Kreftrelatert rehabilitering

En kvalitativ studie om betydningen av et mestringssenter for personer som lever med kreftsykdom

Gunnhild Jakobsen, Cinzia Marini, Laila Marie Grøthe, Kjersti Grønning og Astrid Bjørnerheim Hynne

Gunnhild Jakobsen, Kreftklinikken St. Olavs hospital, Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet Trondheim gunnhild.jakobsen@stolav.no
Cinzia Marini, Kreftklinikken St. Olavs hospital, Trondheim
Laila Marie Grøthe, Kreftklinikken St. Olavs hospital, Trondheim
Kjersti Grønning, Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Trondheim / Helse Nord-Trøndelag, Levanger
Astrid Bjørnerheim Hynne, Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Trondheim

Sammendrag

Kunnskap om nytteverdien av mestringstilbud for personer med kreft er viktig for utvikling av fagfeltet kreftrelatert rehabilitering. Hensikten med studien var å undersøke kreftpasienters erfaringer med mestringssenteret «Vardesenteret og Pusterommet, Kreftklinikken, St. Olavs hospital», og hvilken betydning tilbudet har hatt for deres mestring av kreftsykdom. Resultatene vil gi oss et bedre grunnlag for å videreutvikle tilbudet. Vi gjennomførte en kvalitativ studie med tre fokus-gruppeintervjuer. Totalt deltok 16 pasienter med kreft. Analysene er basert på en systematisk tekstkondensering. To hovedtema ble identifisert i analysen: «Forventninger om støtte og etablering av kontakt» og «Opplevd mening og mestring». Relasjonell støtte, struktur i hverdagen og økt kunnskap var sentralt for opplevd mening og mestring. Fagkompetanse innen kreft og kreftbehandling hos de ansatte og tilbud som både ga kunnskap og mulighet for læring gjennom møte med andre i lignende situasjon, var av betydning for hvordan senteret bidro til mestring.

Nøkkelord

Kreftrelatert rehabilitering, mestring, seneffekter, kreftoverlevere, kvalitativ metode

Fagfellevurdert artikkel

https://doi.org/10.7557/14.8051
© Forfatterne. Denne artikkelen er lisensiert under en Creative Commons Navngivelse 4.0 Internasjonal lisens.

Innledning

Antallet personer som lever med en kreftsykdom i Norge er økende (Cancer Registry of Norway, 2024). Kreftbehandlingen kan ha negative helseeffekter, også mange år etter at den er avsluttet (Kreftforeningen, 2019). Eksempler er fatigue, kognitive problemer, nerveskader og psykososiale utfordringer (Helsedirektoratet, 2020b). Plagene kan redusere pasientenes livskvalitet og gjøre det vanskelig å stå i arbeid (Helse- og omsorgsdepartementet, 2025; Helsedirektoratet, 2020b).

At flere overlever, og lever lengre med kreft kombinert med følgende av kreftbehandling, stiller økende krav til kunnskap om rehabilitering i kreftomsorgen. Kreftrehabilitering er en viktig del av pasientforløpet og vil bidra til at personer med kreft lever best mulige liv, opplever mestring, og kan delta i samfunnet på lik linje med andre (Kreftforeningen, 2019; Helse- og omsorgsdepartementet, 2025). Flere studier har vist at kreftrehabilitering kan ha betydning for fysisk aktivitet, fatigue, livskvalitet og arbeidsliv (Batalik et al., 2024; Johansen et al., 2025; Machado et al., 2022; Sleight et al., 2022) Rehabiliteringstjenestene skal dekke både medisinske, sosiale og psykososiale behov, og er knyttet til for eksempel egenomsorg, mestring og deltakelse i samfunns- og arbeidsliv (Helsedirektoratet, 2015). Kreftrehabilitering blir beskrevet som helsefremming, som innebærer å sette søkelys på hva som fremmer helse, og ikke bare på årsaker til – og begrensninger av – sykdom (Helsedirektoratet, 2015). I følge Antonovsky (2012) kan mestring skapes gjennom en «opplevelse av sammenheng», der kjernekomponentene; forståelig, håndterbart og meningsfullt er sentrale.

Kreftrelatert rehabilitering har mange aktører. Eksempler er lærings- og mestringstilbud i helseforetakene og kommunene, og diagnosespesifikke tverrfaglige rehabiliteringsprogram. Vardesenteret og Pusterommet ved Kreftklinikken, St. Olavs hospital, er et eksempel på et mestringstilbud i spesialisthelsetjenesten for personer som lever med kreft, deres pårørende og etterlatte. Hensikten er å tilby fysiske og digitale mestringstilbud på dagtid innen fysisk aktivitet, psykososial støtte, kosthold og ernæring før, under og etter kreftbehandling (Wullum & Grøthe, 2024). Eksempler på tilbud er mestringskurs, temamøter, individuelle samtaler med fagpersoner som sykepleiere, klinisk ernæringsfysiologer og fysioterapeuter for informasjon og veiledning. På senteret blir treningen ledet av fysioterapeut og skreddersydd til pasientens funksjonsnivå både ved individuell trening og på gruppetimer. På senteret kan kreftpasienter og pårørende møte fagpersoner, frivillig vertskap fra Kreftforeningen, andre besøkende og likepersoner, som har sin egen krefthistorie og kan dele av sine erfaringer. I 2023 hadde senteret over 9000 besøk.

Selv om rehabiliteringsperspektivet er sentralt i kreftomsorgen, viser studier at pasienter med kreft har udekte behov (Kreftforeningen, 2019, 2022; Paterson et al., 2023). Kreftkoordinatorer i primærhelsetjenesten har uttrykt bekymring for at

kreftrehabilitering i sektoren er lavt prioritert og er vanskelig for pasientene å få tilgang til (Lie et al., 2019). Kunnskap om ulike rehabiliteringstilbud og nytteverdien av dem, er en forutsetning for å gi konkret informasjon og veilede personer med kreft på en god måte gjennom hele pasientforløpet. Imidlertid har manglende forskning og svak erfaringsutveksling og læring preget fagfeltet de siste 10 - 15 årene (Helsedirektoratet, 2020a). En systematisk litteraturgjennomgang av randomiserte studier konkluderte med at det er behov for mer forskning på effekten av rehabiliteringsprogram for pasienter med kreft (Meneses-Echavez et al., 2023).

Behovet for mer kunnskap om betydningen av de ulike mestringstilbudene som er etablert innen kreftrelatert rehabilitering, er dermed stort. Vi antar at det ikke finnes en systematisk undersøkelse av erfaringene hos personer som lever med kreftsykdom og som har benyttet seg av mestringstilbudene ved Vardesenteret og Pusterommet, og utarbeidet derfor følgende forskningsspørsmål i studien: Hvordan erfarer kreftpasienter mestringssenteret for kreftrelatert rehabilitering, og hvilke forhold beskriver de som betydningsfulle for egen mestring?

Metode

Basert på forskningsspørsmålene benyttet vi en kvalitativ forskningsmetode i kvalitetssikringsprosjektet, hvor erfaringer fra deltakerne ble innhentet ved fokusgruppeintervju. Fokusgrupper er en velegnet forskningsmetode i studier som undersøker erfaringer i et miljø der mennesker samhandler (Malterud, 2012). Fokusgruppeintervju var spesielt egnet i denne studien ettersom slike intervju kan bidra til å få frem et rikt materiale gjennom kollektiv ordveksling med spontane og ekspressive synspunkter hos deltakere i gruppe (Kvale & Brinchmann, 2019).

Utvalg

I studien inviterte vi personer (over 18 år) med en kreftdiagnose som benyttet, eller som de siste fem årene hadde benyttet seg av, ett eller flere av mestringstilbudene ved Vardesenteret og Pusterommet, Kreftklinikken, St. Olavs hospital Universitetssykehuset i Trondheim. En ansatt ved mestringssenteret identifiserte aktuelle informanter og ga dem skriftlig informasjon om studien, samt videreformidlet kontaktinformasjon til førsteforfatteren til de som ønsket å delta. Rekruttering og fokusgruppeintervju ble gjennomført i perioden mars til mai 2023. Totalt var det 16 deltakere, og de var fordelt på tre fokusgruppeintervju med seks deltakere i det første, seks i det andre og fire i det tredje intervjuet. Gjennomsnittsalderen var 53 år (32-74), og det var ni kvinner og syv menn. I det følgende blir deltakerne omtalt som informanter.

Gjennomføring av intervju

Intervjuene ble gjennomført med en intervjuguide som ble utarbeidet på bakgrunn av mestringssenterets tilbud og Antonovskys mestringsteori (Antonovsky, 2012). Intervjuguiden ble brukt for å opprettholde en struktur underveis i intervjuet. Spørsmålene besto av hovedspørsmål om forventninger til mestringssenteret, hvordan de fikk kjennskap til senteret, opplevelsen av det første møtet, bruken av digitale tilbud og betydningen de ulike tilbudene har hatt for mestring av kreftsykdommen (kroppslig, mentalt og sosialt) med utdypende og avklarende underspørsmål. Hvert intervju varte i 1 – 1½ time.

Første- og sisteforfatter transkriberte alle intervjuene. Analysene er basert på en systematisk tekstkondensering i henhold til Malterud (2017), og Kvale & Brinchmann (2019). Følgende elementer inngikk i analysestrategien: Materialet ble gjennomlest for å få et helhetsbilde, og deretter identifiserte vi tema som representerte erfaring med mestringstilbud og opplevelsen av betydning for egen mestring av kreftsykdommen. Materialet ble gjennomgått systematisk linje for linje, hvor meningsbærende enheter i teksten ble identifisert og systematisert. De meningsbærende enhetene ble sortert og fortettet i grupper. Til slutt ble meningsbærende enheter sammenlignet med et ukodet eksemplar av transkriptet i henhold til Malterud, 2017. Tabell 1 viser eksempler fra analyseprosessen.

Tabell 1. Illustrasjon av analyseprosessen fra hovedtema 1: «Forventninger om støtte og etablering av kontakt»

Meningsbærende enhet	Kondensert mening	Kategori	Undertema
«Var veldig skeptisk i begynnelsen…» (Informant 4)	Skeptisk i starten.	Har et behov.	Variasjon i forventninger og informasjon om mestringssenteret.
«Jeg også tenkte at det her var skummelt (…), jeg er ensom, bor alene, trenger et nettverk og ha noen å prate med (…), det å se folk som er i samme situasjon (…), både i gode og dårlige dager» (Informant 6)	Skummelt. Ensom.	Skeptisk i utgangspunktet.	

Meningsbærende enhet	Kondensert mening	Kategori	Undertema
«Det jeg etterlyste da jeg kom hit første gang-var tre ting-det var trening-det var ernæringsfysiolog, og der og da hadde jeg behov for psykologisk hjelp» (Informant 4).	Trenger nettverk. Se folk som er i samme situasjon, både i gode og dårlige dager. Etterlyste/forventet trening, ernærings-fysiolog og psykologisk hjelp		

Forskningsetikk

Regional forskningsetisk komité (REK midt) vurderte at kvalitetssikringsprosjektet ikke var omfattet av helseforskningslovens saklige virkeområde, jf. Helse-forskningslovens §§ 2 og 4, og prosjektet ble dermed gjennomført uten forhåndsgodkjenning fra REK (Helseforskningsloven, 2009). Personvern-konsekvensvurdering (DPIA) ble godkjent av Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet med Kreftklinikken, St. Olavs hospital som samarbeidende institusjon. Rettslig grunnlag for behandling av personopplysninger ble ivaretatt ved at informantene samtykket skriftlig til deltakelse, og de fikk informasjon om at de kunne trekke seg fra studien uten at det ville ha noen konsekvenser. Data er anonymisert i artikkelen og vi har fulgt forskningsetiske retningslinjer for sikker behandling av data. Sitater fra informantene er merket med tall for hver informant.

Intervjuene ble ledet av førsteforfatter (moderator) og sisteforfatter (komoderator). Ingen av dem hadde profesjonelt kjennskap til informantene, men kjente fagfeltet godt og hadde lang erfaring fra forskningsfeltet kreft. Alle medforfatterne har helsefaglig bakgrunn.

Resultat

Dataanalysen identifiserte to hovedtemaer som beskrev kreftpasienters erfaringer og hvilke forhold de opplevde som betydningsfulle for mestring: «Forventninger om støtte og etablering av kontakt» og «Opplevd mening og mestring». Hovedtema og tilhørende undertema presenteres i tabell 2.

Tabell 2. Oversikt over hovedtema og tilhørende undertema

Hovedtema	Undertema
Forventninger om støtte og etablering av kontakt	Variasjon i forventninger og informasjon om mestringssenteret Å balansere nærhet og avstand i første møte
Opplevd mening og mestring	Relasjonell støtte og struktur i hverdagen Å få kunnskap og dele erfaringer gjennom kurs og veiledning

Forventninger om støtte og etablering av kontakt

Variasjon i forventninger om støtte og informasjon om mestringssenteret

Informantene beskrev ulike forventninger til mestringssenteret, og flere ønsket støtte til å komme i gang med hverdagen etter påbegynt eller avsluttet kreftbehandling. Noen uttrykte et ønske om at arbeids- og velferdsforvaltningen (NAV) i større grad burde vært tilgjengelig, mens andre etterspurte tilbud om psykolog. Flere ønsket hjelp til å komme i gang med fysisk aktivitet, samt økt kunnskap om ernæring og psykiske og praktiske utfordringer knyttet til sykdom og behandling. Enkelte opplevde at de sto mye alene etter avsluttet kreftbehandling, og uttrykte ønske om et systematisk rehabiliteringstilbud. Andre hadde et begrenset sosialt nettverk og hadde behov for en møteplass utenom familie og venner. Informant seks beskrev det slik: *«Jeg er ensom-bor alene-trenger et nettverk- ha noen å prate med … det å se folk som er i samme situasjon, både i gode og dårlige dager».*

Samtidig uttrykte flere skepsis til å oppsøke mestringssenteret. Noen av informantene, som hadde erfaring med trening fra tidligere i livet, hadde forventninger om at treningen var «husmortrim», og at denne treningsformen ikke ville gi tilstrekkelig utbytte. Andre informanter formidlet at de i utgangspunktet ikke hadde planer om å benytte seg av tilbud ved mestringssenteret, bortsett fra tilbud relatert til fysisk aktivitet. Innenfor temaet forventninger kom det frem at enkelte assosierte tilbudet med å «sitte i ring» å snakke om sykdommen. Dette opplevdes skremmende, og var noe de uttrykkelig ikke ønsket.

Det var et fellestrekk at informantene hadde fått kjennskap til mestringssenteret gjennom informasjon fra helsepersonell, som samtaler og brosjyrer, eller via tips fra venner. De som deltok på trening ved senteret hadde fått henvisning fra lege, mens andre hadde oppdaget senteret gjennom skilt utenfor bygget eller gjennom bekjente. Flere informanter erfarte imidlertid at informasjonen fra sykehuset var mangelfull. Informant 13 beskrev sin opplevelse slik:

> *«Når du er på sykehuset og får beskjed om at du har kreft … du skal begynne med behandling. Det er ingen som nevner Vardesenteret og Pusterommet. Ingen … det nevnes overhodet ikke hele tatt … du må*

> *nesten selv prøve å finne mulighetene. (...) i det øyeblikket du får beskjed om at du har kreft, så raser jo likesom hele verden litt sammen».*

Å balansere nærhet og avstand i første møte

Å oppsøke mestringssenteret for første gang var forbundet med spenning, og enkelte vurderte å snu i døren ved første besøk. De fleste erfarte likevel at de ble møtt på en positiv måte, noe som bidro til en opplevelse av tillit og trygghet. Et gjennomgående trekk i materialet var at møtet med rutinerte og kunnskapsrike ansatte skapte stabilitet i en ellers kaotisk situasjon. Å bli møtt med en holdning om at senteret kunne tilby støtte til den enkelte ble opplevd som betydningsfullt. Samtidig viste funnene variasjoner. Noen opplevde det som intenst å bli invitert til sosial deltakelse allerede ved første møte. Enkelte beskrev noen av vertskapet som pågående og svært pratsomme, og informantene ga uttrykk for et behov for selv å kunne regulere hvor mye de ønsket å dele og snakke i starten.

Opplevd mening og mestring

Relasjonell støtte og struktur i hverdagen

Informantene beskrev gjennomgående at relasjonell støtte både fra ansatte, frivillige, likepersoner og andre personer med kreft på mestringssenteret var av betydning for hvordan de opplevde mestring av kreftsykdommen. For mange var mestringssenteret et fristed, både under og etter kreftbehandlingen, og et sted du kunne komme til uten å ha en agenda. Et sted å være «normal» - være en person uten å være «bare en pasient». Nettopp det at det ikke var forventninger om å gjøre noe som helst var viktig for flere. Et sitat fra informant 10 utdyper en slik bruk av senteret som betydningsfullt for mestring av kreftsykdommen:

> *«Ingen forventer at du skal gjøre noe mer … ingen forventer at du skal trene, eller du skal … du trenger ikke prate med noen heller. Har du en dårlig dag … og jeg skal bare trene … så skal jeg hjem igjen, og det er helt greit».*

Å kunne bestemme selv hvilke aktiviteter de ønsket å delta på ut fra sin dagsform, og kunne møte og dele erfaringer med andre i samme situasjon ble opplevd som verdifullt. Kreftbehandlingen kunne til tider være så belastende at det å gå på trening, eller gjøre andre ting, var vanskelig. Da kunne behovet for å «slappe av» bli sett på som en viktig del av tilværelsen, og det å møte andre personer med kreft i samme situasjon ble opplevd som livsviktig. For noen kunne det gi en opplevelse av at det unormale ble normalt. Mestringssenteret ble opplevd som en base i det daglige livet. Informant fire beskrev: «*Å ha noen å prate med som er i en lignende situasjon-er veldig viktig for meg- trygt-en slags base- og den omsorgen som vises før en vanskelig time … det å bli sett».* Opplevelsen av å få et nettverk og det å møte andre utenom familien ble avgjørende for hvordan de mestret sin kreftsykdom. Informant syv sa: «Vi *mannfolk, vi har et annet tilbud. Menn og kreft - som er her*

hver 3. uke her ...vi sitter en to tre timer og bare prater om løst og fast- og det er veldig bra». Mange hadde også kjent på ensomhet og det å bli overlatt til seg selv etter avsluttet kreftbehandling. Å oppsøke mestringssenteret og møte de ansatte eller andre i lignende situasjon ble opplevd som en støtte.

Betydningen av å bli sett og forstått av de ansatte kunne bidra til at den enkelte kom igjen til neste trening eller andre aktiviteter. I møte med de ansatte erfarte flere at de var dyktige til å fange opp hvor mye deltakerne var mottakelige for, slik deltaker 15 uttrykte det: «*De er jo veldig flinke til å komme og sense hvor mye informasjon du er mottagelig for (...), og når de ser at det begynner å rulle rundt på øynene.. så sier de at kanskje er det nok for i dag».* Flere informanter erfarte at de ansatte identifiserte deres behov for tjenester og tilbud. Mestringssenteret ble beskrevet som et «nav» i tjenestetilbudet og som vesentlig for mestring av livet med kreft, særlig under kreftbehandling.

Den arkitektoniske utformingen av mestringssenteret ble også fremhevet som viktig. Fellesrommet ble opplevd som inkluderende og bar preg av en positiv atmosfære, samtidig som det ga mulighet til å velge å være sosial eller trekke seg tilbake. At utformingen av rommet ga en mulighet til å velge om de ønsket å være sosiale eller ikke, var også av betydning.

Bruken av mestringssenteret bidro til struktur og mening i hverdagen, særlig når andre i deres nettverk var opptatte. Informantene verdsatte å ha noe konkret å gjøre og ha et mål for dagen.

<u>Å få kunnskap og dele erfaringer gjennom kurs og veiledning</u>
Kunnskap om å leve med kreft, som informantene hadde fått gjennom bruk av mestringssenteret, ble opplevd som viktig for egen mestring, og de hadde benyttet både individuelle tilbud og gruppetilbud ledet av ansatte. Å møte fagpersoner med kompetanse innen kreft og kreftbehandling ga dem økt innsikt i egen situasjon, noe som bidro til både motivasjon og mestring. Informant fem beskrev hvordan de ansatte både så og forsto:

> *«Fysioterapeutene passer på-ikke press deg for mye-som jeg kunne gjort på [anonymisert treningssenter]. Trygghet i at det er forståelse for begrensninger sykdommen gir-det gjør også at jeg kommer tilbake på trening-noe som ville vært vanskelig på et vanlig treningssenter. Å bli spurt: «Hvordan var det i dag da-var du like svimmel i dag?»*

Det var også informanter som ikke erkjente at de hadde et behov for støtte, men som ble oppdaget og «sett» av ansatte da de var innom mestringssenteret. Slike møter kunne bidra til at enkelte mestret sin situasjon bedre. Informant 14 beskrev en slik opplevelse: *«Jeg kom jo inn her en dag da ... og skulle bare ta meg en kaffe ... og så sier [anonymisert ansatt] at «Jeg tror du og jeg skal prate litt i dag». Ja, jeg er helt enig, sier jeg. Og de ser ... de er flinke ... de senser sånne ting».* At

ansatte var tilgjengelige og hadde tid, var av betydning for opplevelsen av mestring, og at de la vekt på det friske hos den enkelte og stimulerte til å ta utgangspunkt i det, ga mening og drivkraft til å gå videre til tross for mange plager. Informant fem beskrev det slik: «*Ikke bare den syke biten, men også den friske biten som er hovedsaken-hva kan en gjøre med den friske delen av livet ditt».*

Flere erfarte at å delta på temamøter kunne gi kunnskap og læring om noe som var nyttig i situasjonen de var i som følge av seneffekter etter kreftbehandlingen. Noen beskrev at de hadde fått lite informasjon om seneffekter underveis i behandlingsforløpet, og opplevde en maktesløshet når kroppen ikke var til å kjenne igjen. Da ble fagkompetansen ved mestringssenteret av betydning for hvordan de mestret livet videre. Kunnskap og forståelse gjorde at de følte seg tryggere.

Informantene mente også at det var læring i å møte andre deltakere som var i lignende situasjon som dem selv, og i å dele erfaringer. Informant åtte beskrev det slik:

> *«Det er ikke sykdommen som er det viktigste -men det er viktig og faktisk snakke sykdom også for å utveksle erfaringer og lære av hverandre. Men at det er en sånn fin balanse mellom det å være menneske, men også snakke sykdom».*

Bruken av digitale mestringstilbud var varierende. Under koronaepidemien, med nedstenging i samfunnet, var det flere som hadde benyttet seg av digitale tilbud, men det var også informanter som ikke hadde fått med seg at det eksisterte digitale tilbud. For noen var det vanskelig å delta på webinar fordi det ble mye «trykking» for å finne dem på nettsidene. Flere av informantene opplevde at det var vanskelig å konsentrere seg lenge av gangen, slik informant tre uttrykte det: *«Hodet koker, må legge fra meg nettbrettet … det ble for mye».* Dersom opptak av webinaret hadde vært tilgjengelig, gjerne på ett sted og med kort varighet, hadde det vært lettere å tilpasse til tidspunkt da de var opplagt. Noen var opptatt av at digitale tilbud kunne bli viktige når de hadde startet i jobb igjen, og ikke hadde mulighet til å trene på senteret.

Diskusjon

Studien har undersøkt kreftpasienters erfaringer med mestringssenteret Vardesenteret og Pusterommet, Kreftklinikken, St. Olavs hospital og belyst forhold ved senteret som har vært av betydning for mestring av kreftsykdom. Oppsummert viser studien at det var store variasjoner i forventingene til senteret. En del oppsøkte det for relasjonell støtte fra personer i lignende situasjon og hadde et ønske om å utvide sitt nettverk, mens andre søkte kunnskap som viktig del av mestring. Det første møtet, enten det var med vertskap eller ansatte, var av betydning for videre bruk av senteret. Fagkompetanse innen kreft og kreftbehandling hos de ansatte og tilbud som både ga kunnskap og mulighet for læring gjennom møte med andre i

lignende situasjon, var av betydning for hvordan senteret bidro til mestring. Andre forhold som ble beskrevet som viktige var at vertskapet og de ansatte hadde tid og så de besøkende, lokalene var innbydende med tanke på å ta del i fellesskapet, og senteret fremstod som et sted de kunne komme til uten en agenda.

Selv om forventingen om støtte og etablering av kontakt varierte, var det et fellestrekk hos flere at de ønsket støtte til å komme i gang med hverdagen etter avsluttet kreftbehandling. Spesielt gjaldt det behov for å komme i gang med fysisk aktivitet, og behov for mer kunnskap om kosthold og psykiske problemer som følge av kreftsykdom og behandling. Funnene er i tråd med tidligere studier hvor det er avdekket ulike behov for støtte til både fysisk trening og psykososial oppfølging under kreftbehandling (Thorsen et al., 2011; Paterson et al., 2023). Dessuten viste vår studie udekte behov, hvor deltakerne for eksempel hadde en forventning om, og et behov for, psykososial støtte. Nyere forskning har bekreftet udekte behov for kreftrehabilitering (Paterson et al., 2023). Uavhengig av diagnosetype viser både systematiske oversikter og enkeltstudier at mange pasienter med kreft ikke får den psykososiale støtten de har behov for under kreftbehandling (Paterson et al., 2023).

Selv om det var et fellestrekk hos informantene i vår studie at mange hadde fått skriftlig og/eller muntlig informasjon om rehabiliteringstilbud ved mestrings-senteret, var det også informanter som ikke hadde hørt om senteret gjennom sitt pasientforløp. Tidligere studier har vist at informasjon om rehabilitering generelt er varierende til kreftpasienter gjennom kreftforløpet (Faller et al., 2017; Franco, K. et al., 2017). I studien til Faller et al. (2017) var dårlig emosjonell livskvalitet knyttet til et større informasjonsbehov. Trolig vil det være behov for en person-tilpasset tilnærming til informasjon om ulike rehabiliteringstilbud, hvor informasjonen tilpasses hver enkelt sine forutsetninger (Beckjord et al., 2008; Helsedirektoratet, 2015). Mestringssenteret kan være av betydning både under og etter kreftbehandling, nettopp som en kilde til informasjon om andre relevante mestringstilbud, for eksempel kreftkoordinator og treningstilbud i kommune-helsetjenesten.

Å oppsøke mestringssenteret for første gang var forbundet med spenning for flere av informantene i studien, og derfor er det viktig å merke seg erfaringene knyttet til balansen mellom nærhet og avstand i det første møtet. Hvordan informantene ble tatt imot, ansikt-til-ansikt, kan se ut til å ha vært avgjørende for hvilken tillit de fikk til mestringssenteret. Dessuten kan funnene tyde på at det første møtet ble avgjørende for om informantene ville oppsøke senteret igjen. Fra et pasientperspektiv er empati et sentralt element i kommunikasjon med helse-personell (Engel et al., 2023). Tillit skapes gjerne i det første møtet med helsepersonell, og kan være av betydning for videre relasjon med pasienten (Dang et al. 2017; Henriksen et al., 2025). Slik kunnskap er vesentlig for ansatte, frivillige og likepersoner på et mestringssenter allerede i det første møtet.

Et annet hovedfunn var at kreftpasientene i studien erfarte at mestringssenteret ga mening i tilværelsen og mestring gjennom relasjonell støtte og struktur i hverdagen. Spesielt i møte med ansatte ved mestringssenteret kunne det å bli sett, forstått og møtt med sensitivitet for hva den enkelte var mottakelig for, fortolkes som en relasjonell- eller sosial støtte. At informantene opplevde den relasjonelle støtten fra ansatte som meningsfull, vil i lys av Antonovsky (2012) kunne bidra til å styrke deres mestringsressurser og på den måten være av betydning for håndtering av sykdom og sykdomsutvikling. Helsepersonell vil kunne være en støtte og bidra til motivasjon ved å forstå sykdom, behandling og seneffekter gjennom en empatisk og støttende relasjon (Bottaro et al., 2022).

Relasjonell støtte fra andre i lignende situasjon var også av betydning for mestring. Å dele erfaringer med andre i samme situasjon ble opplevd som verdifullt, og funnene viser at samtaler med likepersoner var spesielt viktig. Tidligere studier har vist at likepersoner bidrar til at pasienter mestrer sin situasjon både innenfor og utenfor sykehuset på ulike måter (Niedwiedz, et al., 2019). Likepersoner kan bidra til å underbygge håp og vise til mestringsmåter i situasjoner med fortvilelse for å beskytte mot stress (Skirbekk et al., 2017). På en annen side er det verdt å merke seg at mestringssenteret som en sosial arena med uformelle samtaler var av betydning for flere, som en arena for å komme innom, være sosial og bare ha et sted å være, uavhengig av dagsform under og etter kreftbehandling. En kunnskapsoppsummering om betydningen av relasjonell støtte fra andre i lignende situasjon viser at sosiale arenaer kan bidra positivt på livskvalitet og økt mestring for pasienter med kreft (Zhang et al. 2020).

Struktur og en plan for dagen når andre gikk på jobb, ble sett på som viktig enten informantene oppsøkte mestringssenteret for å delta på kurs, eller kom innom for å være sosial. Det understreker betydningen av mestringssenteret som en sentral arena for en relativt stor andel personer med kreft. En undersøkelse gjennom Kreftforeningens brukerpanel viser at kun 35 prosent av de 489 respondentene oppga at de helt eller delvis stod i jobb under kreftbehandling (Oslo Economics, 2022). På den måten bidrar mestringssenteret til å skape en struktur i hverdagen og en arena for sosial støtte, noe som eksempelvis er sentralt for å kunne være fysisk aktiv under kreftbehandling (Elshahat et al., 2021). Struktur i hverdagen kan øke følelsen av at livet er håndterbart, og på den måten styrke evne til å håndtere livet med kreft (Antonovsky, 2012).

Studien viste også at å få kunnskap og dele erfaringer gjennom kurs og veiledning ved mestringssenteret bidro til opplevd mening og mestring. Det er verdt å merke seg at studien synliggjør at informantene ikke kjente igjen egen kropp etter avsluttet kreftbehandling. Andre hadde møtt lite forståelse for egen situasjon, og hadde fått lite informasjon om for eksempel seneffekter gjennom kreftforløpet, slik det også er beskrevet i tidligere studier (Silver et al., 2015). Mer kunnskap om å være kreftpasient og om seneffekter ble derfor opplevd som motiverende, meningsfullt

og gjorde egen situasjon mer forståelig og lettere å håndtere – noe som også er sentralt i en helsefremmende tenkning (Antonovsky, 2012). Å få tydelig informasjon om for eksempel psykiske reaksjoner ved kreft kan styrke følelsen av forståelighet (Antonovsky, 2012). Imidlertid må de som leder kurs og temamøter med erfaringsdelinger ha kompetanse om både kreft, kreftbehandling og gruppeledelse. Mackie et al. (2024) intervjuet kvinner med metastatisk kreftsykdom og fant at støttegrupper ble opplevd som viktige arenaer for erfaringsutveksling, emosjonell støtte og fellesskap. Likevel rapporterte enkelte at de valgte å ikke delta fordi de fryktet feilinformasjon dersom det ikke var fagpersoner til stede.

Informantene erfarte at de ansatte så hva de hadde behov for av tjenester og tilbud. Senteret fremstod som et «nav» og et utgangspunkt for andre tilbud og aktiviteter. Funnene kan tyde på at mestringssenteret kan gjøre det lettere å kombinere fysiske og psykososiale tilbud, for eksempel ved at noen tenkte å delta på ett av tilbudene, men ble inspirert til å delta på enten gruppe- og/eller individuelle tilbud som igjen bidro til mer kunnskap og større forståelse for egen situasjon. Det kan tyde på at et mangfoldig tilbud, der den enkelte kan velge ut ifra sin situasjon, både for å få mer kunnskap, men også for å ha en base å komme til for psykososiale støtte, er vesentlig for mestring av kreftsykdommen. Det kan se ut til at nettopp det å kombinere fysiske og psykososiale tilbud er mer gunstig enn enkelttiltak knyttet til både fysisk funksjonsevne, fatigue, stress og livskvalitet (Myrhaug et al., 2020). Dessuten viser systematiske oversikter at tidlig rehabilitering med en kombinasjon av tilbud innen fysisk aktivitet, ernæring og psykologisk støtte kan forbedre funksjon og behandlingsforløp hos personer med kreft (Meneses-Echavez et al., 2023). Videre forskning bør undersøke erfaringene fra de spesifikke mestring-stilbudene som inngår ved mestringssenteret og fra andre tilsvarende mestringstilbud, for å få et enda bredere erfaringsgrunnlag for å videreutvikle tilbudene.

Styrker og begrensinger

Studiens hensikt var å undersøke erfaringer med et mestringssenter. Fokusgruppeintervju var en styrke, ettersom deltakerne bidro til å få frem et rikt materiale gjennom kollektiv og spontan ordveksling i grupper som var satt sammen av deltakere som alle hadde benyttet senteret. Deltakerne ble valgt strategisk for å få belyst ulike erfaringer fra deltakere som hadde benyttet seg både av psykososiale tilbud og tilbud innen fysisk aktivitet. Første- og sisteforfatter hadde ingen profesjonell kjennskap til informantene, og det reduserte risikoen for rollekonflikter underveis i intervjuet og i analysen av datamaterialet (Kvale & Brinchmann, 2019). En ansatt ved mestringssenteret identifiserte aktuelle deltakere, noe som kan ha ført til en rekrutteringsskjevhet ved at personer med positive erfaringer kan ha vært overrepresentert. Funnene i studien kan ha en overføringsverdi til andre tilsvarende mestringssenter. Resultatene viste for eksempel fellestrekk med tidligere studier i informantenes beskrivelser av relasjonell støtte. Det kan tyde på at erfaringer fra

betydningen av fellesskap og relasjonell støtte fra andre i lignende situasjon kan være overførbart til andre. Imidlertid er det mulig at gjennomføring av studien ved andre tilsvarende mestringssenter kunne ha avdekket andre erfaringer og nyanser, og det er derfor grunn til å være forsiktig med å overføre relevansen av funnene til andre tilbud innen kreftrelatert rehabilitering.

Konklusjon

I denne studien erfarte kreftpasienter ved mestringssenteret Vardesenteret og Pusterommet, St. Olavs hospital, at måten de ansatte og vertskapet så og møtte deres individuelle behov på, var av betydning for hvordan de benyttet seg av tilbudene ved senteret. Relasjonell støtte fra kunnskapsrike ansatte, å møte andre med kreftsykdom i en lignende situasjon og et imøtekommende vertskap var av betydning for mestring under og etter kreftbehandling. Et mangfoldig tilbud som både ga kunnskap om å leve med kreftsykdom, psykososial støtte, individuelt tilpasset trening og mulighet for erfaringsutveksling, var av betydning for hvordan senteret bidro til mestring. Ved å oppsøke senteret, uavhengig av dagsform, bidro besøket til en struktur på hverdagen og et utvidet sosialt nettverk både under og etter kreftbehandling. I utviklingen av senteret blir det viktig med en personorientert og helsefremmende tilnærming for å støtte den enkelte i mestring av kreftsykdommen.

Nytteverdien av erfaringene fra et slikt tilbud innen kreftrelatert rehabilitering gir grunnlag for en dypere forståelse av hvordan slike mestringssenter kan forstås og videreutvikles innen helsetjenesten. Topartssamarbeidet mellom Kreftforeningen og helseforetaket ved senteret er unikt med tanke på potensialet i bruken av frivillige i arbeidet med kreftrelatert rehabilitering.

Litteratur

Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium. Den salutogene modellen*. (1.utg), til norsk ved Ane Sjøbu. Oslo: Gyldendal Akademisk forlag.

Batalik L, Chamradova K, Winnige P, Dosbaba F, Batalikova K, Vlazna D, Janikova A, Pepera G, Abu-Odah H, Su JJ. (2024). Effect of exercise-based cancer rehabilitation via telehealth: a systematic review and meta-analysis. *BMC Cancer*, (1), 600 https://doi.org/10.1186/s12885-024-12348-w

Beckjord, E.B., Arora, N.K., McLaughlin, W., Oakley-Girvan, I., Hamilton, A.S., & Hesse, B.W. (2008). Health-related information needs in a large and diverse sample of adult cancer survivors: implications for cancer care, *J Cancer Surviv,* 2, 179–189. https://doi.org/10.1007/s11764-008-0055-0

Bottaro, R., Craparo, G.& Faraci, P. (2022). What is the direction of the association between social support and coping in cancer patients? A systematic review. *Journal of Health Psychology,* 28(6), 524-540. https://doi.org/10.1177/13591053221131180

Cancer Registry of Norway (2024). *Cancer in Norway 2024 - Cancer incidence, mortality, survival and prevalence in Norway*. https://www.fhi.no/kreft/kreftregisteret/Cancer-in-Norway/

Dang BN, Westbrook RA, Njue SM, Giordano TP. (2017). Building trust and rapport early in the new doctor-patient relationship: a longitudinal qualitative study. *BMC Med Educ,* 17(1), Article 32. https://doi.org/10.1186/s12909-017-0868-5

Elshahat, S., Treanor, C., Donnelly, M. (2021). Factors influencing physical activity participation among people living with or beyond cancer: a systematic scoping review *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity,* 18, 50 https://doi.org/10.1186/s12966-021-01116-9

Engel M, Kars MC, Teunissen SCCM, van der Heide A. (2023). Effective communication in palliative care from the perspectives of patients and relatives: A systematic review. *Palliative and Supportive Care,* 21, 890–913. https://doi.org/10.1017/S1478951523001165

Faller, H, Brähler, E., Härter, M., Keller, M., Schulz, H., Wegscheider, K., Weis, J. , Boehncke, A., Reuter, K., Richard, M., Sehner, S., Koch, U. & Mehnert, A. (2017). Unmet needs for information and psychosocial support in relation to quality of life and emotional distress: A comparison between gynecological and breast cancer patients, *Patient Education and Counceling*, 100(10), 1934-1942. https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.05.031

Franco, K., Shuk, E., Philip, E., Blanch-Hartigan, D., Parker, P. A., Matasar, M., Horwitz, S., Kissane, D., Banerjee, S.C., and Bylund, C.L. (2017). Communication between oncologists and lymphoma survivors during follow-up consultations: A qualitative analysis. *Journal of psychological oncology*, 35(5), 513–530. https://doi.org/10.1080/07347332.2017.1313352

Helsedirektoratet (2015) *Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator*. Helsedirektoratet. https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator

Helsedirektoratet (2020a). *Evaluering av opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019).* Helsedirektoratet. https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/evaluering-av-opptrappingsplan-for-habilitering-og-rehabilitering-2017-2019/Evaluering%20av%20opptrappingsplan%20for%20habilitering%20og%20rehabilitering%20(2017-2019).pdf/_/attachment/inline/90996333-c371-4e28-89ed-c437533928b1:f98a8d402e8b092e593ac3e4a391556d60d8cce1/Evaluering%20av%20opptrappingsplan%20for%20habilitering%20og%20rehabilitering%20(2017-2019).pdf

Helsedirektoratet (2020b), *Seneffekter etter kreftbehandling*. Helsedirektoratet. https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/seneffekter-etter-kreftbehandling/Seneffekter%20etter%20kreftbehandling.pdf/_/attachment/inline/3d984c2a-7926-4d1a-a5f0-

06d48fe7c95f:f3e498d059734ff34b013c1c206877e488e95600/Seneffekter%20etter%20kreftbehandling.pdf
Helseforskningsloven. (2009) *Lov om medisin og helsefaglig forskning* (LOV-2008-06-20-44) Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44
Helse- og omsorgsdepartementet (2025). *Felles innsats mot kreft. Nasjonal kreftstrategi 2025–2035*. Regjeringen. https://www.regjeringen.no/contentassets/fd8233d7583e4a8dbd396c12d3aa77d1/no/pdfs/felles-innsats-mot-kreft.pdf
Henriksen SL, Eekholm S, Poulsen I, Kristensson J. (2025). The Lived Experience of the Trusting Nurse-Patient Relationship Among Patients Admitted to Internal Medicine Wards. *J Adv Nurs*., 3. https://doi.org/10.1111/jan.70344
Johansen SH, Reinertsen KV, Wisløff T, Sæter M, Sarvari SI, Kiserud CE, Strandos N, Edvardsen E, Grydeland M, Nilsen TS, Thorsen L. (2025). Effects of aerobic exercise on late effects and quality of life in long-term breast cancer survivors: a randomized controlled trial. *JNCI Cancer Spectr*, 9(6), pkaf102. https://doi.org/10.1093/jncics/pkaf102
Kreftforeningen (2019). *Å leve med og etter kreft. En undersøkelse blant kreftpasienter og pårørende i Kreftforeningens brukerpanel*. https://kreftforeningen.no/content/uploads/2023/11/rehabiliteringsrapporten-2018-web.pdf
Kreftforeningen (2022). *Pasientforløpet-resultater fra en undersøkelse i Kreftforeningens brukerpanel 2022.* https://kreftforeningen.no/content/uploads/2023/11/pasientforlopsundersokelsen-2022.pdf
Kvale, S. & Brinchmann, S. (2019). *Det kvalitative forskningsintervju* (3.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk
Lie, N.E., K., Solvang, P.K., Hauken, M. (2019). A limited focus on cancer rehabilitation"—A qualitative study of the experiences from Norwegian Cancer Coordinators in Primary Health Care, *Eur J Cancer Care*, 28, e13030 https://doi.org/10.1111/ecc.13030
Machado P, Morgado M, Raposo J, Mendes M, Silva CG, Morais N. (2022). Effectiveness of exercise training on cancer-related fatigue in colorectal cancer survivors: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Support Care Cancer*, 30(7), 5601-5613. https://doi.org/10.1007/s00520-022-06856-3
Mackie GM, Boyle F, Lewis S, Smith AL. (2024). Finding my tribe: a qualitative interview study of how people living with metastatic breast cancer perceive support groups. *J Cancer Surviv*, 20, 107–122 (2026). https://doi.org/10.1007/s11764-024-01639-7
Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode i medisin og helsefag* (1.utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4.utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Meneses-Echavez JF, Loaiza-Betancur AF, Díaz-López V, Echavarría-Rodríguez AM, Triana-Reina HR. (2023). Prehabilitation programs for individuals with cancer: a systematic review of randomized-controlled trials. *Syst Rev*., 12(1), 219. https://doi.org/10.1186/s13643-023-02373-4

Myrhaug, H.T., Mbalilaki, J.A., Lie N.K., Hansen, T. & Nordvik, J.E. (2020). The effects of multidisciplinary psychosocial interventions om adult cancer patients: a systematic review and meta-analysis. *Disability and Rehabilitation*, 42(8), 1062-1070. https://doi.org/10.1080/09638288.2018.1515265

Oslo Economics. (2022). *Arbeid, helse og kreft. (Rapport 2022-81)* *https://osloeconomics.no/publication/arbeid-helse-og-kreft/*

Paterson C, Toohey K, Bacon R, Kavanagh PS, Roberts C. (2023). What Are the Unmet Supportive Care Needs of People Affected by Cancer: An Umbrella Systematic Review. *Semin Oncol Nurs*. 39(3), 151353. https://doi.org/10.1016/j.soncn.2022.151353

Silver JK, Raj VS, Fu JB, Wisotzky EM, Smith SR, & Kirch RA (2015). Cancer rehabilitation and palliative care: critical components in the delivery of high-quality oncology services. *Support Care Cancer,* 23, 3633-3643. https://doi.org/10.1007/s00520-015-2916-1

Skirbekk, H., Korsvold, L. & Finset,A. (2017). To support and to be supported. A qualitative study of peer support centres in cancer care in Norway. *Patient Education and Counceling,* 101(4), 711-716. https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.11.013

Sleight A, Gerber LH, Marshall TF, Livinski A, Alfano CM, Harrington S, Flores AM, Virani A, Hu X, Mitchell SA, Varedi M, Eden M, Hayek S, Reigle B, Kerkman A, Neves R, Jablonoski K, Hacker ED, Sun V, Newman R, McDonnell KK, L'Hotta A, Schoenhals A, Dpt NLS. (2022). Systematic Review of Functional Outcomes in Cancer Rehabilitation. *Arch Phys Med Rehabil*, 103(9), 1807-1826. https://doi.org/10.1016/j.apmr.2022.01.142

Thorsen L, Gjerset GM, Loge JH, Kiserud CE, Skovlund E, Fløtten, T. & Fosså, S.D. (2011). Cancer patients' needs for rehabilitation services. *Acta Oncol,* 50, 212–22 https://doi.org/10.3109/0284186X.2010.531050

Zhang, S, Li, J. & Hu, X. (2020). Peer support interventions on quality of life, depression, anxiety, and self-efficacy among patients with cancer: A systematic review and meta-analysis. *Patient Education and Counceling*, 105(11), 3213-3224, https://doi.org/10.1016/j.pec.2022.07.008

Wullum, L og Grøthe, L. (2024). «DIGIREHAB – et digitaliseringsprosjekt på Vardesenteret og Pusterommet, St. Olavs hospital, Trondheim». *Kreftsykepleie* 1, 24-26 https://www.nsf.no/fg/kreftsykepleierne-nsf