål, men noen gjør det. De er for eksempel vant til å løpe mye, nå er det lenge siden sist, jeg vil begynne å løpe igjen. Ønsker tips til god kondisjonstrening. Hvordan kan de starte innenfor det de mestrer. Mange av prostatapasientene er opptatt av styrketrening fordi de vet at

antihormonbehandlingen reduserer muskelstyrken, så noen er jo konkrete på hva de ønsker, mens andre er mer generelle i formuleringene sine, men jeg etterspør «hva er viktig for deg?» Det er egentlig et viktig spørsmål i alt vi gjør.

Intervjuer 1: Du har nevnt litt om det allerede, men i hvilken grad opplever du at fysisk aktivitet er viktig for denne pasientgruppen?

Informant: I økende grad synes jeg. Vi har jo stor henvisningsmengde til pusterommene, så jeg tror informasjonen ut til pasientene om betydningen av aktivitet og trening i kreftbehandlingen, den har blitt bedre med årene og jeg tror også at onkologene er flinke til å nevne det. Jeg ser stadig vekk at de sier noe om betydningen av å være i tilpasset aktivitet innenfor toleranse. Så det er nok en økende bevissthet rundt dette her, så det er nok det som gjør at pasientene nå er mer obs på det, for det er klart kreftbehandlingen er tøff, den kan være kjempetøff. I perioder er det vanskelig for dem å håndtere det å gå en tur. De kan måtte dele det opp og noen dager må de bare ta det rolig inne. Det kan være nok å bare ta seg en dusj og lage seg mat ikke sant. Så det er jo veldig ulikt hvilken situasjon de er i og har de fått en infeksjon eller har feber eller noe sånt er de jo helt slått ut og noen må innlegges i perioder. Så det er jo mye som skjer i løpet av behandlingsforløpet som gjør at muligheten for aktivitet og trening er veldig begrensa. Og veldig mange opplever jo flere runder med operasjoner infeksjoner som gjør at det kan være mange uker hvor de bare har rusla litt i en korridor, så mange har et stykke å gå. Og for eldre pasienter er det enda tøffere. Yngre pasienter kan komme seg noe selv om de også er «shaky» etter en sånn periode. Og så er det jo også viktig å tenke helhetlig. Jeg snakker også alltid om betydningen av ernæring. Parallelt med det å bygge krefter og øke kapasitet er det også viktig at de er nøye med ernæring for veldig mange har gått ned i vekt, så da er det viktig å også minne på det, eventuelt henvise til ernæringsfysiolog.

Intervjuer 1: Kan du beskrive et pasienteksempel, der du har sett hvor viktig fysisk aktivitet kan være for en kreftpasient?

Informant: Det er så mange at hvor skal jeg starte da, altså? Jeg kan jo gi et eksempel med en kar som var tidligere idrettsutøver. Så han var veldig vant til å trene mye. Og så får han en kreftdiagnose hvor det også har spredd seg til skjelettet så det debuterer med skjelettsmerter. Og vel også brudd i benvevet. Og han skal da ikke ha for mye rotasjoner i ryggstøylene for man er redd for skader på ryggstøylene og nevrologiske skader. Og jeg har fulgt denne karen igjennom mange uker og noen år nå hvor han oppdaterer meg jevnlig om staa. Og nå trener han med vektvest, step, spenst, spensthopp og masse styrketrening, så han er en kar som har bygget det helt sånn forbilledlig gradvis opp. For det er

klart i tråd med at han får behandling som motvirker kreften og stabiliserer skaden kreften gjør, så har han bygget gradvis opp utfordringene litt etter litt innenfor toleranse. Man må gå veldig rolig frem, men fordi han er så treningsvandt fra før og forstår en god del biomekanikk, for det skal man også forstå seg litt på, ikke sant, så det er ofte to skritt frem og ett tilbake og jeg må jo ofte holde han litt igjen og si «nå holder du deg litt der du er nå for nå ser vi toleransen for dette». Så han er jo ett spesielt eksempel på en veldig interessant treningsreise, men for de aller fleste så, jeg har jo veldig mange som aldri har trent før, som ikke har sett innsiden av en gymsal siden gymnaset. Og han var i 70-åra, sånn at det å få den type karer glad i trening det er veldig moro altså. For de opplever at de bygger krefter og det gjør noe både med kroppen, men også det mentale i dette her, en følelse av at du fighter tilbake. Det var noen eksempler, det er så mange, men mestringsfølelsen står i fokus her da, så vår jobb blir å trygge og pushe på en hyggelig måte, men noen må vi også holde litt igjen fordi vi skal sikre at det er trygt og at det skjer i et tempo som er godt for pasienten og som gir en mestringsfølelse da.

Intervjuer 1: Hva legger du vekt på når du bruker fysisk aktivitet i kreftrehabilitering?

Informant: Jeg legger jo vekt på både den fysiske og den psykiske effekten av det, hvordan det kan bidra til å underbygge mestringsfølelse, hvordan det kan bidra til å underbygge velvære undervegs, styrke livskvaliteten undervegs i behandlingen. Jeg legger veldig vekt på at det skal oppleves overkommelig og at det bygges opp gradvis, nettopp slik at de kjenner at de håndterer det. Jeg snakker ofte om at jeg er opptatt av at de skal ha et velvære undervegs, at det skal kjennes både godt undervegs når de trener, men også at de skal være sliten på en god måte etterpå, fordi det tror jeg er med på å styrke motivasjonen. Så mestringsfølelsen da og velvære det er hovedfokus. Og så sier jeg at under pågående kreftbehandling er jo ikke prestasjon hovedfokuset. Det er ikke tidspunktet for personlige rekorder fordi kroppen har mye å håndtere av behandlingen. Behandlingen er for veldig mange tøff, altså. Og dagsformen vil jo nødvendigvis variere, ikke minst blodverdiene kan jo variere, så det er gode grunner til at de skal ta det litt rolig og moderat. Så snakker jeg mye om effekten av moderat trening. Ofte tenker man at man må ligge på makspuls for å ha effekt, men det er jo veldig effekt av også moderat nivå på treningen, så det hjelper folk til å tenke at dette skal de klare og dette skal de mestre og at det skal kjennes overkommelig.

Intervjuer 1: Du sa jo litt om det, men hvorfor vektlegger du akkurat det du snakket om nå, og hvordan erfarer du at det virker?

Informant: Nei, for de aller fleste gir jo dette mening, og som sagt, de har en stor motivasjon for å hjelpe kroppen gjennom dette her. De vet at aktivitet og fysisk trening er viktig for at kroppen skal tåle behandlingen best mulig. Så motivasjonene er jo der allerede når de tar kontakt. Og det at vi legger det

et moderat nivå bidrar til god motivasjon for dette her. Jeg viser jo selvsagt også til de generelle anbefalingene. De gjelder jo for kreftpasienter de også, ikke sant. Jeg snakker mye om denne daglige turen ut. Og det vi oppfordrer til er 15-60 minutter daglig fysisk aktivitet. Gå en tur, sykle litt, svømme. Det de trives med å gjøre. Og at de gjerne kan ha to til tre treningsøkter hvor man blant annet legger inn styrketrening. Så de generelle anbefalingene er jo der og så sier jeg noe samtidig om at man må ta hensyn til hvor man er i forløpet og at man må ta hensyn til dagsformen, men litt er bedre enn ingenting er mantra her. Var det svar på spørsmålet?

Intervjuer 1: Ja, jeg tror egentlig det. Ja.

Informant: Bare å be meg utdype hvis jeg glemmer litt.

Intervjuer 1: Det skal vi gjøre. Hvordan tilpasser du fysisk aktivitet individuelt når det er behov for det?

Informant: Nei, det er jo veldig viktig med denne kartleggingssamtalen i starten og den henvisningen de får som gjør at vi har tilgang til legejournal så vi vet noe om behandlingen, forløpet de har vært gjennom. I hvilken grad de har vært plaget av bivirkninger og hva de har av tidligere sykdom og skade. Så da vet jeg noe, men så vet jeg veldig mye mer etter jeg har snakket med dem for da får jeg jo informasjon om tidligere treningserfaring og ikke minst så spør jeg alltid om hva gjør du per i dag. Når du går tur, ca hvor langt går du, så allerede der så vet jeg veldig mye når de svarer på det og så ser jeg mye funksjon når de kommer. Så ofte har jo jeg da laget et oppsett til øvelser som jeg tenker er noenlunde innenfor det jeg tenker er toleranse og så går jeg gjennom programmet med pasienten og da må jeg gjerne gjøre justeringer, ikke sant. Så da ser jeg noe som jeg tenkte kunne funke som pasienten kanskje klarer mer eller må justere det ned. Så du får alltid mye informasjon av å gjøre øvelsene sammen med pasientene for da kan man justere underveis. Så det er viktig med den kartleggingen og informasjonen, samtalen med pasienten. Kjempeviktig. Og så må man finne ut av hva som fungerer sammen med pasienten.

Intervjuer 1: Er det noe spesielt du vektlegger når du kommuniserer med kreftpasienter?

Informant: Ja, jeg er opptatt av å vise en respekt for hva de står i og det er kjempetøft for mange, både de kroppslige endringene, men også all engstelsen rundt sykdommen. De gruer seg til behandlingen, kontroller, så det er tøft på flere plan og veldig mange må jo pause det yrkesaktive livet. De får ikke vært på jobb og møtt kolleger. Mange synes det er en stusselig periode og kan oppleve det som litt ensomt. Det er mye sorg og det kan være mye angst. Så det å vise en forståelse for det. Men på en måte så må jeg bidra med hva kan lette livet som kreftpasient for den enkelte. Hvordan kan jeg gi de

mestringsfølelse? Ha fokus på veien videre. Mange kan ha en dårlig samvittighet for at de ikke har tatt vare på helsa si. De kan for eksempel si «jeg har jobbet for mye» eller «jeg har ikke satt av nok tid til aktivitet og trening». Da går ikke jeg noe inn på det. Da sier jeg «vet du hva? Hva kan funke fremover nå for deg? Hvordan skal vi gjøre dette slik at du finner en aktivitetsform som du kan trives med? Som du opplever som overkommelig nå.» Så hovedfokus er her og nå og veien videre, med en respekt for det de står i. Rett og slett. Kunne si noe om at jeg skjønner at det er tøffe tider. Trenger ikke være noe mer enn det, men det er naturlig nok mye sorg og en god del angst hos denne pasientgruppen.

Intervjuer 1: Hvilken kapasitet erfarer du at pasientene har til å være i fysisk aktivitet under kreftrehabiliteringen og hvordan kan det variere?

Informant: Det varierer jo i stor grad med behandlingsforløpet og grad av bivirkninger av behandlingen. I dag har de jo kommet langt med hensyn til å gi pasientene støttebehandling underveis, slik at når de får cellegiften så får de også medikamenter som skal redusere kvalme osv. Så mange pasienter har grua seg veldig og synes det går relativt greit egentlig. De har kanskje trodd at de skulle være enda mer preget og slått ut, så der har man gjort en god jobb med å gi pasientene nok støttebehandling underveis, men dette er jo veldig individuelt. Mange blir helt slått ut og sover mye, hviler mye. Noen får jo også tilleggsutfordringer med infeksjoner og da blir de innlagt og er ordentlig dårlig i perioder. Så dette her er jo så individuelt ikke sant hvordan kroppen tåler og hvor tøff behandlingen er. Og for mange av de som har kurativt forløp så er det tøff behandling. De er ganske så slått ut, så det er også viktig å huske på. For mange kan å gå opp og ned en trapp være en dagsutfordring. Så sånn sett en forståelse av hva de har vært gjennom er viktig. Så for fysioterapeuter som skal jobbe i dette feltet må man sette seg inn i de ulike pasientgruppene og hva slags behandling de mottar og typiske bivirkninger for da vil du forstå de i større grad og gi en anerkjennelse på hvordan de opplever det akkurat nå og at det er normalt at det er vanskelig å være aktiv og trene sånn man ønsker mens man gjennomgår behandling. Så da må man tilrettelegge og gi en støtte på at noen dager må du bare ta det rolig.

Intervjuer 2: Du er jo inne på den fysiske kapasiteten, så jeg lurer litt på om det er en psykisk kapasitet som også spiller inn på evnen deres til å være i fysisk aktivitet?

Informant: Ja, altså du vet at det psykiske kan jo påvirke i stor grad. Hvis du er nedstemt, kanskje også på grensen til å være deprimert, da kan de slite med motivasjonen, og da er det jo noe å underbygge på hvordan aktivitet og trening også kan hjelpe for psyken. Mange sier jo at de vet dette. At ved å gå seg en tur i skogen så kjenner de at det letter litt og at de klarer å tenke litt mer positivt, så det å fremholde hvordan det kan virke positivt for psyken, det å komme i gang med aktiviteter, det er jo viktig at vi

kommuniserer det tydelig. Vi får jo ikke gjort noe annet enn å løfte det frem som en mestringsstrategi, så må jo pasientene erfare dette litt selv. «Hvordan kan dette hjelpe meg gjennom dette her på en måte som gjør at jeg blir litt lettere til sinns» ikke sant, men det er jo ikke noen tvil om at det påvirker humør positivt, i tillegg til kognitive funksjoner som oppmerksomhet, hukommelse og konsentrasjon. Alle disse tingene er jo faktorer hvor aktivitet og trening har vist seg å ha stor betydning, og for en kreftpasient som føler at nettopp de funksjonene er nedsatt, det er det mange som beskriver. De glemmer, sliter med konsentrasjon, oppmerksomhet og føler seg nedstemt. Så akkurat disse momentene er viktige å fremholde. Så vi får ikke gjort noe annet enn å påpeke at det har en effekt på den fronten og. Og for mange pasienter som sliter med motivasjonen så sier jeg det at når det gjelder aktivitet og trening, så kan det være lurt å bare lage en plan og få en rutine og sette i gang. For hvis man skal spørre seg selv om man har lyst er det ikke sikkert at svaret er ja, men man vet at det er viktig. Det blir litt samme prinsippet som å pusse tennene. Vi gjør det jo fordi vi ikke vil ha hull i tennene. Aktivitet kan man også tenke at ok det er godt for meg både fysisk og psykisk så jeg bør få det inn i programmet mitt, sette i gang. Og så kommer motivasjonen litt sånn diltende etter. Så for de som sliter med motivasjonen og er ærlig om det så kan man snakke om disse tingene.

Intervjuer 2: Du nevnte jo at pasientene kan bruke pusterommet inntil 4 mnd etter behandlingen. Så lurer jeg på om de fortsetter å være fysisk aktive etter den tiden eller benytter de seg av andre tilbud der ute?

Informant: Ja, vi har jo ikke studie der vi har fulgt opp de som startet på pusterommet, hvordan det ser ut etter et halvt år, et år osv, men mitt inntrykk er jo når jeg snakker med folk som kommer innom osv så har de fortsatt å trene. Og det er også en viktig del av min kommunikasjon ut, at jeg minner på hva som finnes av ulike tilbud. Og jeg heier også veldig på det å starte opp på lokalt treningssenter hvor de kanskje har kort vei og det er enkelt å bruke. Så jeg sier alltid undersøk hva som finnes i ditt lokalmiljø, og det kan jo være kommersielle tilbud da, men det kan også være frisklivssentraler, gågrupper i regi av kommunale tilbud, så det å undersøke litt, og når er det jo også et nettverk av aktivinstruktører. Det er jo fagpersoner som har tatt en fordypning i trening og kreft, slik at de vet spesifikt hva kreftpasienter har vært gjennom og hva som kan være utfordringer. Så det er også noe å tipse om, men mitt inntrykk er at de aller fleste vertfall har et mål om å fortsette og derfor er det jo også viktig at jeg snakker om hvordan man kan legge opp dette her på egenhånd. Hvordan kan man legge opp gåturen som en kondisjonsøkt ikke sant, ved å tenke litt intervall, legge inn bakker, rask gange i bakker, hvordan kan et enkelt styrketreningsprogram gjennomføres hjemme. Så er det jo et håp om at de fortsetter å gjøre det og nå er jo også det digitale kommet. Nå finnes det jo mange gode treningsøkt digitalt og det er det en økende andel som benytter seg av. Vi har det som heter

«pusterommet live». Der ligger det treningsøker ute. Der kan man både følge treningsøker live, men også i opptak. Og det er noe som heter «pusterommet hjemme» hvor man kan se ferdiginnspilte videoer. Vi får ikke gjort noe annet enn å oppmuntre og motivere, men det er klart at de som blir faste brukere av pusterommet over tid, en stor del av de vil nok fortsette å være aktive.

Intervjuer 1: Til slutt før vi avslutter er det noe mer du ønsker å si om kreftrehabilitering relatert til fysisk aktivitet.

Informant: Ikke annet enn at dette er et veldig viktig og spennende felt for fysioterapeutene. Viktig kompetanse som vi har inn i dette feltet, nettopp fordi det er så komplekst det de står i både med hensyn til kreftbehandlingen og bivirkningene, men også tidligere historikk med sykdom og skader de har fra tidligere, så er vår kompetanse viktig. Vårt fokus på mestringsopplevelse og trygg trening og samtidig treningsglede som et viktig stikkord, at de skal oppleve at dette er noe de gleder seg til, ser frem til, noe som gjør godt. Og veldig mange av de jeg snakker med sier at de gleder seg til å begynne. Og det synes jeg alltid er så hyggelig når de sier «jeg gleder meg» for jeg tenker at da har den samtalen vært god og de tenker dette høres ut som noe jeg kan mestre. Så det å legge det på et plan hvor den enkelte opplever kontroll og kan justere selv intensiteten etter sin dagsform, de kan stoppe å ta en pause når det kjennes riktig og får en aksept for at det skal de gjøre, det gjør at de føler seg trygge og at treningen er håndterbar. Så det er viktige stikkord fra meg, at det skal være treningsglede og håndterbart for den enkelte.

Intervjuer 1: Følger litt opp på det spørsmålet (intervjuer 2) stilte ista. La oss si at en pasient har vært hos dere i 4 måneder da. Opplever du at tilbudet de kan få med videre oppfølging ute i kommunen er bra nok?

Informant: Jeg vet at det varierer jo veldig. Nå har det jo kommet en del frisklivssentraler her i området hvor jeg jobber, blant annet i de ulike områdene, men det også varierer. Der har de blitt flinkere til å ha et tilbud for kreftpasientene. Slik at jeg tror det med å hjelpe kreftpasientene, både gjennom forløpet, men ikke minst etter de er ferdig med behandling har man blitt bevisst på at dette er en gruppe som sliter med bivirkninger og seneffekter over tid og noen over lang tid. Så det er vertfall en økende bevissthet her blant fysioterapeuter der ute, men det er ikke noen tvil om at det burde vært et breiere tilbud for mange, så det kommer jo dessverre litt an på hvor man bor da og ikke alle har et pusterom i nærheten heller. Det varierer, det gjør det, men det finnes jo også mange gode rehabiliteringsinstitusjoner, slik at vi informerer jo om det også, ikke sant.

Intervjuer 1: Ja, men da tenker jeg at vi kan avslutte opptaket.

