

Syk og aktiv - erfaringer med bruk av
treningskompis for kreftpasienter
En kvalitativ studie

Mona Raddum Loe

Master of Public Health

MPH 2014:9



norden

Nordic School of Public Health
NHV

Syk og aktiv - erfaringer med bruk av treningskompis for kreftpasienter.
En kvalitativ studie.

© Nordic School of Public Health NHV
ISSN 1104-5701
ISBN 978-91-86739-74-4



Master of Public Health

– Examensarbete –

Examensarbetets titel och undertitel				
Syk og aktiv - erfaringer med bruk av treningskompis for kreftpasienter. En kvalitativ studie.				
Författare				
Mona Raddum Loe				
Författarens befattning och adress				
Fysioterapeut og rådgiver i Norsk Fysioterapeutforbund, 0170 Oslo, Norge				
Datum då examensarbetet godkändes 12.09.2014			Handledare: Line Oldervoll, PhD, seniorforsker, Senter for helsefremmede forskning, Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap ved NTNU	
Antal sidor 46	Språk – examensarbete Norsk	Språk – sammanfattning Norsk + engelsk	ISSN-nummer 1104-5701	ISBN-nummer 978-91-86739-74-4

Sammanfattning**Hensikt**

Formålet med dette MPH-arbeidet var å få innsikt i deltagernes erfaringer fra prosjektet ”Treningskompis”. Prosjektets hensikt var å utvikle, prøve ut og evaluere en ordning med frivillige hjelpere som treningskompiser for kreftpasienter. Målet var å hjelpe pasientene i gang med fysisk aktivitet gjennom eksisterende, egnede treningstilbud i nærmiljøet.

Metode

Det ble gjennomført fire fokusgruppeintervju med til sammen 14 informanter. Det var to fokusintervju med kreftpasienter (n=5) og to med frivillige treningskompiser (n=9). Datamaterialet ble analysert med fenomenografisk metode.

Resultat

Fire kategorier ble identifisert: (i) opplæring i å bli treningskompis, (ii) opplevelser med ”Treningskompisprosjektet”, (iii) fysiske og psykiske aspekter ved å ha en treningskompis og (iv) tro på fortsatt å være fysisk aktiv. Påvirkningsfaktorer ble identifisert internt, mellom brukerne og treningskompisene og fra sentrale myndigheter.

Konklusjon

Forpliktende avtaler, sosial støtte og hjelp til å finne aktiviteter man trives med, er viktig for å øke aktivitetsnivået og etablere varige aktivitetsvaner hos kreftpasienter. En treningskompis kan derfor være en tjeneste som tilbys kreftpasienter i ulike faser i pasientforløpet, og som kan ”treffe” de som ikke klarer å komme seg ut på egenhånd. En viktig forutsetning for en god ”Treningskompistjeneste” er imidlertid at organisasjoner og dedikerte personer veileder og følger opp treningskompiser, brukere og avtaler.

Nyckelord

”Treningskompisprosjektet”, frivillighet, kreftpasienter, fenomenografi.



Master of Public Health

– Thesis –

Title and subtitle of the thesis				
Sick and active - experiences with training buddies for cancer patients. A qualitative study.				
Author				
Mona Raddum Loe				
Author's position and address				
Physiotherapist and advisor at the Norwegian Physiotherapist Association, 0170 Oslo, Norway				
Date of approval 12.09.2014			Supervisor: Line Oldervoll, PhD/senior researcher, Centre for health promotion research at NTNU	
No. of pages 46	Language – thesis Norwegian	Language – abstract English+ Norwegian	ISSN-no 1104-5701	ISBN-no 978-91-86739-74-4

Abstract

Purpose

“The Training Buddy Project” develops, tests and evaluates a system that provides volunteer training buddies to assist post-treatment cancer patients increase physical activity. This thesis aimed to provide new insight into participant’s experiences with the project.

Method

Four focus groups interviews with 14 informants were conducted. Two focus groups with cancer patients (n=5) and two with volunteer buddies (n=9). Data was analysed using phenomenography.

Result

Four categories were identified: (i) volunteer training, (ii) experiences with the "Training Buddy Project", (iii) physical and psychological aspects of having a workout buddy and (iv) confidence to continue physically activity. Influencing factors were identified internally, between users and training buddies and central authorities.

Conclusion

Binding agreements, social support, and assistance in finding pleasurable activities contribute importantly to cancer patient’s ability to re-establish physical activity and develop lasting activity habits after diagnose. Training buddies can help cancer patients in different phases of patient care, particularly for patients who lack the ability to re-establish physical activity by themselves. A good training buddy service requires dedicated supervisors and individuals to track the appointments and activity of training buddies and their clients.

Key words

"Training Buddy Project", volunteering, cancer patients, phenomenography.

Innholdsfortegnelse

1. INTRODUKSJON	5
1.1 Prosjektet ”Treningskompis”	6
2. TEORETISK OG BEGREPSMESSIG RAMME	8
2.1 Fysisk aktivitet og rehabilitering av kreftpasienter.....	8
2.2 Styrke frivillighet og deltakelse	9
2.3 Folkehelsearbeid	10
3. PROBLEMSTILLING OG FORSKNINGSSPØRSMÅL	12
4. METODE	13
4.1 Design.....	13
4.2 Deltagere og utvalg	14
4.4 Analyse.....	15
4.5 Forfatterens forforståelse.....	17
4.6 Validitet og reliabilitet.....	17
4.7 Etske overveielser	17
5. RESULTAT	18
5.1 Opplæring i å bli treningskompis.....	18
5.2 Opplevelser med treningskompisprosjektet.....	21
5.3 Fysiske og psykiske aspekter ved å ha en treningskompis.....	24
5.4 Tro på fortsatt å være fysisk aktiv	27
6. DISKUSJON	29
6.1 Resultatdiskusjon.....	29
6.2 Metodologisk refleksjon	34
7. KONKLUSJON.....	35
8. TAKK	36
9. REFERANSER.....	37
10. VEDLEGG.....	44

1. INTRODUKSJON

Flere mennesker dør av kreft enn av AIDS, malaria og tuberkulose til sammen (Center for disease control and prevention, 2013). 7,6 millioner mennesker i verden døde av kreft i 2008, og tre fjerdedeler av disse var bosatt i land med lav- og middelsinntekt. Etter 2015 er antallet forventet å stige til 9 millioner og øke ytterligere til 11,5 millioner i 2030 (WHO, 2007). Kreft blir derfor i dag sett på som en av de store folkesykdommene (Center for disease control and prevention, 2013).

Mer enn 28 000 nordmenn får årlig kreft, men flere overlever i dag enn tidligere grunnet tidligere diagnostisering og bedre behandlingsmetoder (Kreftsykepleien, 2012). Antallet som får kreft vil ifølge Kreftregistret (2008) øke med 20 prosent frem mot 2020. Denne utviklingen ser man også i de andre nordiske landene (Engholm & Ferlay, 2013). Rundt 1955 fikk nesten like mange kvinner som menn kreft, men etter år 2000 er forekomsten doblet hos menn og økt med 70 prosent hos kvinner (Engholm & Ferlay, 2013). Risikoen for å få en kreftsykdom i løpet av livet øker med økende alder.

Flere mennesker overlever kreft, men behandlingen har sin pris. På grunn av økt overlevelse og tøffere behandling får mange akutte eller kroniske symptomer i form av fatigue, redusert fysisk funksjon og nevropatier som kan redusere helse og livskvalitet. Fire av ti nordmenn vil få kreft en gang i livet. En av ti menn vil få prostatakreft og hver tolvte kvinne vil få brystkreft. De fire vanligste kreftformene, prostata-, bryst-, tykktarms- og lungekreft, utgjør over halvparten av alle krefttilfellene i Norge i dag (Kreftregistret, 2012; Helse og omsorgsdepartementet, 2013). Samlet sett for alle aldersgrupper dør en av fire nordmenn av en kreftsykdom, mens omtrent 170 000 pasienter og deres pårørende i dag lever med kreft (Engholm & Ferlay, 2013). Rundt 15–20 prosent opplever alvorlige senvirkninger mens de resterende får det i liten eller ingen grad (Kreftsykepleien, 2012; Ringdal, 2007; Fosså, 2008). Kampen for å få helbredet sykdommen og hindre tilbakefall er svært viktig for kreftpasienter, men å gjenvinne fysisk form, funksjon og kontroll er viktig i etterkant av sykdommen. Behovet for gode rehabiliteringstilbud som kan fremme helse og livskvalitet for kreftpasienter er derfor økende (Thorsen et al., 2011; Rapport Helsedirektoratet, 2012; Kreftforeningen, 2013).

Det høye antallet av krefttilfeller og kreftoverlevende stiller høye krav til det norske helsevesenet (St.meld. nr. 16, 2002 – 03). I tillegg setter samhandlingsreformen fra 2012 nye rammer for hvordan helsetjenesten i Norge skal utvikles. På bakgrunn av dette var det behov for en ny nasjonal strategi for kreftområdet innenfor rammene av denne reformen (Helse og omsorgsdepartementet, 2012, A). I den forbindelse lanserte tidligere helse- og omsorgsminister Jonas Gahr Støre, ”Sammen mot kreft – Nasjonal kreftstrategi 2013-2017” i 2013 (Helse og omsorgsdepartementet, 2013). Kreftstrategien bæres oppe av to gjensidig forsterkende prinsipper: 1) Pasienten i sentrum. Sørge for aktiv deltagelse vedrørende beslutninger om egen behandling og omsorg: «Ingen beslutning om meg uten meg». 2) Bedre kvaliteten i behandlingen slik at tilbudet fremstår helhetlig og godt koordinert. Når disse to prinsippene virker sammen er tanken at de skal bidra til nytenkning, bedre pasientopplevelse og bedre kvalitet på tjenestene (Helse og omsorgsdepartementet, 2013).

1.1 Prosjektet ”Treningskompis”

Kreftforeningen i Norge fikk i 2011 midler fra Extrastiftelsen Helse og Rehabilitering og fra Sør-Trøndelag fylkeskommune til å utvikle, prøve ut og evaluere et nytt rehabiliteringstilbud for kreftpasienter. ”Treningskompis” skulle være et tilbud til hjemmeboende kreftpasienter i Sør-Trøndelag, og prosjektet skulle være en del av Kreftforeningens frivillighets- og rehabiliteringsarbeid. Målgruppen var hjemmeboende, voksne kreftpasienter (over 18 år) som var i stand til å klare seg selv, og som hadde avklart deltakelse med egen lege.

Kreftpasientene skulle få tilbud om en såkalt ”treningskompis”. Treningskompisen var rekruttert fra frivillige, og skulle være en hjelp for kreftpasienter som trengte og ønsket å komme i gang med tilpasset og regelmessig fysisk aktivitet. En treningskompis var således ikke en personlig trener eller treningsveileder, men en ”kompis” (venn) som sammen med pasienten skaffet oversikt over hva som fantes av egnede aktiviteter og treningsmuligheter i nærheten. De gikk turer med brukeren og ledet vedkommende inn i allerede eksisterende aktiviteter. Målet var at kreftpasientene på sikt ble selvstendige og i stand til å ta kontroll over forhold som påvirket deres helse.

I prosjektet inngikk kreftpasienten og treningskompisen en avtale med hjelp fra en rådgiver i Kreftforeningen. Den inneholdt blant annet formål, tidspunkt for og varighet av aktiviteter, samt hvilke aktiviteter som skulle bli prøvd ut. Avtalen kunne vare opptil ett år, men skulle opphøre når kreftpasienten hadde funnet seg til rette med sine aktiviteter. Det å få en treningskompis skulle være gratis, men kreftpasienten måtte selv betale for deltagelse i egen trening og eventuelle andre aktiviteter. Alle kreftpasientene som ønsket en treningskompis måtte også ha avklart dette med og fått anbefaling fra sin lege. Treningskompisene fikk rolle og status som frivillige i Kreftforeningen, og fikk grundig opplæring og veiledning i oppgaven. I tillegg fikk de oppfølging på linje med andre frivillige i Kreftforeningen.

Opplæringen for å bli treningskompis for hjemmeboende kreftpasienter ble gjennomført for 20 frivillige oktober 2011. Opplæringen ble gjennomført over en helg (20 timer) pluss to kvelder (4timer x 2) i samarbeid med Kreftforeningens frivillighetsarbeid, kreftavdelingen på St. Olavs hospital, Idrettskretsen og Sør-Trøndelag fylkeskommune. I tillegg fikk de frivillige tilbud om førstehjelpsopplæring. Temaerne i opplæringen fremgår af Tabell 1.

Tabell 1. Oversikt over temaer i opplæringen.

♦	Fysisk aktivitet og helse	(20 timer)
♦	Om kreft, kreftbehandling, faser i pasientforløpet og tilpasset fysisk aktivitet	
♦	Aktuelle treningsmuligheter og -tilbud i lokalmiljøet for kreftpasienter.	
♦	Treningslære i teori og praksis	
♦	Rammer for rollen og oppgaver som treningskompis. Caseoppgaver	
♦	Å være frivillig i Kreftforeningen	(4 timer)
♦	Førstehjelp	(4 timer)

Prosjektet startet høsten 2011 og ble gjennomført i samarbeid med Sør-Trøndelag Fylkeskommune og Sør-Trøndelag Idrettskrets. De frivillige til prosjektet ble rekruttert via annonser i aviser, venner/kollegaer, facebook og treningssenteret 3T's medlemsblad og nettsider. Kreftpasientene fikk vite om prosjektet via reportasjer i aviser, Kreftforeningens nettsider, e-post fra pasientforeningen og plakat på sykehuset.

- 50 frivillige i alderen 22 – 67 år, 11 menn og 39 kvinner tok kontakt med Kreftforeningen med ønske om å bli treningskompis. 20 av disse ble valgt ut til å få opplæring som treningskompis. I utvelgelsen ble det lagt vekt på spesiell relevant erfaring/kompetanse, personlig egenhet, motivasjon, kapasitet og forpliktelse. Dessuten ønsket man bredde i alders sammensetning og inkludering av begge kjønn.
- 19 kreftpasienter, seks menn og 13 kvinner i alderen 40 til 72 år tok kontakt for å få mer informasjon om “Treningskompisprosjektet”. Åtte personer, to menn og seks kvinner tok imot tilbudet. Fire var i 40-årene, en i 50-årene og tre i 70-årene. Deltakerne hadde ulike diagnoser: Brystkreft, endetarmskreft, mage/tarmkreft, hjernesvulst og lymfekreft. Tre fikk sin diagnose i 2012, fire i 2011 og en i 2009.

Dette Master of Public Health (MPH) arbeidet er basert på fokusintervju av deltagerne i prosjektet, som forsker Line Oldervoll ved Senter for helsefremmede forskning ved NTNU er ansvarlig for. Hun er også veileder av dette MPH- arbeidet. Fokusintervjuene er en del av evalueringen av “Treningskompisprosjektet”, som også består av spørreskjemaer og refleksjonsnotater. I dette MPH- arbeidet benyttes ordet “bruker” om kreftpasientene som deltok i prosjektet. I resultatdelen vil deltagerne dessuten bli kalt “informanter”.

2. TEORETISK OG BEGREPSMESSIG RAMME

2.1 Fysisk aktivitet og rehabilitering av kreftpasienter

Mange kreftpasienter reduserer sitt aktivitetsnivå under og etter kreftbehandling (Courneya, 2003; Schmitz et al., 2005). Kreftsykdommen og behandlingen fører mange inn i en ond sirkel med trøtthet og redusert matlyst, noe som kan føre til inaktivitet. Dette er uheldig, da følgene av inaktivitet er muskelnedbrytning og dårligere fysisk kapasitet (Kreftforeningen, 2011). Fysisk aktivitet er viktig for god helse. Flere studier viser at tilrettelagt fysisk aktivitet under og etter behandling fører til at pasientene opprettholder fysisk kapasitet, har bedre livskvalitet og mindre tretthet og ubehag enn de som ikke er fysisk aktive (Speck et al., 2010; Fong et al., 2012).

Fysisk aktivitet defineres av Claude Bouchard og kollegaer som all kroppslig bevegelse som er skapt av skjelettmuskulatur, og som medfører en vesentlig økning i energinivå utover hvileforbrenning (McGuire et al., 2001). I tillegg definerer de trening som regelmessig fysisk aktivitet utført på fritiden som har til hensikt å vedlikeholde eller forbedre fysisk prestasjon, form eller helse. Å være i fysisk aktivitet innebærer derfor alt fra å gjøre husarbeid og hente posten, til å gå fjellturer og drive konkurranseidrett. En må ikke nødvendigvis trene hardt og systematisk for å få helsegevinster (Warburton, 2006).

Selv om en del kreftpasienter har lett for å bli fysisk passive er det også mange som ønsker å være fysisk aktive, men er usikre på hvordan og hvor aktive de kan være. I Fafo-rapporten fra 2011:04(8) rapporterte fire av ti behov for minst to tjenestetyper som kan inngå i et rehabiliteringstilbud, og en tredjedel av utvalget at de hadde udekket behov for rehabilitering (Thorsen et al., 2011). I en brukerundersøkelse om kreftpasienters erfaring med somatiske sykehus, svarte 64 prosent at de følte at de ikke fikk tilstrekkelig informasjon om rehabilitering (PasOpp, 2/2010). I følge Hjernesvulstforeningen i Norge er rehabiliteringstilbudene ofte for lite individuelt tilpasset (Rapport Helsedirektoratet, 2012).

Når det gjelder trening er riktig forhold mellom aktivitet og hvile viktig for å få god effekt av treningen, og for å forbedre den fysiske formen. Både for mye og for lite fysisk aktivitet kan medføre mer trøtthet og redusere almenntilstanden, i tillegg til at det er store individuelle forskjeller. Derfor må også kreftpasienter prøve seg frem gradvis for å finne en god balanse mellom hvile og aktivitet. En undersøkelse hos pasienter med ikke-kurerbar kreftsykdom, viste at pasientene var villige og i stand til å gjennomføre individuell tilrettelagt trening (Oldervoll et al., 2005). Dette da de finner det vanskelig å delta i alminnelige treningstilbud (Rogers et al., 2004; Oldervoll et al., 2005; Fløtten et al., 2008). Mange trenger derfor hjelp for å komme i gang og til å finne tilbud som de opplever passer til dem (Stang & Mittelmark, 2008; Wester et al., 2008; Skarpaas, 2012).

Det er imidlertid viktig at kreftpasienter avklarer sine muligheter og begrensninger for fysisk aktivitet under behandling med legen som er ansvarlig for behandlingen (Rock et

al., 2012). Hvor fysisk aktiv en kan være under behandling avhenger av behandling, men varierer også med dagsform og de forskjellige fasene i sykdomsforløpet. Etter at kreftbehandlingen er avsluttet, anbefales det å ta det forsiktig de første ukene og øke belastningen gradvis. Det er viktig å la bevegelse og fysisk aktivitet bli en naturlig del av hverdagen (Rock et al., 2012).

Når det gjelder fysisk aktivitet og trening viser en undersøkelse at kreftpasienter foretrekker rehabiliteringsprogram som fokuserer på å redusere tretthet, gjenvinne overskudd, samt øke evnen til å tåle belastninger (Myhre, 2011). Kreftpasienter ser på mosjon som en hjelp til å mestre sykdom, opprettholde eller øke fysisk form og opprettholde kontroll over eget liv (Maher & McConnell, 2011). Rehabiliteringstilbud som inkluderer fysisk aktivitet med utgangspunkt i pasientens preferanser og opplevde problem, ser ut til å gi best utbytte både når det gjelder helsegevinster og for å opprettholde regelmessig fysisk aktivitet over tid (Van Weert, 2008).

En del kreftpasienter har også risiko for å utvikle senskader og sykdommer som hjerte- og karsykdom og diabetes, og fysisk aktivitet kan forebygge dette (Fosså et al., 2009). Ulike kreftsykdommer er svært forskjellige med tanke på sykdomsforløp, behandling og utfall, så mulighet for individuell tilpasning i rehabiliteringstilbud er derfor viktig. Den viktigste rehabiliteringen foregår der pasientene bor, men dessverre er det ofte få tilbud lokalt som er tilpasset kreftpasienter (Helse-Sør, 2006; Helsedirektoratet, 2012).

Mange kreftpasienter føler seg også isolert og ensomme etter behandling. Sosial støtte ser ut til å kunne bidra til å bedre objektiv helsestatus, og er positivt assosiert med lengre overlevelsestid hos kreftpasienter (Stang & Mittelmark, 2008). Sosial støtte kan dessuten gi styrke og tilføre ressurser som ikke er tilgjengelig andre steder, og medvirke til å sette folk i stand til å utføre handlinger de trolig ikke ville vært i stand til på egen hånd. Støtte fra andre kan dermed påvirke rehabiliteringsprosessen positivt (Stang & Mittelmark, 2008).

2.2 Styrke frivillighet og deltakelse

I kreftstrategien ”Sammen mot kreft – Nasjonal kreftstrategi 2013-2017” ønsker en å fokusere mer på frivillighet (Kreftstrategien, 2013-2017). Dette da frivillighet ser ut til å gi økt tilfredshet med livet og økt mestringsfølelse, samtidig med at organisasjonsaktive eldre har bedre helse og livskvalitet (Selle & Wollebæk, 2012). Frivillig arbeid kan derfor gi gevinst både til den som er frivillig og den som mottar tjenesten.

I følge Gulbrandsen og Ødegård (2011) er det viktig at organisasjoner ivaretar medlemmenes og de frivilliges behov og interesser, både gjennom interne aktiviteter og utadrettet virksomhet. Det er viktig at frivillig arbeid dyrkes og vedlikeholdes gjennom systematisk rekruttering, organisering, koordinering, opplæring, motivasjon og veiledning (Helse og omsorgsdepartementet, 2012). Det ser imidlertid ut til at kommunene i Norge har mangelfull kompetanse i å etablere, utvikle og følge opp et samarbeid med frivillige organisasjoner og enkeltpersoner (Disch & Vetvik, 2009). I tillegg informerer Helse- og omsorgsdepartementet (2013) at befolkningen i mindre

omfang enn tidligere søker livslange medlemskap i frivillige og humanitære organisasjoner, men i stedet tar del i mer intense og kortvarige prosjekter i regi av de samme organisasjonene.

Norges idrettsforbund (NIF) samarbeider i dag med flere fylker om å tilby lønnede treningskontakter gjennom støttekontaktordningen i kommunene (NIF, 2010). Her må brukere oppfylle visse kriterier for å få støttekontakt, og siden behov for hjelp må dokumenteres og journalføres, kan det være en tidkrevende prosess. I følge NIF-film fra 2011 er brukere av kommunale treningskontaktsordninger fornøyde med tjenestene, men å kontakte kommunen for å få en lønnet treningskompis kan være en høy terskel for mange mennesker (NIF, 2011).

2.3 Folkehelsearbeid

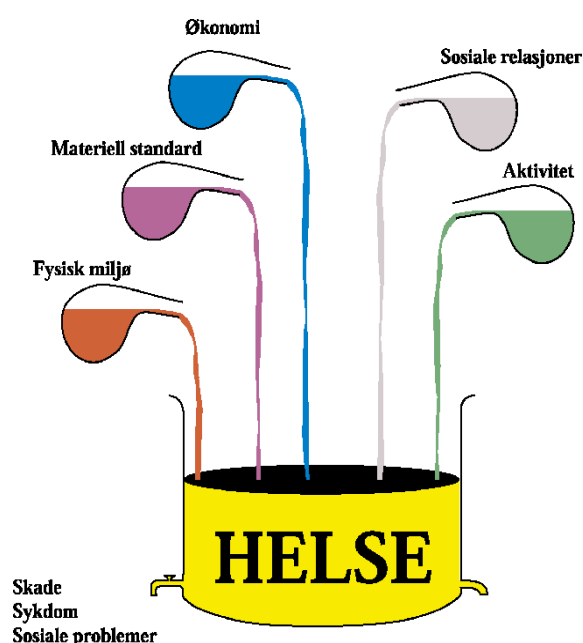
Folkehelsearbeid er samfunnets totale innsats for å opprettholde, bedre og fremme befolkningens helse. Dette gjøres gjennom å svekke faktorer som medfører helserisiko, og styrke faktorer som bidrar til bedre helse. Norge fikk 1. januar 2012 "Lov om folkehelsearbeid" (Folkehelseloven) som skal bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse, herunder utjevne sosiale helseforskjeller (Helse og omsorgsdepartementet, 2012 B).

Helsefremmende og forebyggende arbeid er en del av folkehelsearbeidet, og er et prioritert område både nasjonalt og internasjonalt. Den første internasjonale konferansen om **helsefremmende arbeid** ble holdt i Ottawa i 1986. Ottawa charteret (WHO, 1986) har hatt stor betydning fordi det representerte et skifte i folkehelsearbeidet ved å åpne opp for en bredere tolkning av faktorer som har betydning for menneskers helse. Tidligere hadde det sykdomsforebyggende arbeidet vært førende med fokus på å redusere risikofaktorer for sykdom, ulykke og død. For første gang ble helse sett på som en ressurs. Fokus ble rettet mot individer og lokalsamfunnets muligheter til å fremme egen helse. Helse ble sett på som "en ressurs" for det daglige liv og ikke som tilværelsens mål (WHO, 1986; Kickbush, 2005). Det ble sett på som et positivt begrep som legger vekt på sosiale og personlige ressurser, samt fysisk yteevne. Følgende innsatsområder og strategier ble trukket frem i Ottawa konferansen: Bygge opp en sunn helsepolitikk, skape et støttende miljø, styrke lokalmiljøets muligheter for handling, utvikle personlige ferdigheter og tilpasse helsetjenesten (WHO, 1986).

Empowerment eller myndiggjøring, er forankret i det forebyggende og helsefremmende arbeidet, og føringer er nedfelt i den norske St.meld. nr. 16 (2002-2003). Den bekrefter bruk av empowerment som en strategi der pasienten får støtte til å utvikle personlige ferdigheter og bedre håndtere sykdom. Pasientmedvirkning er et sentralt begrep innen empowerment, og handler om den innflytelse en pasient har i forhold til beslutningsprosesser og utforming av tjenestetilbud som berører den enkelte (St meld nr 34., 1996-97). Begrepet myndiggjøring løftes derfor frem som et sentralt prinsipp om hvordan folkehelsen kan bedres. I dette ligger tanker om at god helse best kan fremmes ved at folk selv får kontroll over de forhold som påvirker deres helse

(WHO, 1987). Den tenkte kontrollen skal kunne oppnås ved at den enkelte sikres medbestemmelse og autonomi i saker som angår dem selv.

WHOs definisjon av helse: “Helse er en tilstand av fullkommen fysisk, psykisk og sosial velvære- ikke bare fravær av sykdom eller svakhet” (WHO, 1948) vil bli lagt til grunn videre i MPH-arbeidet i tillegg til Peter F Hjorts definisjon: “God helse har den som har evne og kapasitet til å mestre å tilpasse seg livets uunngåelige vanskeligheter og hverdagens krav” (Hjort, 2010).



Helsekaret er en modell som kan illustrere hva som kan føre til god og dårlig helse. I helsekaret blir helse sett på som en mengde, og denne mengden reduseres på grunn av at vi blir eldre eller at vi blir utsatt for skade, sykdom eller sosiale problemer. Men vi kan også fylle på karet og øke mengden. I Norden kan vi i stor utstrekning velge hvilken livsstil vi ønsker å ha, selv om det finnes opplagte begrensninger, både i oss selv og i miljøet rundt oss. På samme måte finnes det muligheter hvis vi er villige til å benytte oss av dem. Dette kan være for eksempel kreftpasienter som deltar i forskjellige aktivitetsprosjekter.

Figur 1. Modell på hva som kan føre til god og dårlig helse, Helsekaret, fra Norges offentlige utredninger, 1991

I prosjektet “Treningskompis” ønsket en å se på hvor stor betydning sosial støtte hadde for voksne, hjemmeboende kreftpasienter som ønsket å komme i gang igjen med fysisk aktivitet. I WHOs helsedefinisjon og i helsekaret ser en at sosialt velvære er viktig for helsen. Sosiale nettverk er en form av sosial kapital som påvirker helsen, og det er en risiko for at det sosiale nettverket reduseres ved sykdom og stigende alder. Det sosiale nettverket er imidlertid strukturen for sosial støtte, og består av emosjonell og instrumentell støtte. Forskning viser at eldre som har et støttende sosialt nettverk har bedre fysisk og psykisk helse enn de som savner slik støtte (Gadalla, 2009; Phillips et al., 2010;)

Mestringstro eller “self- efficacy” er viktig da den tiltro en person har til sin egen mulighet for å påvirke situasjoner, har betydning for hvordan han/hun møter utfordringer og hvilke valg de tar (Bandura, 1977, 1992, 1995; Wornes, 2009). Det er derfor viktig at kreftpasienter har en god mestringstro slik at de kan takle de

helseutfordringene de møter på en bra måte, og samtidig ta gode valg. Bandura (1997) mener at det er fire faktorer som kan påvirke mestringstroen vår i positiv og negativ grad, alt ettersom hvordan man tolker og forholder seg til dem:

- 1.) Ytelseserfaring
- 2.) Andres suksess
- 3.) Tilbakemelding
- 4.) Fysiologisk og mental tilstand

En relevant teoretisk referanse for vår mestringsforståelse og helsefremmende perspektiv, er også Aron Antonovskys teori om **salutogenese**. Salutogenese er en tilnærming som fokuserer på faktorer som fremmer helse og velvære framfor hva som forårsaker sykdom. Ifølge Antonovsky er helse ikke et spørsmål om hva vi utsettes for, men om vår evne til å takle det som skjer i livet (Antonovsky, 2000).

3. PROBLEMSTILLING OG FORSKNINGSSPØRSMÅL

Hovedmålet med dette MPH-arbeidet er å beskrive og få innsikt i deltageres erfaringer fra prosjektet "Treningskompis", både brukernes og treningskompisenes. I tillegg å få innsikt i deres forslag til hvordan det best kan tilrettelegges for å hjelpe hjemmeboende kreftpasienter til å komme i gang med, og opprettholde regelmessig fysisk aktivitet over tid. Studiet skal sammen med andre evalueringstiltak, som spørreskjemaer og refleksjonsnotater, bidra til å avklare om prosjektet eventuelt skal anbefales på landsbasis.

For å få belyst oppgavens hovedmål har forfatteren jobbet ut fra følgende problemstilling:

«Hvordan kan prosjektet "Treningskompis" best tilrettelegges slik at kreftpasienter får hjelp til å komme i gang og fortsette med fysisk aktivitet?»

Forskningsspørsmål:

1. Hvilke tanker hadde deltagerne rundt det å være fysisk aktiv med en kreftdiagnose/ etter en kreftdiagnose?
2. Hvilke positive erfaringer hadde deltakerne med prosjektet?
3. Hvilke negative erfaringer hadde deltakerne med prosjektet?

4. METODE

4.1 Design

Valg av metode og design skjer på bakgrunn av studiens formål og forskningsspørsmål. Kvalitative metoder kan åpne for forskning på felt der kunnskapsgrunnlaget er lite, der problemstillingen som skal utforskes er sammensatt og kompleks og der vi kan forvente et mangfold av mulige svar. Kvalitative metoder er derfor egnet til å få vite mer om menneskelige erfaringer, opplevelser, tanker, motiver, holdninger og forventninger. Dette er grunnen til at kvalitative metoder passer godt på forskning av dynamiske prosesser som samhandling, utvikling, helhet og bevegelse (Malterud, 2011). I tillegg til å gi oss kunnskap om hvordan mennesker erfarer, oppfatter og forstår ulike fenomener i sitt liv (Polit & Beck, 2008).

Som design ble fenomenografi valgt. Fenomenografi er et relativt nytt forskningsdesign som ble utviklet på slutten av 1970- tallet på en pedagogisk institusjon i Göteborg. Fenomenografi er dynamisk i den forstand at den er i stadig utvikling, og det er store variasjoner både i metodologiske beskrivelser og praktisk tilnærming (Alexandersson, 1994; Bernhard et al., 1999). I dette MPH-arbeidet har forfatteren derfor brukt litteratur fra flere kilder for å gi et bilde av det fenomenografiske design.

Ference Marton introduserte begrepet fenomenografi som kommer av de to greske ordene "fenomen", som betyr som det viser seg, og "grafi", som betyr å beskrive i ord og bilder. Fenomenografien beskriver virkeligheten slik den viser seg i vår bevissthet (Alexandersson, 1994). Hensikten i fenomenografisk forskning er derfor å beskrive verden slik den er forstått ved å beskrive menneskers oppfatninger av den (Lepp & Ringsberg, 2002).

Til forskjell fra fenomenologi som søker å beskrive en felles forståelse, den unike essensen av et fenomen, er hensikten i en fenomenografisk studie å beskrive variasjoner av oppfatninger av fenomenet. Begrepene oppfatning og erfaring brukes ofte om hverandre. Måten mennesker erfarer/oppfatter verden på tas ofte for gitt og erfaringene er ikke gjenstand for bevisst refleksjon. For å forstå hvordan mennesker håndterer en situasjon, må vi forstå hvordan de erfarer situasjonen (Marton et al., 2000).

I dette prosjektet kan en tenke seg at det var forskjellige oppfatninger av "Treningskompistilbudet", både mellom kreftpasientene og treningskompisene og innad i gruppene. Forskjellige oppfatninger av "Treningskompistilbudet" vil være avhengig av personlige, faglige, kulturelle og sosiale faktorer. Hver kreftpasient og treningskompis kan derfor oppfatte, erfare og forstå "Treningskompistilbudet" på ulike vis. Dette MPH-arbeidet vil derfor også ha en induktiv tilnærming, der det blir tatt utgangspunkt i informantenes uttalelser for å kunne få kunnskap om hvordan kreftpasienter og treningskompiser erfarte og forstod "Treningskompisprosjektet".

4.2 Deltagere og utvalg

Ved prosjektstart fikk alle deltagerne (presentert på side 7) informasjon om at de etter ett år ville bli invitert til å delta på gruppeintervju for å dele sine erfaringer med Kreftforeningen. Alle fikk et invitasjonsbrev til å delta i gruppeintervju en av to datoer i desember 2012. De frivillige treningskompisene fikk tilbud om å komme 5. eller 6. desember 2012, og brukerne/ kreftpasientene fikk tilbud å komme 4. eller 5. desember 2012. De ble oppfordret til å gi beskjed til Kreftforeningen om de kom, og hvilken av disse datoene som passet best før 5. november 2012. Av 20 treningskompiser som ble invitert kom ni personer, og av åtte kreftpasienter kom fem til fokusgruppeintervju.

4.3 Fokusgruppeintervju

Et fokusgruppeintervju er et strukturert gruppeintervju hvor en eller to personer leder et intervju med deltakere. Intervjuene bør ha en uformell form med mulighet for at deltakerne kan komme med egne tema og innspill. Fordelen med fokusintervju er at siden deltakerne samtaler om sine erfaringer, kan man få frem mer informasjon enn ved å intervju et og ett gruppemedlem. Gruppeintervju er derfor spesielt godt egnet til å få innsikt i erfaringer, holdninger og synspunkt i miljø der mange mennesker samhandler (Malterud, 2011). Antall i en fokusgruppe varierer, men i litteraturen er både fem til åtte og seks til ti informanter nevnt som et passende antall (Malterud, 2011; Kvale & Brinkmann, 2009).

Det ble gjennomført fire fokusgruppeintervju med til sammen 14 informanter. Intervjuene ble foretatt av forsker Line Oldervoll fra NTNU, som er ansvarlig for evalueringen, og av Inger Merete Skarpaas fra Kreftforeningen, som er prosjektleder. Det var to fokusintervju med kun frivillige treningskompiser (Tabell 2) og to med kun kreftpasienter (Tabell 3). Det var en spredning i alder på informanter som var frivillige treningskompiser fra 25 til 65 år, og det var en spredning i alder hos kreftpasientene på 44 til 71 år.

Tabell 2. Frivillige treningskompiser, kjønn, antall og gjennomsnittsalder.

Kjønn	Antall	Gjennomsnitt alder (spredning)
Kvinne	8	52 (25-65)
Mann	1	50(50)

Tabell 3. Brukerne/ kreftpasientene, kjønn, antall og gjennomsnittsalder.

Kjønn	Antall	Gjennomsnitt alder (spredning)
Kvinne	5	56 (44-71)
Mann	0	0 (0)

Intervjuene forgikk i uforstyrrede omgivelser i Kreftforeningens lokaler i Trondheim, og det ble lagt vekt på å skape en trygg atmosfære. Informantene ble i forkant av intervjuene informert om hensikten med intervjuene, og eventuelle spørsmål til studien ble avklart før intervjuet startet. Det ble presisert at ingen oppfatninger var riktig eller feil, og at informanten kunne ta tenkepauser underveis. I følge Sjostrøm og Dahlgren (2002) er dette i tråd med det fenomenografiske design. For å få belyst de spørsmål en ønsket å få svar på, var det på forhånd laget en intervjuguide med spørsmål knyttet til forskningsspørsmålet. Det var ønskelig at diskusjonen skulle gå så fritt og ledig som mulig. Når dialogen imidlertid gikk i stå eller når deltagerne sa noe som intervjuerne ønsket å få vite mer, stilte de spørsmål om det eller fra intervjuguiden.

Som en introduksjon til temaet ble fokusgruppene med frivillige treningskompiser i starten bedt om å beskrive hvordan det var å være en treningskompis for en kreftpasient, mens fokusgruppene med kreftpasienter ble spurt om hvordan det har vært å ha en frivillig treningskompis. To personer var tilstede under intervjuene, en som ledet intervjuene og en som var bisitter. Det ble tilstrebet at alle skulle komme til orde, og dette ble forsøkt gjort på en skånsom og ivaretagende måte ved at henvendelse ble gjort direkte til de som var minst aktive.

I intervjusituasjonen er forskeren/ forskerne selv det viktigste instrumentet. Kvaliteten på kunnskapen som innhentes er avhengig av forskernes kompetanse i intervjusituasjonen, det vil si deres kunnskaper, følsomhet og empati (Kvale, 1997). I intervjusituasjonen ble det hele tiden lagt vekt på å ha studiens hensikt i fokus. Det ble tilstrebet å legge egen forforståelse til side og fremstå med en viss naivitet og nysgjerrighet i forhold til tema og informantens utsagn. Åpne oppfølgingsspørsmål ble stilt på en utforskende måte for å stimulere til videre refleksjon, og for å oppklare eventuelle misforståelser eller feiltolkninger av informantens utsagn. Målet var å få tak i kreftpasientenes og treningskompisenes erfaringer, det vil si det som var underforstått og ikke tidligere hadde vært gjenstand for bevisst refleksjon.

Intervjuene varte mellom en time og ti minutter, og en time og 26 minutter. Alle intervjuene ble tatt opp på lydbånd.

4.4 Analyse

Hensikten med dataanalysen i kvalitativ forskning er å strukturere og finne mening i den store mengden innsamlede data (Polit & Beck, 2008). Den fenomenografiske analyse tok utgangspunkt i teksten fra intervjuene for å kunne beskrive informantens oppfatninger av ”Treningskompistilbudet”. Det ble arbeidet induktivt med oppmerksomhet på at meningsinnhold og resultat i form av kategorier skulle springe fram fra teksten. Fokus var ikke å komme fram til forutbestemte oppfatninger (Alexandersson, 1994).

I transkriberingsprosessen ble lydopptakene omgjort til analyserbar tekst. De fire fokusintervjuene ble transkribert av forfatteren, som ikke hadde foretatt intervjuene. I transkriberingsprosessen er det også viktig å kvalitetssikre at teksten gir et presist og

korrekt bilde av hva som faktisk ble sagt (Polit & Beck, 2008). For å verne om informantens anonymitet, ble ikke deltagerne nevnt med navn. Fokus i transkriberingsprosessen var at det opprinnelige meningsinnholdet ble bevart i omgjøring fra tale til tekst. Den transkriberte teksten ble så kontrollert ved en gjennomlesning samtidig som forfatteren lyttet til lydopptakene.

Datamaterialet i studien er analysert etter en sju-trinns modell beskrevet av Dahlgren og Fallsberg (1991). Studiens hensikt var i fokus gjennom hele analyseprosessen. Da de fire fokusintervjuene var analysert hver for seg, ble materialet organisert og sammenlignet med hverandre. Det er her gitt en trinnvis beskrivelse av analyseprosessen, men det må presiseres at analysen gjennom hele prosessen pendlet fram og tilbake mellom de ulike stegene som er beskrevet under.

Oversikt over sju- trinns analysemodell (Dahlgren & Fallsberg 1991):

1. Orienterere: Gjennomlesning av hele datamaterialet ble gjort. Hensikten var å bli godt kjent med materialet i sin helhet. Dette krevde gjentatte gjennomlesninger av de fire fokusintervjuene. Allerede på dette stadiet av analysen så forfatteren konturene av hva informantene var opptatt av og at det var variasjoner, men også likheter i det som ble sagt.

2. Kondensere: Datamaterialet ble kondensert ved at utsagn som var relevante for studiens hensikt ble identifisert og hentet ut av teksten. Utsagnets nummer ble notert slik at det lett kunne finnes igjen i originalmaterialet. Tankepauser og lyder som ”eh”, ”mmm” og latter ble fjernet fra teksten, og teksten fikk et mer skriftspråklig uttrykk. Meningsinnholdet i teksten ble tydeliggjort, samtidig som forfatteren hadde fokus på at det opprinnelige meningsinnhold i informantens utsagn ble bevart.

3. Sammenligne: Utsagnene ble sammenlignet med hverandre slik at likheter og ulikheter kunne komme til syne. Konturene av foreløpige oppfatninger framkom. Utsagn ble sett i sin opprinnelige kontekst, slik at forfatteren var sikker på at meningsinnholdet i oppfatningene gav et korrekt bilde av det som faktisk ble sagt i fokusintervju- situasjonene.

4. Gruppere: Oppfatningene ble gruppert ut fra det karakteristiske innhold og dannet ti delkategorier. Variasjoner i oppfatninger innen hver kategori kom til syne.

5. Utforme: De ti delkategoriene ble gruppert etter hva forfatteren oppfattet som essensen i dem og dannet fire beskrivelseskategorier.

6. Navngi: Beskrivelseskategoriene navngis etter innholdet i delkategoriene.

7. Kontrastere: Beskrivelseskategoriene ble sammenlignet i forhold til likheter og ulikheter. Dette var for å sikre forfatteren at hver enkelt beskrivelseskategori hadde et unikt innhold, samt å sikre at de var på samme abstraksjonsnivå.

4.5 Forfatterens forforståelse

Underliggende for kvalitativ analyse er at virkeligheten kan tolkes på ulike måter, og at resultatene derfor vil kunne bli påvirket av forskerens forforståelse. Det vil si at forskernes ståsted og erfaringer er med på å bestemme hvilke mønstre som tegner seg under analysen, hva som hører naturlig sammen, og hvilke ord hun bruker for å navngi det hun ser (Malterud, 2011). Analysen i dette MPH- arbeidet ble foretatt av forfatteren som har jobbet som fysioterapeut i sju år, og har noe jobberfaring med aktuell pasientgruppe fra sykehus. Som fysioterapeut er jeg opptatt av kroppens funksjoner og særlig dens bevegelse.

4.6 Validitet og reliabilitet

Kvalitative forskningsmetoder er velegnet til å få kunnskap om og forståelse for menneskers opplevelse og oppfattelse av ulike fenomen (Kvale & Brinkmann, 2009). I følge Kvale (1997) er validitet hvorvidt en studie undersøker det den er ment til å undersøke. Malterud (2011) knytter også begrepene relevans og refleksivitet til validitetsspørsmålet, og mener at det er to begreper en skal ha med seg gjennom hele forskningsprosessen. Spørsmål om relevans begynner med ideen, og gjelder gjennom hele prosessen fra forskningsspørsmål og metode til analyse og resultat. En gjennomgående refleksivitet i studien dreier seg om forskerens evne til å stille spørsmål ved framgangsmåte og konklusjoner (Malterud, 2011). Reliabilitet henviser til at en forskningsstudie skal være pålitelig, samt at resultatene skal kunne gjengis av andre ved bruk av samme forskningsmetode (Kvale & Brinkmann, 2009).

4.7 Etiske overveielser

Det er innhentet informert samtykke av deltagerne for deltagelse i evalueringen, og innsamlet data behandles etter norsk personvernlovgivning. I forkant av oppstart av prosjektet fikk deltagerne muntlig og skriftlig informasjon om prosjektet. Informasjonen bestod av bakgrunn og hensikt med prosjektet, info om fokusintervjuene, forsvarlig behandling av data og personvern samt muligheten for å trekke seg fra prosjektet uten konsekvenser.

Under fokusgruppeintervjuene ble det ikke stilt sensitive spørsmål eller fokusert på den enkeltes sykdomshistorie, men på den enkeltes og gruppens kollektive erfaringer med deltakelse i prosjektet.

Når det gjelder etisk godkjenning, har REK Midt vurdert prosjektet som ikke fremleggespliktig jf. Helseforsikringsloven paragraf 10, tredje ledd med prosjektnummer 2011/1544 (Se Vedlegg 1).

Prosjektet er tilrådd og godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (NSD) 29.08.2011, prosjektnummer 27719 (Se Vedlegg 2).

5. RESULTAT

I analysen ble fire hovedkategorier identifisert med ti underkategorier. De fire hovedkategoriene er følgende: 1) Opplæring i å bli treningskompis, 2) Opplevelser med ”Treningskompisprosjektet”, 3) Fysiske og psykiske aspekter ved å ha en treningskompis og 4) Tro på fortsatt å være fysisk aktiv (Tabell 4). Hver kategori vil bli presentert med et sammendrag og utvalgte sitater fra datamaterialet.

Tabell 4. Oversikt over hovedkategorier og underkategorier.

HOVEDKATEGORI	UNDERKATEGORI
Opplæring i å bli treningskompis	- Betydning av innføring i prosjektet - Sosiale relasjoner
Opplevelser med “Treningskompisprosjektet”	- Mestring gir økt aktivitetsnivå - En skriftlig kontrakt øker seriøsiteten - Likemann og likeverd
Fysiske og psykiske aspekter ved å ha en treningskompis	- Økt påvirkningskraft over eget liv - Det å komme i bedre fysisk form - Meningsfull aktivitet
Tro på fortsatt å være fysisk aktiv	- Positive erfaringer - En avtale

5.1 Opplæring i å bli treningskompis

Opplæringen ble forsøkt tilpasset kreftpasienters behov, og den rollen treningskompisene skulle ha som frivillige medarbeidere i Kreftforeningen. I fokusintervjuene fortalte informantene om opplæringen og den praktiske utprøvingen.

Betydning av innføring i prosjektet

De frivillige treningskompisene opplevde det som positivt å få en teoretisk og praktisk innføring i det å være en frivillig treningskompis. Dette uavhengig om de hadde erfaring som frivillig i Kreftforeningen fra før. Kurset de hadde vært på hadde vært veldig bra. Ingen av dem visste helt hva de gikk til, men alle på kurset hadde vært veldig positive og motiverende. Dette medførte at de syntes de fikk veldig mye ut av det. De hadde blant annet fått informasjon rundt det å være kreftsyk og ideer på hva de kunne finne på

med brukeren. For mange av treningskompisene hadde det vært en fin balansegang. Flere syntes at det var positivt at det ikke hadde vært så mye om sykdom og plager, men heller at dette var mennesker som skulle ut å trene og ut på tur.

Videre fortalte treningskompisene at de trodde de ikke hadde greid å være treningskompis for en kreftpasient uten kurset. Flere fortalte at det hadde vært flere ganger hvor de hadde tenkt tilbake på det de lærte på kurset, og hadde bladd igjennom permen ved flere anledninger. Starten hadde derfor vært bra, informativ og viktig. Det var også fint at opplæringen hadde vært lite sentimental, men heller hadde vært optimistisk.

Synes kurset vi var på i fjor høst var veldig bra. Ingen av oss viste helt hva vi gikk til, men alle var veldig gira og positive. Synes vi fikk veldig mye ut av det og tror ikke vi hadde greid det uten kurset. Det hadde i hvert fall ikke vært like motiverende. Det har vært flere ganger jeg har tenkt tilbake på det vi lærte på kurset, og jeg har bladd igjennom permen flere ganger. Starten var kjempebra og viktig. (Treningskompis)

Tilbakemeldingene fra de frivillige treningskompisene var derfor at de stort sett var fornøyde med opplæringen de fikk, selv om det var et par ting noen av dem savnet. Litt mer teori rundt ”psykologirollen de kunne komme borti”, litt om bivirkninger av ulike kreftbehandlinger og litt om hva brukerne møter etter de er ferdig behandlet på sykehuset, var temaer enkelte frivillige treningskompiser fortalte at de savnet i opplæringen. De hadde imidlertid forståelse for at det er begrenset hvor mye informasjon en kan få inn i et kurs. Noen nevnte også at en kanskje kunne hatt litt mindre praktisk trening i opplæringen slik at det ble mer tid til det psykiske, mens andre treningskompiser var uenige.

Fint å få den opplæringa, jeg følte meg trygg. Hadde jeg vært utrygg ville jeg nok ikke vært en god treningskompis, men det kunne kanskje vært litt mer belyst rundt det psykiske og det teoretiske rundt det å ha kreft? (Treningskompis)

Et par treningskompiser etterlyste også litt mer informasjon om hva som møter en kreftpasient etter at de er ferdigbehandlet på sykehuset. Dette da en skal være ganske ressurssterk for å ta tak i ting når en er veldig sliten og ikke helt i form. Hva er hjelpetiltakene og hva er jobben til fastlegen? Disse treningskompisene hadde erfart at deres brukere hadde følt seg veldig alene etter at de var ferdigbehandlet på sykehuset, og var derfor nysgjerrige på hvilke rettigheter og tilbud som faktisk finnes for denne pasientgruppen etter sykehusbehandling. Flere hadde nemlig blitt fortalt av brukerne at etter at de var ferdigbehandlet på sykehuset hadde de og kofferten deres blitt satt på trappa, og så stod de der alene uten helt å vite hva som skulle skje nå. Flere av brukerne syntes det hadde vært for lite informasjon om støtte og hjelpetiltak for dem ute i kommunene. Ellers nevnte et par treningskompiser at de ønsket at de hadde fått en bruker rett etter opplæringen, noe de ikke hadde fått. De sa imidlertid at de forstod at ikke alle hadde fått det, da det ikke hadde vært nok kreftpasienter som hadde meldt sin interesse for å delta i prosjektet.

Brukerne fortalte at de syntes det hadde vært fantastisk å ha en frivillig treningskompis. De fortalte at det hadde vært veldig godt å ha noen til å hjelpe dem med å komme i gang med fysisk aktivitet, og at det hadde vært veldig fint å ha noe mer å spille på enn venner og familie. Samtidig som de sa at når en melder seg på noe selv, så tar en kanskje også litt mer ansvar for det.

Jeg synes det har vært helt fantastisk å ha en treningskompis for det å komme seg ut, ja det har vært vanskelig når en er alene. Og selv om en ikke "trener" så er det en som hjelper en med å komme seg ut. Det har vært en avtale og en å snakke med. Så for meg har det vært helt fantastisk. (Bruker)

Enkelte av brukerne fortalte at det burde være noen håndteringer rundt taushetsplikten til de frivillige. For det kan være et stort ansvar å gå fra rollen som privatperson til rollen som frivillig person og ha taushetsplikt. Et par av kreftpasientene fortalte at de følte at deres treningskompis hadde brutt taushetsplikten sin. Riktignok hadde de tatt opp dette med sin treningskompis, men de etterlyste likevel noen håndteringer rundt dette.

Noen av de frivillige treningskompisene fortalte at i stedet for mer informasjon på opplæringskurset, kunne det kanskje være en ide å få mer opplæring underveis. At det for eksempel ble holdt samlinger et par ganger i løpet av prosjektet, slik at treningskompisene kunne komme sammen og snakke om eventuelle utfordringer og spørsmål. Det var først da de begynte som treningskompis at spørsmål og utfordringer dukket opp. Dette var det imidlertid litt forskjellige meninger om. Andre treningskompiser mente at det 28-timers kurset de hadde hatt var veldig bra, og at det var nok.

Sosiale relasjoner

Både de frivillige treningskompisene og brukerne fortalte at de syntes at samarbeidet fungerte bra. Det var et tilfelle hvor en bruker fikk en ny treningskompis, men det var fordi den frivillige treningskompisen måtte slutte av personlige årsaker. Det var også et tilfelle hvor en bruker byttet treningskompis fordi vedkommende følte at hun måtte "mase" på treningskompisen, og at det førte til litt dårlig kjemi. Viktigheten av at treningskompisen var klar over at de hadde en forpliktelse til å dra litt den som hadde vært syk, framholdtes av kreftpasientene. En som tok deres forventninger på alvor.

Ellers fortalte brukerne at de forventet seg ikke en personlig trener eller psykolog. De forventet seg bare et menneske som gikk tur med dem og som de kunne snakke med. En som de fikk god kjemi med og som hjalp dem med å være i fysisk aktivitet. Noen av de frivillige treningskompisene følte derimot at de fikk en psykologirolle og opplevde det som litt vanskelig. Andre treningskompiser derimot fortalte om et samarbeid som hadde fungert veldig bra.

Det er viktigste for meg var at treningskompisen min var blid og hyggelig. At hun viste medmenneskelighet, noe hun gjorde. Så jeg har ikke hatt behov for å snakke med noen på "den måten". Det har bare vært hyggelig prat. (Bruker)

På min første bruker så måtte jeg være litt psykolog. Var mye snakk om sykdom og jeg måtte trå støttende til. (Treningskompis)

Selv om de frivillige treningskompisene også fortalte om et godt samarbeid med brukerne, opplevde noen av dem et par situasjoner de syntes var litt vanskelige. Noen opplevde også at deres bruker fikk tilbakefall eller at det plutselig ble stille fra vedkommende. De svarte ikke på deres henvendelser, og de viste ikke hvor mye kontakt de skulle initiere. I slike tilfeller var det veldig fint at en kunne kontakte rådgiver i Kreftforeningen, slik at vedkommende kunne være mellomledet mellom dem. Treningskompisene roste Kreftforeningen for at de hele tiden hadde vært tilstedeværende under prosjektet, og at de hadde gitt bistand ved behov.

Jeg har hatt en utfordring i det siste med min bruker. Jeg har ikke hørt noe på en stund. Og det som slår meg er; har vedkommende fått tilbakefall eller var ikke matchen god? Vært litt bekymret for en bryr seg om disse menneskene. Snakket med (...) i Kreftforeningen om dette, og denne rådgiverstillingen har fungert bra for meg. (Treningskompis)

Noen av treningskompisene opplevde at deres bruker ble "avhengige" av dem. At vedkommende ikke kom seg ut hvis det var ingen hun kunne trene med. Brukerne fortalte samtidig at mange av vennene deres forsvant mens de var syke. De hadde ikke energi til å være med på aktiviteter, og i perioder hadde de også så dårlig immunforsvar at de måtte isolere seg. "Når du alltid sier nei, så slutter folk å spørre", fortalte brukerne. Noen av dem følte at deres liv stod stille under behandling, mens deres venners liv gikk videre, og da de var friske nok til å møte hverdagen igjen så hadde vennene gått videre. Brukerne fortalte derfor at treningskompisen ble ikke bare en som tok de med på trening, det ble også en de kunne snakke med. En venn.

Dette er en utfordring som de frivillige treningskompiser tok opp i fokusintervjuene. Enkelte følte at det kunne bli litt mye, og hadde ikke helt visst hvordan de skulle sette grensen mellom det å være treningskompis og en god venn. Et par nevnte derfor at en kanskje burde diskutere problemstillingen; "hva hvis vi finner tonen så bra at vi blir for godt kjent?", når rådgiveren i Kreftforeningen, brukeren og treningskompisen møtes første gang for å skrive kontrakten. Andre frivillige derimot syntes det var fint at det utviklet seg til et nært vennskap mellom dem og brukeren.

5.2 Opplevelser med treningskompisprosjektet

Informantene fortalte om økt aktivitetsnivå hos brukerne i løpet av prosjektperioden, og at kontrakten mellom de ulike partene ga en seriøsitet og en forpliktelse. I tillegg til at de så fordelen av å benytte brukere av ulike rehabiliteringstilbud til å informere andre kreftpasienter om disse.

Mestring gir økt aktivitetsnivå

Brukerne fortalte at det var vanskelig å komme i gang med fysisk aktivitet etter kreftbehandlingen. Mange slet med fatigue og ustøhet i tillegg til tiltaksløshet. Noen av dem syntes også at det hadde vært litt vanskelig å vise seg ute og på treningssentre uten hår, øyevipper og med andre synlige tegn på at de hadde vært igjennom en hard og tøff kreftbehandling. Brukerne fortalte at treningskompisen deres hadde hjulpet dem i gang med fysisk aktivitet, og at de ønsket at alle kreftpasienter fikk samme tilbud.

Da jeg fikk en treningskompis, var jeg ”bambi på isen”. Hadde ikke føtter å stå på nesten. Nå ett år etterpå har jeg mistet min treningskompis, men hun har lært meg veldig mye. Er evig takknemlig. (Bruker)

Andre brukere satte imidlertid stort press på seg selv til å trene mye og hardt, og syntes det hadde vært betryggende og fint å ha en treningskompis som var med på å sette grenser. Dette da brukerne fortalte at de ved oppstart av prosjektet ikke hadde merket sine egne grenser ordentlig og hvor mye de kunne presse seg. Brukerne fortalte også at de følte seg sliten hele tiden da de ble med i prosjektet. Kroppen hadde ikke kommet så langt at den kunne si ifra. Det var derfor betryggende å ha en treningskompis som kunne gi dem beskjed når de burde ta det litt med ro. Det ga dem en trygghetsfølelse som igjen ga dem en mestringsfølelse. Brukerne fortalte at den mestringsfølelsen en får gjennom trening, hadde vært veldig god å kjenne på.

Også de frivillige treningskompisene fortalte at de syntes det har vært meningsfylt, og veldig givende å se den positive utviklingen hos brukerne. De fortalte om brukere som ved prosjektstart hadde vært litt nedstemte, inaktive og i dårlig fysisk form, til brukere som ved prosjektslutt trente regelmessig på treningssentre og som følte seg litt lettere til sinns. De frivillige treningskompisene brukte også ordet ”stolthet” av å ha fått lov til å være med på hjelpe et menneske i gang med fysisk aktivitet etter sykdom. Det hadde vært flott å få lov til å være med på og gi brukere en trygghetsfølelse og en mestringsfølelse, som medførte at de økte sin fysiske aktivitet. Treningskompisene hadde ikke brukt mye tid eller krefter på dette her, men de følte at de har fått veldig mye positivt igjen. De hadde sett hvor mye det har betydd for brukeren/ brukerne de hadde hatt, og syntes det hadde vært veldig positivt å være med på prosjektet.

I begynnelsen var brukeren min så ustø at hun klarte nesten ikke å gå. Nå går hun flere ganger i uken turer på egen hånd. Vært veldig fint og få lov til å være med på noe sånt. (Treningskompis)

En skriftlig kontrakt øker seriositeten

Brukerne fortalte at det hadde vært veldig viktig å ha en kontrakt med treningskompisen sin. Det å ha det formelle i orden var viktig. Videre sa brukerne at det blir et personlig forhold etter en stund, men at det i begynnelsen var greit å ha forpliktelsen med kontrakten. Ellers ble det nevnt at siden treningstidene hadde vært planlagt og avtalt, så

hadde de også blitt gjennomført. Brukerne fortalte også at en treningsavtale med treningskompisen medførte at flere kom seg ut, selv om de hadde en dårlig dag og hadde mest lyst til å ligge på sofaen. De nevnte hvor viktig det var med den følelsen de hadde av en forpliktelse. De hadde gjort en avtale og en kontrakt med en person som de ikke kjente, og flere trodde dette medførte at de kanskje hadde presset seg litt ekstra, selv på de dagene som hadde vært helt forferdelige.

Brukerne synes også det hadde vært bra å lage mål med treningskompisen slik at de hadde noe å jobbe mot. Flere fortalte også om gleden av å lage nye delmål ettersom de kom i bedre form. Selv om de fleste brukerne ikke hadde rukket å oppnå sine hovedmål, som blant annet var å løpe 10 km i Oslomaratton eller sykle Skarverennet, syntes de det hadde vært godt å ha komme i gang med fysisk aktivitet. Noen brukere syntes imidlertid det var litt vanskelig med alle forventningene omgivelsene og de selv hadde og har til seg selv. Med vilje hadde de derfor laget mål som handlet om ikke å ta ting for fort. De fortalte blant annet at de følte seg tvunget tilbake til jobb etter et år siden en ikke mottar 100 prosent sykepenger mer enn et år.

Jeg synes det har vært veldig fint å ha noen kortsiktige og langsiktige mål, men noen ganger blir jeg frustrert for jeg synes det går litt tregt. Jeg har ikke kreft lengre, men i hodet mitt har jeg fortsatt kreft. Det jeg opplever er at både jeg selv og omgivelsene sier; at nå når du er frisk skal du jobbe fullt, være aktiv med ditt barn og du skal trene. Du skal liksom være i full gang igjen med en gang. (Bruker)

Også treningskompisene synes det hadde vært bra at brukerne hadde blitt presset til å sette konkrete og målbare mål. Det medførte at det ble mer konkretisert og at de hadde noe å jobbe sammen mot. Det var fint at brukerne ikke kunne skrive at de ønsket å komme i form, men at de måtte skrive hva det å komme i form betydde for dem, for eksempel at de skulle komme tilbake i jobb. Det var også bra at målene til brukerne var delt opp i delmål og hovedmål. Noen ganger hadde brukerne skrevet opp hovedmål som de viste de ikke ville rekke å oppnå i løpet av prosjektperioden, men med hjelp av delmålene hadde de likevel noe å jobbe mot. I tillegg til at det hjalp dem og brukeren til å vite når de skulle avslutte samarbeidet.

Likemann og likeverd

Brukerne mente at lite byråkrati og lavterskel for å ta kontakt med Kreftforeningen hadde hatt stor betydelse for at de tok imot tilbudet om å få en treningskompis. De fortalte at terskelen for å kontakte kommunen og be om en offentlig tjeneste, er mye høyere enn å ta imot hjelp fra en frivillig organisasjon. En betalt treningskompis hadde derfor ikke vært interessant for dem.

Ellers var det å være en likemann og likeverdig, en karakteristikk informantene ga de ulike rollene. Det var roller de frivillige treningskompisene helt bevisst ønsket å ha, og som brukerne fortalte at de opplevde som positivt. Det kom også frem av brukerne at dersom treningskompisen hadde vært en i kommunen som hadde fått betalt, ville det ikke føltes som en likemann. De hadde da vært avhengig av en som arbeidet og som

fikk betalt. Når det i stedet var en frivillig så var det en kompis, en likeverdig som de kunne gjøre avtaler med på helgen eller når det måtte passe. Samtidig som de trodde at en frivillig treningskompis ville være mer dedikert til oppgaven og mer stabil enn en som er betalt. Treningskompisene syntes også det hadde vært en veldig positiv opplevelse å gå tur eller trene på treningssenteret med brukerne. De syntes det hadde vært et godt avbrekk for dem å gå tur med noen som ikke hadde noe med deres privatliv eller jobb å gjøre. En slappet av og koste seg på turen. Det ble som en gikk tur med en venn og likeverdig.

Ordet likemann kom også opp i formidlingen om prosjektet. Flere brukere fortalte at de tok kontakt med Kreftforeningen etter at de så historier om “Treningskompisprosjektet” i ulike medier. Det at brukere av prosjektet, andre kreftpasienter, fortalte om sine erfaringer med prosjektet fikk flere til å tenke: “hvis hun kan, så kan jeg også.” Informantene syntes derfor det var fint at Kreftforeningen hadde brukt brukere til å markedsføre prosjektet. De mente imidlertid at de kunne ha gjort dette i større skala, da de trodde det ville ha hjulpet i etableringen av prosjektet. Å få brukere av ulike aktivitetsprosjekter til å reklamere for dem, var derfor noe informantene mente var viktig i etableringer av nye tilbud. Dette da det blir en likemann som en kan sammenligne seg med.

Jeg slo opp i Adresseavisen en lørdag, og der stod det en reportasje om ei dame og hennes treningskompis. Så da ringte jeg Kreftforeningen og meldte meg på prosjektet. Syntes det så veldig bra ut og det har det også vært. (Bruker)

5.3 Fysiske og psykiske aspekter ved å ha en treningskompis

Brukerne i prosjektet fortalte om frivillige treningskompiser som hadde hjulpet dem med å komme i gang med fysisk aktivitet. Noe som blant annet hadde gitt dem bedre kondisjon, mindre smerter og bedre livskvalitet. I tillegg hadde de hatt en treningskompis som hadde vært et medmenneske, en som hadde lyttet mens de hadde snakket seg tomme. Treningskompisen hadde vært en venn i en tid hvor mange av brukerne hadde mistet sine venner. Også de frivillige treningskompisene fortalte om positive erfaringer. De syntes det hadde vært positivt at de hadde kommet seg ut i frisk luft, at de hadde lært å verdsette sin egen gode helse mer, i tillegg til at de syntes det hadde vært betydningsfullt å gjøre noe positivt for andre.

Økt påvirkningskraft over eget liv

Ved inngåelse av kontrakten mellom den frivillige treningskompisen og brukeren, satte brukerne seg mål for treningen. Brukerne lagde både delmål og hovedmål, noe som hadde opplevdes som positivt både av brukerne og de frivillige treningskompisene. Det ble noe håndfast slik at de hadde noe å jobbe mot. Samtidig som det ble sett på som veldig positivt av brukerne, at de skulle være med å bestemme hvordan opplegget mellom dem og den frivillige treningskompisen skulle være.

Synes den kontrakten var helt grei, vi satte oss mål. Treningskompisen og jeg gjorde den sammen og vi var enige i hvordan vi skulle legge det opp. Jeg sa mine behov og så ble det lagt opp etter det. (Bruker)

Treningskompisene fortalte om brukere som hadde imponert dem på trening og at det var viktig at en ikke undervurderte dem. De syntes det hadde vært fint at brukerne hadde vært med på å bestemme når, hvor, hvor ofte og hva slags treningsaktivitet de skulle gjøre. I tillegg fortalte treningskompisene om brukere som de i begynnelsen måtte dra ut av døra hjemme for trene, til brukere som ved prosjektslutt var minst like ivrige til å være i fysisk aktivitet og trene som dem selv.

En dag så brukeren min veldig sliten ut. Jeg syntes ikke at vi burde ha gått tur, men hun insisterte. Så en skal ikke undervurdere dem. (Treningskompis)

Det å komme i bedre fysisk form

Informantene fortalte om positive helsegevinster av å ha deltatt i prosjektet, at det å være i fysisk aktivitet var viktig for både de frivillige treningskompisene og brukerne. I tillegg syntes treningskompisene det hadde vært positivt å føle at jobben de gjorde som frivillig var betydningsfull.

Selv om brukerne fortalte at de var glade i å være i fysisk aktivitet og trene før de fikk en kreftsykdom, syntes de det hadde vært vanskelig å komme i gang etter kreftbehandlingen. Hovedgrunnen til dette var at de hadde blitt veldig dårlig av sykdommen og behandlingen. Enkelte fortalte at de ble så dårlige at de ble slått helt i bakken, og at behandlingen slo beina under dem. Flere fortalte at de ikke trodde de hadde kommet i gang igjen med fysisk aktivitet og trening, hadde det ikke vært for treningskompisen. Treningskompisen gjorde at flere av dem kom seg på beina igjen og at dørstokkmilen ble borte. Brukerne fortalte også om gleden av å oppnå sine delmål, som bestod i å komme i bedre fysisk form, være ute i frisk luft og gå turer i naturen.

Ja, jeg har jo kjent at jeg har blitt bedre. Da jeg begynte å trene på treningssenter sammen med treningskompisen klarte jeg å gå to minutter på tredemølla. Nå klarer jeg å løpe, så det er jo klar forbedring. (Bruker)

Treningskompisene fortalte hvor flinke brukerne hadde vært til å ta utfordringer, også utfordringer de kanskje ikke alltid trodde de ville klare å oppnå. De hadde ofte vært imponert over hvor motiverte brukerne hadde vært og var til å komme i bedre fysisk form. I tillegg hadde det vært givende å se at brukerne nådde sine mål, og hvor mye det betydde for dem både fysisk og psykisk. Noen av treningskompisene hadde selv hatt kreft, og fortalte at de visste hvor mye fysisk aktivitet hadde betydd for dem både før, under og etter behandling. De syntes derfor det hadde vært fint å få lov til å være med å hjelpe andre med å være i fysisk aktivitet og trene.

Brukere fortalte tilsvarende om betydningen av å ha en treningskompis, som på grunn av god kjemi, ble en samtalepartner og støtte. Utgangspunktet var å komme fram til noe

positivt i fellesskap, og siden det hadde vært en til en så hadde treningskompisene også lært brukeren sin godt å kjenne.

Det har vært fint å ha en treningskompis for jeg har fått trent og løftet litt tanker. Var godt å ha en som var litt utenfor, ikke i nærmeste familie. Har en mor som kanskje har fått litt mye frustrasjoner. (Bruker)

Samarbeidet mellom meg og min bruker har fungert veldig bra. Er litt overrasket over at selv om vi er så forskjellige, så har vi hatt det helt topp sammen. (Treningskompis)

Meningsfull aktivitet

Fysisk aktivitet er en sentral del av en sunn livsstil, og felles for de frivillige treningskompisene var at de var glade i fysisk aktivitet. Brukerne hadde vært i regelmessig fysisk aktivitet før de fikk en kreftsykdom. Det at dette var et prosjekt som omhandlet nettopp fysisk aktivitet, var for mange av informantene hovedgrunnen for at de hadde vist sin interesse.

Treningskompisene fortalte at fysisk aktivitet er veldig viktig for dem, og skulle de selv bli syke ville det vært veldig trist og ikke kommet seg ut. De fortalte at de syntes det var flott at Kreftforeningen hadde forstått hvor viktig fysisk aktivitet er når en er syk, og at de ville være en del av det. Tabletter er ikke nok når en er alvorlig syk. De syntes også det hadde vært positivt å komme ut, både fysisk og psykisk. Det hadde vært et avbrekk i hverdagen, i tillegg til at de kom seg ut og fikk frisk luft.

De frivillige treningskompisene sa at de hadde lært mye om kreft og det å være kreftsyk av brukerne, noe som medførte en takknemlighet over selv å være frisk. De fortalte om erfaringer brukerne hadde som alvorlige syke, som de hadde lært mye av. De syntes derfor det hadde vært givende og meningsfylt å være en frivillig treningskompis, da de hjalp et menneske med å være i fysisk aktivitet samtidig som de selv kom seg ut. Ved prosjektslutt kunne de frivillige tenke seg å fortsette som treningskompis, og fortalte at de også ville anbefale andre til å bli det.

Brukerne syntes det hadde vært godt å ha noen til hjelpe seg med å komme seg ut av døren hjemme og å være i fysisk aktivitet, for det hadde vært vanskelig å komme seg ut alene rett etter kreftbehandlingen. I tillegg til at de hadde møtt noen ansikt til ansikt som de kunne snakke med. Brukerne nevnte at det hadde vært positivt at de og treningskompisene hadde møttes for å gjøre noe begge parter hadde lyst til, nemlig det å være i fysisk aktivitet sammen. Dette trodde brukerne medførte en gjensidig glede som forhåpentligvis begge parter hadde gode helsegevinster av. Det hadde vært monotont å være dårlig, og det å fokusere på det som hadde vært friskt og det en kunne gjøre, hadde vært viktig for dem i en syk hverdag. Dette var noe treningskompisene også fortalte om. De hadde merket at brukernes fokus ble flyttet fra sykdomsprat til andre hverdagslige samtaleemner under møtene. Viktigheten av å ha fokus på noe annet en sykdom når en er syk, ble derfor framholdt av informantene.

Da jeg begynte som frivillig treningskompis så hadde hun jeg var treningskompis for veldig mange diagnoser. Så i begynnelsen var det bare sykdomsprat og jeg lurte på hvor mye jeg egentlig skulle høre på. Men det som er interessant nå, for nå har det gått noen måneder, er at hun nesten ikke snakker om sykdom. Så hun hadde sikkert et behov for å få snakket litt og få tømt seg. For nå snakker vi om ungdomstiden vår og da vi gikk på ski. Så fokuset har blitt flyttet. Det synes jeg har vært veldig interessant. (Treningskompis)

Flere brukere fortalte at de ønsket at de fikk tilbudet tidligere, samtidig at de ønsket mer fokus på fysisk aktivitet mens de var inneliggende på sykehuset.

Min erfaring er at jeg fikk treningskompis rett etter at jeg var ferdig med stråling, og jeg kunne nok hatt godt av å ha en treningskompis mens og under behandling. For jeg hadde masse komplikasjoner og ble liggende lenge. Hadde jeg fått en treningskompis da tror jeg det hadde vært bra for meg, for da var jeg langt nede. (Bruker)

Noen brukere mente at det hadde vært for lite informasjon om prosjektet. De begrunnet dette med at når en kommer til kreftpoliklinikken, så er en veldig fokusert på at en skal til behandling. En ser ikke etter informasjon. Noen burde derfor komme til kreftpoliklinikken og fortelle om de ulike treningstilbudene som finnes. Brukerne ønsket også at legene på sykehusene sa mer om hva de burde gjøre når det gjelder fysisk aktivitet. Som kreftpasient ønsker en å vite hva som er sunt, hva er viktig og hva en bør gjøre under og etter behandling. Flere nevnte at legene burde bli flinkere til å sette mer fokus på hva en selv bør gjøre. Det var ikke nok å få beskjed om at fysisk aktivitet ikke er farlig og at en skulle gjøre det en orket.

Andre brukere derimot mente at under behandling er det andre ting som er viktige, og at det fort kan bli et irritasjonsmoment hvis forskjellig helsepersonell begynner å snakke om fysisk aktivitet og trening. Videre fortalte disse brukerne at det å høre om trening mens en er på sykehuset kan virke skremmende. Hvis en får informasjon om trening i den første fasen, kan man lett tenke: -hva er de egentlig forventer av meg? Et par av treningskompisene var også kritiske til at kreftpasienter bør få mye informasjon om fysisk aktivitet og trening mens de er på sykehuset. Dette da det å få en kreftdiagnose kan være en sjokkartet opplevelse, og det kan være vanskelig å ta til seg mye informasjon mens en er på sykehus. De mente at en kanskje i større grad er mottakelig til å ta til seg informasjon etter at en er ferdigbehandlet på sykehuset, og når en for eksempel begynner hos fysioterapeut.

5.4 Tro på fortsatt å være fysisk aktiv

Målet med ”Treningskompisprosjektet” var å hjelpe kreftpasienter i gang med å opprettholde regelmessig fysisk aktivitet, og ved prosjektslutt trodde brukerne at de ville fortsette å være i regelmessig fysisk aktivitet. Flere fortalte at de hadde klart å oppnå sine delmål med hjelp av sine treningskompiser, men at de fortsatt hadde sine hovedmål igjen. Sammen med positive opplevelser fra prosjektet medførte dette at

brukerne trodde de ville klare å fortsette med å være fysisk aktive. De frivillige treningskompisene hadde derimot litt forskjellige meninger på nettopp dette.

Positive erfaringer

Aktivitet medfører en følelse av mestring, og mestring er gunstig for psyken. Brukerne fortalte at de var motiverte til å fortsette med trening siden de følte seg bedre fysisk og psykisk, i tillegg til at de følte at de hadde fått bedre livskvalitet. De visste ikke helt hva som hadde skjedd med kroppen, men de kjente at fysisk aktivitet og trening hadde vært godt for musklene og leddene. Æren for at de hadde kommet i gang med trening i igjen ga de treningskompisene.

Brukerne fortalte at de trodde de ville klare å fortsette å være i aktivitet etter at prosjektet var ferdig, men noen hadde større tro på det enn andre brukere. Noen fortalte om tilfredsstillelsen de fikk når de hadde gjennomført en trening, og at det var en god følelse de ønsket å kjenne på også etter at prosjektet var ferdig. Andre fortalte at de i løpet av prosjektet hadde erfart at de hadde fått vondt alle plasser hvis de var for rolige. De hadde erfart at de måtte være i fysisk aktivitet for å fungere, og at de på grunn av det trodde at de ville klare å fortsette å være i fysisk aktivitet. Brukerne fortalte også om viktigheten av å finne balansen mellom ro og fysisk aktivitet.

Jeg har merket at jeg får vondt alle plasser hvis jeg er for rolig. Må derfor være i fysisk aktivitet for å fungere. (Bruker)

Treningskompisene hadde imidlertid litt ulike meninger om hvorvidt brukerne ville fortsette med regelmessig fysisk aktivitet etter at ”Treningskompisprosjektet” var over. En treningskompis sa for eksempel at hun ikke trodde at hennes bruker ville fortsette å være i fysisk aktivitet, fordi hun trodde brukeren manglet motivasjon. Andre sa derimot at de hadde sett hvor mye fysisk aktivitet hadde betydd for deres brukere, og at de derfor trodde at de ville fortsette med fysisk aktivitet og trening etter at prosjektet var ferdig.

En avtale

Brukerne fortalte at de håpet at de vil klare å fortsette å være i aktivitet og trene. De fortalte imidlertid at de synes det var synd at ”Treningskompisprosjektet” var over, og at de skulle ønske at de kunne fortsette å ha treningskompisen. Gjennom å ha en treningskompis hadde flere av dem innsett verdien av å lage avtaler med andre for å klare å komme i fysisk aktivitet. En avtale medførte en form for forpliktelse, som var god å ha på dager hvor en kanskje ikke hadde så lyst til å være i fysisk aktivitet.

En avtale er en positiv forbindelse. Ja, for når en er i en slik situasjon som vi er i så har en jo mange dårlige dager. Så en har ikke så lyst til å trene. Det er litt svart. Men når en møter den en har en avtale med så blir det bra likevel. Det er en veldig positiv puff du får der altså. Føler bare ”yes!” etterpå. En har fått snudd litt på tanker og fått

snakket litt. En får et kjempebust, så for meg er det viktig med en avtale skal jeg klare å fortsette å trene. (Bruker)

Flere brukere ønsket å melde seg på og delta på gruppetreninger til faste tider. De framholdt at det ville fungere som en avtale for dem som de trodde de kunne holde. De fortalte også at gruppetreningene ikke bare trengte å være for andre kreftpasienter, det var aktiviteten som sådan som var viktig, samt følelsen av å ha en avtale. Viktigheten av å lage avtaler med andre, mente også treningskompisene var verdifullt for at brukerne skulle klare å være i regelmessig fysisk aktivitet etter at prosjektet var ferdig.

6. DISKUSJON

I diskusjonsdelen vil resultatene først bli drøftet i lys av forskningsspørsmålene og relevant teori. Deretter vil det bli en drøfting av metode.

6.1 Resultatdiskusjon

Å være fysisk aktiv med en kreftdiagnose/ etter en kreftdiagnose

Fysisk aktivitet og trening ser ut til å ha positive innvirkninger på kreftpasienter (Sammot et al., 2014; Tonosaki & Ishikawa, 2014). Interessen for bruk av fysisk aktivitet i rehabiliteringen av pasienter med en kreftsykdom har derfor vært økende de senere årene. Flere metaanalyser viser at tilrettelagt fysisk aktivitet under og etter behandling medfører opprettholdelse eller økt fysisk kapasitet, bedre livskvalitet og mindre tretthet og ubehag (Speck et al., 2010; Fong et al., 2012). Dette i tillegg til at dokumenter som omhandler folkehelse og forebygging forteller at fysisk aktivitet spiller en viktig rolle både under og etter endt kreftbehandling (Kreftsykepleien, 2012; Nasjonal Kreftstrategi 2013-2017). Dette MPH- arbeidet viser at fysisk aktivitet og trening ikke bare motvirker inaktivitet og problemene det kan medføre, men også kan bidra til en god helse for kreftpasientene ut ifra et helhetlig syn på helse (WHO, 1986; Hjort, 2010).

Ettersom stadig flere overlever kreft eller lever lenge med sykdommen, øker behovet for rehabilitering. Pasienter trenger hjelp med å komme tilbake til livene sine, men tilbudene er mangelfulle (Kreftstrategien, 2013-2017). Brukerne i dette MPH- arbeidet fortalte at de, som de fleste andre pasientgrupper, hadde god nytte av å være i regelmessig fysisk aktivitet både under og etter behandling. De hadde vært i regelmessig aktivitet før de fikk kreft, men opplevde at det hadde vært vanskelig å gjenoppta fysisk aktivitet igjen etter en tøff og langvarig kreftbehandling som hadde gitt brukerne større og mindre bivirkninger av fysisk, psykisk og sosial karakter. Det hadde derfor vært veldig godt å ha en treningskompis som hjalp dem i gang igjen med fysisk aktivitet og trening.

Mål som dreier seg om egenutvikling med innslag av aktiviteter og utfordringer, kan i følge Pensgaard (2011) være med på å øke motivasjonen. Hvordan en opplever selve aktiviteten er også med på å påvirke om man fortsetter med den eller ikke. Opplevs aktiviteten i seg selv som lystbetont, og en har positive erfaringer med den, øker det enestringsstro (Bandura, 1977). Brukerne, med treningskompisens hjelp, kom seg ut i frisk luft og ut i naturen, og dette påvirket brukernes frihetsfølelse. Pensgaard (2011) hevder at en av de viktigste årsakene til at vi er i fysisk aktivitet er å kunne oppleve glede. Det å mestre aktiviteter er en kilde til glede, og brukerne syntes at det å gå turer og trene på treningssenter sammen med treningskompisen, ga dem tid til avkobling og inspirasjon, i tillegg til bedre fysisk og psykisk helse.

Treningskompisene fortalte om brukere som kom i bedre fysisk form, som virket i bedre humør og hvor fokuset deres ble flyttet fra sykdom til alt det de faktisk klarte å gjøre. For informantene var det viktig at prosjektet handlet om fysisk aktivitet og trening, da begge parter mente at dette er en meningsfull aktivitet. Informantenes opplevelse av hvordan brukerne ble påvirket av det å være i fysisk aktivitet og trening samsvarer med tidligere forskning, hvor kreftpasienter ser på mosjon som en hjelp til å mestre sykdom, opprettholde eller øke fysisk form og opprettholde kontroll over eget liv (Maher & McConnell, 2011).

Brukerne ga uttrykk for at de fikk for lite informasjon om fysisk aktivitet og trening mens de var på sykehuset, og savnet spesielt at legene tok mer initiativ til å fortelle hva de burde gjøre og hvor mye i forhold til fysisk aktivitet. Dette samsvarer med brukerundersøkelsen (PasOpp, 2/2010) som Kunnskapssenteret utførte i 2009 om kreftpasienters erfaring med somatiske sykehus. I undersøkelsen svarte 64 prosent at de følte at de ikke fikk tilstrekkelig informasjon om rehabilitering. Tidligere undersøkelser viser at kreftpasienter ønsker å drive fysisk aktivitet både under og etter behandlingen. Mange er imidlertid usikre på hvordan og hvor mye de bør mosjonere, og finner det vanskelig å delta i alminnelige treningstilbud (Rogers et al., 2004; Oldervoll et al., 2005; Fløtten et al., 2008). Mange trenger derfor hjelp for å komme i gang, og til å finne tilbud som de opplever passer til dem.

Også i Fafo- rapporten (Fløtten et al., 2008) rapporterte fire av ti behov for minst to tjenestetyper som kan inngå i et rehabiliteringstilbud, og en tredjedel av utvalget at de hadde udekket behov for rehabilitering (Thorsen et al., 2011). I følge Hjernesvulstforeningen i Norge er rehabiliteringstilbudene ofte for lite individuelt tilpasset (Rapport Helsedirektoratet, 2012). Det kan imidlertid være forskjellig fra person til person når de er klare til å motta informasjon om fysisk aktivitet og trening. Det er derfor viktig at helsepersonell har en åpen dialog med sine pasienter og snakker med dem om temaer som er viktige for dem. På bakgrunn av dette MPH- arbeidet ser fysisk aktivitet og trening ut til å være et aktuelt samtaletema.

Positive erfaringer med prosjektet

Dette MPH-arbeidet viser at fysisk aktivitet var viktig for helsen til brukerne, og at det var en hjelp til å mestre hverdagen som kreftpasient. Brukerne erfarte at det å få hjelp til å være fysisk aktiv og finne en god balanse mellom hvile og aktivitet, medførte mindre

plager, mer overskudd og energi, samtidig som de fikk bedre livskvalitet. Dette samsvarer med rådene den norske Kreftforening har gått ut med. De anbefaler at når en er ferdig med kreftbehandlingen bør en prøve å få regelmessig fysisk aktivitet inn i hverdagen, slik at en kan gjenvinne styrke og bli i bedre fysisk form (Kreftforeningen, 2011).

Brukerne erfarte at det å gå tur eller trene på treningssenter sammen med treningskompisen, var med på å ivareta både deres fysiske og psykososiale behov. De kom i bedre fysisk form i tillegg til at de fikk en de kunne snakke med. Dette var viktig, da noen av dem hadde mistet venner under sykdomsperioden, i tillegg til de fikk noen å snakke med som ikke var familie. Stang og Mittelmark (2008) forteller at mange kreftpasienter føler seg isolert og ensomme etter behandling, og at sosial støtte ser ut til å kunne bidra til bedre objektiv helsestatus, samt er positivt assosiert med lengre overlevelsestid hos kreftpasienter. Sosial støtte kan dessuten gi styrke og tilføre ressurser som ikke er tilgjengelig andre steder, og medvirke til å sette folk i stand til å utføre handlinger de trolig ikke ville vært i stand til på egen hånd. Støtte fra andre kan dermed påvirke rehabiliteringsprosessen positivt (Stang & Mittelmark, 2008).

En skriftlig kontrakt var viktig for både treningskompisene og brukerne fordi det ga begge parter en forpliktelse til å være i fysisk aktivitet. Det at brukeren og treningskompisen sammen lagde delmål og hovedmål etter brukerens behov og ønsker, var med på å øke brukernes mestringstro. Denne tilnærmingen har i følge Bandura (1997) vist seg å være den kanskje sterkeste måten å påvirke forventningene til en persons selvtillit. Dette samsvarer med tidligere forskning som forteller at når et rehabiliteringstilbud er individuelt tilrettelagt, er det lettere for kreftpasienter å gjennomføre fysisk aktivitet (Oldervoll et al., 2005; Rogers et al., 2004).

Ved at treningskompisene ga individuelle tilbakemeldinger når brukerne burde ta det med ro, samt veiledet under praktisk utførelse av treningsapparater, medførte det at brukerne gradvis kunne forbedre sin kondisjon, styrke og balanse. Dette var med på å skape trygghet i treningssituasjonen, og kan ha påvirket at den enkelte bruker i prosjektet opplevde at hun eller han gradvis mestret oppgaven. Økt mestring medførte derfor økt aktivitetsnivå hos brukerne. Når brukerne ikke lenger behøvde å konsentrere seg så mye om treningsaktiviteten, opplevde de også at fokuset kunne rettes på andre ting enn kreften og kreftbehandlingen. I følge Thune (2008) og Rock et al. (2012) ser fysisk aktivitet ut til å bidra til å fremme helse også etter en kreftdiagnose.

En åpen og god dialog mellom bruker og treningskompis, ble trukket fram av informantene som veldig viktig. Kreftpasientene slet med å komme tilbake rent fysisk, og synes det var slitsomt å komme i gang med ulike oppgaver. De følte også at samfunnet generelt stilte krav til de for raskt etter de var ferdig med kreftbehandlingen. Brukerne opplevde derfor at det var godt å ha en treningskompis som hjalp dem i gang og som lyttet til dem. I tillegg var det viktig at treningskompisen var en frivillig som ikke fikk betalt, noe som gjorde at vedkommende ble en likemann for brukerne. Faskunger (2001) viser til Banduras teori om at sosial støtte indirekte påvirker aktivitetsvanene gjennom å styrke den aktivitetsspesifikke selvtilliten (mestringstroen). Mennesker opplever ofte at de bedre klarer å gjennomføre en treningsøkt sammen med noen enn på egen hånd. Å være sammen med andre mennesker i ulike sammenhenger

hvor mestring er målet, kan gi en større mestring, livsglede og livskvalitet (Martinsen, 2004).

De frivillige fortalte om gleden og stoltheten av å være en treningskompis for en kreftpasient. De kom seg ut i aktivitet, de hadde lært et nytt menneske å kjenne i tillegg til at det hadde vært meningsfylt og veldig givende å se den positive utviklingen hos brukerne. De fortalte at de var stolte av å ha fått lov til å være en frivillig treningskompis. I tillegg til at de syntes det hadde vært flott å få lov til å være med på å gi brukere en trygghetsfølelse og en mestringsfølelse som medførte at de økte sin fysiske aktivitet. De følte derfor at det hadde vært en vinn- vinn situasjon hvor begge parter hadde fått positive gevinster av å ha deltatt i prosjektet. Treningskompisene fortalte at de ønsket å fortsette som frivillig i prosjekter i regi av Kreftforeningen, og ville anbefale andre til å bli det også. Dette samsvarer med en tidligere studie hvor frivillighet ser ut til å gi økt tilfredshet med livet og økt mestringsfølelse, samtidig med at organisasjonsaktive eldre har bedre helse og livskvalitet (Selle & Wollebæk, 2012). Organisasjonsaktivitet kan i tillegg bidra til å skape sosiale nettverk, identitet og tilhørighet. Frivillig aktivitet gir mulighet for personlig utfoldelse og kreativitet, og er gode arenaer for læring og mestring. Dette sammen med det høye antallet av mennesker som ønsket å være en frivillig treningskompis, samsvarer med det Helse og omsorgsdepartementet (2012) har uttalt, nemlig at folk gjerne tar del i mer intense og kortvarige frivillige prosjekter av humanitære organisasjoner.

For samfunnet som helhet betyr et høyt nivå av frivillig aktivitet dessuten et høyt tillitsnivå med sterke sosiale bånd. Forskning viser at norske kommuner ser et stort behov for frivillig innsats som et supplement til å utvikle kvalitativt gode omsorgstjenester, men at de har mangelfull kompetanse i å etablere, utvikle og følge opp et samarbeid med frivillige organisasjoner og enkeltpersoner (Disch & Vetvik, 2009).

Brukerne fortalte om positive helsegevinster av å ha deltatt i prosjektet, og at de var motiverte til å fortsette med fysisk aktivitet og trening også etter at prosjektet var ferdig. De følte seg bedre både fysisk og psykisk, og de opplevde en mestringsfølelse som var veldig positiv for psyken. Dette samsvarer med det som er forankret i det forebyggende og helsefremmende arbeidet. Føringer som er nedfelt i den norske St.meld. nr. 16 (2002-2003), bekrefter bruk av empowerment som en strategi der pasienten får støtte til å utvikle personlige ferdigheter og bedre håndtere sykdom. Empowerment kan medføre endring i pasientens selvilde, og i denne sammenhengen vil også begrepet mestringstro være sentralt (Hvas et al., 2002). Det innebærer tiltro til egen evne til å gjennomføre en handling (Mæland, 1999). Mestringstro er viktig da den tiltro brukere har til egen mulighet for å påvirke situasjoner, har betydning for hvordan de møter utfordringer og hvilke valg de tar (Wornes, 2009; Bandura, 1977, 1992, 1995). Brukerne fortalte om verdien av å lage avtaler med andre for å klare å komme i aktivitet. Rehabiliteringstilbud som inkluderer fysisk aktivitet med utgangspunkt i pasientens preferanser og opplevde problem, ser ut til å gi best utbytte både når det gjelder helsegevinster og for å opprettholde regelmessig fysisk aktivitet over tid (Van Weert, 2008).

Kreftpasientene i prosjektet mente at lite byråkrati og lav terskel for å ta kontakt og få en treningskompis, er avgjørende for at kreftrammede vil ta imot et tilbud. De synes at terskelen for å kontakte kommunen og be om en offentlig tjeneste, er mye høyere enn å ta imot hjelp fra en frivillig organisasjon. NIF samarbeider med flere fylker om å tilby lønnede treningskontakter gjennom støttekontaktordningen i kommunene. Her må brukere oppfylle kriterier for å få støttekontakt. Selv om disse kan tolkes vidt og ikke nødvendigvis bør være så begrensende, må man dokumentere behov for hjelp og opplysninger må journalføres (NIF 2010; OIK, 2011). De kreftrammede i prosjektet mente at de ikke ville vurdert det som aktuelt for seg. De trodde også at en frivillig, som gjør en innsats for en sak de har et personlig engasjement i, vil være mer dedikert til oppgaven og mer stabil enn en som er lønnet. Både deltakerne i dette prosjektet og brukere av kommunale treningskontaktordninger ser imidlertid ut til å være godt fornøyd med tjenestene (NIF-film, 2011). Det er derfor mulig at ordninger med lønnede og frivillige treningskompiser kan leve side om side, og tilbys til brukere som trenger støtte til å komme i gang med eller være i fysisk aktivitet.

Negative erfaringer med prosjektet

Informantene ga inntrykk av at de syntes at opplæringen de frivillige treningskompisene hadde fått av Kreftforeningen hadde vært nødvendig og bra. Treningskompisene syntes at opplæringskurset på 28 timer de hadde hatt var nok, selv om enkelte av dem ønsket at de hadde fått tilbud om opplæring under selve prosjektperioden, siden det var da spørsmål og utfordringer gjerne dukket opp. Noen følte at de fikk en slags “psykologirolle” og ønsket litt mer opplæring i forhold til hvordan de skulle forholde seg til denne rollen. Det kan derfor se ut til at Kreftforeningen bør fokusere mer rundt dette hvis prosjektet skal videreføres, slik at de frivillige treningskompisene blir trygge på oppgaven og dermed opprettholder engasjementet over tid.

Interessen for å være frivillig treningskompis i prosjektet var større enn forventet. I Norge deltar mange i frivillig arbeid, men deltakelse i frivillig arbeid skjer ikke av seg selv. Det må dyrkes og vedlikeholdes gjennom systematisk rekruttering, organisering, koordinering, opplæring, motivasjon og veiledning (Helse og omsorgsdepartementet, 2012). I følge Gulbrandsen og Ødegård (2011) er det viktig at organisasjoner ivaretar medlemmenes og de frivillighets behov og interesser, både gjennom interne aktiviteter og utadrettet virksomhet. Til tross for målrettet markedsføring, rekrutterte ikke ”Treningskompisprosjektet” så mange brukere som var ønskelig. Det kan være forskjellige grunner til det, men erfaringer fra dette prosjektet antyder at det kan ta flere år å gjøre nye tilbud for kreftrammede kjent og etablert.

Brukerne opplevde at det hadde vært lite informasjon om prosjektet, og at helsepersonell kanskje kunne ha informert mer om dette mens kreftpasienter hadde vært på sykehuset. Kreftpasientene i prosjektet erfarte samtidig at helsepersonell ofte hadde begrenset kunnskap om tilbud og oppmerksomhet på deres behov. Det kan derfor være grunn til å tro at en lengre utprøvningsperiode ville gitt økende deltakelse etter hvert. Flere av informantene nevnte fordelene av å benytte seg av brukere av ulike aktivitetsprosjekter og tilbud til å reklamere for prosjektet. Ser en at andre mennesker

overvinner tilsvarende problemer, kan det føre til større tro på egne evner. Det blir en likemann som er i samme situasjon som en selv, noe som kanskje ville ha hjulpet i etableringen av tilbudet. Kreftforeningen gjorde dette, men informantene mente at de kanskje burde ha gjort det i en større skala enn det de gjorde. Det kan derfor se ut til å være en god strategi å benytte seg av likemenn når en skal markedsføre et nytt prosjekt, eller fortelle om forskjellige rehabiliteringstilbud,.

6.2 Metodologisk refleksjon

Kvalitative forskningsmetoder er velegnet til å få kunnskap om og forståelse for menneskers opplevelse og oppfattelse av ulike fenomen (Kvale & Brinkmann, 2009). Kvalitativ metode med et fenomenografisk design gir kunnskap om menneskers erfaringer, og forståelser av et fenomen ved å beskrive variasjoner i hvordan de oppfatter dette fenomenet. Den kvalitative metode og fenomenografiske design vurderes derfor som godt egnet til å fremme kunnskap i tråd med prosjektets mål.

I følge Kvale (1997) er validitet hvorvidt en studie undersøker det den er ment til å undersøke. Kreftforeningen håpet at 20 skulle melde seg, men fikk 50 henvendelser fra personer som ønsket å være en frivillig treningskompis. Av disse valgte de ut 20 som fikk opplæring til å være det. Helse og omsorgsdepartementet (2012) forteller at mange og sterke brukerorganisasjoner er en del av den nye utviklingen, der likemannsarbeid erstatter veldedighet, noe en kan se antydninger av her. Kreftforeningen håpet også på inntil 40 brukere, men dessverre var det bare åtte som ble med. Kun fem av åtte brukere og ni av 20 treningskompisene deltok i fokusintervjuene. I tillegg varierte antallet i fokusintervjuene fra tre til fem personer, det vil si mindre enn det som i litteraturen nevner som et passende antall (Malterud, 2011; Kvale & Brinkmann, 2009). Resultatene er derfor kun representative for brukerne og treningskompisene som deltok i prosjektet (Malterud, 2011).

Reliabilitet henviser til hvor pålitelig resultatene er. For å få belyst spørsmålene Kreftforeningen ønsket svar på, var det på forhånd laget en intervjuguide med spørsmål knyttet til problemstillingen. Intervjuerne ønsket at dialogen skulle gå så fritt og ledig som mulig, men om dialogen gikk i stå eller når deltagerne sa noe som intervjuerne ønsket å få vite mer om, stilte de spørsmål videre om det eller fra intervjuguiden som beskrevet av Kvale (1997). Reliabilitet handler også om i hvilken grad forskeren unngår feil som kan forstyrre tolkningen og resultatet. Forskerens evne til å vedkjenne seg eget ståsted og ta høyde for egen forforståelse gjennom hele forskningsprosessen er derfor viktig, samtidig som at data er samlet på en forskningsmessig god måte. Det må være en bevissthet hos forskeren i forhold til hvordan spørsmål ble stilt, da bruk av ledende spørsmål kan påvirke svarene (Fangen, 2008; Kvale & Brinkmann, 2009). Det kan derfor eventuelt ses som en styrke i forhold til troverdighet og reliabilitet, at data har blitt analysert av annen person enn de som innhentet dem.

Forfatteren har valgt å støtte seg til kilder som beskriver hvordan troverdighet kan styrkes i fenomenografiske studier. Her er troverdighet og reliabilitet fremfor alt knyttet til hvor ”sanne” beskrivelseskategoriene er, det vil si hvor godt disse gir en beskrivelse

av informantenes oppfatninger slik de framkom i intervjuene (Alexandersson, 1994; Lepp & Ringsberg, 2002; Sjoström & Dahlgren, 2002). Studiens troverdighet styrkes ved at leseren gis anledning til å følge ”i forskerens spor” fra utvalg av intervjupersoner til resultat, og at forskeren redegjør for eget ståsted slik at leseren kritisk kan vurdere resultatet i lys av denne (Alexandersson, 1994).

7. KONKLUSJON

Dette MPH- arbeidet viser at forpliktende avtaler, sosial støtte og hjelp til å finne aktiviteter man trives med, er viktige faktorer for å øke aktivitetsnivået og etablere varige aktivitetsvaner hos voksne, hjemmeboende kreftpasienter. En treningskompis kan derfor være en tjeneste som tilbys kreftpasienter i ulike faser i pasientforløpet, og som kan ”treffe” de som ikke klarer å komme seg i gang på egenhånd. MPH- arbeidet viser også at det kunne ha vært en fordel og brukt mer tid på å markedsføre prosjektet for å rekruttere flere deltagere.

Det ser ut til at det å være en treningskompis appellerte til frivillighet. En viktig forutsetning for en god treningskompistjeneste er derfor organisasjoner og dedikerte personer som kan veilede og følge opp treningskompiser, brukere og avtaler. ”Treningskompis” som et lokalt tilbud og en komplementær tjeneste til andre rehabiliteringstilbud, kan ha potensiale i seg til å få flere inaktive kreftpasienter og andre til å etablere varige aktivitetsvaner, i tillegg til å gi en gevinst til de frivillige.

Gjennom samhandlingsreformen har de norske kommunene blitt pålagt ansvar for å etablere lavterskeltilbud vedrørende fysisk aktivitet, blant annet gjennom kommunale Frisklivssentraler, samtidig som at de også får tilskudd for å satse på frivillighet. Det vil derfor være relevant å vurdere muligheten for å etablere ”Treningskompistilbud” i regi av kommunale Frisklivssentraler, lønnet eller frivillig.

8. TAKK

Kreft er noe mange kjenner til både fra allmennkunnskap og personlige erfaringer. Jeg har jobbet med denne pasientgruppen på sykehus, og positiviteten og gleden over livet mange kreftpasienter har, har ofte imponert meg. Da jeg skulle velge tema til min MPH-oppgave var jeg derfor ikke i tvil om at jeg ønsket å skrive om kreft. Jeg kontaktet Kreftforeningen, og kom i kontakt med forsker Line Oldervoll ved Senter for helsefremmede forskning ved NTNU i Norge.

Jeg ønsker å takke Line for at jeg har fått lov til å tolke kvalitative data som hun har innhentet. I tillegg til at jeg ønsker å takke henne for god og tålmodig veiledning gjennom hele prosessen. Ønsker også å takke universitetslektor DrPH Lene Povlsen ved Nordic School of Public Health, NHV, for god og konstruktiv støtte hele veien.

Vil også takke NHV for de mange opphold med engasjerende og spennende diskusjoner sammen med medstudenter fra de andre nordiske landene. Disse oppholdene har inspirert meg til å fortsette studiene fram til en avsluttende MPH-oppgave. Jeg kommer til å savne NHV og tiden min her.

Til slutt ønsker jeg å takke min familie og gode venner som alltid har vært støttende.

9. REFERANSER

Alexandersson, M. (1994). "Den fenomenografiska forskningsansatsens fokus". I: Starrin, B. & Svensson, P.-G. (red.) Kvalitativ metod och vetenskapsteori. Lund, Studentlitteratur

Antonovsky, A. (2000). "Helbredets mysterium: at tåle stress og forblive rask". København: Hans Reitzel Forlag.

Bandura, A. (1977). "Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change". *Psychological Review*, 84, 191-215.

Bandura, A. (1992) "Exercise of personal agency through the self-efficacy mechanisms". In R. Schwarzer (Ed.), *Self-efficacy: Thought control of action*. Washington, DC: Hemisphere.

Bandura, A. (1995). "Self-Efficacy in Changing Societies". Cambridge University Press.

Bandura, Albert. (1997). "Self-efficacy: The exercise of control". New York: W.H. Freeman and Company.

Barnard, A., McCosker, H. & Gerber, R. (1999). "Phenomenography: a qualitative research approach for exploring understanding in health care". *Qualitative Health Research*, 9 (2): 212.

Center for disease control and prevention. (2013). "Cancer prevention and control". <http://www.cdc.gov/cancer/dpcp/resources/features/WorldCancerDay/> [tilgjengelig desember 2013]

Courneya, K.S. (2003). "Exercise in cancer survivors: An overview of research". *Med Sci Sports Exerc.* 35:1846–52.

Dahlgren, L. O., Fallsberg, M. (1991). "Phenomenography as a qualitative approach in social pharmacy research". *Journal of Social and Administrative Pharmacy*, 8 (4): 150-156.

Disch, P.G., Vetvik, E. (2009). "Senter for omsorgsforming. Framtidas omsorgsutfordringer - slik ser det ut på tegnebrettet."

Engholm, G., Ferlay, J., Christensen, N., Johannesen, TB., Khan, S., Køtlum, JE., Milter, MC., Ólafsdóttir, E., Pukkala, E., Storm, HH. NORDCAN: "Cancer Incidence, Mortality, Prevalence and Survival in the Nordic Countries". Version 6.0 (04.12.2013).

Fangen, K. (2008). "Deltagende observasjon". 2.opplag. Bergen: Fagbokforlaget.

Faskunger, J. (2001). "Motivation för motion: en handbok för hälsovägledning steg för steg". SISU Idrottsböcker, Farsta.

Fløtten, T., Torp, S., Kavli, H., Nielsen, R., Syse, J. (2008). "Kreftrammedes levekår. Om arbeid, økonomi, rehabilitering og social støtte". Oslo. Fafo- rapport 2008:47

Fong, DY., Ho, JW., Hui, BP., Lee, AM., Macfarlane, DJ., Leung, SS., Cerin, E., Chan, WY., Leung, IP., Lam, SH., Taylor, AJ., Cheng, KK. (2012). "Physical activity for cancer survivors: meta-analysis of randomised controlled trials". BMJ. 2012 Jan 30;344:e70. doi: 10.1136/bmj.e70.

Forebygging.no en kunnskapsbase for rusforebyggende og helsefremmende arbeid. (2012). <http://www.forebygging.no/en/Ordbok/A-E/Empowerment/> [tilgjengelig desember 2013]

Fosså, S.D., Loge, J.H., Dahl, A. (2009). "Kreftoverlevende. Ny kunnskap og nye muligheter i et langtidsperspektiv." Gyldendahl Akademisk, Oslo

Fosså, S.D., Dahl, A.A., Smeland, S., Thorsen, L. (2008). "Rehabilitering etter kreft". Nr. 22-20. november 2008. Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128:2615-6.

Gadalla, T.M. (2009). "Sense of Mastery, Social Support, and Health in Elderly Canadians", Journal of Aging Health, vol. 21, pp.581-595

Gulbrandsen, T., Ødegård, G. (2011). "Frivillige organisasjoner i en ny tid. Utfordringer og endringsprosesser." Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor.

Helsedirektoratet. (2012) "Rehabiliteringstilbudet til pasienter med kreft. Kartlegging og anbefalinger". <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/rehabiliteringstilbudet-til-pasienter-med-kreft/Publikasjoner/rehabiliteringstilbudet-til-pasienter-med-kreft.pdf> [tilgjengelig januar 2012]

Helsedirektoratet. (2012) "Sterkere pasientfokus i ny kreftstrategi" <http://helsedirektoratet.no/Om/nyheter/Sider/en-strategi-for-pasientene.aspx> [tilgjengelig april 2013]

Helse og omsorgsdepartementet. (2012-2013) "Frivillige som ressurs". <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2012-2013/meld-st-29-20122013/5/5.html?id=723328> [tilgjengelig mars 2012]

Helse og omsorgsdepartementet. (1997). NOU 1997: 18 "Prioritering på ny." <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/1997/nou-1997-18/4/3.html?id=345828> [tilgjengelig februar 2014]

Helse og omsorgsdepartementet. (2012) A. "Samhandlingsreformen i kortversjon". <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/samhandlingsreformen/om->

[samhandlingsreformen/samhandlingsreformen-i-kortversjon.html?id=650137](http://www.regjeringen.no/samhandlingsreformen/samhandlingsreformen-i-kortversjon.html?id=650137)
[tilgjengelig april 2014]

Helse og omsorgsdepartementet. (2012) B. "Folkehelseloven".
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/folkehelse/folkehelsearbeid.html?id=673728>
[tilgjengelig februar 2014]

Helse og omsorgsdepartementet.(2013). "Sammen mot kreft" Nasjonal Kreftstrategi 2013-2017. http://www.regjeringen.no/pages/38351756/kreftstrategien_2013.pdf
[tilgjengelig oktober 2013]

Helse- Sør (2006). "Tiltaksplan for rehabiliteringstjenester i Helse- Sør".
Prosjektrapport. Helse- Sør, august 2006.

Helse og omsorgsdepartementet. "Verdens helseorganisasjon (WHO)." (2011);
http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/internasjonalt_helsearbeid/verdens-helseorganisasjon-who.html?id=435126 [tilgjengelig februar 2014]

Hjort, P. (2010). "Alderdom: helse, omsorg og kultur". Oslo: Universitetsforlaget.

Hvas, A.C., Thesen, J. (2002) "To strengthen patient's own power and to counteract oppressive forces: Empowerment in a medical perspective." Ugeskr. Laeger 2002 Nov 11; 164(46):5361-5365.

Irwin, M.L. (2009). "Physical activity interventions for cancer survivors". British journal of sports medicine. Januar: 43(1): 32-38

Kickbush, I. (2005). "The dynamics of health promotion: from Ottawa to Bangkok".
Reviews of Health Promotion and Education Online.
<http://rhpeo.org/reviews/2005/1/index.htm> [tilgjengelig februar 2014]

Kreftforeningen. (2011). "Fysisk aktivitet gir helsegevinst- også etter en kreftdiagnose".
<https://kreftforeningen.no/PageFiles/623/Kreftf%20folder%20A5%20fysisk%20akt%202011%20pr%2023%20juni.pdf> [tilgjengelig januar 2014]

Kreftforeningen. (2013). "Rehabilitering og mestring blant krefttrammede".
<https://kreftforeningen.no/Global/Om%20Kreftforeningen/Ressurser%20presserom/Rehabilitering%20og%20mestring%20blant%20krefttrammede.pdf?epslanguage=no>
[tilgjengelig april 2014]

Kreftregistret.(2008). "Cancer in Norway. Cancer incidence, mortality, survival and prevalence in Norway". Kreftregistret. Institutt for befolkningsbasert kreftforskning. Oslo

Kreftregistret. (2012) "Årsrapport 2012".
http://www.kreftregisteret.no/Global/Publikasjoner%20og%20rapporter/%C3%85rsrappoter/aarsrapport_2012_web.pdf [tilgjengelig mars 2013]

- “Kreftsykepleien Nr 4, 2012.” Tidsskrift for kreftsykepleiere.
<http://www.sykepleien.no/Content/1081677/0412.pdf> [tilgjengelig februar 2013]
- Kvale, S. (1997). “Det kvalitative forskningsintervju”. Oslo, Ad notam Gyldendal.
- Kvale, S., Brinkmann, S. (2009). “Det kvalitative forskningsintervju”. Oslo, Gyldendal akademisk, s. 21
- Kvam, M. (2001). “Etter kreften”. Norsk helseinformatikk.
<http://nhi.no/forside/etterkreften-38109.html> [tilgjengelig april 2013]
- Lepp, M., Ringsberg, K. C. (2002). ”Phenomenography - a qualitative research Approach”. I: Hallberg, L. R. M. (red.) Qualitative methods in public health research: theoretical foundations and practical examples, s. 105-135. Lund, Studentlitteratur
- Maher, J., McConnell, H. (2011). ”New pathways of care for cancer survivors: adding the numbers”. Br J Cancer. Nov 8;105 Suppl 1:S5-10. doi: 10.1038/bjc.2011.417.
- Malterud, K. (2011). ”Kvalitative metoder i medisinsk forskning”. (3.utg.) Universitetsforlaget, Oslo
- Martinsen, E.W., Moe, T., Borge, L., Moser, T., Johannessen, B. & Kaggstad, J. (2004). ”Kropp og sinn: fysisk aktivitet og psykisk helse”. Fagbokforlaget, Bergen
- Marton, F., Booth, S. (2000). ”Om lärande”. Lund, Studentlitteratur.
- McGuire, D.K., Levine, B.D., Williamson, J.W., Snell, P.G., Blomqvist, G., Saltin, B., Mitchell, J.H. (2001). “A 30-year follow-up of the Dallas bed rest and training study: I. Effect of age on the cardiovascular response to exercise”. Circulation. 104: 1350-1357
- Myhre, L. (2012) ”Rehabiliteringstilbudet til pasienter med kreft. Kartlegging og anbefalinger”. Rapport fra en arbeidsgruppe oppnevnt av Helsedirektoratet. Oslo
- Mæland, J.G. (1999). ”Forebyggende helsearbeid: i teori og praksis”. Tano Aschehoug
- Nielsen, R. (2011). ”Kreftpasienters behov, bruk og vurdering av rehabiliteringstilbudet”. Fafo- notatet 04 (8).
<http://www.fafo.no/pub/rapp/10125/10125.pdf> [tilgjengelig mars 2014]
- Norges Idrettsforbund (NIF). (2010). ”Sluttrapport Extrastiftelsen Helse og Rehabilitering”. Treningskontakter – Hordaland.
- Norges Idrettsforbund (NIF). (2011). ”Treningskontakter”. En film om Treningskontaktordningen i Hordaland.
- Norges offentlige utredninger. (1991). ”Flere gode leveår for alle: Forebyggingsstrategier”. NOU 1991: 10. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Seksjon statens trykning

Oslo idrettskrets (OIK). (2011). "Sluttrapport Extrastiftelsen Helse og Rehabilitering". Treningskontakter – Oslo.

Oldervoll, L.M., Loge, J.H., Paltiel, H., Asp, M.B., Vidvei, U., Hjermstad, M.J., Kaasa, S. (2005). "Are palliative cancer patients willing and able to participate in a physical exercise program?" Palliative support care. Desember: 3(4):281-7

PasOpp-rapport nr 2, 2010 fra Kunnskapssenteret. "Kreftpasienters erfaringer med somatiske sykehus i 2002."

<http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/kreftpasienters-erfaringer-med-somatiske-sykehus-i-2009.institusjonsvise-resultater> [tilgjengelig mars 2014]

Pensgaard, A.M., Hollingen, E. (2011). "Idrettens mentale treningslære". 3.e opplag, Gyldendal, Oslo.

Phillips, J.E., Ajrouch, K.J., Hillcoat-Nalletamby.(2010). "Key concepts in Social Gerontology". Sage publications. London

Polit, D. F., Beck, C. T. (2008). "Nursing research. Generating and assessing evidence for nursing practice". Philadelphia, Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.

Ringdal, G. (2007). "Psykologiske perspektiver på kreft". Tidsskrift for Norsk Psykologforening. Vol 44, nummer 6, 2007, side 722-723
http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=24434&a=2 [tilgjengelig mars 2013]

Rock, C.L., Doyle, C., Demark-Wahnefried, W., Meyerhardt, J., Courneya, K.S., Schwartz, A.L., Bandera, E.V., Hamilton, K.K., Grant, B., McCullough, M., Byers, T., Gansler, T. (2012) "Nutrition and physical activity guidelines for cancer Survivor". CA Cancer Journal for Clinicians Jul-Aug; 62(4):243-74

Rogers, L.Q., Matevey, C., Hopkins- Price, P., Shah, P., Dunnington, G. (2004). "Exploring social cognitive theory constructs for promoting exercise among breast cancer patients". Cancer nursing. November- Desember 27(6):462-473

Sammur, L., Ward, M., Patel, N. (2014). "Physical Activity and Quality of Life in Head and Neck Cancer Survivors: A Literature Review." Int J Sports Med.
Schmitz, K., Holtzman J, Courneya K, Masse L, Duval S, Kane R.(2005) "Controlled physical activity trials in cancer survivors: A systematic review and meta- analysis." Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2005;14:1588-95

Speck, R.M., Courneya, K.S., Masse, L.C., Duval, S., Schmitz, K.H. (2010) "An update of controlled physical activity trials in cancer survivors: a systematic review and meta-analysis." J Cancer Surviv. 2010 Jun;4(2):87-100. doi: 10.1007/s11764-009-0110-5. Epub 2010 Jan 6.

Selle, P., Wollebæk, D. (2012). "Sivilsamfunn og tillit." Artikkel i antologien Helge Skirbekk og Kari Steen-Johnsen: Tillit i Norge. Oslo: Res Publica forlag.

Sjostrom, B., Dahlgren, L. O. (2002). "Applying phenomenography in nursing research". Journal of Advanced Nursing, 40 (3): 339-345.

Skarpaas, I. (2012). "Kom I form-grupper. Veileder for organisering og gjennomføring". Kreftforeningen.

Stang, I., Mittelmark, M.B. (2008). "Social support and interpersonal stress in professional- led breast cancer self-help groups." International journal of mental health promotion. 10:2 2008 15-25

St meld nr 34. (1996-97) "Resultater og erfaringer fra Regjeringens handlingsplaner for funksjonshemmede og veien videre."
http://www.regjeringen.no/nb/dep/ad/dok/regpubl/stmeld/19961997/st-meld-nr-34_1996-97.html?id=1911422 [tilgjengelig februar 2014]

St.meld. nr. 16 (2002 – 03). "Resept for et sunnere Norge: Folkehelsepolitikken".

The World health organization. (2007). "Fight against cancer. Strategies that prevent, cure and care."
<http://www.who.int/cancer/publicat/WHOCancerBrochure2007.FINALweb.pdf>
[tilgjengelig desember 2013]

Thorsen. L., Gjerset, GM., Loge, JH., Kiserud, CE., Skovlund, E., Fløtten, T., Fosså, SD. (2011). "Cancer patients' needs for rehabilitation services." Acta Oncol Feb: 50(2): 2012-22

Thune, I. (2008). "Fysisk aktivitet I forebygging og behandling av kreft". Helsedirektoratet

Tonosaki, A., Ishikawa, M. (2014). "Physical activity intensity and health status perception of breast cancer patients undergoing adjuvant chemotherapy." Eur J Oncol Nurs. 2014

Van Weert, E., Hoekstra-Weebers, J.E., May, A.M., Korstjens, I., Ros, W.J., Van der Schans, C.P. (2008). "The development of an evidence- based physical self-management rehabilitation program for cancer survivors". Patient education Couns. May: 71(2); 169-90

Warburton, D.E., Nicol, C.W., Bredin, S.S. (2006) "Health benefits of physical activity: the evidence." CMAJ. 174(6): 801-809.z

Wester, A., Wahlgren, L., Wedmann, I., Ommundsen, Y. (2008). "Å bli fysisk aktiv". I: Roald Bahr (red) Aktivitetshåndboken. Helsedirektoratet. Oslo

World Health Organization Regional Office for Europe. (1986) "Ottawa Charter for Health Promotion". Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe

WHO. (1987). "Ottawa charteret om helsefremmende arbeid" (Ottawa charter for health promotion). [Oslo]: Helsedirektoratet

Wornes, B. (2009). "Mestring av presentasjonsangst."
<http://www.svt.ntnu.no/psy/pt/artikler/2009.3.wornes.pdf> [tilgjengelig desember 2013]

10. VEDLEGG

Vedlegg 1

Vår ref. nr.: 2011/1544

Prosjekttittel: "Treningskompis for kreftpasienter"

Prosjektleder: Line Oldervoll

Kjære Line Oldervoll,

Vi viser til framleggingsvurdering innsendt 08.08.2011. Prosjektet faller utenfor komiteens mandat, da det ikke fremstår som medisinsk og helsefaglig forskning. Prosjektet er ikke fremleggingspliktig, jf. helseforskningslovens § 2 og § 4.

Komiteens vedtak kan påklages til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag, jfr. helseforskningsloven § 10, 3 ledd og forvaltningsloven § 28. En eventuell klage sendes til REK Midt. Klagefristen er tre uker fra mottak av dette brevet, jfr. forvaltningsloven § 29.

Vi ber om at alle henvendelser sendes inn via vår saksportal:

<http://helseforskning.etikkom.no> eller på e-post til: post@helseforskning.etikkom.no.

Vennligst oppgi vårt referansenummer i korrespondansen.

Med vennlig hilsen | Best regards

Sven Erik Gisvold

Professor dr.med

Leder REK Midt

Vedlegg 2

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfages gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Line M. Oldervoll
Senter for helsefremmende forskning
Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap
NTNU
7491 TRONDHEIM

Vår dato: 29.08.2011

Vår ref: 27719 / 3 / LT

Deres dato:

Deres ref:

TILRÅDING AV BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 15.08.2011. Meldingen gjelder prosjektet:

27719	<i>Treningskompis for kreftpasienter</i>
Behandlingsansvarlig	NTNU, ved institusjonens øverste leder
Daglig ansvarlig	Line M. Oldervoll

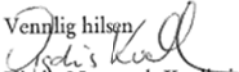
Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

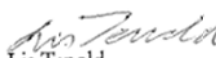
Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.03.2013, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Vigdis Namtvedt Kvalheim


Lis Tenold

Kontaktperson: Lis Tenold tlf: 55 58 33 77
Vedlegg: Prosjektvurdering

Avgiftskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uia.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kjre.svana@ovt.ntnu.no
TROMSØ: NSD, HSL, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. martin-arne.andersen@uit.no



FORMÅL

Formålet med prosjektet er å utvikle, prøve ut og evaluere en ordning med frivillige hjelpere som Treningskompiser. Målet er å hjelpe kreftpasienter i gang med fysisk aktivitet gjennom eksisterende, egnede treningstilbud i nærmiljøet.

UTVALG - REKRUTTERING OG FØRSTEGANGSKONTAKT

Utvalget omfatter kreftpasienter og frivillige, totalt 30-60 personer.

Deltakerne i prosjektet rekrutteres via oppslag og annonser i lokal presse, annonser i Kreftforeningens egne kanaler inkludert sosiale medier som blogg og facebook, pasientforeninger, NAV, lokale legekantor, Kreftavdelingen på St Olavs hospital og andre avdelinger som har kreftpasienter, kommunens hjemmetjeneste, Høyskolen i Sør-Trøndelag og NTNU. Vi vil også samarbeide med Sør-Trøndelag Fylkeskommune, Idrettskretsen, Frisklivscentralene i Orkdal og Trondheim samt Trondheims Turistforening, treningssenteret 3T og servicetorget for seniorer. De som ønsker å delta tar direkte kontakt med prosjektmedarbeider i Kreftforeningen. Disse vil så bli oppringt for muntlig informasjon. De som ønsker å delta får avtale om en samtale og tilsendt skriftlig informasjon, samtykkeerklæring og spørsmål ved oppstart på e-post eller post.

Alle i utvalget vil være over 18 år.

Personvernombudet legger til grunn at taushetsplikten ikke er til hinder for førstegangskontakten.

METODE FOR DATAINNSAMLING

Opplysningene samles inn gjennom personlig intervju, spørreskjema og refleksjonsnotater.

Personvernombudet finner at det samles inn og registreres sensitive personopplysninger om helseforhold, jf. personopplysningsloven § 2 nr. 8 bokstav c.

REGISTRERING AV OPPLYSNINGER

Innsamlede opplysninger registreres på pc i nettverk tilknyttet Internett tilhørende NTNU.

INFORMASJON OG SAMTYKKE

Det gis muntlig og skriftlig informasjon og innhentes skriftlig samtykke. Personvernombudet finner informasjonsskrivet tilfredsstillende.

PROSJEKTSLUTT

Innsamlede opplysninger anonymiseres ved prosjektslutt, senest 31.03.2013. Med anonymisering innebærer at navnelister slettes/makuleres, og ev. kategorisere eller slette indirekte personidentifiserbare opplysninger. Ved publisering vil ingen enkeltpersoner kunne gjenkjennes.

REGIONAL KOMITÉ FOR MEDISIN OG HELSEFAG

REK Midt har vurdert prosjektet som ikke fremleggespliktig jf. helseforskningsloven § 10, tredje ledd.

