



**AALBORG UNIVERSITY**  
DENMARK

**Senfølger efter kræft og tilknytning til  
arbejdsmarkedet**  
**- En kvalitativ undersøgelse i et fænomenologisk perspektiv**

**Kandidatspeciale i Folkesundhedsvidenskab**

School of Medicine and Health

Vejleder: Lone Jørgensen

Forfattere: Gruppe 17gr10312

Michelle Bredvig Bjørnskov

Rikke Strand

Antal anslag: 225.212

Dato for aflevering: 7. juni 2017

Anvendt referencesystem: Harvard

## Forord

Dette speciale er udarbejdet i perioden 01.02-2017 - 07.06-2017 på Kandidatuddannelsen i Folkesundhedsvidenskab ved Aalborg Universitet, School of Medicine and Health.

I forbindelse med udarbejdelse af specialet ønsker vi at takke vores vejleder Lone Jørgensen for kyndig og kompetent vejledning. Lone har bidraget med sparring og har udfordret os fagligt undervejs i forløbet. Lone har stået til rådighed og har udvist stor fleksibilitet i forhold til vejledning og konstruktiv feedback på specialet.

Desuden ønskes at takke Senfølgerforeningen for godt samarbejde, og særligt ønskes at takke Dorthe Kann Hostrup for at etablere kontakt til informanter. I forbindelse hermed vil vi gerne takke de fire informanter, der ville lade sig interviewe, og dermed bidrage til specialet.

Specialet er udarbejdet af:

17gr10312, Michelle Bredvig Bjørnskov & Rikke Strand.

## Resumé

**Titel:** Senfølger efter kræft og tilknytning til arbejdsmarkedet - En kvalitativ undersøgelse i et fænomenologisk perspektiv.

**Problemstilling:** Ved udgangen af 2014 var der i Danmark 280.747 personer med en kræftdiagnose, og det forventes, at antallet af nye tilfælde stiger med ca. 70% de næste 20 år. Over halvdelen af personer med en kræftdiagnose overlever deres sygdom, og efter behandling af en kræftsygdom er det almindeligt at opleve senfølger. Det kan være udfordrende at få anerkendt de problemstillinger senfølger kan medføre, idet personerne er erklæret raske, men ikke føler sig raske nok til at arbejde. Den manglende anerkendelse fra arbejdsgiver, socialforvaltning og lignende kan derfor besværliggøre tilknytning til arbejdsmarkedet.

**Formål:** Formålet med specialet er at bidrage til et grundlag for forandring af initiativer til personer med senfølger i forbindelse med tilknytning til arbejdsmarkedet.

**Metoder:** Specialets design er en kvalitativ undersøgelse. Herunder er Precede-Proceed-modellen anvendt som inspiration til struktur for forandring af initiativer til personer med senfølger og tilknytning til arbejdsmarkedet. Der er anvendt systematisk litteratursøgning samt interviews med semistruktureret tilgang til dataindsamling.

**Resultater:** Den systematiske litteratursøgning og de fire semistrukturerede interviews viste at senfølger problematiserede udførelse af arbejdsopgaver. Yderligere fremkom fremmede og hæmmende faktorer for tilknytning til arbejdsmarkedet for personer med senfølger, hvilket udgøres af nedsat tid, justering og tilpasning på arbejdspladsen, kontakt til arbejdspladsen under sygemelding, personer med senfølgers egen indstilling til tilknytning til arbejdsmarkedet, arbejdspladsens indstilling, samt fleksjob.

**Konklusion:** Det konkluderes på baggrund af specialet, at der er behov for viden om senfølger og betydningen af disse for tilknytning til arbejdsmarkedet. Denne viden skal ikke blot gives til personer med senfølger, men også til kollegaer, ledelse, samarbejdspartnere og professionelle eksempelvis lægefagligt personale og kommunale sagsbehandlere, idet viden kan føre til anerkendelse af senfølger samt senfølgers betydning for tilknytning til arbejdsmarkedet. Dette speciale kan bidrage til et beslutningsgrundlag i relation til personer med senfølger og tilknytning til arbejdsmarkedet.

## Abstract

**Title:** Late effects after cancer and connection to the labor market – a qualitative study in a phenomenological perspective.

**Problem statement:** By the end of 2014 there were 280.747 persons in Denmark with a cancer diagnosis and it is expected that the number of new incidents will increase with 70 percent over the next 20 years. More than half of the persons with a cancer diagnosis survive their disease and after the treatment of the cancer disease it is common to experience late effects. It can be a challenge to get the issues caused by late effects recognized because the persons are declared healthy by health care professionals, but they don't feel healthy enough to take care of a job. The missing recognition from employers, social administration and the like can thus complicate the connection to the labor market.

**Aim:** The purpose of this thesis is to contribute to a foundation for changing initiatives for persons with late effects in connection to the labor market.

**Methods:** The design in this thesis is a qualitative study including the Precede-Proceed-model used as inspiration to the structure changing initiatives for persons with late effects in connection to the labor market. Data collection was conducted through a systematic literature search and through semi-structured interviews.

**Results:** The systematic literature review and the four semi-structured interviews showed that late effects problematized the conduction of work tasks. Furthermore, the review and the interviews showed promotional and inhibiting factors for the connection to the labor market as reduced hours, adjustment and adaptation of the workplace, contact to the workplace during the sick leave, the person with late effects own attitude towards the connection to the labor market, the workplace's attitude and flexible job possibilities.

**Conclusion:** Based on this thesis it can be concluded that there is a need for more knowledge on late effects and their importance for the connection to the labor market. This knowledge should not only be presented for persons with late effects, but also for colleagues, management, collaborators and professionals – e.g. medical staff and municipal social workers – because knowledge can lead to the recognition of late effects and the importance of the late effects on the connection to the labor market. This thesis can contribute to decision making in relation to persons with late effects and the connections to the labor market.

## Læsevejledning for specialet

**Kapitel 1 - Det initierende problem:** I dette kapitel tydeliggøres det initierende problem, som danner udgangspunktet for specialet.

**Kapitel 2 – Problemanalyse:** I kapitlet udbredes og analyseres det initierende problem med henblik på at afdække litteraturen på området.

**Kapitel 3 - Afgrænsning:** I kapitlet specificeres specialets problemstilling, hvorved problemet indkredses og afgrænses.

**Kapitel 4 – Problemformulering:** Dette kapitel præsenterer specialets problemformulering, og danner udgangspunkt for metode, problembearbejdning samt besvarelse af specialet.

**Kapitel 5 – Metodologi:** I kapitlet præsenteres Precede-Proceed-modellen som anvendes til inspiration til specialets struktur, samt videnskabsteoretisk tilgang herunder specialegruppens forforståelse samt design.

**Kapitel 6 – Metode:** I dette kapitel præsenteres og argumenteres for specialets systematiske litteratursøgning, det kvalitative interview, transskription samt analysestrategi. Dette for at tydeliggøre fremgangsmåden i specialet.

**Kapitel 7 – Forskningsetiske overvejelser:** I kapitlet præsenteres de forskningsetiske overvejelser i specialet og indeholder fire etiske tommelfingerregler.

**Kapitel 8 – Problembearbejdning:** I dette kapitel bearbejdes indsamlet viden fra den systematiske litteratursøgning og interviews samt resultater heraf præsenteres.

**Kapitel 9 – Diskussion:** I dette kapitel diskuteres først resultaterne fremkommet i problembearbejdningen. Dernæst diskuteres specialets metodologi og metode.

**Kapitel 10 - Forandringsperspektiv:** Dette kapitel indeholder forandringsperspektivet samt forslag til handleanvisninger og bidrager dermed til besvarelse af specialets problemformulering.

**Kapitel 11 – Konklusion:** I dette kapitel besvares specialets problemformulering.

**Kapitel 12 - Referenceliste:** Dette kapitel indeholder referencer anvendt i specialet.

**Kapitel 13 – Bilag:** Kapitlet indeholder specialets bilag, herunder søgebilag, tjeklistevurdering, samtykkeerklæring, interviewguide, samarbejdsaftale samt kondensater og guldcitater.

# Indholdsfortegnelse

Kapitel 1 - Det initierende problem .....	8
Kapitel 2 - Problemanalyse .....	10
Senfølger efter kræftsygdom.....	10
Utilstrækkelige indsatser for personer med senfølger efter kræftsygdom .....	10
Fysiske senfølger efter kræftsygdom .....	11
Psykologiske senfølger efter kræftsygdom .....	11
Sociale senfølger efter kræftsygdom.....	13
Sundhedssyn .....	13
Livskvalitet .....	14
Tilknytning til arbejdsmarkedet.....	15
Hæmmende og fremmende faktorer for arbejdsliv .....	16
Tilknytning til arbejdsmarkedet i et dansk perspektiv .....	17
Tilknytning til arbejdsmarkedet i et internationalt perspektiv .....	17
Fysisk aktivitet.....	18
Senfølgerforeningen.....	19
Sygdomsopfattelse .....	19
Forandring af sundhedsfremmende initiativer .....	22
Sundhedspædagogik .....	22
Oplevelse af sammenhæng.....	22
Kapitel 3 - Afgrænsning.....	24
Formål.....	24
Kapitel 4 - Problemformulering .....	25
Kapitel 5 - Metodologi.....	26
Precede-Proceed-modellen .....	26
Videnskabsteoretisk tilgang .....	30
Paradigme og forskningstype.....	30
Fænomenologi.....	30
Forforståelse.....	31
Design af en kvalitativ undersøgelse .....	32
Litteratursøgning.....	33
Indledende søgning .....	33
Systematisk litteratursøgning .....	34
Søgestrategi.....	34
Anvendte databaser .....	35
Udvælgelse af artikler .....	35
Det kvalitative interview .....	37

Det semistrukturerede interview .....	37
Interviewguide .....	38
Pilotinterview .....	39
Forholdet mellem interviewer og informant .....	40
Informanter og samplingstrategi .....	40
Transskription .....	41
Analysestrategi.....	42
Systematisk tekstkondensering .....	42
Kapitel 7 – Forskningsetiske overvejelser .....	45
Kapitel 8 – Problembearbejdning .....	47
Resultater af litteraturstudiet.....	47
Resultater af systematisk tekstkondensering.....	51
Trin 1: Fra helhedsindtryk til temaer .....	51
Trin 2: Meningsbærende enheder fra temaer til koder.....	51
Trin 3: Kondensering – fra kode til subgrupper.....	52
Trin 4: Sammenfatning – fra kondensering til kategorier .....	55
Opsummering på tværs af de fire kategorier.....	72
Kapitel 9 – Diskussion .....	74
Diskussion af resultater.....	74
Senfølgers betydning for arbejdslivet .....	74
Faktorer af betydning for tilknytning til arbejdsmarkedet .....	76
Livet efter sygdom .....	79
Ændrede ønsker og behov for tilknytning til arbejdsmarkedet .....	81
Diskussion af metodologi og metoder .....	83
Precede-Proceed-modellen.....	83
Videnskabsteoretisk tilgang .....	85
Design af en kvalitativ undersøgelse .....	85
Systematisk litteratursøgning.....	86
Det kvalitative interview .....	87
Transskription .....	89
Teori.....	90
Kapitel 10 - Forandringsperspektiv.....	93
Precede-Proceed-modellen .....	93
Fase 1 - Social vurdering .....	93
Fase 2 – Epidemiologiske, adfærdsmæssige og omgivelsesmæssige faktorer.....	93
Fase 3 – Uddannelsesmæssige og økologiske faktorer .....	94
Fase 4 – Administrative og politiske faktorer samt justering af initiativ .....	94

Fase 5 – Implementering.....	96
Fase 6 – Procesevaluering.....	97
Fase 7 – Virkningsevaluering .....	98
Fase 8 – Evaluering af slutmål.....	98
Tilsigtede og utilsigtede konsekvenser ved initiativet .....	98
Tilsigtede konsekvenser .....	99
Utilsigtede konsekvenser .....	99
Handleanvisninger for forandring.....	100
Kapitel 11 - Konklusion.....	101
Kapitel 12 - Referenceliste.....	103
Kapitel 13 - Bilag.....	108
Bilag 1 – Søgebilag.....	108
Bilag 2 – Tjeklistevurdering .....	111
Bilag 3 – Samtykkeerklæring.....	120
Bilag 4 – Interviewguide.....	121
Bilag 5 – Samarbejdsaftale .....	124
Bilag 6 – Kondensater og guldcitater.....	126



## Kapitel 1 - Det initierende problem

---

Ved udgangen af 2014 var der i Danmark 280.747 personer med en kræftdiagnose (Nordcan 2016), og det forventes, at antallet af nye tilfælde stiger med ca. 70% de næste 20 år (WHO 2017). Ifølge Kræftens Bekæmpelse overlever over halvdelen af personer med en kræftdiagnose deres sygdom (Kræftens Bekæmpelse 2016b), og efter behandling af en kræftsygdom er det almindeligt at opleve senfølger (Kræftens Bekæmpelse 2016a). Ifølge Ph.d. i folkesundhed og kræftepidemiologi Noreen Aziz (2007) refererer senfølger til hvilken som helst bivirkning eller komplikation som følge af behandling af kræftsygdom, hvilket personen der har overlevet kræft må kompensere for (Aziz 2007). Senfølger er ofte kroniske (Johansen et al. 2016) og kan opstå måneder og år efter endt behandling (Alfano & Rowland 2006). Senfølger kan have fysisk, psykisk og social karakter (Johansen 2013), og personer der har overlevet kræft må derfor mestre disse betragtelige livsændringer (Høybye et al. 2008). Disse livsændringer vurderes at påvirke livskvaliteten (Kjaer et al. 2011). Livskvalitet kan ses som fravær af negative oplevelser og nærvær af positive oplevelser (Næss et al. 2001).

Det kan være udfordrende at få anerkendt de problemstillinger som senfølgerne kan medføre, idet personerne er erklæret raske, men ikke føler sig raske nok til at arbejde (Jensen & Svarre 2005). Den manglende anerkendelse fra arbejdsgiver, kommunale sagsbehandlere og lignende kan derfor besværliggøre tilknytning til arbejdsmarkedet (Jensen & Svarre 2005) og kan således medføre væsentlige økonomiske omkostninger for sundhedsvæsenet, den enkelte og dennes familie (Stergiou-Kita et al. 2014). Tillige er personer der overlever kræft, i højere grad end personer uden helbredsproblemer, arbejdsløse (Stergiou-Kita et al. 2014). Manglende tilknytning til arbejdsmarkedet kan have personlige konsekvenser i form af social isolation samt forringet selvværd (Carlsen 2013). Yderligere kan manglende tilknytning til arbejdsmarkedet forringe identitetsfølelsen (Carlsen 2013). I specialet defineres tilknytning til arbejdsmarkedet med baggrund i artiklen af Kiserud et al. ved, at personer har et lønnet arbejde eller er på sygeorlov fra dette arbejde (Kiserud et al. 2016).

Kræft anses som et stort folkesundhedsproblem (Europakommissionen 2014) og idet flere overlever kræft, formodes det at flere oplever senfølger, der kan medføre nedsat livskvalitet. Yderligere kan senfølger medføre økonomiske konsekvenser for personen med senfølger og for samfundet (Stergiou-Kita et al. 2014). Derfor er interessen øget for udvikling af initiativer og strategier, der har til sigte at forbedre livskvaliteten samt evnen til at håndtere dagligdagen,

herunder at kunne varetage et arbejde (Stergiou-Kita et al. 2014). Internationalt er der ønske om større grad af opmærksomhed på at imødekomme fysiske og psykiske behov hos personer, der har overlevet kræft og samtidig finde frem til hvordan disse behov kan opfyldes (Richardson et al. 2011). Indsatserne til at imødekomme disse behov er dog ikke tilstrækkeligt udviklede (Richardson et al. 2011). Derfor ses et potentiale for at udvikle og forandre sundhedsfremmende initiativer vedrørende tilknytning til arbejdsmarkedet til personer med senfølger efter kræftsygdom.

## Kapitel 2 - Problemanalyse

---

Følgende problemanalyse indeholder forskellige elementer, som vedrører senfølger efter kræftsygdom. Herudover analyseres sundhedssynet, som har betydning for tilknytning til arbejdsmarkedet for personer med senfølger efter kræftsygdom. Det følgende indkredser dermed problematikken omkring senfølger efter kræftsygdom og oplevelsen heraf og vil ende ud i en afgrænsning som specificerer problemfeltet.

### Senfølger efter kræftsygdom

Idet flere overlever kræft, efterlader det også flere personer med senfølger (Richardson et al. 2011). Senfølger refererer til hvilken som helst bivirkning eller komplikation som følge af behandling for kræft, som personen må kompensere for (Aziz 2007). Disse senfølger anses som varige, og kan opstå måneder og år efter at behandlingen er afsluttet (Aziz 2007). Senfølger kan medføre begrænsninger i aktivitet og deltagelse (Egan et al. 2013).

Følgende afsnit omhandler utilstrækkelige indsatser for personer med senfølger. Herudover opdeles i fysiske, psykiske og sociale senfølger efter kræftsygdom for overskuelighedens skyld, på trods af at det ikke er muligt at adskille senfølger efter kræftsygdom, idet de påvirker hinanden.

### Utilstrækkelige indsatser for personer med senfølger efter kræftsygdom

I et dansk longitudinelt studie oplevede 60%, af personer, der har overlevet en kræftsygdom, senfølger af meget generende grad, og personerne vurderede, at disse spillede en væsentlig rolle i forbindelse med selvvurdering af livskvalitet (Kjaer et al. 2011). Personerne med senfølger efter kræftsygdom oplevede altså, at disse senfølger var bestemmende for, hvordan de oplevede livet alt i alt (Kjaer et al. 2011).

Der er voksende evidens på senfølgerområdet, som tyder på, at senfølger efter behandlingernes ophør, skal behandles igennem et længere forløb (Stanton et al. 2015). Indsatserne til at imødekomme fysiske og psykiske behov hos personer med senfølger efter kræftsygdom er dog utilstrækkelige, på trods af at der internationalt er et ønske om, at der i højere grad er opmærksomhed på hvordan disse behov kan opfyldes (Richardson et al. 2011). På baggrund heraf ses behov for udvikling og forandring af initiativer, der imødekommer behov hos personer med senfølger efter kræftsygdom.

## Fysiske senfølger efter kræftsygdom

Fysiske senfølger er beskrevet som værre end kræftsygdommen (Doyle 2008). Fysiske senfølger efter kræftsygdom, særligt i relation til fatigue, er blevet studeret, og ifølge reviewet af Richardson et al. (2011), er der evidens for, at fatigue optræder hos personer, der har overlevet kræft (Richardson et al. 2011). Fatigue defineres ved vedvarende træthed eller udmattelse relateret til kræft eller kræftbehandling og har ikke sammenhæng med udførelsen af aktiviteter (Stanton et al. 2015). Fatigue påvirker det almene funktionsniveau (Stanton et al. 2015). Der findes evidens for at denne fatigue også kan associeres med smerter samt søvnproblemer, hvilket kan indvirke på livskvaliteten (Richardson et al. 2011). Fysiske senfølger kan bestå i nedsat evne til at udføre dagligdagsaktiviteter, herunder seksuelle funktioner, kognitive funktioner samt arbejdsevne (Brearley et al. 2011). Yderligere kan fysiske senfølger efter kræftsygdom eksempelvis bestå i ændrede spisevaner og appetit, herunder vægtproblemer (Brearley et al. 2011).

Ifølge Aziz (2007) kan de fysiske senfølger efter kræftsygdom inddeles i fem kategorier; 1. systemspecifikke senfølger f.eks. celleskade, 2. andet malignt neoplasma f.eks. øget risiko for spredning af kræft, 3. funktionelle ændringer f.eks. smerter og fatigue, 4. kosmetiske ændringer f.eks. forandringer af hår og hud samt 5. associerede komorbiditeter f.eks. gigt og osteoporose (Aziz 2007). Herudover er det også væsentligt at medtænke, at der samtidig er risiko for at den oprindelige malignitet vender tilbage (Aziz 2007). Yderligere er fysiske senfølger efter kræftsygdom altafgørende faktorer for tilknytning til arbejdsmarkedet (Carlsen 2013), idet evnen til at udføre dagligdagsaktiviteter er nedsat ved fysiske senfølger efter kræftsygdom (Brearley et al. 2011).

## Psykologiske senfølger efter kræftsygdom

Diagnosticering og behandling af kræft kan fremkalde psykologiske reaktioner (Johansen 2013). De oplevede psykologiske reaktioner kan medføre forandringer i evnen til at udføre dagligdagsaktiviteter (Johansen 2013), bl.a. i form af senfølger rettet specifikt mod en kræftsygdom, f.eks. koncentrationsbesvær eller problemer med at kunne smage efter kemoterapi eller strålebehandling (Kjaer et al. 2011). I forbindelse med en kræftsygdom er det almindeligt at opleve angst og depression (Trill 2013). Angst og depression er personspecifikke tilstande, hvis karakter bl.a. afhænger af den enkelte persons livsomstændigheder (Elsass 2013). Disse

personspecifikke tilstande tilgodeses ikke tilstrækkeligt i forbindelse med behandling af kræftsygdom, hvilket er problematisk (Johansen 2013).

Angst indebærer at personen ikke lader sig berolige og ofte er vedholdende nervøs og bekymret for sig selv og sine nærmeste (Elsass 2013). Yderligere er angst ikke tilknyttet bestemte situationer, og de mest set symptomer er rysten, muskelspændinger, svedtendens, ørhed, hjertebanken, svimmelhed og trykken i maven (Elsass 2013). Idet symptomer knyttet til angst medfører begrænsninger i udførelse af dagligdagsaktiviteter, vurderes angst derfor at have betydning for tilknytning til arbejdsmarkedet.

Depression findes i forskellige grader, og symptomerne blander sig ofte med angst (Elsass 2013). Depression opstår ofte på baggrund af en traumatisk hændelse, f.eks. en kræftsygdom, og påvirker humøret samt fysiske tilstande, bl.a. evnen til at falde i søvn og dermed at opnå hvile (Elsass 2013). Tilstandene aftager oftest efter endt behandling, men i de fleste tilfælde oplever personen ikke en fuldstændig normalisering sammenlignet med en person uden sygdom (Elsass 2013). Idet depression kan medføre begrænsninger i udførelse af dagligdagsaktiviteter, kan depression også vurderes at have betydning for tilknytning til arbejdsmarkedet.

Psykologiske senfølger efter kræftsygdom kan ses i relation til professor i medicinsk sociologi Aaron Antonovsky (Antonovsky 2000) s. 9, idet hans teori om oplevelse af sammenhæng indebærer begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed (Antonovsky 2000) s. 37. Antonovsky opdagede muligheden for måling af, hvorvidt en person kan se alvorlige problemer og udfordringer som meningsfulde i relation til det levede liv (Johansen 2013). Dette har stor indflydelse på forskningen i psykologiske senfølger og har medført en forståelse af, hvorfor nogle personer er i stand til at håndtere deres liv med et indhold, som er formet af overlevelsen af kræft, hvorved personerne kan sætte senfølgerne ind i en livssammenhæng (Johansen 2013). Ved at sætte senfølgerne ind i en livssammenhæng skabes mening for personerne således, at de kan reducere presset og det høje stressniveau de oplever i forbindelse med at overleve kræft (Johansen 2013). Omvendt er der andre personer der har overlevet kræft, som ikke er i stand til at mestre senfølgerne og dermed skabe sammenhæng, hvorved personerne er i risiko for at udvikle psykisk sygdom (Johansen 2013). Psykologiske senfølger kan derfor have betydning for tilknytning til arbejdsmarkedet bl.a. i form af reduceret selvværd og depression (Carlsen 2013). Tillige udgør depression i kombination med kræftsygdom en yderligere udfordring i tilknytning til arbejdsmarkedet, idet depression er hyppig årsag til førtidspensionering (Carlsen 2013).

## Sociale senfølger efter kræftsygdom

Personer med senfølger efter kræftsygdom kan, ifølge læge, ph.d. og dr.med. Christoffer Johansen (2013), reagere socialt på to forskellige måder (Johansen 2013). Enten ved at senfølgerne ikke får lov at påvirke personens sociale liv eller ved, at det i høj grad kommer til at spille en så central rolle, at personen trækker sig fra sit sociale liv (Johansen 2013). Dette kan i værste tilfælde medføre depression (Johansen 2013). Idet tilknytning til arbejdsmarkedet kan mindske social isolation og forbedre selvværd (Carlsen 2013) vurderes det, at tilknytning til arbejdsmarkedet har positiv indvirkning på sociale senfølger efter kræftsygdom. Der ses således et paradoks i, at sociale senfølger efter kræftsygdom kan medføre social isolation og depression og dermed manglende eller nedsat tilknytning til arbejdsmarkedet. Samtidig kan tilknytning til arbejdsmarkedet mindske social isolation og forbedre selvværd.

Det ses at kræft ikke kun påvirker personen, men også dennes omgivelser (Alfano & Rowland 2006). Ifølge reviewet af Richardson et al. (2011) er de sociale senfølger relateret til familierne til personer med senfølger efter kræftsygdom, ikke blevet studeret indgående (Richardson et al. 2011), selvom disse spiller en væsentlig rolle i personer med senfølger efter kræftsygdoms liv (Alfano & Rowland 2006). Støtte i det sociale netværk øger muligheden for at personen med senfølger efter kræftsygdom, sammen med andre, kan leve med og deraf mestre sygdommen og de senfølger, det kan afstedkomme at have overlevet kræft (Johansen 2013). Det vurderes således, at omgivelser og støtte fra familie og netværk også kan have indflydelse på tilknytning til arbejdsmarkedet for personer med senfølger efter kræftsygdom.

## Sundhedssyn

Sundhedssynet i specialet tager udgangspunkt i det brede sundhedsbegreb fra WHO i 1946: ”Sundhed er en tilstand af fuldstændig fysisk, psykisk og socialt velbefindende og ikke blot fravær af sygdom eller svækkelse” (Vallgård et al. 2014) s. 18. Denne definition blev i 1978 suppleret og inkluderer yderligere at: ”Sundhed muliggør et socialt og økonomisk produktivt liv” (Vallgård et al. 2014) s. 18. Derfor kan sundhedsbegrebet nuancere opfattelsen af tilknytning til arbejdsmarkedet for personer med senfølger efter kræftsygdom, således at tilknytning skaber sundhed i form af et socialt og økonomisk produktivt liv.

Sundhedsbegrebet er bredt defineret og indeholder også ”health in all policies” hvilket vil sige, at overalt i samfundet influeres sundheden (Vallgård et al. 2014) s. 23. Således vil tilknytning til arbejdsmarkedet influere på sundheden for personer med senfølger, der har overlevet kræft.

Det anses af fortalere for det brede sundhedsbegreb, at det ikke vil lykkes at forbedre folkesundheden og heller ikke lykkes at forbedre den sociale ulighed i sundhed, hvis ikke sociale vilkår og determinanter for sygdom og sundhed inddrages i folkesundhedsarbejdet (Vallgård et al. 2014) s. 23. Derfor advokeres for, at der bør forandres på sociale forhold samt andre forhold, som influerer på folkesundheden (Vallgård et al. 2014) s. 23. Ifølge professor i folkesundhed Bruce Link og professor i sociologi Jo Phelan (2013) angiver sociale forhold de faktorer, som involverer en persons forhold til andre (Link & Phelan 2013).

Ud fra det brede sundhedsbegreb vurderes, at forandringer som influerer på folkesundheden kan ses i overensstemmelse med sundhedsfremme. Sundhedsfremme indeholder at personer er herre over egen sundhedstilstand, at personer er i stand til at ændre eller klare omverdenen, at der lægges vægt på sociale og personlige ressourcer og en grundlæggende forudsætning for sundhed er bl.a. indkomst og mulighed for at opretholde en tilfredsstillende levestandard (Vallgård et al. 2014) s. 21-22. Et eksempel på sundhedsfremme kan være forandring af initiativer fokuseret mod personer med senfølger efter kræftsygdom med tilknytning til arbejdsmarkedet.

I forlængelse heraf vil personer der har overlevet kræft fremadrettet i specialet defineres ud fra det brede sundhedsbegreb, som nuancerer opfattelsen af disse personer, idet personen kommer før sygdommen, hvorfor personen er i centrum fremfor sygdommen. Derfor vil personer med senfølger efter kræftsygdom, fremover benævnes personer med senfølger, hvorved kræftoverlevelsen ligger implicit i definitionen.

## Livskvalitet

Det brede sundhedsbegreb lægger op til, at der ikke udelukkende fokuseres på fravær af sygdom (Vallgård et al. 2014) s. 18, hvorfor livskvalitet vurderes at være indeholdende i sundhedsbegrebet. Idet personer der har overlevet kræft må mestre betragtelige livsændringer (Høybye et al. 2008) i form af senfølger, kan senfølger medvirke til reduceret oplevet livskvalitet (Johansen 2013). Livskvalitet og sundhed er knyttet til arbejde, herunder personers følelse af at være en værdsat del af samfundet (Carlsen 2013). Tilknytning til arbejdsmarkedet vurderes således at påvirke livskvaliteten for personer med senfølger.

Livskvalitet defineres forskelligt i forskningslitteraturen, og der er ikke konsensus om definitionerne (Næss et al. 2001) s.9. Fremover vil der i specialet tages udgangspunkt i psykolog og samfundsforsker Siri Næss' definition af livskvalitet: *"En persons livskvalitet er høj i den grad personens bevisst kognitive og affektive oplevelser er positive og lav i den grad personens*

*bevisst kognitive og affektive oplevelser er negative*” (Næss et al. 2001) s. 10. Denne definition refererer således til kognitive og affektive, positive samt negative elementer ved oplevelser, herunder tanker og følelser (Næss et al. 2001) s. 11. Definitionen knytter sig til personens og dennes oplevelser, og desuden sættes livskvalitet i relation til fravær af negative oplevelser og nærvær af positive oplevelser hos personen (Næss et al. 2001) s. 12-14. Næss’ definition af livskvalitet relaterer sig til problemstillingen i specialet. Dette ved, at det netop er fysiske og psykiske behov hos personer med senfølger, der ikke i tilstrækkeligt omfang tilgodeses (Richardson et al. 2011).

Med baggrund i Næss’ definition af livskvalitet og sammenhængen mellem helbred og livskvalitet kan det anskues, at senfølger, opfattet som dårligt helbred, påvirker livskvaliteten i negativ retning. Senfølgernes sammenhæng med livskvaliteten omfatter derfor, hvordan personen opfatter senfølgernes påvirkning på helbredet og dermed tilknytning til arbejdsmarkedet.

## Tilknytning til arbejdsmarkedet

Senfølger kan have konsekvenser for tilknytning til arbejdsmarkedet (Jensen & Svarre 2005). I det danske samfund er 77% af mænd og 72% af kvinder i arbejde, og tilknytning til arbejdsmarkedet kan have betydning for den enkelte, dennes familie og samfundet som helhed, idet tilknytning til arbejdsmarkedet kan udgøre en økonomisk tryghed samtidig med, at følelsen af social isolation reduceres samt, at selvværd og identitetsfølelsen øges (Carlsen 2013). Manglende tilknytning til arbejdsmarkedet kan medføre en følelse af, at en del af identiteten og de arbejdsmæssige sociale relationer mistes (Rasmussen & Elverdam 2008). Idet arbejde kan medføre reduktion af social isolation samt øget identitetsfølelse og selvværd (Carlsen 2013), kan tilknytning til arbejdsmarkedet vurderes som sundhedsfremmende for personer med senfølger.

Over halvdelen af personer med en kræftsygdom overlever (Aziz 2007), og antallet af personer i den erhvervsaktive alder, der overlever kræft, er stigende (Stergiou-Kita et al. 2014). Disse personer har et ønske og behov for at deltage i lønnet arbejde for derigennem at opretholde produktivitet, tjene penge og indgå i et normalt liv (Stergiou-Kita et al. 2014). Derfor kan tilknytning til arbejdsmarkedet medvirke til, at personer med senfølger kan opfylde behov om f.eks. at tjene penge og indgå i et socialt liv.



## Hæmmende og fremmende faktorer for arbejdsliv

Idet arbejdsevnen er associeret med bl.a. helbred og evnen til at varetage dagligdagsaktiviteter, kan personer, der har overlevet kræft opleve udfordringer ved tilknytning til arbejdsmarkedet (Carlsen 2013). Disse udfordringer kan have sammenhæng med typen af kræft samt stadium og tidspunkt for diagnosen (Carlsen 2013).

Udfordringer ved tilknytning til arbejdsmarkedet vurderes at være faktorer, der kan påvirke evnen til at udføre arbejdet, herunder bl.a. senfølger, sociale og personlige ressourcer samt arbejdets udformning. Yderligere er behandlingstypen og –varigheden af den specifikke kræftsygdom af betydning for tidsperioden for tilbagevenden til en normal hverdag (Carlsen 2013). Faktorer af betydning for succesfuld tilknytning til arbejdsmarkedet er bl.a. positiv indstilling fra leder og kollegaer, fleksible arbejdsopgaver og - tid samt lave fysiske krav (Carlsen 2013). Senfølger kan også have indflydelse på sammenhængen mellem arbejde og oplevet arbejdsevne (Carlsen 2013), idet det vurderes, at senfølger kan have konsekvenser for egen arbejdsevne og følelsen af tilstrækkelighed.

Tilknytning til arbejdsmarkedet kan være succesfuld, hvis der er opmærksomhed på personens specifikke senfølger som f.eks. angst og depression (Stergiou-Kita et al. 2014). Senfølger kan have konsekvenser som gør, at tilknytning til arbejdsmarkedet ikke er mulig, hvorfor dette ikke er den eneste løsning for personer med senfølger, og en permanent tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet kan derfor være den eneste mulighed (Carlsen 2013). Permanent tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet kan eksempelvis være førtidspension. Tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet kan for personen med senfølger muligvis betyde social isolation samt reduceret selvværd og identitetsfølelse (Carlsen 2013).

Arbejde kan være med til at skabe struktur for hverdagen og lede tanker væk fra kræftsygdommen (Carlsen 2013). Struktur kan ses som et tegn på at hverdagen normaliseres (Carlsen 2013). Til trods herfor er personer der overlever kræft 1,4 gange oftere arbejdsløse sammenlignet med personer uden helbredsproblemer (Stergiou-Kita et al. 2014). Hvis personer der overlever kræft ikke kan vende tilbage til arbejdet, medfører dette en signifikant omkostning for det offentlige (Stergiou-Kita et al. 2014). Denne omkostning kan for eksempel være i form af sygedagpenge. Ved at få personer med senfølger i arbejde, reduceres sygefravær og derigennem mindskes det offentlige udgifter (Mewes et al. 2015).

### Tilknytning til arbejdsmarkedet i et dansk perspektiv

Det danske arbejdsmarked er karakteriseret ved en flexicurity-model som kombinerer fleksibilitet og social sikkerhed, hvilket betyder, at en kræftsygdom ikke nødvendigvis er lig med afskedigelse og, at der findes et økonomisk sikkerhedsnet (Carlsen 2013). I Danmark findes der forskellige muligheder for økonomisk kompensation for personer med en kræftsygdom, disse er eksempelvis sygedagpenge og fleksjob (Carlsen 2013). Disse kompensationsmuligheder kan for personer med senfølger betyde en økonomisk indtægt, selvom de ikke er i stand til at varetage deres arbejde på samme vilkår som før sygdommen.

Fleksjob-ordningen er med til at sikre, at personer hvis arbejdsevne er nedsat har mulighed for adgang til arbejdsmarkedet ved, at der tages hensyn til den enkeltes behov og muligheder (Beskæftigelsesministeriet n.d.). Et fleksjob indeholder individuelle skånehensyn og mulighed for nedsat tid, helt ned til få timer om ugen (Ringgaard 2017). Et fleksjob kan derfor være en mulighed for personer med senfølger, hvis ikke de formår at varetage et ordinært job. Konsekvensen af sygdom varierer fra land til land afhængig af de gældende love og regler vedrørende eksempelvis arbejdsløshed eller økonomisk hjælp i tilfælde af sygdom (Carlsen 2013).

### Tilknytning til arbejdsmarkedet i et internationalt perspektiv

Et hollandsk studie, med data fra Belgien, England, Frankrig, Tyskland, Italien og Sverige konkluderer, at tilbagevenden-til-arbejde-interventioner for kræftoverlevende medfører samfundsmæssige fordele i form af færre arbejdsløse og langtidssygemeldinger, dog er omkostningerne ved disse interventioner markante (Mewes et al. 2015). Yderligere konkluderes, at det er nødvendigt med flere undersøgelser for at finde ud af, om interventioner, der har til hensigt at få personer, der har overlevet kræft i arbejde igen, er omkostningseffektive i europæiske lande (Mewes et al. 2015).

I en amerikansk oversigtsartikel ses, at 84% af personer der har overlevet kræft vender tilbage til arbejdet, men at der er brug for ændringer i jobbet, herunder behov for nedsat tid (Stanton et al. 2015). Dette understøttes af et amerikansk review som angiver, at tilknytning til arbejde kræver forståelse for den enkelte person, der har overlevet kræft, og de krav arbejdet stiller (Stergiou-Kita et al. 2014).

Internationalt er der således også fokus på, at arbejde skal tilrettelægges efter arbejds- og funktionsevne for personer med senfølger, så de har mulighed for tilknytning til arbejdsmarkedet.

## Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet kan indgå i sundhedsfremmende initiativer, som har til hensigt at genoprette ligevægt i tilværelsen hos personer, der har overlevet kræft (Midtgaard 2013), hvilket vurderes at indeholde tilknytning til arbejdsmarkedet. Fysisk aktivitet er gavnlig for sundhed og ved bekæmpelse af sygdom (Midtgaard 2013). Idet fysisk aktivitet bidrager til bl.a. forbedring af kondition, livskvalitet og træthed gælder, at reduktion eller ophør af fysisk aktivitet kan øge den i forvejen forhøjede risiko for udvikling af senfølger (Midtgaard 2013). Samtidig ses at fysisk aktivitet kan reducere senfølger, og der findes evidens for, at fysisk aktivitet kan være medvirkende til forøget overlevelse (Smith et al. 2017). Fysisk aktivitet kan øge den generelle velvære og kan være årsag til reduceret angst hos personer, der har overlevet kræft (Smith et al. 2017). Idet angst vurderes at have betydning for tilknytning til arbejdsmarkedet, vurderes yderligere at fysisk aktivitet kan bidrage positivt til tilknytning til arbejdsmarkedet. Yderligere angives i et kvalitativt studie, at fysisk aktivitet formodes at kunne modvirke at kræftsygdommen vender tilbage samt bidrage til bedring af kræftsygdommen (Smith et al. 2017).

Når personer der har overlevet kræft skal genoptage eller starte med at være fysisk aktive, kan det være væsentligt at tage højde for de senfølger disse personer eventuelt har, f.eks. gigt og osteoporose (Midtgaard 2013). Derfor kan en professionel være med til at give råd og vejledning omkring håndtering og tilrettelæggelse af den fysiske aktivitet (Midtgaard 2013). En struktureret indsats og et socialt element ved den fysiske aktivitet er en væsentlig forudsætning for deltagelse (Smith et al. 2017).

Et tværsnitstudie fandt, at hovedårsagen til, at personer der har overlevet kræft ikke er fysisk aktive, skyldes senfølger såsom smerter, fatigue og ledproblemer (Blaney et al. 2011). Fysisk aktivitet kan være med til at mindske fatigue, idet trætheden efter fysisk aktivitet opleves som naturlig udmattelse og dermed som en positiv følelse (Adamsen et al. 2004). Et norsk tværsnitstudie fandt, i en undersøgelse af kvinder behandlet for forskellige typer af underlivskræft, at der var statistisk signifikant forskel på fatigue blandt kvinderne i forhold til, hvor ofte de dyrkede fysisk aktivitet (Sekse et al. 2015). De der angav ikke at opleve fatigue, var ofte fysisk aktive (Sekse et al. 2015).

På baggrund af ovenstående ses, at senfølger kan reduceres ved fysisk aktivitet, hvorfor det vurderes, at fysisk aktivitet har en positiv indvirkning på tilknytning til arbejdsmarkedet.

## Senfølgerforeningen

I Danmark findes initiativer til personer med senfølger, f.eks. Senfølgerforeningen, som støttes af Kræftens Bekæmpelse. Senfølgerforeningen tilbyder råd og vejledning for personer med senfølger (Senfølgerforeningen n.d.). Et centralt mål for foreningen er at øge kendskabet til senfølger og deraf øge forståelsen for de komplikationer de medfører (Senfølgerforeningen n.d.). Senfølgerforeningen tilbyder herudover bl.a. gratis psykologhjælp til mental mestring af senfølger, Cancerforum som giver mulighed for at møde andre i samme situation som en selv, Senfølgerlinjen som er en telefonkontakt med mulighed for at tale med en som kan være behjælpelig med ikke-lægelige spørgsmål samt netværksgrupper i København, Hjørring og Aalborg (Senfølgerforeningen n.d.). Senfølgerforeningen giver derfor mulighed for, at personer med senfølger kan opsøge hjælp og få gavn af erfaringer fra andre i en lignende situation. Senfølgerforeningen vurderes at være et sundhedsfremmende initiativ til personer med senfølger, idet Senfølgerforeningen formodes at kunne bidrage med råd og vejledning i forbindelse med tilknytning til arbejdsmarkedet og således øge sundheden for personer med senfølger.

## Sygdomsopfattelse

Ifølge litteraturen kan det være udfordrende for personer med senfølger, at få anerkendt disse senfølger og konsekvenser heraf af bl.a. arbejdsgivere (Jensen & Svarre 2005). Dette kan skyldes forskellige sygdomsopfattelser, som kan ses i relation til tilknytning til arbejdsmarkedet. Antropolog, læge og psykiater Arthur Kleinman har beskæftiget sig med forskellige sygdomsopfattelser (Kleinman 1981). Kleinman benytter en dikotomisering af begrebet sygdom; disease som refererer til en fysisk eller biologisk defekt og illness som omfatter en psykosocial erfaring og forståelse af den opfattede sygdom (Kleinman 1981) s. 72. Disease er en dysfunktion af biologiske og/eller psykologiske processer (Kleinman 1981) s. 72. Illness er, ud fra Kleinmans opfattelse, opbygget af personlige, sociale og kulturelle opfattelser af sygdom (Kleinman 1981) s. 72.

Ifølge Kleinman kan sundhedspleje opdeles i tre sektorer; den professionelle sektor, den populære sektor og den folkelige sektor. Disse sektorer består af afgrænsede områder, som indeholder specifikke in- og eksklusionskriterier for, hvornår en person må opholde sig i sektoren og modtage hjælp (Kleinman 1981) s. 52. Eksempelvis er et inklusionskriterie at en person skal være syg for at kunne opholde sig og modtage hjælp i den professionelle sektor.

I den professionelle sektor er helbredelse af sygdom i fokus, og sektoren omfatter moderne medicin (Kleinman 1981) s. 53. Det er de helbredende professioner som hersker i denne sektor,

og det kræver derfor en accept fra disse at blive optaget heri (Kleinman 1981) s. 53. I den professionelle sektor udgøres denne accept af det professionelle perspektiv på sundhed og sygdom, hvilket har baggrund i den profession eller uddannelse den professionelle stammer fra (Kleinman 1981) s. 56. Den professionelle kan derfor have den forvrængning som skyldes forudindtagethed, at kunne anskue lægfolk som irrationelle eller uvidenskabelige, hvis ikke de deler synspunkt med den professionelle (Kleinman 1981) s. 56-57. Den professionelle kan beskyldes for kun at opfatte sin egen vurdering af sundhed og sygdom som den eneste rigtige, og er derfor ikke imødekommende overfor lægfolks syn på sundhed og sygdom (Kleinman 1981) s. 58. Ud fra dette kan udfordringen ved anerkendelse af senfølger forklares med, at professionelle og lægfolk ikke deler synspunkt i forhold til, hvad der kategoriseres som sygdom. Derfor kategoriseres senfølger ikke nødvendigvis som sygdom ud fra et professionelt perspektiv, selvom personen oplever disse senfølger som sygdom. Dette kan antages at give udfordringer ved tilknytning til arbejdsmarkedet, idet personer med senfølger ikke nødvendigvis anses som syge. Tillige kan denne udfordring bestå i arbejdsgiverens manglende anerkendelse af senfølgeres betydning, idet personen er raskmeldt for kræft.

Det er blevet acceptabelt at sætte spørgsmålstejn ved det autonomitab, der sker når den professionelle sektor går ind og bestemmer over brugere af sundhedsvæsenet (Kleinman 1981) s. 57. Når professionelle bestemmer over brugere af sundhedsvæsenet for at gavne vedkommende uden at personen selv inddrages i beslutningen, betegnes dette paternalisme (Vallgård et al. 2014) s. 216. Ud fra en liberalistisk tilgang er brugere af sundhedsvæsenet i stand til at træffe beslutninger om eget liv (Vallgård et al. 2014) s. 212, hvorfor autonomitabet der sker, når professionelle bestemmer over hvem der er syg og rask, ses som uacceptabelt. Autonomi over eget helbred fratages, når andre definerer personer som syge eller raske, hvilket vurderes at påvirke tilknytning til arbejdsmarkedet, idet personer med senfølger ikke nødvendigvis føler sig raske, men at de er erklæret kræftfri og dermed raske i et professionelt perspektiv.

Den populære sektor omfatter lægfolk og dermed ikke-professionelle (Kleinman 1981) s. 50. Det er i denne sektor personer evaluerer behandlingsmuligheder og træffer beslutninger i samråd med familie og andre sociale relationer, ud fra de værdier der er fremtrædende i kulturen (Kleinman 1981) s. 50. Det betyder at personer med senfølger inden for denne sektor vil søge viden om behandling og lindring af disse samt fremmende og hæmmende faktorer for tilknytning til arbejdsmarkedet i samråd med familie eller andre i personens omgangskreds.

Den folkelige sektor indeholder ikke-professionelle specialister (Kleinman 1981) s. 59. I denne sektor findes behandlingsmuligheder, som ikke er accepteret af den professionelle sektor, bl.a.

rituel helbredelse og manipulerende behandling (Kleinman 1981) s. 59. Personer med senfølger kan i denne sektor søge hjælp og viden hos specialister, der arbejder med andre behandlingsmuligheder end dem, den professionelle sektor kan tilbyde. Personer med senfølger anvender alternativ behandling til lindring af de fysiske og psykiske senfølger (Sundhedsstyrelsens råd vedr. alternativ behandling n.d.). Ifølge Kræftens Bekæmpelse (2017) er der fokus på at øge de tilsigtede konsekvenser samt at minimere de utilsigtede konsekvenser ved alternativ behandling ved, at der kontinuerligt foretages undersøgelser af effekten af disse behandlinger (Kræftens Bekæmpelse 2017). Alternativ behandling kan ved positiv effekt muligvis bidrage til større tilknytning til arbejdsmarkedet for personer med senfølger, hvis senfølgerne lindres.

Personer kan kategoriseres forskelligt afhængig af, hvilken sektor vedkommende befinder sig i (Kleinman 1981) s. 52. Dette kan f.eks. være som patient i den professionelle sektor, som et sygt familiemedlem i den populære sektor og som klient i den folkelige sektor (Kleinman 1981) s. 52. Den populære sektor bestående af lægfolk, forbinder de tre sektorer, fordi lægfolk bevæger sig i mellem alle sektorerne (Kleinman 1981) s. 60. Personer med senfølger kan således bevæge sig mellem de tre sektorer afhængig af hvad de søger viden om eller behandling af.

Ud fra Kleinmans teori kan det således udledes, at senfølger opfattes som illness og ikke som en disease. Idet personer med senfølger er erklæret raske i form af at være kræftfri, er de i et professionelt perspektiv raske og er ikke længere påvirket af disease. Lægmandsperspektivet omfatter gener som kan betegnes illness, men indeholder også fysiske og biologiske defekter, hvilket betegnes disease. Den professionelle sektor arbejder primært med disease og et syg/rask-perspektiv, og derfor kan det være vanskeligt, at få illness i form af senfølger anerkendt som disease, og dermed som noget den professionelle sektor bør beskæftige sig med. Hvis senfølger anerkendes som disease, kan dette have indvirkning på tilknytning til arbejdsmarkedet ved, at f.eks. arbejdsgivere anerkender senfølger på lige fod med andre sygdomme. Derfor kan den folkelige sektor fungere som et sted med behandlingsmuligheder for personer med senfølger, fordi de ikke her møder inklusionskriteriet om en disease, men kan få lindring for deres illness. Kleinmans teori om illness og disease, samt måden at anskue opfattelsen af sundhedspleje, kan derfor være en forklaringsmodel på, hvorfor personer med senfølger kan have svært ved at få anerkendt de problematikker, de oplever i forbindelse med at være kræftfri men ikke raske og dermed de udfordringer, der kan være forbundet med tilknytning til arbejdsmarkedet.

## Forandring af sundhedsfremmende initiativer

Sundhed omfatter personers oplevelse af sammenhæng, og sundhed er dermed forankret i personens konkrete liv og oplevelse af egen situation (Jensen & Johnsen 2001) s. 149. Dermed omfatter sundhed personer med senfølgers oplevelse af sammenhæng. Ved forandring af sundhedsfremmende initiativer kan sundhedspædagogik anses som en fordelagtig tilgang (Jensen & Johnsen 2001) s. 150. I sundhedspædagogik anses Antonovskys teori om oplevelse af sammenhæng som en måde at forstå, hvordan sundhedspædagogik indvirker (Jensen & Johnsen 2001) s. 137 på personer med senfølger og tilknytning til arbejdsmarkedet. Derfor præsenteres sundhedspædagogik (Jensen & Johnsen 2001) som redskab til forandring i følgende afsnit, og i forlængelse heraf præsenteres Antonovskys teori om oplevelse af sammenhæng (Antonovsky 2000).

### Sundhedspædagogik

Forandring af sundhedsfremmende initiativer kræver et møde mellem personer, fordi sundhedspædagogik kun har en virkning, hvis den relateres til personernes konkrete situation (Jensen & Johnsen 2001) s. 149. Desuden er et væsentligt aspekt førend sundhedspædagogik virker, at denne tilgang skal tage udgangspunkt i en socialiserende person (Jensen & Johnsen 2001) s. 149. Det afgørende for forandringer i sundhedsadfærd er imidlertid personens livsstil og identitet (Jensen & Johnsen 2001) s. 149. Antonovskys teori om oplevelse af sammenhæng (Antonovsky 2000) kan bidrage til forståelse af, hvorfor sundhedspædagogik ikke udelukkende omhandler viden, idet viden i sig selv ofte ikke ændrer adfærd (Jensen & Johnsen 2001) s. 137. For at opnå forandring i initiativer rettet mod sundhedsadfærd hos personer med senfølger og tilknytning til arbejdsmarkedet, er det væsentligt at inddrage personens livsstil og identitet.

### Oplevelse af sammenhæng

Antonovsky advokerer for, at personer, der i høj grad har en oplevelse af sammenhæng, generelt set har større handlekapacitet samt mestringsevne sammenlignet med personer, der i lavere grad har oplevelse af sammenhæng (Jensen & Johnsen 2001) s. 137. Hvorvidt oplevelsen af sammenhæng er tilstede hos personer afhænger af tre faktorer, herunder følelsen af begribelighed, følelsen af håndterbarhed samt følelsen af meningsfuldhed (Antonovsky 2000) s. 37. Hvorvidt personen er i stand til at handle ud fra de mest hensigtsmæssige mestringsstrategier, og derved mestre de stressorer der truer personen, afhænger af personens oplevelse af sammenhæng (Jensen & Johnsen 2001) s. 137. Set i relation til Antonovskys teori om oplevelse af

sammenhæng kan forandring analyseres således, at hvis en sundhedspædagogisk tilgang kun beror på viden, vil den ikke være hensigtsmæssig at anvende, idet der ofte sker en undervurdering af de styrker, der ses knyttet til personens følelser og identitet (Jensen & Johnsen 2001) s. 138. For at personer med senfølger formår at anvende hensigtsmæssige mestringsstrategier i forbindelse med tilknytning til arbejdsmarkedet, skal de derfor have en oplevelse af sammenhæng.

Med udgangspunkt i Antonovskys teori om oplevelse af sammenhæng er personers sundhedsadfærd forankret i deres livsstil, og hvordan vedkommende oplever sin livssituation, hvorfor sundhedsadfærd ikke kan reguleres af andre end personen selv (Jensen & Johnsen 2001) s. 138. Derfor bør personer tage stilling til deres livsstil og bevidst vælge, hvordan de ønsker deres helbredsvaner skal være, hvorved denne bevidste stillingtagen i nogle tilfælde kan bidrage til ændring i adfærd og helbredsvaner (Jensen & Johnsen 2001) s. 149-150. Ændring i adfærd og helbredsvaner kan ses som resultat af initiativer rettet mod personer med senfølger og tilknytning til arbejdsmarkedet, idet initiativer kan medføre at personer med senfølger tilknyttes arbejdsmarkedet, hvilket ses som en ændring i adfærd.



## Kapitel 3 - Afgrænsning

---

Gennem problemanalysen ses det, at personer med senfølger oplever udfordringer med tilknytning til arbejdsmarkedet. Dette bl.a. i form af, at senfølger ikke anerkendes af arbejdsgivere (Jensen & Svarre 2005) samt nedsat evne til at udføre dagligdagsaktiviteter påvirket af fysiske, psykiske og sociale senfølger (Brearley et al. 2011; Johansen 2013). Yderligere ses succesfuld tilknytning til arbejdsmarkedet ved opmærksomhed på den enkelte persons specifikke senfølger (Stergiou-Kita et al. 2014).

Det ses, at i og med at flere overlever kræft, er der også flere personer med senfølger, hvilket anses som et folkesundhedsproblem. Senfølger påvirker personernes liv i negativ retning i form af nedsat evne til at udføre dagligdagsaktiviteter. Mestring af disse senfølger afhænger af, hvorvidt personerne er i stand til at se udfordringer som meningsfulde og dermed kunne håndtere deres liv jf. Antonovskys teori om oplevelse af sammenhæng (Antonovsky 2000) s. 37. Senfølgerne kan yderligere påvirke personens sociale liv i negativ retning i så høj grad, at personen kan trække sig fra sociale sammenhænge (Johansen 2013). Senfølgerne kan som nævnt ikke adskilles, hvorfor der ikke afgrænses til en specifik senfølge. Senfølgers negative påvirkning på personernes liv vedrører tilknytning til arbejdsmarkedet. Arbejde bidrager til positive faktorer i personers liv i form af bl.a. nedsat risiko for social isolation samt øget selvværd og identitetsfølelse (Carlsen 2013). Yderligere kan arbejde skabe struktur for hverdagen og give økonomisk tryghed (Carlsen 2013). På baggrund heraf fokuseres fremadrettet på muligheden for tilknytning til arbejdsmarkedet for personer med senfølger. Initiativer til personer med senfølger er ikke tilstrækkeligt udviklede, herunder initiativer til at imødekomme fysiske og psykiske behov (Richardson et al. 2011). Dette skaber grundlag for forandring i initiativer til personer med senfølgers mulighed for tilknytning til arbejdsmarkedet.

### Formål

Formålet med specialet er at bidrage til et beslutningsgrundlag for forandring af initiativer til personer med senfølger i forbindelse med tilknytning til arbejdsmarkedet. Problemanalysen, afgrænsningen samt formålet leder således frem til specialets problemformulering.

## Kapitel 4 - Problemformulering

---

*Hvordan kan en beskrivelse af oplevede fremmende og hæmmende faktorer relateret til tilknytning til arbejdsmarkedet hos personer med senfølger efter kræftsygdom, bidrage til et besluthningsgrundlag for forandring af et initiativ?*

## Kapitel 5 - Metodologi

---

Forandring af sundhedsfremmende initiativer, rettet mod personer med senfølger og tilknytning til arbejdsmarkedet, omfatter flere elementer. Følgende afsnit indeholder derfor, hvad der bør indgå af overvejelser i forandring af disse initiativer. Herunder præsenteres en model til strukturering af forandring, videnskabsteoretisk tilgang samt design.

### Precede-Proceed-modellen

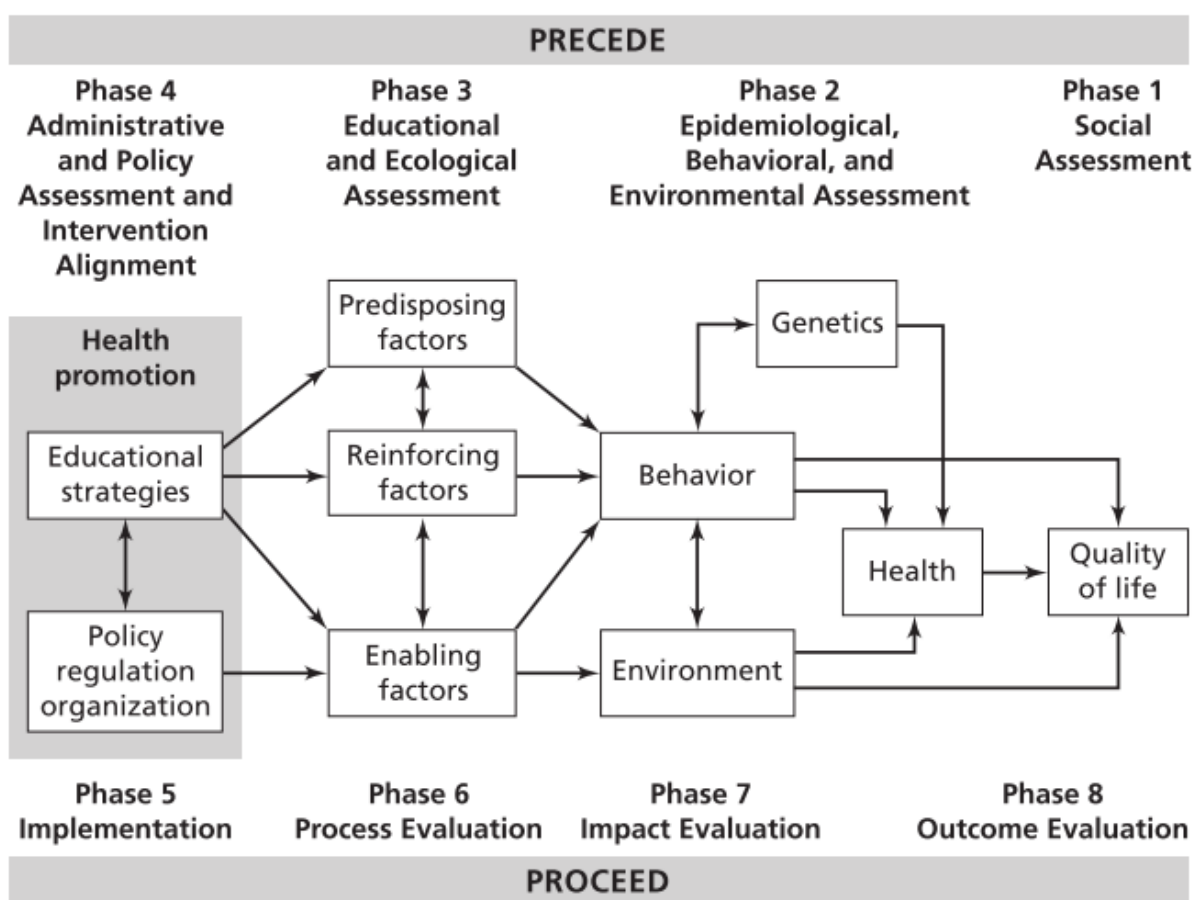
Når et problem anses som et folkesundhedsproblem, er det nødvendigt med sundhedsprofessionelle indsatser til at skabe sundhedsfremmende initiativer (Sallis et al. 2008) s. 408. Et sådant folkesundhedsproblem vurderes at være senfølger efter kræft.

Precede-Proceed-modellen er en logisk model der ser på mulige vurderinger samt planlægning og evaluering af initiativer (Sallis et al. 2008) s. 409. Et sådant initiativ kan være et folkesundhedsinitiativ (Crosby & Noar 2011). Formålet med en struktureret model er at bidrage til overblik over teorier og guide til planlægning af initiativer (Sallis et al. 2008) s. 408. Precede-Proceed-modellen vil derfor i specialet fungere som inspiration til struktur af de teorier, som skal bidrage til det sundhedsfremmende initiativ rettet mod personer med senfølger og tilknytning til arbejdsmarkedet. Dette er i overensstemmelse med modellens formål jf. Sallis et al. (2008) (s. 408).

Modellen anvendes til planlægning og vurdering af det sundhedsfremmende initiativ, hvilket består af de første fire faser i modellen. Modellen ses i figur 1. De første fire faser af modellen består i, at der sættes fokus på alle omgivelsesmæssige faktorer i en persons liv og, at der samtidig er fokus på personen (Crosby & Noar 2011). De omgivelsesmæssige faktorer er bl.a. politikker, medier og social ulighed og er faktorer, som personen ikke har indflydelse på (Sallis et al. 2008) s. 409. Omgivelsesmæssige faktorer kan f.eks. bestå af lovgivning om fleksjob og sygedagpenge til personer med senfølger. Med Precede-Proceed-modellen tages således ikke blot højde for personen, men eksempelvis også arbejdsgivers beslutninger truffet på arbejdspladsen.

Idet teoribaserede initiativer, oftere end initiativer uden et teoretisk islæt, er succesfulde, kan en teoretisk vinkel bidrage til forandring af et bestemt fænomen (Crosby & Noar 2011). Specialets initierende problem, problemanalysen og dataindsamlingen er styrket ved at der anvendes en teoretisk tilgang. I specialet forstås teori bl.a. som et redskab, der kan bidrage til at styrke

praktiske beslutninger (Crosby & Noar 2011). Teorien anvendes i dataindsamlingen som dåse-åbner til at åbne og forstå empirien (Høyer 2015). Dette indebærer at teori i dataindsamlingen anvendes til at skabe struktur og på den måde bidrage til at styrke beslutninger i dataindsamlingen. Fænomenet der søges forandret er et sundhedsfremmende initiativ rettet mod personer med senfølger, der oplever udfordringer i forbindelse med tilknytning til arbejdsmarkedet. Precede-Proceed-modellen omfatter, at initiativer bør indeholde en plan for planlægning, implementering og evaluering (Sallis et al. 2008) s. 409. I specialet anvendes modellen til planlægning af initiativer samt forslag til implementering og evaluering. Dette på baggrund af der med specialets rammer ikke er mulighed for implementering og evaluering af initiativer. Precede-Proceed-modellen består af otte faser, og for at opnå et succesfuldt initiativ, bør alle faser indeholde bidrag fra de personer initiativet er rettet mod for at identificere den primære problematik og målsætning (Sallis et al. 2008) s. 409-410. De otte faser i modellen uddybes i det følgende og omfatter hvordan hver fase af modellen er tilblevet i specialet. Figur 1 viser modellen og opdelingen i de otte faser.



Figur 1 Precede-Proceed-modellen (Sallis et al. 2008) s. 410.

Fase 1 omfatter den sociale vurdering, herunder hvordan omgivelserne for initiativet fungerer (Sallis et al. 2008) s. 410. Disse omgivelser kan referere til et geografisk afgrænset sted, men som en mere generel term omfatter det en gruppe personer, som deler specifikke karakteristika, interesser, værdier og normer (Sallis et al. 2008) s. 411. I specialet afgrænses ikke til et geografisk sted, men en gruppe personer som deler et karakteristika i form af at have senfølger. Denne afgrænsning tager udgangspunkt i specialets problemanalyse, idet udfordringer med tilknytning til arbejdsmarkedet hos personer med senfølger blev fremanalyseret heri.

I fase 2 er helbred og prioritering samt adfærds- og omgivelsesmæssige faktorer for sundhed i fokus (Sallis et al. 2008) s. 412. Derfor vil fase 2 afdækkes af dataindsamlingen, idet der hermed er mulighed for at inddrage personer med senfølger og derigennem opnå viden om deres helbred og faktorer for sundhed. Fase 2 kan opdeles i epidemiologiske, adfærdsmæssige og omgivelsesmæssige vurderinger (Sallis et al. 2008) s. 412-413. For den epidemiologiske vurdering gælder, at det sundhedsmæssige problem identificeres samt hvilke adfærds- og omgivelsesmæssige faktorer, der kan influere på sundhedstilstanden (Sallis et al. 2008) s. 412. I specialet udgøres det sundhedsmæssige problem af udfordringer med tilknytning til arbejdsmarkedet hos personer med senfølger. Den adfærdsmæssige del af vurderingen kan yderligere opdeles i tre grene. Disse omfatter 1) det nære, forstået ved livsstil, 2) det mere distale omhandlede andres adfærd, som kan have direkte indvirkning på egen adfærd og 3) det fjerne, som er mere overordnede beslutninger, som f.eks. politiske beslutninger, der har indflydelse på personens sundhedsadfærd (Sallis et al. 2008) s. 412+414. Hos personer med senfølger kan det nære forstås som fokus på egen livsstil, f.eks. ved at varetage et arbejde, det mere distale kan være familie og venners indvirkning i form af holdning til arbejdsmarkedet, og det fjerne kan være lovgivning og regler omkring f.eks. fleksjob og sygedagpenge.

Den omgivelsesmæssige vurdering er baseret på de fysiske og sociale faktorer, som personen ofte ikke har indflydelse på, hvilket kan opdeles i de tre ovenfor nævnte grene; nære, distale og fjerne faktorer (Sallis et al. 2008) s. 414. Idet denne fase også kræver deltagelse fra de involverede, som et sundhedsfremmende initiativ retter sig mod (Sallis et al. 2008) s. 414, er der i specialet foretaget dataindsamling, som omfatter personer med senfølgers tilknytning til arbejdsmarkedet.

Fase 3 omfatter de disponerende, forstærkende og muliggørende faktorer, som alle har indflydelse på, hvorvidt forandring af adfærd og omgivelser vil finde sted (Sallis et al. 2008) s. 415. Disponerende faktorer består af bl.a. en persons viden, overbevisning og personlige præferencer (Sallis et al. 2008) s. 415. Forstærkende faktorer kan eksempelvis være social støtte og

indflydelse fra andre (Sallis et al. 2008) s. 415. Muliggørende faktorer kan direkte eller indirekte påvirke personers adfærd (Sallis et al. 2008) s. 415. Et eksempel på disponerende, forstærkende og muliggørende faktorer kan være, at arbejdspladsen er imødekomende over for de behov, en person med senfølger oplever at have i forhold til at kunne varetage et arbejde. Et behov hos en person med senfølger kan eksempelvis være at arbejdsopgaver og – tid er fleksible. Derfor kan arbejdspladsens imødekommenhed over for personer med senfølgers behov have betydning for om forandring vil finde sted. Fase 3 afdækkes, ligesom fase 2, af dataindsamlingen i specialet. På baggrund heraf er det derfor muligt at opnå viden om de disponerende, forstærkende og muliggørende faktorer, som personer med senfølger oplever i forbindelse med tilknytning til arbejdsmarkedet. Herunder har fase 3 således fokus på, hvilke ressourcer der er nødvendige, for at forandringen i adfærd og omgivelser kan muliggøres (Sallis et al. 2008) s. 415. Ressourcerne er dermed de disponerende, forstærkende og muliggørende faktorer.

Fokus for fase 4 er at udvælge og justere de faktorer der i fase 3 blev identificeret, sådan at de nødvendige ressourcer, barrierer og politikker for gennemførelse af initiativet identificeres (Sallis et al. 2008) s. 416. Med eksemplet fra fase 3 vil fleksible arbejdsopgaver og – tid således være en nødvendig ressource, manglende imødekommenhed fra arbejdspladsen kan være en barriere og politikker kan udgøres af reglementer på arbejdspladsen vedrørende ansættelse af personer med nedsat arbejdsevne. Problembearbejdning af dataindsamlingen afdækker således fase 4. Desuden er det i fase 4 nødvendigt at overveje to elementer (Sallis et al. 2008) s. 416. Først om der er organisatoriske rammer, der kan påvirke resultatet af initiativet og dernæst, om det er personen, kollegaer, familiemedlemmer eller andre nærtstående personer, der kan påvirke det ønskede resultat (Sallis et al. 2008) s. 416. Der er således faktorer på henholdsvis makro- og mikroniveau, som bør overvejes afhængig af, på hvilket plan initiativet finder sted (Sallis et al. 2008) s. 416. På makroniveau kan personer med senfølger eksempelvis ønske tilknytning til arbejdsmarkedet gennem et fleksjob, hvilket kræver organisatoriske forhold, som muliggør dette. På mikroniveau kan en person med senfølgers egen opfattelse af arbejdsevne udgøre en fremmende eller hæmmende faktor for tilknytning til arbejdsmarkedet.

Fase 5-8 i Precede-Proceed-modellen omhandler implementering og evaluering af det initiativ, de første fire faser har identificeret, at der er behov for (Sallis et al. 2008) s. 416-417. Implementering med Precede-Proceed-modellen medfører, at der skal evalueres på det implementerede initiativ, hvorfor en plan for evaluering bør foreligge (Crosby & Noar 2011). Denne plan indeholder procesevaluering, virkningsevaluering og evaluering af slutmål (Crosby & Noar 2011). Evaluering af initiativet er en vigtig del af Precede-Proceed-modellen, idet initiativer

kræver kontinuerlig tilpasning pga. fokus på de omgivelsesmæssige faktorer (Crosby & Noar 2011). Som allerede nævnt vil der grundet specialets rammer blot foreligge forslag til implementering og evaluering. Disse forslag fremføres i Kapitel 10 - Forandringsperspektiv, hvorfor fase 5-8 i modellen først uddybes yderligere i dette kapitel. Dette på baggrund af at det er modellens fase 1-4 der leder frem til initiativet der skal implementeres og evalueres.

## Videnskabsteoretisk tilgang

I dette afsnit tydeliggøres paradigme, forskningstype samt den videnskabsteoretiske tilgang, herunder specialegruppens forforståelse. Den videnskabsteoretiske tilgang styrker begrundelsen af de valg, der foretages og øger dermed gennemsigtheden af specialet (Juul & Pedersen 2012), hvilket bidrager til troværdighed af specialet.

### Paradigme og forskningstype

Et videnskabeligt paradigme er styrende for forskning i det praktiske og teoretiske arbejde (Launsø et al. 2011) s. 44. Med udgangspunkt i specialets problemformulering, ønskes at opnå personer med senfølgers beskrivelser af oplevelser med tilknytning til arbejdsmarkedet. Derfor befinder specialet sig inden for det fortolkningsvidenskabelige paradigme, idet fokus for dette paradigme er personers egne opfattelser og intentionelle forklaringer (Launsø et al. 2011) s. 61. Intentionelle forklaringer indebærer personens egen forståelse af intention og handling (Launsø et al. 2011) s. 61. Det bliver således personer, der er primær kilde til data i det fortolkningsvidenskabelige paradigme (Launsø et al. 2011) s. 61.

Den forstående forskningstype hører under det fortolkningsvidenskabelige paradigme. Dette på baggrund af at den forstående forskningstype indebærer at opnå en beskrivelse af personers meninger, vurderinger og intentioner i deres kontekst (Launsø et al. 2011) s. 24. Kontekst henviser til sammenhænge hvori personernes opfattelser og handlinger dannes samt kan bestå af fysiske, institutionelle og værdimæssige forhold (Launsø et al. 2011) s. 24. Idet udgangspunktet for specialet er at opnå personer med senfølgers beskrivelser af oplevelser med tilknytning til arbejdsmarkedet, ses den forstående forskningstype derfor som grundlag herfor.

### Fænomenologi

Under fortolkningsvidenskaberne befinder fænomenologien sig (Juul 2012) og grundlæggende for fænomenologi søges der at beskrive personers oplevelser og erfaringer (Kristensen 2015). I tillæg hertil er en ambition i fænomenologien at beskrive fænomener som de er (Jacobsen et

al. 2015). Dette stemmer overens med specialets problemformulering, der netop søger beskrivelser af personer med senfølgers oplevelser med tilknytning til arbejdsmarkedet hvorfor fænomenologien anvendes i specialet. Heraf anses fænomenologi som retningsgivende for metodevalg i specialet (Jacobsen et al. 2015).

Ifølge grundlægger af fænomenologien filosof Edmund Husserl, består fænomenologien af følgende fire bærende elementer; intentionalitet, livsverden, essens og reduktion (Jacobsen et al. 2015). Intentionalitet indebærer at den menneskelige bevidsthed altid er rettet mod noget, hvorfor intentionalitet giver adgang til at beskrive fænomener ud fra den betydning de har for bevidstheden (Jacobsen et al. 2015). Livsverden ses af Husserl som den konkrete virkelighed, som kan erfares og tages for givet (Jacobsen et al. 2015). Essens eksisterer gennem intentionalitet og er således det der gør et fænomen til det det er (Jacobsen et al. 2015). Fænomenologiens sigte er at beskrive essenserne (Jacobsen et al. 2015). Reduktion indebærer at være åben og dermed at kunne beskrive et fænomen præcist som det præsenterer sig for bevidstheden (Jacobsen et al. 2015). I fænomenologien stræbes efter at beskrive den rene bevidsthed, hvilket Husserl også benævner som epoche (Jacobsen et al. 2015). Med fænomenologien må det aldrig tages for givet at en anden persons følelser, tanker eller ønsker er kendt (Jacobsen et al. 2015). Det er derfor nødvendigt at spørge ind til og lytte til en anden person, idet der midlertidigt bør ses bort fra de antagelser, refleksioner og teorier, der normalvis hersker om emnet (Jacobsen et al. 2015). Et eksempel på hvorfor en anden persons følelser, tanker eller ønsker må tages for givet, er at sproget aldrig er uskyldigt, idet der altid bevidst eller ubevidst vil være latente antagelser eller konnotationer, som kan lede i en bestemt retning (Schiermer 2013). Med udgangspunkt i Husserls udlægning af epoche, søges i specialet at opnå en ren beskrivelse af personer med senfølgers beskrivelser af oplevelser i forbindelse med tilknytning til arbejdsmarkedet. Dette indebærer at forforståelse sættes i parentes, hvilket omfatter at der tilstræbes at undlade tidligere erfaringer der relaterer sig til fænomenet, således fænomenet mødes intuitivt (Jacobsen et al. 2015). Dog er det ikke altid muligt eller mest hensigtsmæssigt at sætte forforståelsen i parentes, men nærmere er det anstrengelsen værd at forsøge når problemformuleringen foreskriver det (Juul 2012).

## Forforståelse

Formålet med at tilstræbe at sætte forforståelse i parentes er, at muliggøre en beskrivelse af et fænomen som det præsenterer sig (Jacobsen et al. 2015). Idet forforståelse kan påvirke den måde hvorpå data indsamles og anvendes (Malterud 2013) s. 40, er specialegruppens forfor-



ståelse gjort bevidst. Ifølge Ph.d. og Dr. Med. Kirsti Malterud kan forforståelse inddeles i personlig, faglig og teoretisk forforståelse (Malterud 2013) s. 40. Derfor præsenteres først den personlige forforståelse, hvorefter den faglige og teoretiske forforståelse ses i en sammenhæng. Den personlige forforståelse i specialegruppen tager afsæt i, at personer med senfølger kan være hæmmet af psykiske og fysiske symptomer, som gør, at de ikke kan deltage i deres almindelige liv og herunder deres arbejdsliv. Dette kan påvirke dem i større eller mindre grad og være med til, at de oplever yderligere negative konsekvenser og deraf nedsat livskvalitet. Dette kan bevirke, at de har udfordringer ved tilknytning til arbejdsmarkedet, idet de under sygdomsforløbet har haft en mindre eller slet ingen tilknytning til arbejdsmarkedet. Herudover ses flere perspektiver på tilknytning til arbejdsmarkedet, f.eks. er det ikke nødvendigvis kun positivt for personer med senfølger at være tilknyttet arbejdsmarkedet.

Den faglige og teoretiske forforståelse er præget af, at specialegruppens medlemmer har forskellige sundhedsvidenskabelige bacheloruddannelser, henholdsvis Professionsbachelor i Ernæring og Sundhed samt Ergoterapi. Herudover er forforståelsen påvirket af, at gruppemedlemmerne studerer Folkesundhedsvidenskab, idet uddannelsen har påvirket synet på sundhed, hvilket afspejles i det brede sundhedssyn, jf. Kapitel 2 - Sundhedssyn. Ligeledes har kandidatuddannelsen i folkesundhedsvidenskab bidraget til viden om teorier og metoder, som kan præge den faglige og teoretiske forforståelse.

## Design af en kvalitativ undersøgelse

Idet problemformuleringen i specialet søger personer med senfølgers oplevelser af tilknytning til arbejdsmarkedet, ses et kvalitativt perspektiv på undersøgelsen. I designet af en kvalitativ undersøgelse bør der være overblik over undersøgelsen, idet det er en iterativ proces (Kvale & Brinkmann 2009) s. 131. En iterativ proces indebærer at det er muligt at bevæge sig frem og tilbage mellem elementerne i specialet (Kvale & Brinkmann 2009) s. 131. Derfor er der i specialet fokus på den iterative proces og, at der i undersøgelsen kan gøres brug af nye og uventede aspekter af personer med senfølgers oplevelser i forbindelse med tilknytning til arbejdsmarkedet, som kan tilpasses kontinuerligt.

I specialet består den kvalitative undersøgelse af litteratursøgning, udarbejdelse af interviewguide, udvælgelse af informanter, udførelse af interview, transskription samt problembearbejdning af data. Disse er indbyrdes afhængige (Kvale & Brinkmann 2009) s. 131. Designet skaber rammen for teorier og metoder i undersøgelsen (Kvale & Brinkmann 2009) s. 129, hvorfor der i specialet anvendes metoder med kvalitativt islæt.

## Kapitel 6 - Metode

---

Følgende kapitel indeholder en præsentation af metoder til indsamling og bearbejdning af data til besvarelse af problemformuleringen. Denne er afgørende for metodevalg (Malterud 2013) s. 23. Metoderne i specialet udgøres af systematisk litteratursøgning samt interview, som begge bidrager til besvarelse af problemformuleringen.

### Litteratursøgning

Følgende afsnit er opdelt i to. Først en oversigt over hvordan litteratur til det initierende problem samt problemanalysen er fremkommet. Dernæst en gennemgang af metoden til den systematiske litteratursøgning. Dette for at skabe gennemsigtighed og mulighed for at reproducere den systematiske litteratursøgning og dermed øge troværdigheden i specialet.

### Indledende søgning

Ved at undersøge litteraturen bliver det muligt at argumentere for manglen i eksisterende viden om et emne (Buus et al. 2008). Litteratursøgning er derfor en væsentlig del af at undersøge baggrunden for det område, der ønskes undersøgt (Dreyer & Sestoft 2016) s. 39. Derfor er der til det initierende problem samt problemanalysen foretaget søgninger om tilknytning til arbejdsmarkedet og personer med senfølger. En måde at påbegynde litteratursøgningen er ved bevidst tilfældig søgning, kædesøgning eller systematisk søgning (Dreyer & Sestoft 2016) s. 39.

Ved bevidst tilfældig søgning indgår at søgningen er bevidst, idet der er indkredset et område, der ønskes viden om (Dreyer & Sestoft 2016) s. 40. I specialet er der foretaget bevidst tilfældig søgning på bl.a. Google, Bibliotek.dk, Sociological Abstracts og Pubmed. Her er anvendt søgeord som f.eks. ”cancer survivor”. Det er vigtigt at være kritisk og vurdere indholdet ved en bevidst tilfældig søgning (Dreyer & Sestoft 2016) s. 40+41. Dette er i specialet foretaget ved, at specialegruppen har diskuteret fundene ved tvivl om kvalitet og, at artikler samt andre fund er vurderet ud fra umiddelbar relevans. En ustruktureret søgning dokumenteres ikke nødvendigvis (Dreyer & Sestoft 2016) s. 40, hvorfor den bevidst tilfældige søgning ikke er dokumenteret i specialet.

Yderligere er foretaget kædesøgning i de fundne artikler, bøger og hjemmesider, der er anvendt til det initierende problem samt problemanalysen. Kvaliteten i dette omfatter, at forfatterne på denne måde anbefaler hinanden, og fundene bygger derved på andres erfaringer (Dreyer &

Sestoft 2016) s. 41-42. Ved denne metode er det vigtigt at være opmærksom på, at der er risiko for en snæver søgning, og at nuancer om emnet kan gå tabt (Dreyer & Sestoft 2016) s. 41. Risikoen ved kædesøgning er, at den kan gå i ring og de samme henvisninger gentages (Dreyer & Sestoft 2016) s. 42. Dette er set i kædesøgningen i specialet, idet flere referencer er gengangere. Desuden er referencer fundet ved kædesøgning af ældre dato, idet de refererer til tidligere publiceret litteratur.

## Systematisk litteratursøgning

Formålet med en systematisk søgning er at afdække det specifikke område problemformuleringen sigter mod (Rienecker & Stray Jørgensen 2012) s. 149. Derfor vurderes den systematiske litteratursøgning at kunne bidrage til at afdække fase 2 og 3 i Precede-Proceed-modellen. Yderligere søges efter videnskabelig litteratur, som omfatter en systematisk gennemgang af forskningsstudier og resultaterne heraf (Lund et al. 2014) s. 42, hvorfor litteratursøgningen bidrager med et internationalt perspektiv til besvarelse af problemformuleringen. I specialet er den systematiske søgning udarbejdet i samråd med en cand.scient.bibl. med faglige kompetencer inden for litteratursøgning.

## Søgestrategi

Afgørende for den systematiske litteratursøgning er problemformuleringen, idet denne angiver nøgleord for søgningen (Lund et al. 2014) s. 40. Nøgleordene i specialet, der fungerer som søgeord i den systematiske litteratursøgning, er opstillet i blokke og er som følger:

Blok 1: kræftoverlever

Blok 2: senfølger

Blok 3: tilknytning til arbejdsmarkedet.

Den systematiske søgning er udført i trin og ikke som en samlet søgning med alle boolske operatorer (Lund et al. 2014) s. 55. Derfor er søgningen i specialet opdelt i søgning på kontrollerede termer og fritekstord for hvert nøgleord og efterfølgende i kombinationssøgning. Fritekstsøgning afhænger af databasens frekvens ved indeksering af kontrollerede termer. Eksempelvis indekseres artikler i Embase hurtigere end i PubMed (Eriksen et al. 2016). I Psychinfo findes f.eks. ikke en kontrolleret term for senfølger, hvorfor der udelukkende er søgt på fritekstord for dette nøgleord i denne database.

I den systematiske litteratursøgning er anvendt de boolske operatører OR og AND. Dette idet der i de forskellige databaser kan være flere synonymer for søgeordet (Lund et al. 2014) s. 54. Den boolske operator OR anvendes mellem synonymerne for det enkelte søgeord for således at udbrede søgningen (Lund et al. 2014) s. 55. Eksempelvis er der anvendt OR mellem synonymerne for nøgleordet ”senfølger”. AND anvendes til at kombinere søgeordene og indsnævrer dermed søgningen (Lund et al. 2014)s. 55. AND er således anvendt ved kombinationssøgningen for at indsnævre og specificere søgningen i hver database og angiver dermed fællesmængden for søgeordene (Dreyer & Sestoft 2016) s. 44. Den boolske operator NOT anvendes ikke, idet den kan medføre, at der mistes for mange hits (Lund et al. 2014) s. 55. I specialet er anvendt trunkering ved fritekstsøgning. Trunkering muliggør, at alle endelser af ordet medtages (Lund et al. 2014) s. 58. Søgeordene kan ændres afhængig af de forskellige databaser (Lund et al. 2014) s. 40, dette i form af synonymer og indeksering af kontrollerede termer i databaserne. Se bilag 1 for udførlig gennemgang af den systematiske søgning.

Der er, i de udvalgte artikler i specialets litteraturstudie, udført kædesøgning. Det viste sig, at der ikke fandtes yderligere brugbare artikler til afdækning af problemformuleringen ved denne søgning.

### Anvendte databaser

Hver database indekserer en gruppe af tidsskrifter, og én database afdækker derfor ikke alle tidsskrifter, der vedrører sundhedsvidenskab (Lund et al. 2014) s. 47. Det er derfor nødvendigt at søge i mere end én database for at opnå et udtømmende antal publikationer, som omhandler det spørgsmål, der søges svar på (Lund et al. 2014) s. 47. Den systematiske litteratursøgning i specialet er udført i Cinahl, Embase, Pubmed og PsychInfo. De fire databaser omfatter områder som f.eks. folkesundhed, arbejdsmiljø, psykologi og medicin (Lund et al. 2014) s. 49-50, hvilket vurderes som områder, der bidrager til en nuancering af problemfeltet og dækker dermed problemformuleringen for specialet.

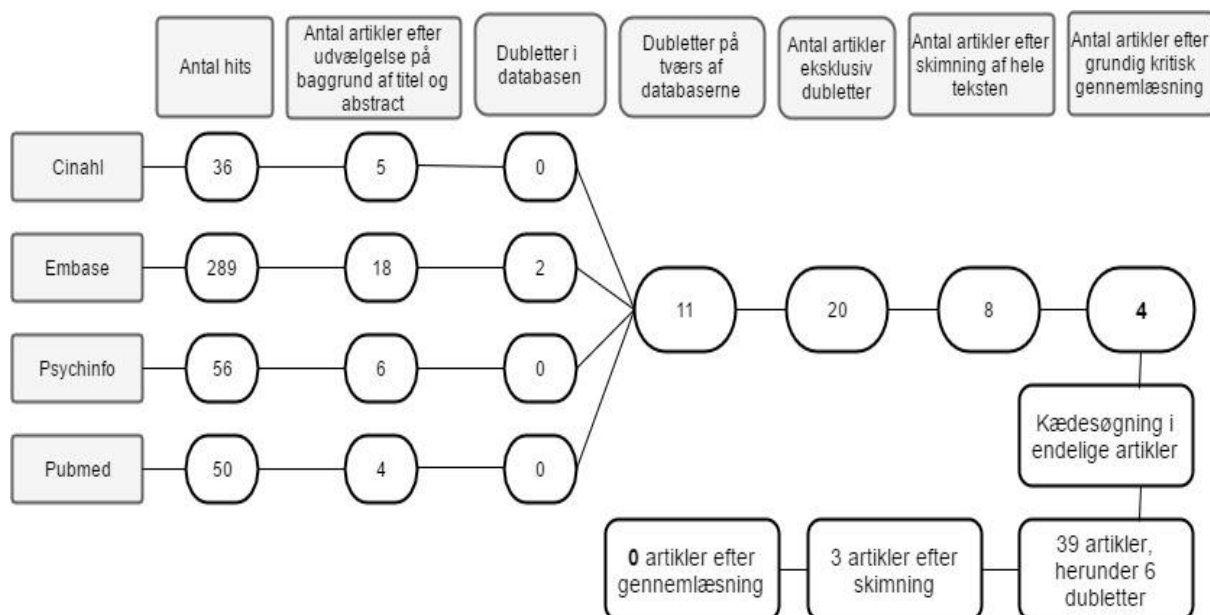
### Udvælgelse af artikler

Ved udvælgelse af relevante artikler er titel og abstract blevet læst med udgangspunkt i problemformuleringen og tilvalgskriterier (Lund et al. 2014) s. 41. Tilvalgskriterier for artikler i specialets litteratursøgning ses i figur 2.



Figur 2 Tilvalgskriterier.

Udvælgelse på baggrund af titel og abstract er foretaget fælles i specialegruppen, hvorefter de udvalgte artikler er skimmet af en af specialegruppens medlemmer. På baggrund af denne udvælgelse blev de udvalgte artikler gennemlæst af det gruppemedlem som ikke havde skimmet artiklen. Gennemlæsning førte til udvælgelse af de artikler, der indgår i specialets litteraturstudie. Flowchart over den systematiske litteratursøgning findes i figur 3.



Figur 3 Flowchart over den systematiske litteratursøgning.

I specialet er der fokuseret på, at tre aspekter er opfyldt i artiklerne. De tre aspekter indebærer 1) om studiet er udført på en faglig forsvarlig måde, 2) om populationen, indsatsen og dataindsamlingerne er fagligt relevante og 3) om studiet er relevant for egen undersøgelse, altså den eksterne validitet (Lund et al. 2014) s. 95. De endeligt udvalgte artikler er vurderet fælles i specialegruppen.

Troværdigheden af de fundne artikler er vurderet (Lund et al. 2014) s. 89. Dette indebærer om metoden er velbeskrevet, hvilket kan undersøges ved brug af tjeklister (Lund et al. 2014) s. 89, som f.eks. COREQ til kvalitative studier, STROBE til tværsnitsstudier og PRISMA til reviews, som er anvendt i specialet. COREQ indebærer at forskersammensætning og refleksivitet, studiedesign samt analyse og fund vurderes (Tong et al. 2007). Formålet med STROBE er at sikre præsentation af et studies metode og fund uden at pålægge forfattere en metodologi eller ensrettet opstilling (Vandenbroucke et al. 2007). PRISMA har til formål at guide forfattere til at rapportere studier og således forbedre kvaliteten af disse (Moher et al. 2009). Anvendelsen af tjeklisterne er således bidragende til en vurdering af de udvalgte artiklers metodemæssige styrker og svagheder. Tjeklistevurdering findes i bilag 2.

## Det kvalitative interview

I specialet søges at opnå en beskrivelse af informanternes oplevelse af tilknytning til arbejdsmarkedet. Foruden den systematiske litteratursøgning kan et kvalitativt interview nuancere billedet yderligere ud fra personer med senfølgers perspektiv i en dansk kontekst. Idet fokus for det kvalitative interview er informanternes perspektiv (Launsø et al. 2011) s. 135, opnås der beskrivelser af informanternes oplevelser af fænomener i deres livsverden (Tanggaard & Brinkmann 2015). Det kvalitative interview kan, jf. Kapitel 5 – Precede-Proceed-modellen, vurderes at afdække fase 2 og 3 i Precede-Proceed-modellen. I det følgende afsnit præsenteres det semistrukturerede interview, interviewguide samt informanter for at skabe gennemsigtighed over det kvalitative interview.

## Det semistrukturerede interview

Et semistruktureret interview giver plads til at forfølge informanternes udsagn og dermed åbne for nye retninger (Kvale & Brinkmann 2009) s. 151, hvorfor denne interviewform kan rumme

det fænomenologiske perspektiv, idet interviewformen giver plads til at forfølge informanternes beskrivelser af deres oplevelser med tilknytning til arbejdsmarkedet. Desuden muliggør denne interviewform at spørgsmålene og spørgestilen kan tilpasses undervejs i interviewene. Foruden selve interviewet indgår der i interviewsituationen briefing og debriefing. Briefing består af information om formålet med interviewet samt at interviewet optages (Kvale & Brinkmann 2009) s. 149. Optagelse er foregået med to smartphones ved hvert interview. Tillige omfatter briefing præsentation af interviewerens samt suppleant, oplysninger om fortrolighed, gennemgang og underskrift af samtykkeerklæring samt at interviewet bearbejdes. Samtykkeerklæringen findes i bilag 3. Debriefing afrunder interviewet og giver plads til yderligere spørgsmål eller kommentarer fra informanten (Kvale & Brinkmann 2009) s. 149. Herudover blev informanten spurgt, om det var muligt med yderligere telefonisk kontakt ved behov for afklaring af eventuelle tvivlsspørgsmål, og informanten blev takket for deltagelse.

### Interviewguide

Interviewguiden danner baggrund for det semistrukturerede interview (Tanggaard & Brinkmann 2015) og er udarbejdet med udgangspunkt i problemformuleringen (Launsø et al. 2011) s. 140. Interviewguiden findes i bilag 4 og er udformet efter temaer og dertilhørende forslag til spørgsmål med udgangspunkt i Kvale og Brinkmanns (2009) forskellige typer af interviewspørgsmål (Kvale & Brinkmann 2009) s. 151+155-157. Spørgsmålene i interviewguiden er således operationaliseret ud fra temaerne. Temaerne i interviewguiden er indledning, tilknytning til arbejdsmarkedet, senfølger, hæmmende faktorer, fremmende faktorer, initiativer, forandring og afrunding. De typer af interviewspørgsmål der er anvendt i interviewguiden er indledende spørgsmål, opfølgende spørgsmål og sonderende spørgsmål (Kvale & Brinkmann 2009) s. 155-156. Et eksempel på et indledende spørgsmål er ”Var du på arbejdsmarkedet, da du fik din diagnose?”. Opfølgende spørgsmål blev anvendt i form af at intervieweren nikkede og spurgte direkte ind til det informanten netop havde fortalt (Kvale & Brinkmann 2009) s. 155. I interviewene blev sonderende spørgsmål eksempelvis anvendt ved ”Kan du beskrive hvordan du oplever disse udfordringer?”. Yderligere blev tavshed og indirekte spørgsmål anvendt i interviewene (Kvale & Brinkmann 2009) s. 156. F.eks. blev tavshed i høj grad anvendt i alle interviews, da informanterne på den måde fik mulighed for at reflektere over spørgsmålet samt egne perspektiver og erfaringer. Indirekte spørgsmål blev anvendt som en mulighed for at få informanternes beskrivelser af, hvordan de opfattede andres holdninger (Kvale & Brinkmann 2009) s. 156.

Spørgsmålene i interviewguiden indeholder et tematisk aspekt, som refererer til produktion af viden og et dynamisk aspekt, som refererer til den interpersonelle relation mellem interviewer og informant (Kvale & Brinkmann 2009) s. 151. Et godt interviewspørgsmål er ikke nødvendigvis tematisk og dynamisk på samme tid (Kvale & Brinkmann 2009) s. 152. Spørgsmålene i interviewguiden er primært af tematisk karakter, idet de er operationaliseret ud fra temaer, hvor det dynamiske aspekt opstod i interviewsituationen i relationen mellem interviewer og informant. Det dynamiske aspekt opnås derfor gennem relationen, men også ved at udforme spørgsmålene så der opstår en tillidsfuld kommunikation og samtalen flyder let (Christensen et al. 2015). Et eksempel herpå er spørgsmålet ” Kan du beskrive hvilke senfølger du oplever i din hverdag?”, idet spørgsmålet angiver nysgerrighed mod informantens liv, hvilket bidrager til en tillidsfuld kommunikation.

Idet enhver informant er forskellig i forhold til udgangspunkt for ordforråd, uddannelsesniveau samt opfattelsesevne, er spørgsmålene i interviewguiden modificeret og tilpasset den enkelte i interviewsituationen (Kvale & Brinkmann 2009) s. 155. I specialet er dette bl.a. søgt tilpasset gennem et pilotinterview samt muligheden for at omformulere spørgsmålene i interviewsituationen. Idet alle fire interviews er udført af samme person, er formulering og fremstilling af spørgsmål ligeledes udviklet fra interview til interview.

### Pilotinterview

I specialet er der foretaget et pilotinterview. Interviewguiden blev afprøvet, og eventuelle rettelser kan foretages på baggrund af et pilotinterview (Gut et al. 2011) s. 75. Ved pilotinterviewet i specialet bidrog informanten med information om fremmende og hæmmende faktorer ved tilknytning til arbejdsmarkedet, hvilket styrker interviewguiden, idet der er spørgsmål rettet mod disse temaer. Yderligere gav informanten en tilbagemelding, som medførte rettelser i interviewguiden i form af flere konkrete spørgsmål til samme tema. Dette er et eksempel på den iterative proces, idet det er muligt at justere i interviewguiden og dermed gå tilbage i processen. Yderligere bidrog pilotinterviewet til at temaer og spørgsmål kunne besvares af informanten og dermed bidrage til besvarelse af problemformuleringen.

Et interview kan bidrage til, at informanterne får lov at fortælle om væsentlige oplevelser i deres liv til en anden person uden krav om gensidighed (Christensen et al. 2015). Dette understøttes af informanten i pilotinterviewet, der opfattede interviewsituationen som en mulighed for at fortælle om sin kræftsygdom, hvilket er et fremtrædende emne i informantens liv, uden at møde krav om gensidighed.



### Forholdet mellem interviewer og informant

I interviewsituationen ønskes der at skabe en tillidsfuld og tryk atmosfære (Launsø et al. 2011) s. 136. Informanterne kunne frit vælge, hvor interviewet skulle foregå. Dette vurderes at bidrage til, at der skabes trykke rammer for interviewet (Christensen et al. 2015). Tre interviews foregik hjemme hos informanterne, og det fjerde interview foregik i lokaler tilhørende Kræftens Bekæmpelse. Yderligere bidrager valg af placering af interview til en ligeværdig relation (Christensen et al. 2015). Der er på trods af dette, dog altid en magtrelation mellem personer (Christensen et al. 2015). Relationen mellem interviewer og informant vurderes at være asymmetrisk på baggrund af interviewernes profession og rolle (Christensen et al. 2015). I interviewene var det ønsket at opnå en ligeværdig relation samt data af god kvalitet (Christensen et al. 2015), hvilket er forsøgt gennem informanternes valg af placering af interview samt ved, at specialegruppens fulde opmærksomhed var rettet mod informanten.

### Informanter og samplingstrategi

Informanterne i specialet er personer med senfølger, som har eller har haft tilknytning til arbejdsmarkedet efter kræftsygdom. Antal af informanter er bestemt ud fra projektets rammer, ressourcer samt tidsperiode (Tanggaard & Brinkmann 2015). Sampling er foregået ved hjælp af en gatekeeper, der har relation til informanterne, idet hun er tilknyttet Senfølgerforeningen, hvor informanterne er samlet fra. Det er således gatekeeper, som har taget indledende kontakt til informanterne samt etableret kontakten mellem informanter og specialegruppen. Herefter har specialegruppen kontaktet informanterne pr. mail, hvori tid og sted for interview blev aftalt. Yderligere er der dagen før interviewet udsendt en mail med påmindelse om interview.

Der er udarbejdet en samarbejdsaftale med gatekeeper for at sikre god forskningsetisk adfærd samt at sikre, at informanterne på forhånd vidste, at personlige oplysninger ikke videregives, se bilag 5. Herudover har hver enkelt informant underskrevet en samtykkeerklæring forud for interview jf. Kapitel 6 - Det semistrukturerede interview.

Idet der i specialet ønskes nuancerede perspektiver fra personer med senfølger og tilknytning til arbejdsmarkedet, skal der identificeres relevante informanter. Derfor anvendes sneboldmetoden, idet formålet med denne er at det er muligt at få identificeret relevante informanter gennem personer, der har kendskab til informanter, som har informationsrig viden om den problemstilling der ønskes undersøgt (Christensen et al. 2015). I specialet er det således gatekeeper der har kendskab til informanter med informationsrig viden om senfølger og tilknytning til arbejdsmarkedet. Kriterier for deltagelse i interview bestod af, at personerne skulle have senfølger samt have eller have haft tilknytning til arbejdsmarkedet efter kræftsygdommen.

Dette har resulteret i fire kvindelige informanter, hvoraf de tre har tilknytning til arbejdsmarkedet og en er førtidspensionist.

## Transskription

En forudsætning for den kvalitative problembearbejdning er, at data transskriberes til tekst (Malterud 2013) s. 75. Transskribering i specialet er foregået umiddelbart efter hvert interview for at sikre meningsindholdet i det sagte, idet interviewsituationen er præsent i hukommelsen (Tanggaard & Brinkmann 2015). Transskriptionen bør opfattes som en tekst, og ikke som den sande virkelighed (Malterud 2013) s. 75. Dette idet det er væsentligt ikke at forveksle transskriptionen med virkeligheden, og at der, i oversættelsen fra mundtlig til skriftlig form, altid er elementer der går tabt eller forvrænges undervejs (Malterud 2013) s. 75. Derfor følges transskriptionsprocedurer, da disse varetager meningsindholdet i transskriptionen på en gyldig og pålidelig måde, idet det er muligt at kigge forskeren over skulderen (Malterud 2013) s. 75+77. I specialet er transskriptionsproceduren som ses i figur 4, fulgt for at sikre en ensartet transskribering samt sammenhæng mellem det sagte og det skrevne, idet det er begge medlemmer af specialegruppen, der har udført transskriberingerne. Tillige er transskribering foretaget med fokus på meningsindholdet og ikke på den ordrette gengivelse, f.eks. er ”øh” og ”hmm” udeladt.

Tegn	Anvendelse
...	Til kortere pauser
[ ]	Til længere pauser
( )	Til uforståelig tale
KAPITÆLER	Til betoning af ord
Fyldord såsom ”øh” udelades	Til varetagelse af meningsindhold

Figur 4 Transskriptionsprocedure med inspiration fra (Kvale & Brinkmann 2009) s. 204.

Informanterne er anonymiserede og har fået tildelt bogstavet ”I” samt et vilkårligt tal fra 1- 4 i transskriptionerne. Ved at interviewereren udfører transskriberingen, styrkes troværdigheden af transskriptionen, idet tvivl omkring utydeligheder kan opklares (Malterud 2013) s. 77. Trovær-

digheden af transskriptionen er derfor styrket ved, at interviewer samt suppleant har transskriberet, idet begge var til stede under interviewene. De transskriberede interviews er gennemlæst af specialegruppemedlemmet, som ikke har transskriberet det pågældende interview og eventuelle uoverensstemmelser er lyttet igennem, hvorved specialegruppen er nået til enighed.

## Analyselstrategi

Specialets analysestrategi, systematisk tekstkondensering, præsenteres i følgende afsnit for at gøre vejen fra empiri til resultater gennemsigtig. Dette på baggrund af at analysen har til formål at bygge bro mellem data og resultater (Malterud 2013) s. 91.

### Systematisk tekstkondensering

I specialet anvendes systematisk tekstkondensering, som tager udgangspunkt i Kirsti Malteruds videreudvikling af Ph.d. og psykolog Amedeo Giorgis fænomenologiske analysestrategi (Malterud 2013) s. 96.

Proceduren for systematisk tekstkondensering består af følgende fire trin:

- 1) fra helhedsindtryk til temaer
- 2) meningsbærende enheder fra temaer til koder
- 3) kondensering – fra kode til subgrupper
- 4) sammenfatning – fra kondensering til kategorier (Malterud 2013) s. 98.

#### *Trin 1: Fra helhedsindtryk til temaer*

På første trin skabes et helhedsindtryk og her vurderes mulige temaer, som repræsenterer emner i transskriptionerne (Malterud 2013) s. 98. Dette er i specialet foregået ved, at specialegruppens medlemmer har læst og vurderet mulige temaer hver for sig. Her skal forforståelsen sættes i midlertidig parentes i overensstemmelse med fænomenologien (Malterud 2013) s. 98. Dette bevirker at forskerne er åbne over for nye indtryk (Malterud 2013) s. 98. På baggrund af gennemlæsningen fremkom seks temaer. Malterud (2013) anbefaler, at forskerne sætter sig sammen og vurderer de foreløbige temaer (Malterud 2013) s. 99, hvorfor specialegruppen diskuterede de foreløbige seks temaer i fællesskab.

*Trin 2: Meningsbærende enheder fra temaer til koder*

På andet trin gennemgås transskriptionerne systematisk, således identificeres de meningsbærende enheder, der fremtræder i transskriptionerne, hvorefter de meningsbærende enheder kodes (Malterud 2013) s. 100+101. Dette er udført ved, at specialegruppen i fællesskab har gennemgået transskriptionerne systematisk med afsæt i de udvalgte temaer fra trin 1. Koderne udvikles og justeres med udgangspunkt i de foreløbige temaer, som kan vise sig at kræve justering (Malterud 2013) s. 101. I specialet er tre ud af de seks temaer revideret.

Kodningen indebærer, at der sker en systematisk dekontekstualisering (Malterud 2013) s. 104. Dette indebærer at dele af teksten tages ud af den oprindelige sammenhæng for dernæst at blive sat sammen i en ny sammenhæng (Malterud 2013) s. 104. De meningsbærende enheder sorteres i grupper og tildeles en kode (Malterud 2013) s. 104, hvilket er foregået ved hjælp af kommentarfunktionen i Word. I specialet er dette foregået ved at de meningsbærende enheder fra transskriptionerne har ledt til fire koder. Disse koder fungerer som overskrifter for de meningsbærende enheder.

*Trin 3: Kondensering – fra kode til subgrupper*

På tredje trin udarbejdes en systematisk kondensering ved at finde mening i de sammenkodede meningsbærende enheder fra trin 2 (Malterud 2013) s. 104. Dette er foregået ved at specialegruppen sammen gennemgik de meningsbærende enheder for hver kode og sorterede i subgrupper. Dette er ligesom på trin 2 foregået ved hjælp af kommentarfunktionen i Word. Subgrupperne er nu genstand for analysen (Malterud 2013) s. 105. Herefter laves et kunstigt citat, et kondensat, for hver subgruppe (Malterud 2013) s. 106. I kondensatet blev anvendt førsteperson ental, for derigennem at fremstille, hvordan hver enkelt deltager udtrykte sig i interviewet, idet kondensatet har til formål at genfortælle og sammenfatte indholdet af den aktuelle subgruppe (Malterud 2013) s. 106. Kondensaterne er fremkommet ved at der ifølge Malterud (2013) tages udgangspunkt i en udtrykfuld meningsbærende enhed i subgruppen (Malterud 2013) s. 106. De resterende meningsbærende enheder sammenskrives med udgangspunkt i denne (Malterud 2013) s. 106. Yderligere blev der udvalgt et guldcitat, som er det der bedst indkredser det kondensatet omhandler (Malterud 2013) s. 107.

*Trin 4: Sammenfatning – fra kondensering til kategorier*

Kondensaterne fra trin 3 er arbejdsnotater, der skal bruges som udgangspunkt for det fjerde trin (Malterud 2013) s. 106. På fjerde trin sammenfattes kondensaterne med transskriptionerne, hvorved kondensering bliver til rekontekstualisering (Malterud 2013) s. 107. Rekontekstualisering indebærer en sammenfatning af de fund, der er fremkommet gennem de første tre trin af analysen (Malterud 2013) s. 107. Dette er i specialet foregået ved, at der er udarbejdet en analytisk tekst for hver subgruppe, som er suppleret med meningsbærende enheder (Malterud 2013) s. 107. Med afsæt i Malterud (2013) er der i de analytiske tekster anvendt tredjeperson, fordi der skabes en analytisk distance (Malterud 2013) s. 107-108. Subgruppernes analytiske tekster er samlet under fire kategorier, hvilket udgør resultatet af analysens fjerde trin (Malterud 2013) s. 109. Gennem arbejdet med trin 4 blev ni subgrupper nedlagt eller sammenfattet, idet de blev vurderet mangelfulde og derfor ikke kunne bidrage til en sammenfatning af fundene.

## Kapitel 7 – Forskningsetiske overvejelser

---

Kvalitativ forskning indeholder etisk refleksion, idet det er en værdiladet aktivitet, som omfatter personers liv og erfaringer (Brinkmann 2015). Derfor kan der være etiske overvejelser forbundet hermed. I specialet har den etiske refleksion baggrund i Kvale og Brinkmanns (2009) fire etiske tommelfingerregler (Kvale & Brinkmann 2009) s. 86. Disse består af 1) informeret samtykke, 2) fortrolighed, 3) konsekvenser samt 4) forskerens rolle (Kvale & Brinkmann 2009) s. 86.

I specialet er der indhentet informeret samtykke fra informanterne, se bilag 3. Dette består i, at informanten informeres om studiets formål, samt hvad informanten kan forvente ved at deltage (Kvale & Brinkmann 2009) s. 89. Yderligere indebærer et informeret samtykke, at det sikres, at informanten deltager frivilligt, samt at vedkommende til enhver tid kan trække sig fra studiet (Kvale & Brinkmann 2009) s. 89.

Potentiel identificerbar information er gjort fortrolig ved at anonymisere navne og steder samt information, som direkte kan henføres til informanten. Fortrolighed består i, at private data ikke afsløres, og at identificerbar information ikke offentliggøres (Kvale & Brinkmann 2009) s. 91.

Konsekvenser ved at deltage i et kvalitativt interview er overvejet, idet der er positive og negative faktorer ved deltagelse (Kvale & Brinkmann 2009) s. 92. Positive konsekvenser kan bestå i, at informanten får mulighed for at beskrive personlige erfaringer og oplevelser med tilknytning til arbejdsmarkedet uden forpligtelse om gensidighed, hvilket fremgik af bl.a. pilotinterviewet. Omvendt er en negativ konsekvens, at interviewet kan medføre, at traumatiske og ulykkelige erindringer kommer frem, og dermed er der risiko for, at informanten bliver ked af det. Under et af interviewene blev en informant ked af det ad flere omgange, men informanten var i stand til at gennemføre interviewet.

Kvalitet af viden og etiske beslutninger afgøres af forskerens rolle og integritet (Kvale & Brinkmann 2009) s. 93. Idet dataindsamlingen bl.a. er foregået ved interview, er betydningen af forskernes integritet øget, fordi forskerne ved denne metode er væsentlige ved indsamling af viden (Kvale & Brinkmann 2009) s. 93. Idet forskernes integritet er en afgørende faktor for studiet, er fremstilling af studiet påvirket af den moralske ansvarlighed for forskningsadfærd (Kvale & Brinkmann 2009) s. 93. Gennemgående i specialet ses forskernes integritet, idet gennemsigtig fremstilling ses som værdi for god forskningsadfærd. Herudover er forskernes forståelse gjort bevidst jf. Kapitel 5 – fænomenologi, for dermed at opnå rene beskrivelser af

informanternes beskrivelser og dermed styrke kvaliteten af viden. Foruden de fire etiske tommelfingerregler angår en etisk overvejelse magtforholdet mellem informant og forsker, idet forskeren har en symbolsk magt i form af videnskabelig kompetence og mulighed for at definere bestemte versioner af virkeligheden som sande (Brinkmann 2015). Eksempelvis er magtforholdet forsøgt opblødt ved, at informanterne i specialet frit kunne vælge, hvor interviewet skulle foregå.

Specialet er tilknyttet Aalborg Universitet, hvorfor det er underlagt danske forskningsetiske retningslinjer. Aalborg Universitet har en paraplyordning med fællesanmeldelse af projekter til Datatilsynet (Aalborg Universitet n.d.). Derfor skal specialet ikke særskilt anmeldes til Datatilsynet. Yderligere skal interviewstudier ikke anmeldes til videnskabsetiske komitéer (Kyvik 2015), hvorfor specialet ikke anmeldes hertil.

## Kapitel 8 – Problembearbejdning

I det følgende afsnit præsenteres resultater af litteraturstudiet samt resultater af den systematiske tekstkondensering. Dette på baggrund af at begge resultater bidrager til besvarelse af problemformuleringen og dermed bidrager til udvikling af beslutningsgrundlaget for forandring af tilknytning til arbejdsmarkedet.

### Resultater af litteraturstudiet

Den systematiske litteratursøgning bidrog med fire studier. I følgende fire tabeller tabel 1, 2, 3 og 4, præsenteres studierne. Studierne præsenteres med titel, forfatter, årstal, land, formål, design, metode samt resultater.

<b>Titel</b>	<b>Forfatter, årstal, land og formål</b>	<b>Design Metode</b>	<b>Resultater</b>
Beyond treatment - Psychosocial and behavioural issues in cancer survivorship research and practice.	(Aaronson et al. 2014)  Holland  At bidrage med et kort overblik over udvalgte fysiske og psykosociale helbredsproblemer blandt kræftoverlevende, primært smerter, fatigue, psykiske lidelser og arbejdsindsats.	Review  Metoden er ikke beskrevet.	Forskning viser, at motivationen for at vende tilbage til arbejde blandt kræftoverlevende er høj efter afslutning af primær behandling. Kræftoverlevende oplever arbejdet som en måde at opretholde identitet og skabe normalitet på. Derudover er arbejdet en mulighed for at skabe og vedligeholde sociale relationer og sociale roller samt opretholde selvtillid og selvværd og bidrager til livstilfredshed og livskvalitet. På trods af de positive faktorer, som arbejdet bidrager med, ses tilbagevenden til arbejdsmarkedet som en udfordring for mange kræftoverlevende pga. kroniske fysiske, emotionelle og beskæftigelsesmæssige problemer. Veluddannede og de som er i bedre fysisk form er både mere motiverede for at vende tilbage til arbejdsmarkedet og vender tilbage. Yderligere er arbejdsgivers vilje til fleksible arbejdstilpasninger, kollegaers støtte, at have ikke-manuelt arbejde og at have en højere betalt stilling medvirkende til succesfuld tilbagevenden til arbejdsmarkedet.

Tabel 1 Præsentation af artiklen af Aaronson et al. 2014.



Titel	Forfatter, årstal, land og formål	Design Metode	Resultater
Physical and psychosocial problems in cancer survivors beyond return to work: a systematic review.	<p>(Duijts et al. 2014)</p> <p>Holland</p> <p>At identificere og opsummere studier som undersøger fortløbende fysiske og/eller psykosociale problemer i relation til arbejdsevnen hos ansatte, som har haft kræft forud for deres tilbagevenden til arbejdsmarkedet.</p>	<p>Review</p> <p>Systematisk litteratursøgning i Cinahl, Medline, Embase og Psychinfo fra januar 2000 til marts 2013. 20 kvantitative artikler og 10 kvalitative artikler indgik i reviewet.</p>	<p>Hedeture var forbundet med tab af arbejdsevne blandt kvinder, der havde overlevet brystkræft.</p> <p>På grund af fysiske krav på jobbet eller symptomer som varede længere end forventet, havde kræftoverleverne nogle gange ikke mulighed for at fortsætte i deres gamle arbejde.</p> <p>Ved tilbagevenden til arbejdsmarkedet var vedvarende fysiske problemer årsag til en periode med tilpasninger i arbejdet.</p> <p>En deltager udtaler, at hun bevidst har valgt at arbejde alene, på grund af hedeture.</p> <p>Hårtab og at bære paryk blev af nogle anset som en udfordring på arbejdet.</p> <p>Kognitive problemer, såsom nedsat koncentrationsevne, hukommelses- og opmærksomhedsproblemer, havde indflydelse på kvaliteten og hastigheden, hvormed arbejdet blev udført.</p> <p>Kræftoverleverne som havde et stressfyldt arbejde inden sygdommen oplevede, at det var svært at mestre arbejdet ved deres tilbagevenden hertil.</p> <p>Forventninger fra arbejdsgiver og kollegaer var problematiske for de kræftoverleverne, som ikke følte, de kunne leve op til forventningerne.</p> <p>En stor del beskrev deres kollegaer som overbeskyttende.</p> <p>Indvirkning af fatigue på arbejdet overraskede mange af kræftoverleverne, som arbejdede. Perioden for tilbagevenden til arbejdsmarkedet var ofte mere trættende end forventet.</p> <p>Kræftoverleverne angav, at deres kollegaer var hurtige til at glemme kræftsygdommen samt indflydelsen af senfølger som eksempelvis fatigue på arbejde og trivsel.</p> <p>Fatigue medførte, at flere var nødt til at gå i seng straks de kom hjem fra arbejde i de første par uger efter tilbagevenden til arbejdsmarkedet.</p>

Tabel 2 Præsentation af artiklen af Duijts et al. 2014.

Titel	Forfatter, årstal, land og formål	Design Metode	Resultater
Cured of primary bone cancer, but at what cost: A qualitative study of functional impairment and lost opportunities.	(Fauske et al. 2015)  Norge  At undersøge hvordan tidligere kræftpatienter oplever fysiske og psykiske senfølger 3-7 år efter de blev behandlet for knoglekræft i hofte- og bækkenregionen.	Kvalitativt fænomenologisk-hermeneutisk design  12 deltagere blev rekrutteret gennem MedInsight, 10 ønskede at deltage, heraf syv mænd og tre kvinder i alderen 18-60 år. Alle deltagere blev diagnosticeret med kræfttypen knoglesarkom i hofte- og bækkenregionen mellem 2004-2009. Alle deltagere blev behandlet kirurgisk. Syv modtog kemoterapi, og to modtog yderligere strålebehandling. 10 interviews blev udført i forbindelse med rutinetjek på Oslo Universitetshospital. Interviewene blev analyseret med en induktiv trinvis tematisk analysestrategi.	To deltagere stoppede helt med at arbejde efter kræftsygdom. En af dem ønskede stadig at arbejde, selvom det ikke er muligt for deltageren at arbejde på fuld tid. Deltageren drømmer om at arbejde nogle timer om ugen, men et uforudsigeligt helbred med smerter og fatigue bevirker, at ansættelse besværliggøres. En anden deltager er bekymret for fremtidig ansættelse, idet deltageren er afhængig af krykker og frygter, at ingen vil ansætte en person på krykker. Flere af deltagerne udtrykte, at tilknytning til arbejdsmarkedet var en vigtig del af deres identitet. En anden deltager arbejder på nedsat tid og angiver, at tilknytning til arbejdsgiveren er vigtigere end at arbejde på fuld tid. Yderligere udtrykker deltageren at tilknytning til arbejdsmarkedet betyder, at vedkommende bidrager til samfundet. Yderligere angav en deltager at være glad for sit arbejde og ønskede at fortsætte, men fatigue, kognitive problemer, funktionsnedsættelse og dårlig balance medførte, at tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet var nødvendigt. Dette på baggrund af at alt deltagerens energi blev brugt på arbejdet, og der var således ikke mere energi tilbage til fritid. På tidspunktet for undersøgelsen havde deltageren accepteret, at førtidspension var den bedste løsning, selvom deltageren ikke var tilpas med det og ønskede en identitet som arbejdstager.

Tabel 3 Præsentation af artiklen af Fauske et al. 2015.

Titel	Forfatter, årstal, land og formål	Design Metode	Resultater
Employment in a cohort of cancer patients in Spain. A predictive model of working outcomes.	(Molina et al. 2008)  Spanien  At identificere forskellige faktorerers indflydelse på tilbagemødet til arbejdsmarkedet i en blandet gruppe af kræftoverlevende, som alle havde arbejde indtil diagnostidspunktet.	Kvantitativt design  Tværsnitstudie. Deltagerne er rekrutteret gennem onkologiske afdelinger på to hospitaler i Madrid. Rekruttering startede i december 2004 og sluttede i oktober 2005. 349 personer fik tilsendt spørgeskema, hvoraf 347 returnerede spørgeskemaet. Deltagerne skulle være mellem 18 og 65 år og være i fuldtidsarbejde på diagnostidspunktet. Alle kræfttyper var inkluderet undtagen hudkræft, leukæmi og plasmacelle neoplasma. Udfyldte spørgeskemaer blev analyseret med statistisk analyse.	60% af deltagerne oplevede senfølger, primært fatigue (33%). 18% oplevede smerter og 30% oplevede komorbiditeter. Efter behandling vendte 59% af deltagerne tilbage til arbejdsmarkedet. 93,4 % af deltagerne havde fortalt arbejdsgiver og kolleger, at de var syge. 21% oplevede at forholdet til deres kollegaer og ledere ændrede sig i form af, at kollegaer og ledere blev mere hjælpsomme. 1,1% oplevede diskrimination på jobbet, fordi de blev opfattet som mindre produktive. 22% mente at ændringer på arbejdet, lige fra fysiske tilpasninger til mere fleksible arbejdstider, var nødvendige for genoptagelse af arbejdet.

Tabel 4 Præsentation af artiklen af Molina et al. 2008.

## Resultater af systematisk tekstkondensering

Problembearbejdningen af specialets fire interviews er udført med baggrund i Malteruds systematiske tekstkondensering (Malterud 2013) s. 98. Derfor er følgende afsnit inddelt efter de fire trin i den systematiske tekstkondensering, som består af temaer, koder, subgrupper og kategorier. For at skabe gennemsigtighed og overblik for læseren er informanterne præsenteret med køn, alder, kræfttype samt stilling i figur 5.

Informant	Køn	Alder	Kræfttype	Stilling
I1	Kvinde	64 år	Brystkræft	Førtidspension Tidligere familievejleder
I2	Kvinde	56 år	Brystkræft	Ordinært job nedsat til 28 timer pr. uge Pædagogisk assistent - midlertidig stilling
I3	Kvinde	55 år	Brystkræft	Fleksjob 16 timer pr. uge Regnskabsassistent
I4	Kvinde	49 år	Brystkræft	Ordinært arbejde 30 timer pr. uge Social- og sundhedshjælper

Figur 5 Præsentation af informanter.

### Trin 1: Fra helhedsindtryk til temaer

I analysens første trin fremkom, ved gennemlæsning af transskriptionerne samt efterfølgende fælles vurdering, følgende seks temaer: senfølger, tilknytning til arbejdsmarkedet, fysisk vs. psykisk, det offentlige, råd og vejledning samt initiativer. Temaerne er fremkommet udelukkende på baggrund af transskriptionerne, idet forforståelsen er tilstræbt sat i parentes i dette analysetrin.

### Trin 2: Meningsbærende enheder fra temaer til koder

Med afsæt i de fremkomne temaer fra trin 1 er der i andet trin i analysen fundet meningsbærende enheder, som er samlet i grupper og tildelt hver sin kode. Dette resulterede i følgende fire koder: senfølger, arbejdets betydning, egen og andres opfattelse samt information. Yderligere medførte trin 2 revidering i de seks temaer fra trin 1, hvilket resulterede i følgende seks nye temaer: senfølger, tilknytning til arbejdsmarkedet, et syg/rask-perspektiv, netværk, information og vejledning samt initiativer. Koderne er dannet ud fra temaerne på følgende måde:

Temaet senfølger førte til koden senfølger.

Temaet tilknytning til arbejdsmarkedet førte til koden arbejdets betydning.

Temaerne et syg/rask-perspektiv og netværk førte til koden egen og andres opfattelse.

Temaerne information og vejledning samt initiativer førte til koden information.

Processen fra trin 1 til trin 2, er illustreret i figur 6 med et eksempel på hvordan to temaer har ført til en kode.



Figur 6 Analyseprocessen fra trin 1 til trin 2 med eksempler på meningsbærende enheder.

### Trin 3: Kondensering – fra kode til subgrupper

I analysens tredje trin gennemgås meningsbærende enheder for hver kode, hvorefter de meningsbærende enheder sorteres i subgrupper. Hver subgruppe tildeles et kondensat, som består af de tilhørende meningsbærende enheder og herudfra vælges et citat, som er dækkende for den enkelte subgruppe, et såkaldt guldcitat.

Analysens tredje trin medførte at navnet på koden "Egen og andres opfattelse" blev ændret, idet navnet ikke fandtes dækkende for koden. Derfor er der nu følgende fire koder: senfølger, arbejdets betydning, opfattelse af syg/rask samt information. Ud fra disse koder blev der dannet 20 subgrupper med tilhørende guldcitater. Disse subgrupper er dannet ud fra hver sin kode på følgende måde:

## Senfølger:

Senfølger, træthed, hukommelse/koncentration, smerter samt fremmende og hæmmende faktorer for arbejde.

## Arbejdets betydning:

Nedsat tid, rask?, et liv uden for arbejde, fremmende og hæmmende faktorer for arbejde, økonomi samt fleksjob/førtidspension.

## Opfattelse af syg/rask:

Fællesskab, bekymring, hjælp, oplevelse af sygdom samt pårørende.

## Information:

Opsøgende adfærd, manglende information, viden samt initiativer/forslag.

Ud fra hver subgruppe blev der dannet et kondensat. Et eksempel på dette er kondensatet samt guldcitatet til subgruppen ”Manglende information”, som ses nedenfor:

## Kondensat:

Man kan sige, sådan nogle informationer det havde været rart at have fået dem fra starten af i stedet for først at få dem bagefter. De er ikke så gode til at fortælle med de der senfølger og sådan nogle ting, det må man selv finde ud af om der kommer nogle og sådan. Jeg tænker at man nok bør forberede patienterne på at der kan være nogle ting der ikke er helt som de er. Jeg synes ikke det gjorde noget at man blev forberedt på at det ikke var sikkert at tingene var helt som de plejede at være. Der er jo meget forskel fra person til person og der er også meget forskel fra kræfttype til kræfttype hvilke senfølger man får, fordi der er jo også nogle som kommer igennem uden at få følger af det. Nogle ting kunne have været rart at have vidst, nu kan du jo se, nu står mange af os stadigvæk med neglene og nogle af dem jeg går til gymnastik med, det er ved at være 8-10 år siden de har haft kræft og deres negle falder stadigvæk af. Og nogle har fået dem fjernet fordi de gider ikke det der med at de bliver blå og falder af. Det er sådan nogle ting hvor jeg synes de godt kunne have informeret med bagsiden af medaljen. Ja, man er rask, men man behøver heller ikke at male fanden på væggen, men forberede på at det kan være der kommer noget. Nej overhovedet ikke, overhovedet ikke (bliver spurgt om hun fik noget at vide om at behandling og sygdom kunne påvirke hendes liv fremadrettet). Nej, det gør man ikke (bliver spurgt om hun fik information om senfølger på sygehuset). Jeg må sige at jeg synes at sygehuset er for dårligt til at oplyse om at man godt er bekendt med at kemoen og strålebehandlingen kan medføre nogle senfølger. Den tabletbehandling jeg skal have i ti år kan medføre nogle senfølger. Det synes jeg sygehuset er alt alt for dårligt til at oplyse om, at nogle

af dem bliver til senfølger. Men jeg tror godt de ved det inde på sygehuset at de får oplyst for lidt om det. Og jeg tænker at der i hvert fald er sket et stort skred i bare de tre-fire år jeg har været under behandling. At senfølger er blevet et ord man har fundet frem, det er blevet legalt at sige at man har nogle skavanker efter behandlingen. Det tænker jeg ikke man gjorde for fem år siden. Det ville bare have været, nå okay, det er sådan jeg skal have det. Det kunne jeg godt have haft brug for (at nogen havde fortalt hende om at senfølgerne kunne gøre det svært for hende at have arbejde). Jeg ville have fået større accept af at jeg nok ikke skal forvente at komme op på 37 timer igen. Nej (hun oplevede ikke at der var steder eller personer hvor hun kunne få råd og vejledning i om senfølger). Ja det er så (der mangler at blive fortalt noget mere om senfølger på sygehuset). De mangler i hvert fald at komme lidt mere, der mangler stadigvæk de ting der. De kan jo godt sidde at snakke om det, men det er jo hurtigt overstået, man er til efterfølgende kontrol 5-10 minutter og så er man ude igen. Ja, fordi det er rart nok at vide hvad man skal forholde sig til i stedet for. Jeg siger hvis nu man står alene, man ikke har nogle – nu har jeg gymnastikholdet hvor vi kan vende mange ting fordi det er vidt forskellige kræfttyper folk har været igennem. Og så har jeg nogle kollegaer der også har haft kræft, så der kan jeg også vende nogle ting, men folk der står helt alene, der ikke har noget netværk, så er det vigtigt at man ved hvad senfølger er. Jeg kan godt forholde mig til det hun siger derinde, det hjælper jo ikke noget at jeg fortæller dig om de 100 (senfølger) hvis du kun får de fem eller tre af dem. Så går man og bliver bekymret om noget der ingen grund er til at bekymre sig om. Men jeg kunne alligevel godt tænke mig at man får sagt på sygehuset hvad det er man tilråder. Nej, det havde jeg måske ikke (brug for at vide noget om senfølger under behandlingen), fordi alting bliver vendt på hovedet og der skete så meget på så kort tid. Men hen ad vejen tror jeg at det ville have været rart at have vidst at man kunne få nogle senfølger af det. I starten, det er jo ikke lige så anerkendt som det er i dag. Der er jo kommet meget fokus på senfølger bare i de seneste år. Til at starte med når jeg ikke kunne forstå at jeg havde så ondt i mine ben og jeg ikke kunne forstå hvorfor jeg var så træt, så var der ikke nogen der fortalte mig at det kunne være som følge af behandlingerne. Det var sådan nogle ting jeg efterlyste. Det sminkehold jeg nævnte, det manglede også i bogen, det var tilfældigt jeg fik det at vide. Det var sådan noget man selv, jeg har hørt fra andre, den slags kan lige så godt være deri. Jeg ved godt at der også er en (mappe) til mænd, men så må man lave nogle andre ting til mænd, en til mænd og en til kvinder. Så er det bedre at man har den der lille mappe man kan sidde og bladere i og finde ud af hvorfor man reagerer sådan og sådan. Det synes jeg var bedre det stod deri. Også det med tørhed, det kunne fint stå deri. Fordi der er mange der får det, belægninger og svamp i munden. Det står der heller ikke rigtig noget om. Det er også en af bivirkningerne. Det mangler der noget

af, det skal i den der informationsmappe de får ude fra sygehuset. Alle de små A5-foldere, de skal være i den mappe man får så er det nemmere at overskue end man ser ”kræft kræft kræft” hele vejen ned. I mange af de der bøger eller hæfter man får udleveret, der står det heller ikke i. For jeg kan jo godt have brug for at få alle de der ting at vide, og jeg kan tænke hvad skal jeg bruge det til?

Guldcitat:

*”...jeg tror godt de ved det inde på sygehuset, at de får oplyst for lidt om det”.*

Kondensater samt guldcitater for de resterende subgrupper under koden ”Information” findes i bilag 6 for at give et eksempel på trin 3.

#### Trin 4: Sammenfatning – fra kondensering til kategorier

I analysens fjerde trin blev analytiske tekster med udgangspunkt i subgrupperne udarbejdet. Ligeledes blev subgruppernes relevans vurderet, hvorfor 20 subgrupper blev reduceret til 11 ved at ”Fremmende og hæmmende faktorer for arbejde” under koden ”Senfølger”, ”Økonomi” under koden ”Arbejdets betydning”, ”Bekymring”, ”Pårørende”, ”Fællesskab” samt ”Hjælp” under koden ”Opfattelse af syg/rask” og ”Opsøgende adfærd” under koden ”Information” blev vurderet mangelfulde og derfor nedlagt. Yderligere blev subgrupperne ”Træthed” og ”Hukommelse/koncentration” under koden ”Fysiske og psykiske senfølger” sammenlagt til subgruppen ”Udfordringer forbundet med træthed, hukommelse og koncentration” samt ”Manglende information” og ”Viden” under koden ”Forslag til forandring af initiativer” sammenlagt til ”Viden”. De analytiske tekster danner baggrund for fire kategorier. Hver kategori er dannet ud fra kondensaterne i hver subgruppe på følgende måde:

*Senfølgers betydning for arbejdslivet:*

Senfølger, smerter samt udfordringer forbundet med træthed, hukommelse og koncentration.

*Faktorer af betydning for tilknytning til arbejdsmarkedet:*

Nedsat tid, fleksjob/førtidspension samt fremmende og hæmmende faktorer for arbejde.

*Livet efter sygdom:*

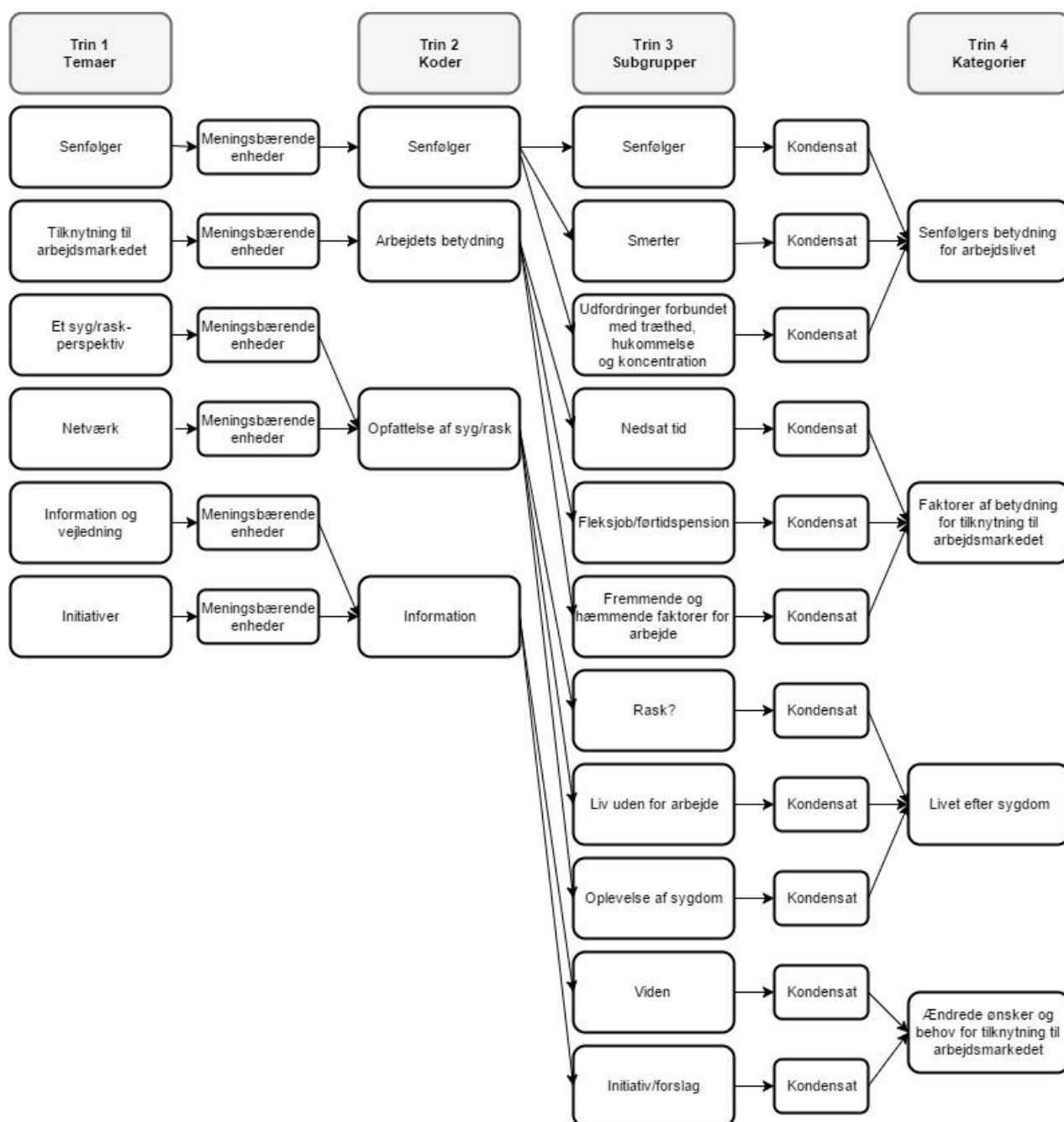
Rask?, liv uden for arbejde samt oplevelse af sygdom.

*Ændrede ønsker og behov for tilknytning til arbejdsmarkedet:*

Viden samt initiativ/forslag.



Den systematiske tekstkondenseringens fire trin er illustreret i figur 7 og viser således hvordan temaer førte til koder ved hjælp af meningsbærende enheder, hvordan koder førte til subgrupper samt hvordan subgrupperne gennem kondensater førte til de fire kategorier.



Figur 7 Analyseprocessens fire trin.

De fire kategorier udgør analysens fjerde trin og er resultatet af problembearbejdningen. Følgende præsenteres kategorierne med tilhørende analytiske tekster.

*Senfølgers betydning for arbejdslivet*

I følgende afsnit analyseres kategorien ”Senfølgers betydning for arbejdslivet” og herunder, hvordan informanterne beskriver de senfølger, de oplever i deres arbejdsliv.

Fysiske og psykiske senfølger:

Informanterne oplever senfølger af forskellig karakter, selvom de alle fire blev diagnosticeret med brystkræft. Dette viser at senfølger kan ses nuanceret, og informanterne bidrager med et bredt perspektiv på senfølger. Senfølgerne indebærer både fysiske og psykiske elementer. En af informanterne beskriver, hvordan hendes arbejdsliv er påvirket af senfølger, men at rutine i at udføre arbejdsopgaverne bidrager til at undgå fejl på arbejdet:

*”... jeg arbejder nok ikke så hurtigt som jeg gjorde engang, altså fordi jeg skal bruge mere tid til sådan lige at sikre, at tingene er som de skal være og sådan noget... men altså, i og med at jeg laver det samme som jeg altid har lavet, så har jeg jo også en vis rutine” (I3).*

Informanten har således fundet en måde, hvorpå hun stadig kan udføre sine arbejdsopgaver på trods af sine senfølger. Senfølger opleves yderligere af informanterne som svære at beskrive og placere fysisk, hvilket understøttes af, at en af informanterne beskriver, hvordan generne ikke er lokaliseret til et specifikt område i kroppen. Dette udtrykker hun således:

*”... Altså det der prikken – stikken, sodavandsfornemmelse som jeg har i mine fødder, det siger de, på nogen kan det godt flytte rundt, altså så kan man have det i fødderne, og så går der et stykke tid, så har man det i hænderne, så går der noget tid, så har man det et andet sted på kroppen. Og jeg tror, det er det, der er ved at begynde at ramme mine fingre.” (I2).*

Informanten er således påvirket af prikken og stikken i fødderne, hvilket kan formodes at have indvirkning på hendes arbejdsliv, idet der må være en konstant bevidsthed om senfølgernes tilstedeværelse.

Sammenfattende ses, at informanterne har oplevet senfølger, som kan påvirke arbejdslivet. Samtidig udledes, at senfølger opleves nuanceret og kan være svære at definere og forholde sig til. Yderligere kan det udledes, at rutine i arbejdsopgaver medvirker til at bibeholde tilknytning til arbejdsmarkedet på trods af den påvirkning, senfølgerne medfører for informanterne.

## Smerter:

Flere af informanterne udtrykker, at de oplever smerter, hvilket påvirker informanterne negativt, og det formodes dermed at påvirke deres arbejdsliv. Bl.a. beskriver en af informanterne sine smerter i følgende citat:

*”Jamen jeg har fået rigtig meget forstyrrelser nede i mine fødder, altså jeg føler simpelthen, jeg går rundt på sådan noget, der stikker mine fødder altid, glasskår, de er varme, ja ubehageligt. Så har jeg fået rigtig mange, altså min arm her (peger på højre arm) den sover jo stadigvæk mere eller mindre herfra og hele mit brystparti, det er et stort smerte, altså hvis man rører det” (I2).*

Informanten antyder, at smerterne påvirker hende, selv når hun bare går rundt, og det kan derfor udledes, at hun er i smerter i en stor del af hendes dagligdag, og således også når hun arbejder. Tillige kan det udledes, at den sovende arm samt store smerter i brystpartiet skaber udfordringer og gener for informanten, idet hun arbejder i en børnehave, hvor tæt kontakt med børnene er en del af arbejdsdagen. En anden informant udtrykker nuancer af udfordringer ved oplevelse af smerter ved: *”... en gentagelse man skal lave ... eller et eller andet når ja, men så må jeg ind og sidde eller et eller andet, hvis jeg lige pludselig får ondt i min arm eller under der” (I4).* Informanten er nødt til at afbryde sine aktiviteter og holde pause, når hun oplever smerter, hvilket må formodes at påvirke informanten negativt, herunder hendes arbejdsliv. Smerterne udtrykkes af en anden af informanterne som en vedvarende problemstilling: *”De der nerveender som burde være der, de er jo, der er ingen, de er helt åbne. Så det er jo nervetrådene, der sidder derude. Det er jo det blotte, og det vokser ikke ud igen. Altså det, det er bare øv bøv” (I2).* Informanten angiver, at smerterne er noget hun er nødt til at forholde sig til resten af sit liv, og hun tilkendegiver, at det er ubehageligt for hende at skulle leve med. Det formodes således, at smerterne giver hende udfordringer forbundet med hendes arbejdsopgaver. En anden informant oplever også smerter og nuancerer beskrivelsen af smerter på følgende måde: *”Jamen, jamen det har jeg jo altså ... har fra livet og ned, har jeg jo nervesmerter, altså smerter i knogler og muskler og sådan noget så, og fødderne er også sådan nogle mærkelige nogle at gå på efterhånden” (I3).* Informanten oplever flere former for smerter og har svært ved at beskrive, hvordan smerterne opleves. Dog må det formodes, at hun er i smerter i en stor del af dagligdagen, herunder når hun er på arbejde, hvilket kan ses i sammenhæng med I2's beskrivelse af sine smerter.

Sammenfattende opleves og beskrives smerter forskelligt blandt informanterne. I forlængelse heraf har informanterne forskellig tilknytning til arbejdsmarkedet, hvorfor smerterne må formodes at påvirke deres arbejdsliv på forskellig vis i form af udfordringer og begrænsninger hermed.

Udfordringer forbundet med træthed, hukommelse og koncentration:

Træthed beskrives af flere af informanterne som en træthed, der ikke kan modarbejdes og påvirker dem i deres dagligdag og arbejdsliv. Bl.a. beskriver en af informanterne træthed således: *”Altså jeg har en underlig træthed i min krop, altid, som jeg ikke bare kan sove væk. Den forsvinder ikke. Eller jeg ved i hvert fald ikke, hvordan den forsvinder. Sådan kan jeg også sige det. ... Både en mental træthed og en fysisk træthed”* (I2). Informanten har således svært ved at definere træthed, men nuancerer trætheden i mental og fysisk træthed. Samtidig har hun ikke en løsning på, hvordan trætheden forsvinder. Dette understøttes af en anden informant i det følgende: *”Nej altså man kan sige jeg kan jo godt sige, nu går jeg tidligt i seng, og så får jeg en rigtig god nats søvn og sådan noget, så er jeg frisk til i morgen, det er bare ikke sikkert at jeg er”* (I3). Uanset mængden af søvn er det ikke ensbetydende med, at informanten er frisk når hun vågner, hvilket må formodes at påvirke hendes udførelse af arbejdsopgaver. Dette kan bl.a. komme til udtryk ved, at informanten arbejder langsommere og har udfordringer med at udføre sine arbejdsopgaver. Samme informant beskriver, hvordan trætheden påvirker hendes hverdag: *”... det der påvirker min hverdag mest, det er trætheden, fordi den kan jeg ikke kontrollere ... det der er sværest, det er trætheden, fordi den kan jo komme bare lige som at vende en hånd så”* (I3). Trætheden ses som et ukontrollerbart element i informantens hverdag, hvilket påvirker hende, idet hun ikke ved hvornår trætheden opstår. Det kan derfor antages, at trætheden også påvirker informantens arbejdsliv, eksempelvis ved at en igangværende aktivitet må afbrydes af en pause. Udover denne udefinerbare træthed beskriver flere af informanterne at opleve udfordringer med koncentration og hukommelse. Dette understøttes bl.a. af I1 ved:

*”Jeg kan godt miste tråden, så hvis jeg gør det en gang i mellem, så fører I mig lige tilbage til, hvor vi var. Det er bl.a. noget af det den har gjort – kemoen... At jeg har meget svært ved at koncentrere mig eller... også at få sagt de ord jeg skal sige, de skal hentes langt bagi heromme (peger på sit baghoved)”*.

Af citatet fremgår, at informanten påvirkes af udfordringer med hukommelse og koncentration i samvær med andre og må gøre opmærksom på, at hun har disse udfordringer og har behov for støtte til at genfinde fokus for samtalen. Relateret til arbejde kan udfordringer med hukommelse og koncentrationen formodes at påvirke informanternes udførelse af arbejdsopgaver samt at kunne deltage i møder og professionelle sammenhænge. Udfordringer i forbindelse med arbejde nuanceres af informanten selv: *"...jeg kunne ikke engang huske børnenes navne, eller hvad det handlede om altså... Jeg kan ikke læse noget op og huske det"* (I1). Informanten beskriver således, hvordan hendes arbejdsliv blev påvirket af udfordringer med hukommelse, idet hun ikke kunne huske, hvad hun skulle, og hvem opgaven omfattede. Det kan heraf formodes at udfordringer med hukommelse besværliggør tilknytning til arbejdsmarkedet.

Sammenfattende analyseres, hvordan informanterne oplever udfordringer med træthed, hukommelse samt koncentrationsbesvær, hvilket kan påvirke deres arbejde negativt samt deltagelse i sociale sammenhænge, herunder sociale sammenhænge i arbejdsregi.

#### *Faktorer af betydning for tilknytning til arbejdsmarkedet*

I det følgende vil kategorien "Faktorer af betydning for tilknytning til arbejdsmarkedet" analyseres for dermed at give indblik i, hvordan informanterne opfatter faktorer, som kan påvirke tilknytning til arbejdsmarkedet.

Nedsat tid:

Alle informanterne beskrev deres arbejdsforløb efter sygemelding og tilkendegav, at det var nødvendigt at starte op på få timer og gradvist øge timeantallet. En af informanterne beskriver forløbet således:

*"Og planen var så egentlig, at jeg skulle op på 34 timer indtil oktober på de der to måneder. Og det fandt vi ret hurtigt ud af at ... det holdt ikke den plan. Så fik jeg det forlænget på noget andet ressourceforløb eller, jeg ved ikke hvad det hedder alle de der ting, indtil jul skulle jeg nå de 34 timer. Men, nej... Så blev det forlænget til sidst i januar, og det gik stadigvæk ikke. Så fik jeg det forlænget hen i april, marts-april, eller sådan, og det holdt heller ikke, og til sidst endte vi hende ved 30/6 og det nåede aldrig derop på. Jeg nåede op på 32 timer, og så måtte jeg simpelthen bryde fuldstændig sammen, jeg magtede det bare ikke. ... Det bliver*

*bare nok! Ja. Så det endte med, at jeg røg ned på 28 timer igen og afsluttede på 28 timer” (I2).*

Informanten oplevede, efter gentagne forlængelser af tidsperioden, at bryde sammen, fordi det ønskede timeantal ikke stemte overens med, hvor meget hun magtede at arbejde. Det kan således formodes, at informanten har oplevet nederlag i forhold til målsætning for tilknytning til arbejdsmarkedet, hvilket yderligere kan påvirke hendes fremtidige jobsøgning, idet hun ikke på nuværende tidspunkt kan varetage et fuldtidsjob. I modsætning hertil oplevede I4 en langsom optrapning af timeantal på arbejde positivt:

*”... og så startede jeg ligeså stille op på arbejde igen... i 14... efter uge 8 om mandagen, der startede jeg op i virksomhedspraktik med et par timer ad gangen, fordi som de siger, jeg er slet ikke klar til at skulle på fuld tid endnu ... jamen der startede jeg på 4 timer, og så øgede jeg lige så, ej nu kan vi godt bygge lidt mere på og lidt mere på og lidt mere på”.*

Virksomhedspraktikken foregik i den virksomhed informanten arbejdede i på diagnosetidspunktet, hvilket kan bidrage til den positive oplevelse. Desuden ses det, at beslutningen om langsom optrapning af timeantal blev foretaget af andre personer end informanten selv, idet de vurderede, at informanten ikke var klar til at arbejde fuld tid. I forlængelse af dette nuancerer en anden informant, hvordan hun oplever timeantallet: *”Og så var jeg i sådan noget arbejdsprøvning og sådan noget... og der fandt jeg ud af, at det lå på sådan 17-18 timer, det jeg kunne arbejde ... jeg kunne godt tænke mig at få, at have nogle mindre eller have nogle færre timer, men altså... det ser ikke sådan lige ud til, at det kan lade sig gøre på min arbejdsplads lige nu” (I3).* Arbejdsprøvningen bidrog således til en afklaring af, hvor mange timer informanten formåede at arbejde om ugen. Dette kan formodes at bidrage til et øget pres i informanten hverdag, idet der ikke er overensstemmelse med afklaringen af timeantal og informantens reelle ønsker og behov.

Sammenfattende oplevede flere af informanterne, at de ikke formåede at arbejde sig op på et ønsket og målsat niveau for arbejdstid, selvom de forsøgte. Yderligere analyseres, at der var en fleksibilitet på informanternes arbejdsplads, idet informanterne havde mulighed for at øge timeantal i eget tempo og dermed i ordninger, som var individuelt tilrettelagt.

## Flexjob/førtidspension:

Flere af informanterne beskriver tanker og oplevelser med flexjob og førtidspension. Bl.a. har en af informanterne fået tilkendt førtidspension og giver udtryk for, at dette er den rette løsning for hende, hvilket hun beskriver således:

*”Så da der var gået to år, så begyndte folk jo sådan at tro på, at det var rigtig det jeg sagde. Så sagde min kommune, der var meget positiv, at jeg skulle søge en førtidspension, fordi jeg også har en rygskade. ... Så jeg havde rygskaden, og nu havde jeg det her (senfølger), og så har jeg også meget gig, jeg er meget gigtsvag. Så de spurgte om ikke jeg ville, om de ikke synes jeg havde lyst til at søge en førtidspension, og jeg blev simpelthen så glad, altså hold da op og det gjorde jeg, og jeg fik den med det samme, og det er der jo ikke mange der får, MEN jeg fik den jo ikke bare sådan lige ved at knipse med fingrene, jeg måtte... de krævede, kommunen at jeg skulle gennemgå en neuropsykologisk undersøgelse – test. Og det gjorde jeg ...” (I1).*

Af citatet fremgår, at der er flere nuancer i at få tilkendt førtidspension, idet informanten beretter, hvordan kommunen foreslog at førtidspension var en mulighed for hende og dermed, at forløbet med at få tilkendt førtidspension foregik relativt ukompliceret. Informanten afslutter dermed sin tilknytning til arbejdsmarkedet positivt. Samtidig angiver informanten at førtidspension ikke nødvendigvis tilkendes alle i en lignende situation, men at der kræves forskellige undersøgelser. Det ses yderligere af citatet at informanten oplever begyndende anerkendelse af hendes situation. Det kan heraf formodes at informanten har oplevet udfordringer i forbindelse med at få anerkendt sine senfølger af andre personer. I forlængelse af dette beretter en anden informant om, hvordan flexjob er en god løsning for hende:

*”Jeg arbejder i et flexjob, jeg blev fyret der hvor jeg var, og i dag er jeg ansat som regnskabsassistent i flexjob. Jeg har 16 timer om ugen ... så det er en virksomhed baseret på folk, der ikke kan have en normal tilknytning til arbejdsmarkedet... så det er jo kanon godt, fordi jeg har jo mødt ude i min arbejdsprøvning og sådan noget også mødt nogle, der kigger lidt skævt, fordi jamen jeg ser jo ikke syg ud, og hvorfor skal jeg så ikke arbejde mere end jeg gør, og er det ikke bare et spørgsmål om, at jeg tager mig sammen og sådan nogle ting” (I3).*

Fleksjobbet giver informanten mulighed for at have tilknytning til arbejdsmarkedet uden at hun behøver at bekymre sig om, hvorvidt andre ser skævt til hende, fordi hun ikke ser syg ud og, at det derfor kan være svært at forstå berettigelsen af fleksjob. Informanten har tidligere mødt modgang på arbejdsmarkedet, idet hun har oplevet manglende forståelse for og anerkendelse af hendes situation. Flexjobbet opfattes af informanten som en optimal mulighed for tilknytning til arbejdsmarkedet, hvorimod en anden informant associerer fleksjob som værende negativt:

*”Altså (sukker). Det er igen, man er noget, og det er jo ikke fordi, fleksjob er jo et ligeså godt arbejde, det er bare på mindre tid end alle andres ... (sukker dybt). Jamen jeg kan jo ikke sige det er et fy-ord, vel. Men for mig har det nok været, at fleksjob for virkelig hvem der, jeg kan ikke sige, men i hvert fald har, jo, altså en eller anden form for sygdom som gør, at man ikke kan arbejde på fuld tid” (I2).*

Af citatet fremgår at informanten har modstridende holdninger til fleksjob og ikke ser sig selv som kandidat til denne type arbejde. Informanten opfatter således ikke sig selv som syg, hvilket kan påvirke hendes tilknytning til arbejdsmarkedet. Yderligere formodes det at informantens negative indstilling til fleksjob har baggrund i hvad andre personer tænker om personer fleksjob.

Sammenfattende tilkendegives informanternes oplevelser med varierende muligheder for tilknytning til arbejdsmarkedet. Disse oplevelser omfatter positive og negative aspekter ved fleksjob og førtidspension. Det ses derfor, at der på trods af udfordringer forbundet med senfølger er mulighed for at have tilknytning til arbejdsmarkedet. Disse muligheder kan dog være forbundet med negative holdninger rettet mod personer i fleksjob. Samtidig ses at tilknytning til arbejdsmarkedet i enhver situation ikke er den mest fordelagtige løsning.

Fremmende og hæmmende faktorer for arbejde:

Informanterne gav alle udtryk for, at de havde oplevet fremmende faktorer for tilknytning til arbejdsmarkedet i form af bl.a. god ledelse og støttende kollegaer. Dette beskrives af I1 således:

*”... altså jeg må sige, at jeg nok har været jordens heldigste eller verdens eller hvad man nu siger, fordi jeg havde så god en arbejdsplads med hensyn til lige*



*det at blive syg og selvfølgelig også alt andet, jeg synes vi var dygtige. Og mine kollegaer var dygtige, og ledelsen var dygtig ... arbejdspladsen var... var god til at rumme mig”.*

Det fremgår af citatet at arbejdspladsen var i stand til at rumme informanten og hendes udfordringer forbundet med sygdom, og det kan derfor formodes at ledelsen og kollegaerne for hende har bidraget positivt til tilknytningen til arbejdsmarkedet. Ligeledes formodes at informantens opfattelse af det faglige niveau samt udførelse af arbejdsopgaver på arbejdspladsen, bidrog til et positivt syn på hendes arbejdsliv. Den positive tilknytning til arbejdsmarkedet suppleres af en anden af informanterne:

*Jamen, altså, jeg må sige, at jeg har haft en fuldt forstående.. På det tidspunkt hvor jeg var ansat der, det var jo en af mine bedre institutioner hvor, ikke fordi der er nogen der er dårlige, men hvor jeg havde det rigtig godt sådan med kollegaer, vi passede meget på hinanden. Så jeg mødte meget omsorg for mig derude, det har jeg virkelig. Og der er også nogle ting de har kommet og spurgt mig om, altså ”er det godt du sidder ude i garderoben i dag og hjælper med alt det der tøj, eller er det egentlig bedre at du gør noget andet imens eller?” sådan passet på mig” (I2).*

Det fremgår således, at kollegaerne udviste omsorg og bekymrede sig, hvorvidt der var andre arbejdsopgaver, som var bedre for informanten end den igangværende arbejdsopgave. Det ses, at der på informantens arbejdsplads var plads til, at kollegaerne kunne hjælpe hinanden og på den måde bidrage til et positivt arbejdsmiljø og deraf mulighed for, at informanten kunne bevare sin tilknytning til arbejdsmarkedet. Herudover formodes det at relationen mellem kollegaer og informant bidrog positivt til tilknytning til arbejdsmarkedet, idet informanten udtrykte at kollegaerne udviste omsorg. Supplerende beskrives en faktor for positiv tilknytning til arbejdsmarkedet ved at I4 opretholdt kontakten til arbejdspladsen, herunder kollegaer og beboere, under sygemelding fra arbejdspladsen: ”... Og jeg var jo oppe på arbejde en gang om måneden lige for at bibeholde kontakten med dem og med beboerne, fordi beboerne de var jo også involveret i det, de vidste jo godt hvad det var jeg skulle igennem...” (I4). Det kan formodes, at denne kontakt har bidraget til en lettere overgang fra sygemelding til genoptagelse af arbejdet, idet både kollegaer og beboere var opmærksomme på årsagen til informantens fravær.

Informanten uddyber sin situation fra sygemelding til genoptagelse af arbejdet, ved at beskrive sin oplevelse med jobcentret:

*”... så jeg synes sådan, at jeg er faktisk blevet godt behandlet altså under mit kræftforløb også fra jobcenteret af og de, det var ikke sådan, jeg følte at jeg blev jagtet af dem, altså de ringede og sagde, vi ved godt hvad det er du er igennem, og der er ingen grund til, at du skal stille her hver eneste dag, det er ikke nødvendigt” (I4).*

Kontakten til jobcentret bidrog til et positivt forløb, herunder at kunne bibeholde tilknytningen til arbejdsmarkedet, idet informanten blev mødt med forståelse for, at tilbagevenden til arbejdsmarkedet efter sygemelding skulle foregå i hendes eget tempo. Foruden de analyserede fremmende faktorer for tilknytning til arbejdsmarkedet, beskriver en af informanterne, hvordan arbejdet er identitetsskabende for hende: *”Altså som jeg siger, det betyder meget for mig at have et arbejde. Fordi jeg synes jeg får, jeg kan give noget alligevel, trods alt. Men jeg får rigtig, rigtig meget tilbage. Og det er noget af min identitet...” (I2).* Informantens arbejde har i sig selv positiv indflydelse på hendes selvopfattelse. Det betyder meget for informanten at kunne varetage et arbejde, hvilket suppleres af I3: *... så kan jeg rigtig godt lide mit arbejde, så jeg ville jo også gerne, og jeg vil jo også gerne, rigtig gerne arbejde mere hvis det var altså” (I3).* Arbejdet har for informanten således værdi og deraf positiv indvirkning på tilknytning til arbejdsmarkedet, idet at informanten ønsker at arbejde mere hvis det var muligt for hende.

Foruden fremmende faktorer for tilknytning til arbejdsmarkedet, beskriver flere af informanterne, hvordan de har oplevet negative faktorer. I1 beskriver udfordringerne på arbejdet i følgende:

*”Og jeg kunne ikke lave det på computeren, som man jo i dag skal. Skrive ned alt hvad man laver og har gjort, og nye systemer som jeg var kommet ind i, og var egentlig en af de bedste til på mit arbejde, og blive spurgt ind til om jeg kunne hjælpe, og nu var det mig der skulle spørge ind til... og fik hele tiden at vide (navn på informant) det kan du jo godt, det er du jo så dygtig til. ... Og så sendte jeg dem dræberblikke haha. Så det var vildt frustrerende ikke at kunne...” (I1).*

Informanten blev mødt med manglende forståelse af, hvorfor hun ikke længere var i stand til at udføre sit arbejde med samme høje standard som tidligere. Informanten beskriver det som en frustrerende følelse, at hun ikke længere var i stand til at udføre sine arbejdsopgaver samt at kollegaerne indikerede, at hun burde kunne udføre sit arbejde som før. En hæmmende faktor kan således formodes at være at informanten førhen var en af de bedste til sit arbejde og efter kræftsygdommen var hun nødt til at bede om hjælp fra kollegaer.

Sammenfattende ses, hvordan alle informanterne beskriver positive faktorer for tilknytning til arbejdsmarkedet og at disse omfatter kollegaers og ledelses indstilling samt, at arbejdet har stor betydning for informanterne. I modsætning hertil nævnes, hvordan det blev opfattet hæmmende for tilknytning til arbejdsmarkedet, at arbejdspladsen ikke gav informanterne den plads og forståelse, de havde behov for.

### *Livet efter sygdom*

I det følgende analyseres under kategorien ”Livet efter sygdom”, hvordan informanterne oplever deres liv, herunder arbejdsliv efter diagnosen.

#### Rask?:

Selvom alle informanterne var erklæret kræftfri, oplevede flere af dem udfordringer forbundet hermed. Bl.a. beskriver en informant sin egen opfattelse af, hvad hun magter således: ”... *der er noget over drøblen og noget under drøblen. Noget er, hvad jeg kan forstå heroppe (peger på hovedet) og jeg gerne vil og noget andet er, hvad jeg sådan rent fysisk magter. Og det har jeg haft rigtig, rigtig svært ved*” (I2). Det kan heraf analyseres, at informanten oplever splittelse i form af dualisme mellem sin egen fysik og psyke, idet hun har svært ved at forstå, at hun ikke kan gøre det hun gerne vil, fordi hun ikke magter det fysisk. Dette formodes at påvirke informantens arbejdsevne og dermed tilknytning til arbejdsmarkedet. I forlængelse af dette beskriver informanten, hvordan hun sagde ja til en ansættelse, som viste sig at være mere omfattende, end hun kunne klare:

*”... Og så fik jeg ansættelse deroppe, hvor jeg kom tilbage til i maj sidste år, hvor de siger, jamen der var en stilling på et halvt år på fuld tid, så tænkte jeg ”jeg skal vise dem jeg kan godt klare 37 timer!”. Fordi det kunne man i hvert fald heroppe (peger på hovedet). ... Hvor jeg, fordi han (lægen) har også sagt længe*

*at 25-30 timer, så har vi nået loftet. Og det var jo det, så jeg trodsede der og sagde, at det skal de ikke bestemme. Hvor jeg så tog de 37 timer. Og det kostede så lidt, meget” (I2).*

Det fremgår at informanten trodsede lægen og tog imod et arbejde på 37 timer, for derigennem at bevise over for sig selv og andre, at hun var i stand til at klare et fuldtidsarbejde. Informanten måtte efterfølgende indse, at det halve år på fuld tid havde en større konsekvens, end hun havde forudset. En anden af informanten supplerer med, hvordan hun forestillede sig hendes liv ville være efter endt behandling:

*”... altså så jeg troede jo, at når jeg var færdig med behandlingen og sådan noget, så var det hele ligesom det var før, og at man nærmest ikke kunne få armene ned, fordi nu var man rask, og det indtraf så bare ikke lige, fordi man var jo ikke bare som før, der er ikke noget, der er blevet, som det var før” (I3).*

Informanten forventede at hun havde sejret over sygdommen, men var ikke forberedt på, at hendes liv ville være forandret. Idet informantens liv var forandret, ville hun ikke raskmelde sig, og dette førte til kampe med kommunen. Informanten beskriver udfordringerne med kommunen således: *”Nej det var de ikke altså de ville, de prøvede at presse mig til at raskmelde mig ... og jamen altså, det følte jeg ikke at jeg kunne, og jeg ville ikke og sådan noget, så det havde vi nogle kampe om, og jeg henvendte mig flere steder for at få hjælp til at til at få hjælp til at tackle kommunen” (I3).* Af citatet fremgår at der fra kommunens side var manglende forståelse for informantens situation. Herudover forsøgte informanten at opsøge hjælp til at tackle disse udfordringer med kommunen, hvilket kan have betydning for tilknytning til arbejdsmarkedet, idet informanten skulle bruge ressourcer på at overbevise kommunen om, at hun var syg på trods af at være kræftfri. Dette suppleres med et citat af I2, hvori hun beskriver sygemelding dikotomt: *” ... man kan jo enten kun være fuldt sygemeldt eller fuldt raskmeldt”.* Det opleves således af flere af informanterne, at der er manglende forståelse af ordet kræftfri, hvilket dermed kan bidrage til en yderligere problematik for informanterne, idet der med denne dikotome opfattelse ikke er mulighed for at være syg og rask på samme tid. Dette henviser til at informanterne er erklæret raske, men oplever at være syge. Den dikotome opfattelse formodes derfor at kunne påvirke tilknytningen til arbejdsmarkedet ved, at en sygemelding betyder fravær fra arbejdsmarkedet og omvendt betyder en raskmelding, at informanterne er i stand til at arbejde, hvilket ikke er tilfældet eftersom informanterne oplever udfordringer med senfølger.

Sammenfattende ses en generel problemstilling i at være erklæret kræftfri, men alligevel ikke føle sig rask og være som før diagnose og behandling. Det er ikke kun informanterne, der forventer at være raske, men udfordringen består i, at også fagfolk opfatter informanterne som raske, på trods af at informanterne oplever ikke at være som før samt, at følelsen af at være rask udebliver. Dette kan påvirke tilknytning til arbejdsmarkedet, idet informanterne risikerer at blive presset af sig selv og fagfolk til at varetage et arbejde, de ikke kan klare.

Liv uden for arbejde:

Arbejdet har en stor betydning, men flere af informanterne italesætter behovet for et liv uden for arbejde. En af informanterne udtrykker dette således: *"Men balancen er så bare ... hvor jeg kan have det godt på arbejde altid, men også have det godt når jeg kommer hjem. ... Men som du siger, jeg skal heller ikke have et job, på alt bekostning. Altså jeg har også et liv uden for jobbet"* (I2). Der skal derfor være balance mellem arbejde og fritid, således at der er tid og overskud til begge dele. Det kan heraf formodes at balancegangen mellem arbejde og fritid kan bidrage til en positiv tilknytning til arbejdsmarkedet, såfremt balancen opnås. Dette understøttes af en af de andre informanter som udtaler: *"... man vil gerne, men kan ikke rigtig og sådan noget, og nogle gange jamen altså så er det jo sådan set kun arbejde og sove, slappe af, sove"* (I3). Informanten oplever et ambivalent forhold mellem arbejde og fritid, idet hun gerne vil arbejde, men samtidig have mulighed for en indholdsrig fritid. Dog oplever informanten, at arbejdet påvirker hendes fritid i negativ retning, ved at hun nogle gange har dage, hvor hun kun sover og slapper af efter arbejdet. Det kan heraf udledes, at hvis arbejdet fylder på bekostning af fritiden, påvirkes tilknytning til arbejdsmarkedet negativt, idet informanterne dermed ikke oplever at være tilstrækkelige hverken på arbejdspladsen eller derhjemme.

For informanterne ses, at der generelt er behov for, at deres liv ikke udelukkende består af arbejde. Samtidig skal tilknytning til arbejdsmarkedet ikke opretholdes for enhver pris, idet der også skal være ressourcer og mulighed for at have et fritidsliv. For positiv tilknytning til arbejdsmarkedet ses at balancen mellem arbejde og fritid opretholdes.

Oplevelse af sygdom:

Følelsen af at være syg eller rask er et emne, der fylder hos alle informanterne. Dette kommer bl.a. til udtryk ved: *"... det vil altid være en del af os og, det har folk lidt svært ved at sætte sig ind i det der med, at det vil være der, vi bliver jo aldrig helt 100% raske, det gør vi jo ikke,*

*fordi der er jo mange ting, som vi ikke kan længere, som vi kunne før jo ...*” (I4). Det kan heraf udledes, at der er et paradoks mellem at være kræftfri, men alligevel ikke at føle sig rask og informantens oplevelse af, hvordan andre ser på hende. I en arbejdssammenhæng kan dette paradoks medføre, at kollegaer og ledelse ikke er opmærksomme på informantens ændrede behov på arbejde. Paradokset mellem at være kræftfri og føle sig rask uddybes af I2:

*”Men det er det jeg får at vide så mange gange af de forskellige, der var en (navn på informant) før kræftforløbet, og der er en (navn på informant) efter kræftforløbet. ... Og de to er ikke den samme. Det kan godt ske, at selve skallen er den samme, men det jeg magter og det jeg kan er langt fra den samme. ... Og jeg ved det godt! Men jeg kan bare ikke, altså jeg kan ikke forlige mig med den tanke, jeg kan ikke enes med, at det er sådan min verden den er blevet.”*

Informanten oplever at være to udgaver af sig selv, forstået ved en person før sygdommen og en person efter sygdommen. Selvom informanten ud ad til ligner den samme person, oplever hun, at være forandret indeni. Dette er informanten opmærksom på, men har samtidig svært ved at forlige sig med, at hendes verden er ændret i forhold til, hvad hun magter og kan. Informanten oplever således en splittelse, idet hun er klar over, at forandringerne er en realitet, men accept af situationen er en udfordring for hende. I arbejdssammenhæng kan det heraf formodes at være en udfordring for informanten at opleve en splittelse af hvad der reelt er muligt og hvad hun forestiller sig at kunne udføre af arbejdsopgaver. I det følgende kommer dette til udtryk ved, at arbejdstid og arbejdsopgaver ikke stemmer overens med informantens reelle formåen:

*Men jeg, den her oppe (peger på hovedet) og den her nede (peger på kroppen,) kan simpelthen ikke snakke sammen (begynder at græde). Mit mål er at nå op på 37 timer, som jeg nok aldrig nogensinde kommer, og jeg ved det godt, men ... ja [ ] jeg ved ikke lige hvordan jeg skal sige det ... det er så svært at forstå, at jeg ikke. At man ikke kan komme tilbage, til den jeg var ... For jeg ved det jo godt! At det er jeg nødt til at skal acceptere, men jeg er ikke kommet dertil, hvor jeg accepterer det endnu, selvom, jeg ved det godt!”* (I2).

Alvoren i informantens situation understreges af, at hun begynder at græde fordi splittelsen i hende påvirker hende i høj grad, idet hun har svært ved at forstå, at hun aldrig bliver den samme som før sygdommen. Informanten har opstillet et mål for sig selv i form af at arbejde 37 timer

om ugen, men ved samtidig godt, at målet er urealistisk. Dualismen mellem psyke og fysik ekspliciteres i informantens udsagn, idet disse to elementer ikke kommunikerer med hinanden. Denne dualisme kan således formodes at være hæmmende for tilknytning til arbejdsmarkedet.

Oplevelse af sygdom har således flere nuancer, og det ses sammenfattende, at informanterne kæmper for at acceptere den nye situation efter sygdommen samtidig med, at de skal kæmpe med andres anerkendelse. Den dikotome opfattelse af at være syg eller rask bliver udfordret, idet informanterne er erklæret kræftfri, men føler sig ikke raske, og omvendt kan en følelse af at være rask udfordres af andres syn og bedømmelse af sygdom. Dette kan være en udfordring i forbindelse med tilknytning til arbejdsmarkedet, idet der ikke er en overensstemmelse mellem informanternes ønsker og reelle arbejdsevne.

#### *Ændrede ønsker og behov for tilknytning til arbejdsmarkedet*

Denne kategori indeholder informanternes udsagn om, hvordan de har modtaget viden, hvordan der mangler information samt hvilke forslag informanterne har til forandring af eksisterende initiativer. Disse elementer analyseres i det følgende.

#### Viden:

Flere af informanterne har fået information om senfølger, og hvordan disse kan forandre informanternes liv. Bl.a. beskriver en af informanterne en situation således:

*”Overlægen inde på sygehuset ... det er jo et stykke tid siden han sagde senfølger. Så siger jeg, jamen hvad betyder det, at du benævner dem som senfølger? Så sagde han, jamen det er fordi, den smerte du har og oplever nu, den skal du ikke forvente den forsvinder for dig igen ...” (I2).*

Senfølger er ikke ukendt for overlægen, men informanten er i første omgang ikke bekendt med betydningen af ordet og må have det forklaret. Informanten får dermed viden om, at de smerter hun oplever er vedvarende, hvorfor det formodes, at disse kan påvirke hendes tilknytning til arbejdsmarkedet, idet smerter kan antages at påvirke arbejdsevnen. Information om senfølger nuanceres af I4: *”Man får den der at vide, at der går nok 20 år inden at tingene de er ude af kroppen og sådan nogle ting ... jeg fik jo at vide, at jeg skulle ikke regne med, at jeg kunne køre med 110 i timen”*. Informationen om senfølger indeholder implicit at informantens liv

forandres, herunder forandring af arbejdslivet. I2 tilføjer følgende omkring senfølger og arbejdsliv:

*”Hvor det ligesom er kommet frem i dag at sige, jamen vi har altså de her senfølger, og det gør et eller andet både for dig og dit arbejdsliv, at det bliver anderledes. Så på den led tænker jeg, vi er på den rigtige vej med at blive oplyst om det. Og der er mere og mere røre om det rundt omkring”.*

Det fremgår heraf, at selvom personer der har haft en kræftsygdom, er kræftfri, kan de opleve gener som følge af sygdom og behandling. Information om senfølgers betydning efter kræftsygdom kan medføre en større forståelse for de udfordringer senfølger kan medføre, herunder at senfølger kan påvirke arbejdsevne og arbejdsliv, idet der kan være nye hensyn og behov, der skal varetages. I modsætning hertil oplevede I3 at hun manglede information om senfølger og betydning heraf: *”Så men altså jeg synes ikke, det gjorde noget, at man blev forberedt på, at det var ikke sikkert at tingene var helt som de plejede at være”.* Informanten havde ikke mulighed for at forberede sig på et forandret liv og dermed et formodet forandret arbejdsliv. I forlængelse af dette har flere af informanterne angivet, at selvom de har modtaget information om senfølger, har denne været mangelfuld.

Sammenfattende havde informanterne modtaget oplysninger om, at senfølger kunne forandre deres liv, hvilket formodes at omfatte ændringer i tilknytning til arbejdsmarkedet, men nogle af informanterne vurderede, at informationen var mangelfuld i forhold til, hvordan senfølger kunne påvirke deres liv, herunder arbejdsliv.

Initiativ/forslag:

Informanterne beskriver, at de har kendskab til, at der findes eksisterende initiativer rettet mod personer med senfølger. Dette er bl.a. udtrykt af I4:

*”Fordi der hænger godt nok så mange brochurer, men har man overskud til at skulle over og kigge i alle de der? Nej. Så som vi siger så er det bedre, man har den der lille mappe man kan sidde og bladre i, og finde ud af nå men det er derfor man reagerer sådan og sådan ... Det synes jeg det var bedre, at det hele stod deri med de der ting”.*



Informanten foreslår at kræftpatienterne får brochurerne tildelt sammen med andre oplysninger og informationer, som de modtager i en samlet mappe under behandlingsforløbet. Heri kan det antages, at informationer om senfølgers påvirkning af tilknytning til arbejdsmarkedet kan indgå. Supplerende foreslår I3:

*”Jeg synes, selvfølgelig har jeg hørt om de tilbud og sådan noget der er, men det er jo i starten af hele forløbet ... at man måske hen ad vejen, altså i stedet for at det er i starten af forløbet, måske senere når man, når det hele måske er faldet lidt på plads ... at man tog nogle af de der tilbud der var senere, altså når man kom lidt længere hen i forløbet eller måske sammen med afslutningssamtalen ... Og så ved man også lidt mere om, hvad har jeg egentlig brug for”.*

Det kan heraf udledes at informationer om senfølger og påvirkning af tilknytning til arbejdsmarkedet bør gives senere i behandlingsforløbet. Dette kan bidrage til, at informanterne har øget viden om, hvilke ændrede behov de oplever i deres liv som følge af sygdom og behandling og deraf ændring i tilknytning til arbejdsmarkedet.

Generelt for informanterne havde de forslag til forandring af initiativer, og sammenfattende kan det udledes, at forandringerne tog udgangspunkt i kendte initiativer som pjecer og brochurer. Det kan yderligere formodes, at en brochure med information om senfølger og påvirkning af tilknytning til arbejdsmarkedet bør gives i slutningen af behandlingsforløbet for at imødekomme informanternes forandrede liv.

### Opsummering på tværs af de fire kategorier

Med udgangspunkt i de fire kategorier kan det opsummeres, at informanterne alle oplever senfølger som nuancerede og svære at beskrive. Senfølgerne kan påvirke informanternes arbejdsliv, og herunder kan rutine bidrage til at arbejdet fastholdes. I forlængelse af dette har informanterne beskrevet fremmende og hæmmende faktorer for tilknytning til arbejdsmarkedet. Herunder blev kollegaer og ledelse samt fleksibilitet på arbejdspladsen opfattet som positive faktorer for tilknytning til arbejdsmarkedet. Herudover anses fleksjob som en mulighed for tilknytning til arbejdsmarkedet på trods af nedsat arbejdsevne. I tillæg hertil kan der være forbundet negative holdninger med fleksjob. Desuden ses at tilknytning til arbejdsmarkedet ikke altid er den mest fordelagtige løsning. Udfordringer forbundet med timeantal på arbejde samt

manglende forståelse for behov blev anset som hæmmende faktorer. Den manglende forståelse kan udspringe af, at informanterne oplever ikke at føle sig raske på trods af at være kræftfri. Tillige skal tilknytning til arbejdsmarkedet ikke opretholdes for enhver pris, idet der skal være balance mellem arbejde og en indholdsrig fritid.

Generelt for informanterne gælder, at de oplevede udfordringer forbundet med at acceptere, at deres liv er forandret, på trods af erklæring om at være kræftfri. En yderligere udfordring forbundet hermed består i, at informanterne skal kæmpe med andres anerkendelse, herunder anerkendelse fra kollegaer og ledelse.

I forlængelse hermed havde informanterne modtaget oplysninger om, at der var risiko for, at livet efter sygdom og behandling kunne være forandret, og dermed kunne tilknytning til arbejdsmarkedet også risikeres at være forandret. Med afsæt i informanternes beskrivelser af deres oplevelser, ses der derfor et potentiale for forandring indeholdende forslag til handleanvisninger til, hvordan personer med senfølger kan modtage information om, at der er risiko for, at senfølger på baggrund af sygdom og behandling kan have betydning for arbejdslivet. Forandringen bør tage udgangspunkt i behovet for viden, og hvornår personen med senfølger bør modtage denne viden.

## Kapitel 9 – Diskussion

---

### Diskussion af resultater

Følgende diskussion af resultaterne fra problembearbejdningen tager udgangspunkt i de fundne fire kategorier og i diskussionen inddrages teori af Erving Goffman (Goffman 2009), som suppleres af teorier af Aaron Antonovsky (Antonovsky 2000). Yderligere vil resultaterne af problembearbejdningen blive diskuteret med anden litteratur.

### Senfølgers betydning for arbejdslivet

I problembearbejdningen fremkom det, at personer oplevede senfølger, som påvirkede deres arbejdsliv, idet udfordringerne forbundet med senfølger besværliggjorde udførelse af arbejdsopgaver. Særligt udfordringer forbundet med træthed, hukommelse- og koncentrationsbesvær blev beskrevet som hæmmende faktorer for deltagelse i sociale sammenhænge, herunder møder i arbejdsregi. Udfordringer med træthed, hukommelse- og koncentrationsbesvær ses i sammenhæng med artiklen af Duijts et al., hvor disse udfordringer medførte problemer med at lære nye opgaver samt at kunne holde trit med kollegaer (Duijts et al. 2014). Dette kan ifølge Goffmans teorier om miskrediterede og potentielt miskrediterede (Goffman 2009) s. 83 ses i overensstemmelse med informanternes oplevelser af udfordringer med træthed, hukommelse- og koncentrationsbesvær. Miskreditering og potentiel miskreditering har sammenhæng med hvorvidt senfølgerne er kendt af andre personer. Manglende viden om en persons senfølger kan derfor medføre en anspændt og usikker situation, idet der ikke er åbenhed omkring de udfordringer, senfølgerne medfører, hvilket kan virke potentielt miskrediterende. Potentiel miskreditering indebærer således at særpræget, i form af stigma, ikke er umiddelbart i øjenfaldende (Goffman 2009) s. 83. Stigma er en miskrediterende egenskab (Kristiansen & Jacobsen 2010). Personernes stigma kommer til udtryk ved senfølgerne, som ikke er umiddelbart i øjenfaldende. Miskreditering indebærer en uoverensstemmelse mellem en persons faktiske sociale identitet og den tilsyneladende sociale identitet (Goffman 2009) s. 83. Den faktiske sociale identitet er personernes reelle identitet, hvorimod den tilsyneladende sociale identitet er den identitet, som umiddelbart fremstår for andre personer og kan konstrueres således, at personerne med senfølger fremstår som ”normale”. De kan herunder skjule deres senfølger ved ikke at fortælle om dem samt forsøge at dække over dem. Ved manglende åbenhed omkring senfølger og betydningen heraf, kan dette påvirke personer med senfølger, idet senfølgerne ikke er umiddelbart

iøjnefaldende og ikke nødvendigvis på forhånd er kendt af de tilstedeværende i arbejdssammenhænge. Personer med senfølger bliver herved potentielt miskrediterede, hvilket giver anledning til overvejelser om personer med senfølgers faktiske sociale identitet og deres tilsyneladende sociale identitet (Goffman 2009) s. 83. Personer med senfølger bringes hermed i en situation, hvor de skal træffe et valg, om de vil afsløre senfølgerne eller bevare deres tilsyneladende identitet ved ikke at afsløre senfølgerne. Med afsæt i Antonovskys teori om begribelighed, kan dette valg påvirkes af personer med senfølgers oplevelse af begribelighed, idet dette indebærer, hvorvidt personer med senfølger opfatter senfølger som sammenhængende og kognitivt forståelige eller kaotiske og uforklarlige (Antonovsky 2000) s. 34-35. Yderligere påvirkes begribelighed af, om personer med senfølger kan sætte senfølgerne ind i en sammenhæng og forklare dem (Antonovsky 2000) s. 35. Begribelighed indgår i Antonovskys teori om oplevelse af sammenhæng (Antonovsky 2000) s. 34. Oplevelse af sammenhæng indebærer at en person har en gennemgående tillid til at stimuli fra indre og ydre miljø er strukturerede, forudsigelige og forståelige, at der er tilstrækkelige ressourcer til rådighed til at håndtere krav fra stimuli samt at disse krav indeholder udfordringer, der er værd at engagere sig i (Antonovsky 2000) s. 37. Yderligere indebærer oplevelse af sammenhæng teorierne om håndterbarhed og meningsfuldhed (Antonovsky 2000) s. 34. I kontrast til den manglende åbenhed omkring senfølger, fremgår det af fundene i artiklen af Molina et al., at 21% af deltagerne oplevede ændrede arbejdsforhold, primært i form af øget støtte (Molina et al. 2008), hvilket kan vurderes at være på baggrund af åbenhed om senfølger. I sammenhæng hermed ses fund i artiklen af Richardson et al., at hvis personer med senfølgers arbejdsplads ikke udviser støtte, er personer med senfølger mindre tilbøjelige til at vende tilbage til arbejdspladsen (Richardson et al. 2011).

I artiklen af Molina et al. angav 18% af deltagerne at opleve smerter (Molina et al. 2008). Oplevelser af smerter er i tråd med personer med senfølgers oplevelser, som indgik i problembearbejdningen i specialet, idet flere af personerne angav at opleve smerter. Dette nuanceres med fund fra to andre artikler (Duijts et al. 2014; Fauske et al. 2015). I artiklen af Duijts et al. beskrives smerter som begrænsende for udførelse af arbejdsopgaver (Duijts et al. 2014). Dette understøttes af artiklen af Fauske et al. hvori det fremgår, at smerter påvirker evnen til at varetage et arbejde (Fauske et al. 2015). Dette stemmer overes med, hvordan personer med senfølger i specialets problembearbejdning angav at evnen til at varetage et arbejde også blev påvirket af smerter. Idet smerter ikke er umiddelbart synlige, kan betydningen af smerter nuanceres med Goffmans teori om synlighed (Goffman 2009) s. 89. Synlighed refererer til at hvor godt eller dårligt et stigma er til at kommunikere at personen har dette stigma (Goffman 2009) s. 89. Eksempelvis kan stigma i form af smerter, indebære at smerterne i sig selv ikke umiddelbart

kommunikerer til andre personer at personen har dette stigma. Hvorvidt personer med senfølger vælger at afsløre, at de har smerter, er afgørende for deres sociale identitet, idet afsløring af smerter medfører, at den faktiske sociale identitet kommer til udtryk. Vælger de omvendt at skjule smerterne, fremstår den tilsyneladende sociale identitet. Personer med senfølger kan fremstå som normale ved at skjule smerterne, idet smerter kan ses som stigma (Kristiansen & Jacobsen 2010). Dette med udgangspunkt i at hemmeligholdelse af smerter kan give anledning til uoverensstemmelser mellem personer med senfølgers ændrede arbejdsindsats og kollegaer eller andres syn herpå. I stigmatisering ligger en polarisering af, hvordan stigmatisering influerer på de personer, der er i risiko for stigmatisering (Kristiansen & Jacobsen 2010). Dette indebærer, at personer med senfølger på den ene side kan ekskluderes fra sociale sammenhænge på grund af senfølger, hvilket kan medføre negative selvbilleder (Kristiansen & Jacobsen 2010). På den anden side kan stigmatisering opstå på baggrund af senfølgerne i sig selv, men samtidig kan opmærksomhed på senfølgerne føre til hjælp, forståelse og behandling (Kristiansen & Jacobsen 2010). Det kan heraf diskuteres, hvorvidt afsløring af smerter kan medvirke til eksklusion fra sociale sammenhænge eller føre til hjælp og forståelse fra kollegaer og ledelse. Smerterne kan således påvirke arbejdsindsatsen ved at give fysiske gener, men yderligere give psykiske udfordringer i nye arbejdssammenhænge. Dette understøttes af fundene fra artiklen af Aaronson et al., idet der heri fremgår, hvordan tilbagevenden til arbejdsmarkedet kan være en udfordring for kræftoverlevende, idet de oplever kroniske fysiske og emotionelle senfølger samt beskæftigelsesmæssige problemer (Aaronson et al. 2014).

Det tyder derfor på, at forandring af initiativer for tilknytning til arbejdsmarkedet bør indeholde overvejelser om, at personer med senfølger er i risiko for at blive miskrediterede som følge af deres senfølger og dermed stigma.

### Faktorer af betydning for tilknytning til arbejdsmarkedet

Gennem problembearbejdningen fremgik, hvordan personer med senfølger beskrev faktorer for tilknytning til arbejdsmarkedet, herunder oplevelser med timeantal samt fleksjob og førtidspension. Herunder fremgik fremmende og hæmmende faktorer. Fremmende faktorer blev af personerne med senfølge bl.a. vurderet som nedsat og fleksibelt timeantal. Dette suppleres af fundene i artiklen af Aaronson et al. ved, at arbejdsgivers vilje til fleksible arbejdstilpasninger bidrog til succesfuld tilbagevenden til arbejdet (Aaronson et al. 2014). Fundene i artiklen af Molina et al. understøtter dette, idet 22% af deltagerne angav, at fleksible arbejdstider og tilpasninger på arbejdspladsen var nødvendige for genoptagelse af arbejdet (Molina et al.

2008). I modsætning hertil ses af fundene i artiklen af Duijts et al., at forventninger fra ledelse og kollegaer kunne opleves som problematiske, hvis kræfteroverleverne ikke følte, de kunne leve op til disse forventninger (Duijts et al. 2014). Denne problemstilling fremkom i problembearbejdningen ved, at det blev angivet at kollegaer indikerede, at personer med senfølger burde kunne løse arbejdsrelaterede opgaver. Problemstillingen kan ses i relation til Goffmans teori om personlig identitet (Goffman 2009) s. 92. Personer med senfølger oplevede, at kollegaerne havde et fotografisk billede af den personlige identitet, som den eksisterer i kollegaernes bevidsthed og dermed, hvordan personer med senfølgers personlige identitet spiller en rolle i den sociale organisation (Goffman 2009) s. 97-98. Idet personer med senfølgers personlige identitet er ændret, stemmer kollegaernes billede af personer med senfølgers sociale og standardiserede rolle ikke længere overens med, hvordan personer med senfølgers rolle tidligere passede ind i den sociale organisation på arbejdspladsen (Goffman 2009) s. 97-98. Kollegaernes fotografiske billede af personer med senfølgers personlige identitet udfordres således af, at personer med senfølger ikke er som før. Personer med senfølgers personlige identitet er ændret, hvorfor der ikke ses overensstemmelse mellem kollegaernes fotografiske billede og personer med senfølgers personlige identitet efter tilbagevenden til arbejdsmarkedet efter sygefravær. På baggrund af dette passer den ændrede personlige identitet ikke længere ind i den strukturerede og sociale organisation (Goffman 2009) s. 97-98. Problemstillingen kan desuden ses ud fra Goffmans kontinuum vedrørende relationer og stigmatisering, som indeholder flygtige bekendtskaber i den ene ende og intimitet i den anden (Goffman 2009) s. 92. Dette på baggrund af at Goffman differentierer mellem flygtige bekendtskaber, som er særligt udsatte for stereotype reaktioner, idet der ikke opnås sympati og forståelse ved, at personer i disse relationer ikke lærer hinanden at kende og omvendt kan der i relationer med større grad af intimitet opnås sympati og realistisk bedømmelse af personlige egenskaber (Goffman 2009) s. 92. Det vurderes heraf, at kollegaer befinder sig nærmere intimiteten end det flygtige kendskab, idet der er daglig kontakt mellem personer med senfølger og deres kollegaer, hvorfor stereotype reaktioner burde mindskes, og der dermed opnås en realistisk bedømmelse af personer med senfølgers personlige egenskaber. Til trods herfor opnås ikke en øget accept af personer med senfølger uagtet kendskabet til senfølgerne (Goffman 2009) s. 94. I modsætning hertil oplevede flere af personer med senfølger i specialets problembearbejdning, at deres kollegaer var forstående samt udviste hensyn og omsorg. Herudover er det betydningsfuldt for personer med senfølger at kunne varetage et arbejde, idet arbejde ses som identitetsskabende. Dette suppleres af fund af Fauske et al., idet der heri beskrives, hvordan tilknytning til arbejdsmarkedet er identitetsskabende (Fauske et al. 2015). Fundene i artiklen af Aaronson et al. nuancerer dette ved, at

arbejde tillige beskrives som et element i hverdagen, der skaber normalitet (Aaronson et al. 2014). En nuancering af arbejdets betydning ses i fundene af Rasmussen & Elverdam, idet arbejdet indebærer en genvunden identitet som arbejdende frem for at være patient (Rasmussen & Elverdam 2008). Arbejdets betydning kan yderligere ses i relation til Antonovskys teori om meningsfuldhed, som indebærer aktiviteter, som giver mening for personer i følelsesmæssig forstand (Antonovsky 2000) s. 36. Eksempelvis anses arbejde som en meningsfuld udfordring, der for personer med senfølger er værd at engagere sig i følelsesmæssigt (Antonovsky 2000) s. 36. Idet meningsfuldhed udgør en del af Antonovskys teori om oplevelse af sammenhæng, bidrager meningsfuldhed til en oplevelse af sammenhæng (Antonovsky 2000) s. 38. Selvom arbejde kan ses som normaliserende og identitetsskabende, har en af personerne med senfølger svært ved at identificere sig med at have et fleksjob, idet personen betegner fleksjob som en ordning, for personer som er syge. Derfor kan fleksjob ud fra personen med senfølgers perspektiv medvirke til at fastholde vedkommende i sygerollen. Med udgangspunkt i Goffmans teori om miskreditering er personen med senfølger bekymret for at blive miskrediteret (Goffman 2009) s. 83. Ved at sætte sig selv i relation til fleksjob, er personen med senfølger nødsaget til at afsløre sine miskrediterende egenskaber i form af senfølger og manglende evne til at varetage et ordinært arbejde. Fleksjobbet ses i personen med senfølgers tilfælde som en disidentifikator, idet det ødelægger det sammenhængende billede personen har af sig selv (Goffman 2009) s. 85-86. I modsætning hertil er en af de andre personer med senfølger i specialets problembearbejdning ansat i fleksjob og beskriver dette som positivt. Personen med senfølger har således afsløret sin miskrediterende egenskab, men kan identificere sig med dette billede af sig selv. Dette bidrager til den sociale information, som i personen med senfølgers tilfælde indebærer et krav om hensyn, idet symbolet på dette er fleksjob (Goffman 2009) s. 85. Yderligere kan et symbol på miskrediterende egenskaber ses som førtidspension, hvilket understøttes af fundene i artiklen af Fauske et al. hvori en deltager beskriver, at identiteten som førtidspensionist ikke stemmer overens med denne deltagers ønske om identitet som arbejdstager (Fauske et al. 2015). Dette står i kontrast til et af fundene i specialets problembearbejdning, hvori det fremgår at førtidspension beskrives som den bedste løsning, selvom personen med senfølger herved har afsløret sin miskrediterende egenskab i form af senfølger. Det fremgår således, at forandring af initiativer for tilknytning til arbejdsmarkedet kræver individuelle tilpasninger for at imødekomme personlige behov, idet der er risiko for miskreditering. Dette på baggrund af, hvordan personer med senfølger og arbejdspladsen håndterer senfølger.

## Livet efter sygdom

Det blev udledt af problembearbejdningen, at personer med senfølger oplevede uoverensstemmelse mellem deres ønsker og forventninger for arbejde og deres faktiske arbejdsevne, efter de blev erklæret kræftfri. Dette medfører at personer med senfølger ikke kan opretholde den fritid de ønsker, fordi de er nødsaget til at bruge fritiden på at slappe af og sove. Fundene i artiklen af Duijts et al. understøtter problemstillingen ved, at flere af studiets deltagere måtte gå i seng straks efter, de kom hjem fra arbejde. Dette er dog primært forbundet med de første uger efter tilbagevenden til arbejde (Duijts et al. 2014). Arbejdets indflydelse på fritid fremgår også af fund i artiklen af Fauske et al. hvor det beskrives, at alt energi bruges på arbejde således, at der ikke er overskud til fritid (Fauske et al. 2015). Denne udfordring vedrørende balance mellem arbejde og fritid kan ses i relation til Goffmans teorier om miskrediterede og potentielt miskrediterede (Goffman 2009)s. 84. Dette med baggrund i at der er risiko for, at den miskrediterende egenskab bliver afsløret ved, at personer med senfølger ikke kan opretholde den fritid de ønsker og, i det tilfælde hvor fritidsaktiviteter opretholdes, kan arbejdsevnen påvirkes i en sådan grad, at det bliver synligt på arbejdspladsen, at personer med senfølger ikke er normale. Ved at personer med senfølger er nødt til at sove og slappe af i store dele af deres fritid, forsøger de at opretholde en normal arbejdsevne og bekræfter således andres fejlagtige forestilling om, at personerne med senfølger er normale. Dog vil det muligvis undertiden fremgå, at personer med senfølger bærer stigma og således ikke er normale (Goffman 2009) s. 84. I modsætning hertil har personer med senfølger, ud fra Goffmans teori, mulighed for at passere (Goffman 2009) s. 89. At passere indebærer, at personer med senfølger er i stand til at hemmeligholde deres potentielt miskrediterende egenskaber i form af senfølger, og de opnår dermed informationskontrol (Kristiansen & Jacobsen 2010). Ud fra Goffmans perspektiv er det således andre personers opfattelse af personer med senfølger, som medfører, at de bliver miskrediterede, men personer med senfølgers egen opfattelse af at være normale bliver udfordret, når de ikke er i stand til at opretholde både arbejde og fritid, hvorfor det kan diskuteres, om miskrediteringen stammer fra dem selv. Dette kan diskuteres med udgangspunkt i Antonovskys teori om håndterbarhed, idet personer med senfølger oplever, at de ikke har kontrol over de ressourcer, de har til rådighed, og samtidig har de en følelse af, at de er ofre for omstændighederne, hvorfor informanterne har en svag oplevelse af håndterbarhed (Antonovsky 2000) s. 36. Denne svage oplevelse af håndterbarhed, medfører således en svag oplevelse af sammenhæng (Antonovsky 2000) s. 38. En svag oplevelse af sammenhæng indebærer at eksempelvis fyring, betyder at personen med senfølger ikke er i stand til at finde mening med dette og dermed ikke anstrenger sig for at klare sig gennem denne udfordring (Antonovsky 2000) s. 37. Det kan heraf diskuteres hvorvidt en



svag oplevelse af sammenhæng, bidrager negativt til tilknytning til arbejdsmarkedet. Den svage oplevelse af håndterbarhed dannes ud fra personer med senfølgers manglende følelse af kontrol med ressourcer, som eksempelvis kan bestå af viden om senfølger i forbindelse med arbejdslivet. Dette kan ses i sammenhæng med, hvordan andre personer har normative forventninger til, hvad ordet kræftfri indebærer. I følge Goffman optræder stereotype opfattelser som et grundlæggende samfundstræk og ud fra dette, hvordan det forventes at personer med senfølger bør opføre sig, når de er kræftfri (Goffman 2009) s. 92. Den stereotype opfattelse af kræftfri indebærer forventningen om, at personerne med senfølger er raske og burde kunne varetage et arbejde, som før de blev diagnosticeret og behandlet. Denne stereotype opfattelse kan personer med senfølger ikke nødvendigvis leve op til, idet de har senfølger, hvorfor de risikerer miskreditering (Goffman 2009) s. 92. Den stereotype opfattelse suppleres af et udsagn i specialets problembearbejdning om, at det udelukkende er muligt at være enten fuldt sygemeldt eller fuldt raskmeldt. Denne dikotome opfattelse af at være syg eller rask, kan ud fra Antonovskys teori om håndterbarhed, indebære de ressourcer, der er til rådighed for personer med senfølger, og som kontrolleres af en legitim anden (Antonovsky 2000) s. 36. En legitim anden kan udgøres af bl.a. en anden person, det er muligt at stole på og have tillid til, hvilket eksempelvis kan være en kollega eller samfundet (Antonovsky 2000) s. 36. De til rådighed værende ressourcer, som kontrolleres af en legitim anden, kan således omfatte samfundets opfattelse af at være syg og rask. Det kan heraf diskuteres, hvorvidt personer med senfølger kan stole på og har tillid til denne dikotome opfattelse, hvilket bidrager til en svag oplevelse af håndterbarhed, og som yderligere bidrager til en svag oplevelse af sammenhæng (Antonovsky 2000) s. 36+38. Det kan heraf diskuteres om personer med senfølger kan miste tilliden til samfundets opfattelse af syg og rask, idet de ikke nødvendigvis kan identificere sig med at være fuldt syg eller fuldt rask. Den dikotome opfattelse af syg og rask kan ses i sammenhæng med artiklen af Jensen & Svarre som diskuterer, hvordan denne opfattelse kan medføre en tomhed hos den raskmeldte kræftoverlever, idet raskmeldingen har betydet, at pårørende kan have udvist glæde over at personen er i live, men samtidig oplever personen senfølger og føler sig ikke fuldt rask (Jensen & Svarre 2005). Tomheden hos den raskmeldte kræftoverlever kan derfor diskuteres med udgangspunkt i Antonovskys teori om håndterbarhed, idet kræftoverleveren kan have en opfattelse af at der ikke er tilstrækkelige ressourcer til rådighed til at klare kravet om at være rask.

Det kan derfor tyde på, at forandring af initiativer for tilknytning til arbejdsmarkedet bør indeholde muligheden for et kontinuum mellem at være syg og rask frem for en dikotomisering. Dette kontinuum kan bidrage til, at personer med senfølger har mulighed for at varetage et

arbejde på trods af deres senfølger, idet der er mulighed for at være kræftfri, og samtidig opleve senfølger, som kan medføre udfordringer i forbindelse med tilknytning til arbejdsmarkedet.

### Ændrede ønsker og behov for tilknytning til arbejdsmarkedet

Personerne med senfølger beskrev i specialets problembearbejdning, at den information de modtog om senfølger var mangelfuld. Dette kan suppleres af fund i artiklen af Richardson et al. hvori det fremgår, at der er øget opmærksomhed på fysiske og psykiske behov hos kræftoverlevende, men disse behov imødekommes ikke tilstrækkeligt (Richardson et al. 2011). I relation til Goffman kan manglende information om senfølger føre til potentiel miskreditering, idet personerne med senfølger muligvis i større grad kan forsøge at skjule deres miskrediterende egenskab, fordi de ikke har den nødvendige viden om, hvad senfølger indebærer (Goffman 2009) s. 83. Dette kan ses i relation til fundene i artiklen af Fauske et al., idet en deltager i studiet beskrev, hvordan brug af krykker skaber bekymring for fremtidig tilknytning til arbejdsmarkedet, hvorved den miskrediterende egenskab tydeliggøres af krykkerne (Fauske et al. 2015). Det kan heraf diskuteres, om information om senfølger kan mindske bekymringen for, hvordan en potentiel arbejdsgiver håndterer den synlige miskrediterende egenskab. Dette med udgangspunkt i at det ikke er nødvendigt at forsøge at skjule den miskrediterende egenskab, da den er fuldt synlig. Modsat kan den synlige miskrediterende egenskab have skæbnesvangre konsekvenser for, hvordan personen fremtræder, hvilket vil afhænge af andre persons forhåndsviden om personen (Goffman 2009) s. 89-90 samt om viden, om senfølger er fremmede eller hæmmende for personens tilknytning til arbejdsmarkedet. Det kan heraf diskuteres om en mere indholdsrig information om senfølger kan føre til, at personer med senfølger anerkender, at kræftfri ikke nødvendigvis er det samme som at være rask, og derfor er det ikke i samme grad nødvendigt for personer med senfølger at forsøge at skjule deres miskrediterende egenskab i form af senfølgerne. Til trods herfor kan det med brug af Goffmans teorier om potentiel miskreditering yderligere diskuteres, om øget kendskab til senfølger medfører en accept af disse, hvorfor familiaritet ikke nødvendigvis formindsker foragten for stigma (Goffman 2009) s. 94. Foragten bliver herved ikke nødvendigvis formindsket ved, at kollegaer, arbejdsgivere og andre samarbejdspartnere har viden om, og derved opnår familiaritet om personernes senfølger, idet foragten afhænger af, hvor tæt kontakt der er mellem kollegaer, arbejdsgivere eller samarbejdspartnere og personer med senfølger (Goffman 2009) s. 94. Eksempelvis vil en tæt kontakt til en kollega i det daglige arbejde betyde, at kollegaen kan være tvunget til at udvise hensynfuldhed i relation til de udfordringer senfølgerne medfører. Modsat vil

en kollega eller samarbejdspartner, som personen med senfølger ikke har daglig kontakt med, have lettere ved at acceptere personen med senfølgers miskrediterende egenskab, idet taktfuldhed og hensyn ikke er påtvunget i samme grad, som den tætte arbejdskollega kan være nødsaget til at udvise (Goffman 2009) s. 94.

Med udgangspunkt i specialets problembearbejdning beskrev personer med senfølger forslag til, hvad information om senfølger bør indeholde, og hvornår i behandlingsforløbet denne information bør gives. Rasmussen & Elverdam nuancerer denne problemstilling i deres artikel, idet de beskriver, hvordan personer, der er blevet behandlet for kræft, oplever mangel på information om, hvornår eventuel genoptagelse af arbejde bør foregå (Rasmussen & Elverdam 2008). I specialets problembearbejdning fremgik det, at informationen ifølge personerne med senfølger yderligere bør indeholde informationer om, at arbejdslivet ændres. Desuden tilkendegav personerne med senfølger, at informationen om senfølger bør gives, uden at personerne med senfølger selv er nødsaget til at opsøge denne. Fund i artiklen af Duijts et al. nuancerer behovet for viden om senfølgers påvirkning på tilknytning til arbejdsmarkedet, idet fysiske krav på jobbet eller længerevarende symptomer kan betyde, at personer med senfølger ikke længere kan opretholde deres tilknytning til arbejdsmarkedet (Duijts et al. 2014). I relation hertil beskrives i specialets problembearbejdning, at information om senfølger og påvirkning af tilknytning til arbejdsmarkedet bør gives i sammenhæng med en afslutningssamtale på sygehuset i forhold til behandling af kræftsygdommen, idet personer med senfølger på dette tidspunkt har viden om deres ændrede ønsker og behov. Det kan med udgangspunkt i Antonovskys teori om håndterbarhed diskuteres, hvorvidt informationen på dette tidspunkt omfatter de ressourcer, der står til personer med senfølgers rådighed og om ressourcerne er tilstrækkelige til at personer med senfølger kan klare de krav, de er stillet over for (Antonovsky 2000) s. 35-36. Eksempler på tilstrækkelige ressourcer kan bestå af viden om, at senfølger kan påvirke tilknytningen til arbejdsmarkedet samt, at det er muligt at lave arbejdstilpasninger, herunder fleksjob. Tilstrækkelige ressourcer kan medføre håndterbarhed, som bidrager til en oplevelse af sammenhæng (Antonovsky 2000) s. 36, hvilket kan vurderes at være en fremmede faktor for tilknytning til arbejdsmarkedet. Modsat kan en utilstrækkelig ressource eksemplificeres ved arbejdsgiveres manglende forståelse for, at personer med senfølger ikke nødvendigvis er raske nok til at arbejde (Jensen & Svarre 2005). Utilstrækkelige ressourcer medvirker således til en svag oplevelse af sammenhæng (Antonovsky 2000) s. 36, hvilket kan vurderes at være en hæmmende faktor for tilknytning til arbejdsmarkedet.

Det kan derfor tyde på, at forandring af initiativer for tilknytning til arbejdsmarkedet bør indeholde information, som bidrager med tilstrækkelige ressourcer således, at personer med senfølger opnår en øget viden om senfølger, hvilket i højere grad kan medføre en accept af disse.

## Diskussion af metodologi og metoder

I det følgende diskuteres metodologi indeholdende Precede-Proceed-modellen, videnskabsteori samt design. Yderligere diskuteres metode, indeholdende systematisk litteratursøgning, det kvalitative interview, transskription samt teori. Diskussionen af metodologi og metode tager udgangspunkt i dr. phil. Tove Thagaards kvalitetskriterier (Thagaard 2015) s. 176. Disse består af troværdighed, bekræftbarhed og overførbarehed (Thagaard 2015) s. 176. Troværdighed i kvalitative undersøgelser indebærer at læseren skal forsikres om at undersøgelsen er udført på en tillidsvækkende måde og kan styrkes gennem redegørelse for anvendte metoder samt resultaterne heraf (Thagaard 2015) s. 176. Bekræftbarhed refererer til en vurdering af hvad undersøgelsen bidrager til (Thagaard 2015) s. 177. Overførbarehed omfatter at de opfattelser der udvikles i specialet også har relevans i andre situationer (Thagaard 2015) s. 177. Det er således specialegruppens opgave at argumentere for at specialet også har relevans i andre situationer, hvis overførbarehed af specialet skal opnås (Thagaard 2015) s. 177. Diskussionen af metodologi og metode bidrager således til en vurdering af hvorvidt kvalitetskriterierne er opfyldt i specialet.

### Precede-Proceed-modellen

Idet Precede-Proceed-modellen består af otte faser, men der i specialet primært arbejdes ud fra de første fire, kan det diskuteres hvorvidt modellen er anvendelig som struktur for specialet. Modellens første fire faser er medvirkende til at skabe en struktur for opbygning af hvordan et sundhedsfremmende initiativ kan opbygges, hvorfor de fire første faser af modellen findes anvendelige for specialets formål. Ligeledes anvendes Precede-Proceed-modellen som inspiration til struktur for de teorier, som indgår i specialet (Sallis et al. 2008) s. 408. Modellen har således inspireret til struktur i specialet ved at der i den systematiske litteratursøgning og de fire interviews er anvendt teorier til at styrke praktiske beslutninger vedrørende anvendelse af disse metoder. Med den teoretiske tilgang ses specialet styrket, idet at en teoretisk tilgang til et sundhedsfremmende initiativ bidrager til en mere succesfuld proces (Crosby & Noar 2011). Det kan diskuteres hvorvidt de anvendte metoder i specialet formår at afdække omgivelsermæssige faktorer, hvilket er et mål for Precede-Proceed-modellen (Crosby & Noar 2011). Dog

er der opnået fokus på personen gennem systematisk litteratursøgning og interviews, hvilket også er et element i modellen (Crosby & Noar 2011). Modellen indebærer at enhver fase bør indeholde bidrag fra de personer initiativet involverer (Sallis et al. 2008) s. 409-410, hvilket ikke er tilfældet i specialet. Dette på baggrund af at problemanalysen afdækker fase 1, som omfatter den sociale vurdering, der indebærer en identificering af en gruppe af personer som deler specifikke karakteristika, normer og værdier (Sallis et al. 2008) s. 410-411. Derfor er der i denne fase ikke direkte bidrag fra personer med senfølger. Det vurderes på trods heraf, at den sociale vurdering er afdækket gennem litteraturen i problemanalysen og derfor indgår perspektiver fra personer med senfølger.

I fase 2, som har fokus på helbred og prioritering samt adfærds- og omgivelsesmæssige faktorer for sundhed (Sallis et al. 2008) s. 412, indgår bidrag fra personer med senfølger i form af den systematiske litteratursøgning og de fire interviews. Yderligere indeholder fase 2 epidemiologiske, adfærdsmæssige og omgivelsesmæssige vurderinger, som kan influere på sundhedstilstanden (Sallis et al. 2008) s. 412-413. Derfor kan personer med senfølger identificere hvilke faktorer, der influerer på deres tilknytning til arbejdsmarkedet, hvorfor fase 2 medvirker til troværdighed og bekræftbarhed i specialet.

Personer med senfølger har ligeledes bidraget til fase 3 gennem den systematiske litteratursøgning og de fire interviews. Fase 3 indebærer disponerende, forstærkende og muliggørende faktorer, som har indflydelse på om forandring af adfærd og omgivelser er muligt (Sallis et al. 2008) s. 415. Derfor medvirker fase 3 ligeledes til troværdighed og bekræftbarhed i specialet. Fase 4 indeholder udvælgelse og justering af faktorer, der blev identificeret ved den systematiske litteratursøgning og de fire interviews i fase 3, således at nødvendige ressourcer, barrierer og politikker for gennemførelse af initiativet blev identificeret (Sallis et al. 2008) s. 416. I specialet udgøres fase 4 af problembearbejdningen af den systematiske litteratursøgning og de fire interviews, hvorfor der indgår bidrag fra personer med senfølger i fase 4. Derfor medvirker fase 4 tillige til troværdighed og bekræftbarhed i specialet.

Fase 5-8 i Precede-Proceed-modellen omfatter implementering og evaluering af det initiativ, der er blevet identificeret gennem de første fire faser (Sallis et al. 2008) s. 416-417. Med baggrund i specialets rammer afdækkes fase 5-8 således ikke, men der foreligger forslag til hvordan dette kan udføres i Kapitel 10 – Forandringsspektiv. Idet forslagene er baseret på fremgangsmåden i fase 5-8 i modellen medvirker dette til troværdigheden af forslagene til forandring af initiativer til personer med senfølger og tilknytning til arbejdsmarkedet.

Sammenfattende vurderes at Precede-Proceed-modellen kan bidrage til struktur af specialet og dermed til troværdighed og bekræftbarhed af specialet.

## Videnskabsteoretisk tilgang

Specialets videnskabsteoretiske tilgang udgøres af fænomenologien. I fænomenologien søges der at beskrive personers oplevelser og erfaringer (Kristensen 2015). I forlængelse af dette er en ambition i fænomenologien at beskrive fænomener som de er, hvilket indebærer at forforståelse sættes i parentes, hvorved det tilstræbes at undlade tidligere erfaringer, der relaterer sig til fænomenet, således fænomenet mødes intuitivt (Jacobsen et al. 2015). Derfor efterstræbes i specialet at opnå rene beskrivelser af personer med senfølgers beskrivelser af oplevelser i forbindelse med tilknytning til arbejdsmarkedet. Det kan heraf diskuteres om forforståelsen kan sættes i parentes og dermed beskrive personer med senfølgers beskrivelser af oplevelser som de er. Idet det ikke altid er muligt eller mest hensigtsmæssigt at sætte forforståelsen i parentes, men anstrengelsen værd at forsøge (Juul 2012), vurderes at forforståelsen er tilstræbt sat i parentes i en sådan grad at personer med senfølgers beskrivelser af oplevelser med tilknytning til arbejdsmarkedet fremstår rene. Dette kan medvirke til troværdighed i specialet.

Med den fænomenologiske tilgang til den systematiske litteratursøgning og de fire interviews har fænomenologien bidraget til et nuanceret udbytte af personer med senfølgers beskrivelser af oplevelser med tilknytning til arbejdsmarkedet. Dette på baggrund af at personer med senfølger således frit har haft mulighed for at beskrive deres oplevelser med senfølger og tilknytning til arbejdsmarkedet. Derfor vurderes at den fænomenologiske tilgang medvirker til rene beskrivelser af personer med senfølgers beskrivelser af oplevelser med tilknytning til arbejdsmarkedet. Dette kan dermed bidrage til beslutningsgrundlaget for forandring af initiativer til tilknytning til arbejdsmarkedet. Dette eftersom det er personer med senfølger, der har det bedste udgangspunkt for at beskrive hvilke oplevelser de har med tilknytning til arbejdsmarkedet, og deraf hvad der er behov for at forandre.

## Design af en kvalitativ undersøgelse

Idet der ønskes et kvalitativt perspektiv på undersøgelsen af personer med senfølgers tilknytning til arbejdsmarkedet, samt at det kvalitative designe omfatter planlægning af og overblik over undersøgelsen (Kvale & Brinkmann 2009) s. 129+131, kan det kvalitative design ses som udgangspunkt for specialets undersøgelse. Desuden skaber designet mulighed for en iterativ proces (Kvale & Brinkmann 2009) s. 131, idet det er muligt at bevæge sig mellem de forskellige dele af undersøgelsen, hvilket bl.a. er foregået ved interviews, idet pilotinterviewet gav mulighed for at gå tilbage og justere spørgsmålene i interviewguiden. Denne iterative arbejdsproces har medvirket til specialets troværdighed og bekræftbarhed, idet det er muligt at justere

i anvendte metoder og dermed at forbedre kvaliteten af undersøgelsen således det er muligt at besvare problemformuleringen.

### Systematisk litteratursøgning

Den systematiske litteratursøgning i specialet er grundlag for artiklerne i litteraturstudiet, som bidrager til besvarelse af problemformuleringen gennem problembearbejdning og diskussion heraf. Det er søgt at den systematiske litteratursøgning blev udført med høj grad af stringens, men databasernes forskellige kontrollerede emneord, bidrog til at stringensen i søgeord på tværs af databaserne blev påvirket. Derfor er der risiko for at nuancer af synonymers betydning kan variere, hvilket kan medføre at søgningerne på tværs af databaserne ikke er fuldkommen ensartede. Dog vurderes at de fundne kontrollerede emneord samt fritekstordene med trunkering, er ord der findes dækkende for blok 1, 2 og 3 i den systematiske litteratursøgning, som indebærer henholdsvis kræftoverlever, senfølger samt tilknytning til arbejdsmarkedet. Samtidig vurderes at troværdigheden af litteratursøgningen er øget ved præsentation af søgningen i bilag 1 samt i figur 3 i Kapitel 6 – Systematisk litteratursøgning. Det kan diskuteres om søgninger med fritekstord formår at finde brugbare artikler til litteraturstudiet, idet fritekstord kan føre til upræcise søgninger (Buus et al. 2008). I forlængelse heraf er der søgt på synonymer samt anvendt trunkering, hvilket medfører at alle endelser af ordet medtages (Buus et al. 2008). Søgningen er dermed søgt udvidet for at sikre at alle brugbare artikler blev medtaget. Søgning med fritekstord giver dog stadig risiko for upræcise søgninger, hvilket er forsøgt minimeret ved også at søge på kontrollerede termer i databaserne, idet disse ord indsnævrer søgningen på baggrund af indeksering (Buus et al. 2008), hvilket bidrager til troværdigheden af litteratursøgningen. Der er kombineret med OR inden for hver af blokkene for dermed at udvide søgningen og med AND mellem blokkene for at gøre søgningen mere præcis (Buus et al. 2008) og fællesmængden indeholdende alle søgeordene fremkommer herved (Dreyer & Sestoft 2016) s. 44. Det kan her diskuteres om søgningen har formået at finde alle relevante artikler, idet der er risiko for at specialegruppen ikke var bevidst om alle nuancer af synonymer for søgeordene. Dette har medvirket til de få artikler i litteraturstudiet. Yderligere kan databasernes dækningsgrad i forhold til specialets formål diskuteres. Dækningsgraden omfatter dybden og bredden i den litteratur databasen indeholder (Eriksen et al. 2016). Det vurderes at databaserne med deres fokus på bl.a. folkesundhed, medicin og arbejdsmiljø (Lund et al. 2014) s. 49-50, er dækkende for det område der søges svar på.

Yderligere kan det diskuteres om nøgleordene for blok 1, 2 og 3 er dækkende for at søge efter artikler, der kan bidrage til besvarelse af problemformuleringen. Det vurderes, med udgangspunkt i at nøgleordene fremkommer på baggrund af problemformuleringen (Lund et al. 2014) s 40, at nøgleordene samt synonymmer for disse førte til en systematisk litteratursøgning som indeholdt artikler, der kan bidrage til besvarelse af problemformuleringen.

Vurderingen af studierne i litteraturstudiet er foretaget i fællesskab i specialegruppen, hvilket bidrager til troværdigheden, idet eventuelle misforståelser eller sproglige udfordringer blev afklaret med det samme. I forlængelse heraf blev artiklerne vurderet ud fra samme tilgang, hvorfor udvælgelsen af artiklerne kan vurderes at være stringent. Det kan i tillæg hertil diskuteres om de få artikler i litteraturstudiet er dækkende, men idet der indgår to reviews vurderes at artiklerne kan bidrage til besvarelse af problemformuleringen. Artiklerne er yderligere vurderet ud fra tjeklister, som stemmer overens med designet i den enkelte artikel. Tjeklister indeholder en række kriterier, som enten skal imødekommes eller indgå i artiklen (Joanna Briggs Institute 2014) s. 31. Disse kriterier indeholder rapportering af metode i et omfang hvor læseren har mulighed for at vurdere kvaliteten af studiet (Lund et al. 2014) s. 90. Tjeklisterne bidrager til hvilke elementer forfatterne skal medtage i rapporteringen og dermed ikke kvaliteten af den anvendte metode (Lund et al. 2014) s. 90. Specialegruppen vurderer på baggrund heraf at brug af tjeklister har bidraget til en systematisk gennemgang af artiklerne og dermed en grundig vurdering af kvaliteten af studierne. Denne systematiske tilgang er medvirkende til troværdigheden og bekræftbarheden af litteraturstudiet. Desuden er troværdigheden af den systematiske litteratursøgning øget ved at den er udarbejdet i samarbejde med en cand.scient.bibl. med kompetencer indenfor litteratursøgning. Yderligere vurderes overførbarhed af litteraturstudiets artikler, ved at artiklernes resultater kan bidrage til besvarelse af problemformuleringen, idet resultaterne er relevante i andre situationer end den kontekst hvori studiet er foregået. Dette kan yderligere medvirke til overførbarheden af specialet.

### Det kvalitative interview

I specialet er der anvendt semistrukturerede interviews til dataindsamling, hvilket bidrager til besvarelse af problemformuleringen, idet disse giver plads til at informanternes udsagn kan forfølges og åbner dermed op for nye retninger (Kvale & Brinkmann 2009) s. 151. Dermed rummer interviewformen det fænomenologiske perspektiv, hvorved personer med sanselighed får mulighed for at beskrive deres oplevelser med tilknytning til arbejdsmarkedet. Der er dog risiko for, ifølge Thagaard (2015) at specialegruppens perspektiv afviger fra informanternes



opfattelse af egen situation, hvilket kan føre til etiske dilemmaer (Thagaard 2015) s. 177. Dette kan ses i sammenhæng med den fjerde etiske tommelfingerregel af Kvale og Brinkmann (2009) i Kapitel 7 – Forskningsetiske overvejelser, som indebærer specialegruppens rolle og integritet (Kvale & Brinkmann 2009) s. 93. Specialegruppen har således et udenforstående perspektiv, hvilket kan opfattes som fremmedgørende og provokerende for informanten (Thagaard 2015) s. 177. Eksempelvis kan det opfattes som provokerende for informanterne hvis specialegruppen udelukkende havde et positivt syn på arbejdsmarkedet. Derfor blev det tilstræbt at tilgå interviewene åbent, men med udgangspunkt i interviewguiden. Denne tilgang til interviewene giver dermed mulighed for, at forfølge informanternes udsagn og åbne for nye retninger. Derfor kan det semistrukturerede interview vurderes at bidrage til troværdighed af interviews, idet informanterne har haft mulighed for at beskrive deres oplevelser med sensfølger og tilknytning til arbejdsmarkedet.

Det kan yderligere diskuteres hvorvidt der har været et magtforhold mellem interviewer og informant, som kunne influere på interviewene, idet et interview ikke kan ses som en fuldstændig fri og åben dialog (Kvale & Brinkmann 2009) s. 51. Ønsket for interviewene var en ligeværdig relation mellem interviewer og informant samt at interviewene foregik i trygge rammer (Christensen et al. 2015). Det er forsøgt at skabe en interviewsituation, som indebar fri og åben dialog samt trygge rammer ved at informanterne selv har udvalgt lokation samt tidspunkt for interview. Tre ud af fire informanter foretrak at blive interviewet i eget hjem, hvilket kan bidrage til at informanterne var trygge ved omgivelserne og dermed at informanterne var trygge ved at tale om deres situation. Den fjerde informant valgte at interviewet skulle foregå i lokaler tilhørende Kræftens Bekæmpelse, hvilket var et sted hun var vant til at komme. Dette kan ligeledes have bidraget til den trygge stemning. Herudover vurderes det at informanterne var trygge i interviewsituationen, idet informanterne på forhånd var bekendt med formålet med interviewene samt at de på forhånd var informeret om at det var begge specialegruppemedlemmer, der var til stede i interviewsituationen. Omvendt kan den trygge stemning være påvirket af at interviewene blev optaget, idet optagelse kan medvirke til en kunstig og opstillet situation. Dog vurderes det at informanterne ikke blev påvirket af at interviewene blev optaget, idet de fremtrådte rolige og afslappede i interviewsituationen. Det kan heraf vurderes at der gennem interviewene er opnået troværdig viden, idet informanterne vurderes at være trygge i interviewsituationen samt har udvist tillid til specialegruppen.

Det kan diskuteres om svar på spørgsmål vedrørende temaerne fremmende og hæmmende faktorer, er påvirket af specialegruppen, idet spørgsmålene af nogle informanter blev opfattet som svære at svare på. Derfor var det nødvendigt at give eksempler på nogle af disse spørgsmål,

hvorved der var risiko for at informanterne svarede i retning af eksemplet. Dog vurderes at dette ikke var tilfældet, idet informanterne svarede ud fra eget perspektiv.

Idet en af informanterne var førtidspensionist, kan det diskuteres om vedkommende kan bidrage med viden om problemstillingen, idet informanten ikke længere er tilknyttet arbejdsmarkedet. Dog vurderes at informanten bidrager med perspektiver på problemstillingen, idet hun har været tilknyttet arbejdsmarkedet efter diagnose og behandling og kan dermed beskrive sine oplevelser af senfølger og tilknytning til arbejdsmarkedet.

Med afsæt i det kvalitative interview, kan det diskuteres om en anden interviewform, eksempelvis fokusgruppeinterview, havde givet et andet perspektiv på problemstillingen. Dette med udgangspunkt i at fokusgruppeinterview kunne have bidraget til viden på gruppeniveau om et specifikt emne (Halkier 2015). Fokusgrupper er fordelagtige at anvende hvis målet er at producere data om sociale gruppers normer, interaktioner og opfattelse (Halkier 2015). Fokusgruppeinterview kan bidrage til at få informanternes perspektiv på de normer og opfattelser, der er tilstede hos personer med senfølger med tilknytning til arbejdsmarkedet. Fokusgrupper egner sig ikke til at opnå viden om personers livsverden (Halkier 2015). På baggrund af dette kan det vurderes at fokusgruppeinterviews ikke kan bidrage med det perspektiv på problemstillingen, som er ønsket for specialet. I forlængelse heraf vurderes at de semistrukturerede interviews kan bidrage til besvarelse af problemformuleringen, idet det med denne tilgang er muligt for informanterne at beskrive deres oplevelser af senfølger og tilknytning til arbejdsmarkedet.

## Transskription

I specialet er der anvendt en transskriptionsprocedure til transskribering, hvilket bidrager til ensartet transskribering. Transskriptionsproceduren, som ses i figur 4 i Kapitel 6 – Transskription, bidrager således til troværdighed og bekræftbarhed. Idet en mængde information risikeres at gå tabt i overgangen fra mundtlig til skriftlig form (Tanggaard & Brinkmann 2015), kan det diskuteres om meningen i informanternes beskrivelser går tabt ved transskription. Ligeledes er det svært at afgøre hvor kommaer og punktummer skal sættes i transskriptionen, idet talesproget anvender ufuldendte sætninger og det er muligt at vende tilbage til uafsluttede sætninger (Tanggaard & Brinkmann 2015). Derfor kan kommaer og punktummer risikeres at påvirke opfattelsen af informanternes beskrivelser. Yderligere er kropssprog og ironi vanskeligt at transskribere (Tanggaard & Brinkmann 2015), hvilket ligeledes kan påvirke opfattelsen af informanternes beskrivelser. På baggrund heraf kan det således vurderes at der til enhver tid vil

være risiko for at informationer går tabt ved transskribering. På trods af dette anses den valgte transskriptionsmetode som brugbar til sikring af meningsindholdet i interviewene. Transskriptionsproceduren er gennemsigtig og bidrager derved til troværdighed. Yderligere vurderes at troværdigheden af transskriptionerne er styrket ved at disse blev udført umiddelbart efter interviewene blev foretaget.

## Teori

I diskussion af resultater er teorier af Goffman (Goffman 2009) og Antonovsky (Antonovsky 2000) anvendt til at give et nuanceret perspektiv på resultaterne. Idet specialet er udarbejdet med en fænomenologisk tilgang, er det kategorierne fra den systematiske tekstkondenserings fjerde trin i specialets problembearbejdning, som har været determinerende for hvilke teorier der er anvendt. Der er således anvendt en induktiv tilgang til teorivalg, idet teorierne udvælges på baggrund af resultater (Thagaard 2015) s. 180.

Det kan diskuteres om Goffmans teori om miskrediterede og potentielt miskrediterede (Goffman 2009) s. 83 kan belyse personer med senfølgers udfordringer og tilknytning til arbejdsmarkedet, idet disse teorier inddrager andre personers syn på senfølger udover blot personer med senfølger. I specialet inddrages udelukkende personer med senfølgers perspektiv på hvordan de har en opfattelse af hvordan andre ser på dem. Derfor indgår andre personers perspektiver på personer med senfølger ikke direkte. På trods af dette vurderes det at personer med senfølger har beskrevet hvordan de oplever at andre opfatter dem, og derfor er det muligt at diskutere med Goffmans teori om miskrediterede og potentielt miskrediterede. I sammenhæng med teorierne om miskrediterede og potentielt miskrediterede, kan Antonovskys teori om meningsfuldhed (Antonovsky 2000) s. 36 bringe et yderligere perspektiv til personer med senfølgers oplevelse af senfølger og tilknytning til arbejdsmarkedet, idet arbejde anses som en meningsfuld aktivitet, som det er muligt at engagere sig følelsesmæssigt i. I tillæg til dette, diskuteres hvorvidt det er muligt at personer med senfølger kan miskreditere sig selv, hvilket tager udgangspunkt i specialegruppens opfattelse af Goffmans teori om miskreditering. Derfor blev Antonovskys teori om håndterbarhed (Antonovsky 2000) s. 36 anvendt i sammenhæng med dette, idet denne teori stemmer overens med hvordan personer med senfølger ikke havde kontrol over deres ændrede liv, hvorfor de var i risiko for at miskreditere sig selv. Det ses heraf hvordan Goffmans og Antonovskys teorier (Goffman 2009; Antonovsky 2000) kan supplere hinanden til nuancerede perspektiver på personer med senfølgers beskrivelser af deres oplevelser med tilknytning til arbejdsmarkedet. Personer med senfølgers ændrede liv blev i tillæg hertil

diskuteret med Goffmans teori om personlig og social identitet (Goffman 2009) s. 92, hvilket kan nuancere en eventuel uoverensstemmelse mellem hvordan personer med senfølger oplevede egen identitet samt hvordan andre personer opfattede dem. Personlig og social identitet afhænger af personer med senfølgers valg af at afsløre eller hemmeligholde deres senfølger, hvilket kan ses i sammenhæng med Goffmans teori om synlighed og social information (Goffman 2009) s. 92. Disse teorier kan yderligere ses i sammenhæng med teorierne om miskrediterede og potentielt miskrediterede, hvorfor synlighed af senfølger påvirker personer med senfølgers risiko for at blive miskrediterede og potentielt miskrediterede. Heraf kan Goffmans teori ses som en nuancering af de udfordringer personer med senfølger oplever i relation til senfølger og tilknytning til arbejdsmarkedet. Dette ses i sammenhæng med Antonovskys teori om begribelighed (Antonovsky 2000) s. 35, idet denne teori omfatter personer med senfølgers opfattelse af senfølger som sammenhængende og kognitivt forståelige eller kaotiske og uforklarlige. Det ses heraf at Antonovsky kan supplere og nuancere Goffmans teoretiske perspektiver, hvorfor begge teorier i samspil kan bidrage med et nuanceret perspektiv på personer med senfølgers ændrede situation. Desuden anvendes Goffmans teori om stereotype opfattelser (Goffman 2009) s. 92 til at nuancere opfattelsen af at være kræftfri, idet personer med senfølger ikke kan leve op til de stereotype opfattelser om at kræftfri er ensbetydende med at være rask. Stereotype opfattelser kan være medvirkende til miskreditering og potentiel miskreditering, hvilket kan føre til stigmatisering af personer med senfølger. Teorien om stigmatisering (Goffman 2009) s. 84 belyser udfordringer som personer med senfølger kan opleve, hvorfor teorien kan bidrage med et nuanceret perspektiv på den manglende forståelse, personer med senfølger kan risikere at møde i arbejdssammenhænge. Yderligere anvendes Antonovskys teori om oplevelse af sammenhæng (Antonovsky 2000) s. 37, hvilket har bidraget til at nuancere hvordan personer med senfølgers oplevelse af sammenhæng kan udgøre fremmende eller hæmmende faktorer for tilknytning til arbejdsmarkedet.

Goffmans teorier (Goffman 2009) er ikke udviklede med henblik på senfølger, men det er vurderet at de er anvendelige til personer med senfølgers udfordringer med tilknytning til arbejdsmarkedet, idet teorierne af Goffman kan nuancere personer med senfølgers oplevelser med tilknytning til arbejdsmarkedet. Dette med baggrund i at stigma relateret til sygdom har en afgørende indvirkning på hvordan personer med senfølger oplever sig selv samt hvordan de håndterer deres livssituation, som indebærer at skulle leve med senfølger efter kræftsygdom (Kristiansen & Jacobsen 2010). I tillæg til dette kan Antonovskys teorier om meningsfuldhed, håndterbarhed og begribelighed, som udgør oplevelse af sammenhæng (Antonovsky 2000) s.

37 ses i forbindelse med udfordringerne forbundet med tilknytning til arbejdsmarkedet for personer med senfølger.

Det vurderes at teorierne af Goffman (Goffman 2009) og Antonovsky (Antonovsky 2000) kan supplere hinanden og dermed nuancere personer med senfølgers perspektiver på tilknytning til arbejdsmarkedet, hvilket bidrager til troværdigheden og bekræftbarheden ved anvendelsen af teorierne i specialets diskussion af resultater.

## Kapitel 10 - Forandringsperspektiv

---

På baggrund af problembearbejdningen og diskussion af resultater, blev behov for forandring identificeret. Derfor vil Precede-Proceed-modellen præsenteres som struktur for forandring af initiativer til personer med senfølger og tilknytning til arbejdsmarkedet. Efterfølgende diskuteres tilsigtede og utilsigtede konsekvenser for forandring, og på baggrund heraf opstilles handleanvisninger.

### Precede-Proceed-modellen

Gennem specialet er de første fire faser af modellen blevet afdækket. Idet fase 5-8 indeholder implementering og evaluering er det på baggrund af specialets rammer ikke muligt at udføre disse faser i specialet. Derfor vil der i disse faser blot indgå forslag til hvordan forandring af initiativer for personer med senfølger og tilknytning til arbejdsmarkedet kan implementeres og evalueres. Yderligere er økonomi uden for rammen af dette speciale, hvorfor der ikke indgår overvejelser om ressourceforbrug i forbindelse med forslag til implementering og evaluering af initiativet.

#### Fase 1 - Social vurdering

Fase 1 indebærer den sociale vurdering og udgøres af specialets problemanalyse, idet denne har til formål at fremanalysere problemstillinger og heraf afgrænse til en specifik problemstilling for en specifik gruppe af personer. På baggrund heraf er de sociale omgivelser afgrænset til personer med senfølger samt fremmende og hæmmende faktorer forbundet med tilknytning til arbejdsmarkedet. I fase 1 afgrænses de sociale omgivelser til en gruppe af personer, som deler specifikke karakteristika, hvilket udgør den sociale vurdering (Sallis et al. 2008) s. 411. Idet problemanalysen udgør den sociale vurdering, har det ikke været muligt at opnå indgående kendskab til personer med senfølger i denne fase. Ideelt set havde interviews i denne fase bidraget med et indgående kendskab til ressourcer og vilje til forandring hos personer med senfølger (Sallis et al. 2008) s. 411.

#### Fase 2 – Epidemiologiske, adfærdsmæssige og omgivelsesmæssige faktorer

Faktorerne i fase 2 blev i specialet afdækket af den systematiske litteratursøgning og de fire interviews. Således er fase 2 afdækket ved bidrag fra personer med senfølger, som har eller har

haft tilknytning til arbejdsmarkedet efter kræftsygdom. Denne fase omfatter helbred og prioritering, samt adfærds- og omgivelsesmæssige faktorer (Sallis et al. 2008) s. 412. De epidemiologiske faktorer blev identificeret til at indeholde fysiske, psykiske samt sociale senfølger. Adfærdsmæssige faktorer blev udgjort af bekymring om tilknytning til arbejdsmarkedet samt bekymring om andres opfattelser heraf. Tillige blev de adfærdsmæssige faktorer udgjort af behov for en ændret fritid, herunder et større behov for afslapning. Yderligere fremkom at en adfærdsmæssig faktor bestod i at flere måtte ændre arbejdsplads og/eller arbejdsfunktion. De omgivelsesmæssige faktorer indebærer arbejdsopgaver samt varierende indstilling og forståelse fra kollegaer og ledelse.

### Fase 3 – Uddannelsesmæssige og økologiske faktorer

Faktorer i fase 3 blev som i fase 2 afdækket af den systematiske litteratursøgning og de fire interviews, hvorfor personer med senfølger har bidraget med perspektiver på tilknytning til arbejdsmarkedet i denne fase. Fase 3 har fokus på de disponerende, forstærkende og muliggørende faktorer, som har indflydelse på om forandring bliver en realitet (Sallis et al. 2008) s. 415. På baggrund heraf fandtes at disponerende faktorer bestod af personer med senfølgers indstilling til den ændrede situation samt viden om senfølgers betydning for arbejdsmarkedet. Forstærkende faktorer udgøres af kollegaer og ledelses indstilling, vilje til tilpasninger og justeringer på arbejdspladsen samt at kontakten til arbejdspladsen blev opretholdt under sygemelding. Yderligere blev muliggørende faktorer beskrevet som fleksjob og nedsat tid.

### Fase 4 – Administrative og politiske faktorer samt justering af initiativ

Faktorer i fase 4 blev identificeret gennem problembearbejdningen af den systematiske litteratursøgning og interviews. I denne fase bør indgå overvejelser om hvorvidt organisatoriske rammer samt om det er personen med senfølger, kollegaer, familiemedlemmer eller andre nærtstående personer, der kan påvirke det ønskede resultat (Sallis et al. 2008) s. 416. De identificerede faktorer udgøres af nødvendige ressourcer, barrierer, facilitatorer og politikker (Sallis et al. 2008) s. 416. Gennem specialets problembearbejdning fremgik at mulighed for nedsat tid, tilpasning og justering af arbejdsopgaver samt fleksjob kan identificeres som værende både ressourcer, facilitatorer og politikker. Yderligere ses førtidspension som en mulig løsning på tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet. Manglende information om senfølger og påvirkning af senfølger på tilknytning til arbejdsmarkedet kan ses som barrierer, som kan påvirke tilknytning til arbejdsmarkedet. Dette på baggrund af at personer med senfølger kan have en opfattelse af at

egen arbejdsevne er den samme som før diagnosticering og behandling af kræftsygdom. Herudover kan manglende information om senfølger medvirke til at der ikke er forståelse og anerkendelse for senfølgerne på arbejdspladsen. Herunder vurderes at kollegaer og ledelses opfattelse af at kræftfri er ensbetydende med at være rask, kan have indflydelse på personer med senfølgers tilknytning til arbejdsmarkedet, idet at kollegaer og ledelse kan være af den opfattelse at personer, som er erklæret kræftfri er raske og derfor besidder samme arbejdsevne som før diagnosticering og behandling af kræftsygdom. Dette kan derfor påvirke personer med senfølgers tilknytning til arbejdsmarkedet, idet de ikke er raske på trods af at være kræftfri.

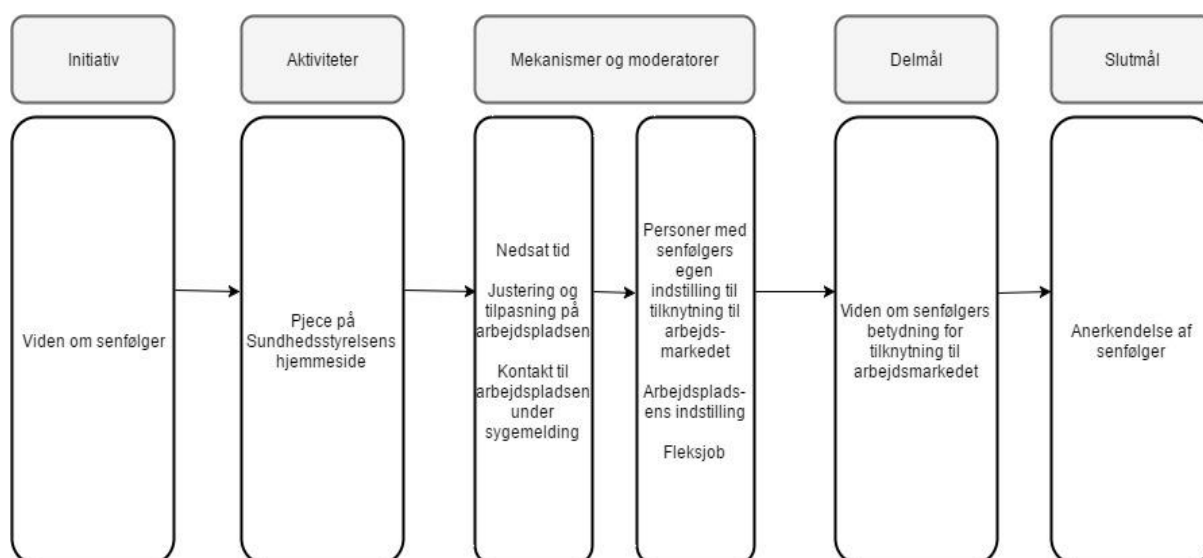
Opsummerende for de første fire faser fremgår det, at forandring bør tage udgangspunkt i personer med senfølger og tilknytning til arbejdsmarkedet. Forandring kan således tage udgangspunkt i sundhedsfremme, idet målet for sundhedsfremme er at øge personers oplevelse af sammenhæng, herunder begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed (Kamper-Jørgensen & Jensen 2011). Det sundhedsfremmende arbejde er baseret på mulighedstænkning og er forankret i erfaringer og oplevelse af sammenhæng (Kamper-Jørgensen & Jensen 2011). Derfor kan forandring af initiativer til personer med senfølger og tilknytning til arbejdsmarkedet tage udgangspunkt i at udbrede viden om senfølger samt udfordringer forbundet med tilknytning til arbejdsmarkedet hos personer med senfølger. Dette med udgangspunkt i at det vurderes at viden om senfølger og udfordringer forbundet hermed, bidrager til en oplevelse af sammenhæng, idet senfølger og udfordringer forbundet hermed bliver begribelige, meningsfulde og håndterbare (Antonovsky 2000) s. 37. Samtidig vurderes det, at det ikke kun er personer med senfølger, som bør opnå viden om senfølger og udfordringer forbundet hermed, men også de personer som personen med senfølger omgiver sig med i forhold til tilknytning til arbejdsmarkedet, herunder kollegaer, ledelse og samarbejdspartnere. I tillæg til dette bør viden om senfølger og udfordringer forbundet hermed også opnås af professionelle, som rådgiver om senfølger og tilknytning til arbejdsmarkedet. Professionelle kan eksempelvis bestå af lægefagligt personale og kommunale sagsbehandlere. Målet med det sundhedsfremmende initiativ er at opnå at personer med senfølger får viden om og anerkender senfølgerne samt at professionelle og personer i arbejdsregi ligeledes opnår viden om og anerkendelse af senfølger. Viden og anerkendelse af senfølger kan medføre at nedsat tid, fleksjob og andre arbejdstilpasninger bliver anerkendte muligheder for personer med senfølgers tilknytning til arbejdsmarkedet. Denne viden kan eksempelvis komme til udtryk gennem en pjece, som kan rekvireres på Sundhedsstyrelsens hjemmeside, idet hjemmesiden er offentlig tilgængelig og dermed kan tilgås af personer med sen-



følger, kollegaer, arbejdsgivere, professionelle, frivillige foreninger samt andre aktører. En forudsætning for at det sundhedsfremmende initiativ lykkes er viden om årsagssammenhænge (Kamper-Jørgensen 2011). Årsagssammenhænge kan ses som at senfølger kan føre til udfordringer med tilknytning til arbejdsmarkedet, hvilket vurderes at være identificeret gennem de første fire faser af Precede-Proceed-modellen. En yderligere forudsætning for at det sundhedsfremmende initiativ lykkes er triangulering mellem det civile samfund, de offentlige myndigheder og det private marked (Kamper-Jørgensen 2011). Det civile samfund forstås bl.a. ved personer med senfølger, livsførelse og livsstil (Kamper-Jørgensen 2011). Offentlige myndigheder omfatter stat, region og kommune (Kamper-Jørgensen 2011). Det private marked udgøres bl.a. af erhvervsliv og dele af sundhedssektoren (Kamper-Jørgensen 2011). Triangulering af disse tre elementer kan ved at det civile samfund opnår viden om senfølgers betydning for tilknytning til arbejdsmarkedet, at offentlige myndigheder opnår viden om senfølgers betydning for tilknytning til arbejdsmarkedet og at det private marked opnår viden om senfølgers betydning for tilknytning til arbejdsmarkedet, bidrage til at det sundhedsfremmende initiativ lykkes (Kamper-Jørgensen 2011) og derved opnås viden om senfølgers betydning for tilknytning til arbejdsmarkedet, hvilket kan føre til anerkendelse af senfølger i forbindelse med tilknytning til arbejdsmarkedet.

### Fase 5 – Implementering

I denne fase er initiativet klar til at blive implementeret (Sallis et al. 2008) s. 416. Inden implementering kan finde sted, skal der foreligge en evalueringsplan, idet initiativet kræver kontinuerlig tilpasning (Crosby & Noar 2011). Derfor opstilles en programteori, for derigennem at identificere hvilke mekanismer og moderatorer, der kan påvirke viden og anerkendelse af senfølger. En programteori udgør således den tænkte vej fra initiativ til resultat (Dahler-Larsen 2015). En programteori forklarer derfor hvordan initiativet omsættes til resultater (Dahler-Larsen 2009). Med en programteori bliver det således muligt systematisk at undersøge hvert led i initiativet (Dahler-Larsen 2009). Målet med programteorien er ikke blot at bekræfte den, men programteorien giver mulighed for at der kan opstilles forslag til forbedringer i initiativet (Dahler-Larsen 2009). Den opstillede programteori indeholder initiativ, aktiviteter, mekanismer og moderatorer, delmål samt slutmål (Dahler-Larsen 2009) og ses i figur 8.



Figur 8 Forslag til programteori.

Initiativ i programteorien består af at viden om senfølger udbredes. Aktivitet omfatter en pjece på Sundhedsstyrelsens hjemmeside indeholdende information om senfølger og betydning af disse for tilknytning til arbejdsmarkedet. Mekanismer udgøres af nedsat tid, justering og tilpasning på arbejdspladsen samt kontakt til arbejdspladsen under sygemelding. Moderatorer omfatter personer med senfølgers egen indstilling til tilknytning til arbejdsmarkedet, arbejdspladsens indstilling samt fleksjob. Delmål udgøres af viden om senfølgers betydning for tilknytning til arbejdsmarkedet. Slutmål indebærer anerkendelse af senfølger. Forslaget til den opstillede programteori danner udgangspunkt for de næste tre faser af Precede-Proceed-modellen.

## Fase 6 – Procesevaluering

Selvom der er beskrevet en udførlig plan for implementering og evaluering af initiativet, er det ikke nødvendigvis ensbetydende med at udførelsen af initiativet følger planen (Crosby & Noar 2011). Idet der er opmærksomhed på at der er behov for kontinuerlig monitorering (Crosby & Noar 2011), kan denne opgave varetages af en projektleder, som har ansvaret for at initiativet forløber planmæssigt, hvilket indebærer at pjecen bliver offentlig tilgængelig på Sundhedsstyrelsens hjemmeside. Projektlederen bør i forbindelse med dette være opmærksom på at der kan opstå uforudsete hændelser undervejs i processen på trods af den udførlige plan for implementering og evaluering af initiativet.

### Fase 7 – Virkningsevaluering

Fokus for denne fase er de i fase 3 fundne disponerende, muliggørende og forstærkende faktorer, idet disse faktorer er direkte kontrollerbare (Crosby & Noar 2011). Disponerende faktorer udgøres af personer med senfølgers indstilling til den ændrede situation samt viden om senfølgers betydning for arbejdsmarkedet. Forstærkende faktorer indeholder kollegaer og ledelsesindstilling, vilje til tilpasninger og justeringer på arbejdspladsen samt at kontakten til arbejdspladsen blev opretholdt under sygdom. Muliggørende faktorer blev beskrevet som fleksjob og nedsat tid. I initiativet er det dog ikke muligt direkte at kontrollere alle disse faktorer. Den disponerende faktor som direkte kan kontrolleres med initiativet er viden om senfølgers betydning for tilknytning til arbejdsmarkedet. Med udgangspunkt i at initiativet omfatter viden om senfølger og betydningen af disse i forbindelse med tilknytning til arbejdsmarkedet, er det usikkert om de resterende disponerende, forstærkende og muliggørende faktorer udover viden om senfølgers betydning for arbejdsmarkedet, direkte kan kontrolleres i initiativet.

### Fase 8 – Evaluering af slutmål

Et succesfuldt sundhedsfremmende initiativ kan have direkte sammenhæng med forbedret helbred (Crosby & Noar 2011). Initiativet omfattende viden om senfølger og betydningen af disse for tilknytning til arbejdsmarkedet, vurderes ikke at have direkte sammenhæng med helbred, men nærmere indirekte sammenhæng, idet sundhedssynet i specialet indeholder at tilknytning til arbejdsmarkedet skaber sundhed ved at give mulighed for et socialt og økonomisk produktivt liv jf. Kapitel 2 - Sundhedssyn.

Ideelt set bliver programteorien revideret i denne fase hvis der gennem evaluering findes anledning til hertil (Dahler-Larsen 2015), men idet at implementering og evaluering af initiativet ligger uden for rammen af specialet, er dette ikke muligt. Programteorien revideres således i det tilfælde at der gennem evaluering blev identificeret behov for ændring af mekanismer og/eller moderatorer. En revideret programteori kan således forklare hvilke mekanismer og moderatorer, der fører til succesfuld opnåelse af slutmålet.

### Tilsigtede og utilsigtede konsekvenser ved initiativet

Forandringsperspektivet kan ses i relation til sociolog Robert K. Mertons forståelse af tilsigtede og utilsigtede konsekvenser ved intenderet social handling (Merton 1936). I initiativet som indebærer viden om senfølger og betydningen af disse for tilknytning til arbejdsmarkedet, er

det derfor væsentligt at medtænke at der udover de tilsigtede konsekvenser, kan opstå utilsigtede konsekvenser, som kan være negative eller positive og kan bidrage med yderligere perspektiver på det sundhedsfremmende initiativ.

### Tilsigtede konsekvenser

Konsekvenser ved intenderet social handling refererer til et ønsket udfald af en handling, og er dermed en tilsigtet konsekvens (Merton 1936). Det ønskede udfald af initiativet er således at personer med senfølger samt arbejdsgivere og arbejdstagere kan opnå viden om senfølger, hvilket kan føre til anerkendelse af disse.

### Utilsigtede konsekvenser

Utilsigtede konsekvenser omfatter et uønsket udfald af en intenderet social handling (Merton 1936). En utilsigtet konsekvens ved initiativet kan med udgangspunkt i Goffmans teori om miskreditering og potentiel miskreditering, udgøres af at øget viden ikke nødvendigvis fører til accept (Goffman 2009) s. 94. Yderligere kan øget viden om senfølger medføre miskreditering, idet senfølger kan ses som en miskrediterende egenskab (Goffman 2009) s. 83. I tillæg til dette kan en yderligere utilsigtet konsekvens udgøres af at arbejdsgivere ikke vil ansætte personer der har haft kræft og er kræftfri, idet øget viden om senfølger kan medføre at kræftfri betyder at personen har senfølger og dermed kan have nedsat arbejdsevne. Dette medfører at differentiering af personer med senfølger og personer, der er kræftfri uden senfølger, er udfordrende for arbejdsgivere, kollegaer og samarbejdspartnere. Dette kan ses i sammenhæng med sygeliggørelse, idet dette indebærer en fejlagtig forestilling om at personen er alvorligt syg (Holtug et al. 2009) s. 14. Den fejlagtige forestilling indebærer at senfølger er ensbetydende med at være så alvorlig syg at det ikke er muligt at opretholde tilknytning til arbejdsmarkedet eller have væsentlig nedsat arbejdsevne. Denne utilsigtede konsekvens skal dog ses i relation til at nogle personer, der oplever senfølger ikke har mulighed for at opretholde tilknytning til arbejdsmarkedet. Initiativet kan ligeledes ses i relation til boomerangeffekten, idet denne indebærer at initiativet leder til den modsatte effekt end den intenderede (Ringold 2002). Øget viden om senfølger kan med udgangspunkt i boomerangeffekten således medvirke til at personer med senfølger er uønskede på arbejdsmarkedet. Med udgangspunkt i begrebet health literacy (Pleasant & Kuruvilla 2008) er en yderligere utilsigtet konsekvens ved initiativet at information om senfølgers betydning for tilknytning til arbejdsmarkedet ikke tilegnes og omsættes til viden. Health literacy er en kompetencebaseret proces, som indebærer at personer kan tilegne sig information og omsætte denne til viden (Pleasant & Kuruvilla 2008).

Utilsigtede konsekvenser, er dog ikke altid negative (Merton 1936). En positiv utilsigtet konsekvens kan således være at senfølgers betydning for tilknytning til arbejdsmarkedet får større opmærksomhed i bl.a. Senfølgerforeningen. En yderligere positiv utilsigtet konsekvens kan ses på baggrund af Antonovskys teori om oplevelse af sammenhæng, idet viden om senfølger kan føre til begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed (Antonovsky 2000) s. 37.

Det er heraf vigtigt at overveje utilsigtede konsekvenser i forbindelse med sundhedsfremmende initiativer, idet negative utilsigtede konsekvenser kan besværliggøre de tilsigtede konsekvenser. Desuden bør tilsigtede konsekvenser overstige de utilsigtede konsekvenser ved initiativet (Merton 1936).

## Handleanvisninger for forandring

I det følgende vil handleanvisninger tage udgangspunkt i initiativet, som derved kan bidrage til et beslutningsgrundlag. Af initiativet fremgår det at der er behov for viden om senfølgers betydning for tilknytning til arbejdsmarkedet, herunder at personer med senfølger, kollegaer, ledelse, samarbejdspartnere og professionelle eksempel lægefagligt personale og kommunale sagsbehandlere, får viden herom. Det anbefales derfor at nedenstående handleanvisninger følges:

- Viden om senfølgers betydning bør udbredes
- Fokus på mulighed for nedsat tid, fleksjob samt tilpasninger og justeringer på arbejdspladsen bør udbredes
- Triangulering mellem det civile samfund, offentlige myndigheder og det private marked bør tilstræbes (Kamper-Jørgensen 2011).

Handleanvisningerne kan følges ved at information om senfølgers betydning for tilknytning til arbejdsmarkedet kan tilegnes gennem en pjece, som kan rekvireres på Sundhedsstyrelsens hjemmeside. Handleanvisningerne bidrager således til at det er muligt at opnå viden om senfølgers betydning for tilknytning til arbejdsmarkedet og herigennem mulighed for anerkendelse af senfølger.

## Kapitel 11 - Konklusion

---

Følgende kapitel har til hensigt at besvare specialets problemformulering som er følgende:

*Hvordan kan en beskrivelse af oplevede fremmende og hæmmende faktorer relateret til tilknytning til arbejdsmarkedet hos personer med senfølger efter kræftsygdom, bidrage til et beslutningsgrundlag for forandring af et initiativ?*

Problemformuleringen er søgt besvaret ved en fænomenologisk tilgang i en kvalitativ undersøgelse, hvori systematisk litteratursøgning samt fire interviews indgik. På baggrund af specialets problembearbejdning blev inddraget teorier af Goffman (Goffman 2009) og Antonovsky (Antonovsky 2000). Der blev heraf identificeret et forandringsperspektiv.

Gennem specialets problembearbejdning fremkom personer med senfølgers oplevelser af tilknytning til arbejdsmarkedet, herunder fremmende og hæmmende faktorer. Fremmende faktorer for tilknytning til arbejdsmarkedet konkluderes at være muligheden for nedsat tid, fleksjob, tilpasninger og justeringer på arbejdspladsen samt støtte fra kollegaer og ledelse. Yderligere konkluderes at hæmmende faktorer består af senfølger, førtidspension, manglende anerkendelse af senfølger og herunder manglende anerkendelse af at være kræftfri, men ikke rask, samt manglende viden om senfølgers betydning for tilknytning til arbejdsmarkedet. De hæmmende faktorer førte således til behov for et forandringsperspektiv, hvori følgende handleanvisninger til forandring fremgik:

- Viden om senfølgers betydning bør udbredes
- Fokus på mulighed for nedsat tid, fleksjob samt tilpasninger og justeringer på arbejdspladsen bør udbredes
- Triangulering mellem det civile samfund, offentlige myndigheder og det private marked bør tilstræbes (Kamper-Jørgensen 2011).

I forbindelse med forandring er det væsentligt at medtænke at udover de tilsigtede konsekvenser ved initiativet, bør utilsigtede konsekvenser medtænkes (Merton 1936), idet de kan besværliggøre personer med senfølgers tilknytning til arbejdsmarkedet.

Det konkluderes på baggrund af specialet, at der er behov for viden om senfølger og betydningen af disse for tilknytning til arbejdsmarkedet. Denne viden skal ikke blot gives til personer med senfølger, men også til kollegaer, ledelse, samarbejdspartnere og professionelle eksempelvis lægefagligt personale og kommunale sagsbehandlere. Dette med udgangspunkt i at viden

kan føre til anerkendelse af senfølger. Dette speciale kan således bidrage til et beslutningsgrundlag i relation til personer med senfølger og tilknytning til arbejdsmarkedet.

## Kapitel 12 - Referenceliste

---

- Adamsen, L. et al., 2004. Transforming the nature of fatigue through exercise: Qualitative findings from a multidimensional exercise programme in cancer patients undergoing chemotherapy. *European Journal of Cancer Care*, 13(4), pp.362–370.
- Alfano, C.M. & Rowland, J.H., 2006. Recovery Issues in Cancer Survivorship Recovery Issues in Cancer Survivorship : A New Challenge for Supportive Care. *Palliative and supportive care*, (July), pp.432–444.
- Antonovsky, A., 2000. *Helbredets mysterium 2. oplag.*, København: Hans Reitzels Forlag.
- Aziz, N.M., 2007. Cancer survivorship research: state of knowledge, challenges and opportunities. *Acta oncologica (Stockholm, Sweden)*, 46(4), pp.417–32.
- Beskæftigelsesministeriet, Fleksjob. Available at: [http://bm.dk/da/Beskaeftigelsesomraadet/Flere i arbejde/Fleksjob.aspx](http://bm.dk/da/Beskaeftigelsesomraadet/Flere_i_arbejde/Fleksjob.aspx) [Accessed February 9, 2017].
- Blaney, J. et al., 2011. Cancer survivors' exercise barriers, facilitators and preferences in the context of fatigue, quality of life and physical activity participation: a questionnaire-survey. *Psycho-Oncology*, 19(4)(October 2011), pp.186–194.
- Brearley, S.G. et al., 2011. The physical and practical problems experienced by cancer survivors: A rapid review and synthesis of the literature. *European Journal of Oncology Nursing*, 15(3), pp.204–212.
- Brinkmann, S., 2015. Etik i en kvalitativ verden. In S. Brinkmann & L. Tanggaard, eds. *Kvalitative metoder : en grundbog*. Forfatterne og Hans Reitzels Forlag, pp. 463–479.
- Buus, N. et al., 2008. Litteratursøgning i praksis-begreber, strategier og modeller. *Sygeplejersken*, pp.1–8.
- Carlsen, K., 2013. Arbejdsliv. In C. Johansen, ed. *Kræft - Senfølger og rehabilitering*. Hans Reitzels Forlag, pp. 306–321.
- Christensen, U., Nielsen, A. & Schmidt, L., 2015. Det kvalitative forskningsinterview. In S. Vallgård & L. Koch, eds. *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab*. København: Munksgaard, pp. 61–89.
- Crosby, R. & Noar, S.M., 2011. What is a planning model? An introduction to PRECEDE-PROCEED. *Journal of Public Health Dentistry*, 71(SUPPL. 1).
- Dahler-Larsen, P., 2015. Evaluering. In S. Brinkmann & L. Tanggaard, eds. *Kvalitative metoder*. Hans Reitzels Forlag, pp. 181–196.
- Dahler-Larsen, P., 2009. Opskrift på virkningsevaluering. In P. Dahler-Larsen & H. Kathrine Krogstrup, eds. *Nye Veje i Evaluering*. København: Academica, pp. 51–79.
- Doyle, N., 2008. Cancer survivorship: Evolutionary concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 62(4), pp.499–509.
- Dreyer, P. & Sestoft, B., 2016. *Projektarbejde i Sundhedsvæsenet - fra ide til implementering* 1. udgave., København: Forfatterne og Munksgaard.



- Duijts, S.F.A. et al., 2014. Physical and psychosocial problems in cancer survivors beyond return to work: A systematic review. *Psycho-Oncology*, 23(5), pp.481–492.
- Elsass, P., 2013. Angst og depression. In C. Johansen, ed. *Kræft - Senfølger og rehabilitering*. Hans Reitzels Forlag.
- Eriksen, M.B., Christensen, J.B. & Frandsen, T.F., 2016. Embase er et centralt værktøj til medicinsk litteratursøgning. *Ugeskrift for læger*, (august 2016), pp.2–6.
- Europakommissionen, 2014. *Rapport fra Kommissionen til Europa-parlamentet, Rådet, Det Europæiske Økonomiske og Sociale udvalg og Regionsudvalget*,
- Fauske, L. et al., 2015. Cured of primary bone cancer, but at what cost: A qualitative study of functional impairment and lost opportunities. *Sarcoma*, 2015.
- Goffman, E., 2009. *Stigma. Om afvigerens sociale identitet.*, Frederiksberg: Samfundslitteratur.
- Gut, R., Fuglsang, M. & Rimdal, B., 2011. *Spørg brugerne - en guide til kvalitative og kvantitative brugerundersøgelser i sundhedsvæsenet*,
- Halkier, B., 2015. Fokusgrupper. In S. Brinkmann & L. Tanggaard, eds. *Kvalitative metoder: En grundbog*. Letland: Hans Reitzels Forlag, pp. 137–151.
- Holtug, N. et al., 2009. *Etik i forebyggelse og sundhedsfremme*,
- Høybye, M.T. et al., 2008. Research in Danish cancer rehabilitation: social characteristics and late effects of cancer among participants in the FOCARE research project. *Acta oncologica*, 47(May 2016), pp.47–55.
- Høyer, K., 2015. Hvad er teori, og hvordan forholder teori sig til metode? In S. Vallgård & L. Koch, eds. *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab*. København: Munksgaard, pp. 17–41.
- Jacobsen, B., Tanggaard, L. & Brinkmann, S., 2015. Fænomenologi. In S. Brinkmann & L. Tanggaard, eds. *Kvalitative metoder - en grundbog*. forfatterne og Hans Reitzels Forlag, pp. 217–239.
- Jensen, H.-H. & Svarre, H.M., 2005. Hvem tager sig af de kræftpatienter, som overlever men som betaler en pris for overlevelsen? *Lægemagasinet: for praktiserende læger*, 5, pp.8–9.
- Jensen, T.K. & Johnsen, T.J., 2001. Sundhedspædagogik og sund samtale. In *Sundhedsfremme i teori og praksis*. Aarhus: Forlaget Philosophia.
- Joanna Briggs Institute, 2014. *Reviewers' manual*, Adelaide: The Joanna Briggs Institute. Available at: [www.joannabriggs.org](http://www.joannabriggs.org).
- Johansen, C., 2013. Psyken. In *Kræft - Senfølger og rehabilitering*. København K: Hans Reitzels Forlag, pp. 209–218.
- Johansen, C., Sommer, C. & Larsen, H.M., 2016. De oversete senfølger efter kræft. *Sygeplejersken*, 1, pp.21–31.
- Juul, S., 2012. Fænomenologi. In *Samfundsvidenskabernes videnskabsteori*. København: Hans Reitzels Forlag, pp. 65–106.
- Juul, S. & Pedersen, K.B., 2012. Videnskabsteoretiske retninger og projektarbejdet. In S. Juul & K. B. Pedersen, eds. *Samfundsvidenskabernes videnskabsteori*. Forfatteren og Hans

- Reitzels Forlag, pp. 399–430.
- Kamper-Jørgensen, F., 2011. Det forebyggende sundhedsarbejde - internationale og nationale udviklinger. In F. Kamper-Jørgensen, G. Almind, & B. B. Jensen, eds. *Forebyggende sundhedsarbejde*. Munksgaard Danmark, pp. 43–66.
- Kamper-Jørgensen, F. & Jensen, B.B., 2011. Forebyggelsesbegreber og sundhedsbegreber. In F. Kamper-Jørgensen, G. Almind, & B. B. Jensen, eds. *Forebyggende sundhedsarbejde*. Munksgaard Danmark, pp. 21–42.
- Kiserud, C.E. et al., 2016. Pattern of employment and associated factors in long-term lymphoma survivors 10 years after high-dose chemotherapy with autologous stem cell transplantation. *Acta oncologica (Stockholm, Sweden)*, 55(5), pp.547–553.
- Kjaer, T.K. et al., 2011. Impact of symptom burden on health related quality of life of cancer survivors in a Danish cancer rehabilitation program: A longitudinal study. *Acta Oncologica*, 50(2), pp.223–232.
- Kleinman, A., 1981. *Patients and healers in the Context of Culture*, Berkeley: University of California Press.
- Kristensen, D.B., 2015. Fænomenologi. Filosofi, metode og analytisk værktøj. In *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab*. København: Munksgaard, pp. 182–204.
- Kristiansen, S. & Jacobsen, M.H., 2010. Erving Goffman. In P. T. Andersen & H. Timm, eds. *Sundhedssociologi - en grundbog*. forfatterne og Hans Reitzels Forlag, pp. 137–159.
- Kræftens Bekæmpelse, 2017. Alternativ behandling. Available at: <https://www.cancer.dk/hjaelp-viden/det-kan-du-selv-goere/alternativ-behandling/> [Accessed March 9, 2017].
- Kræftens Bekæmpelse, 2016a. Bivirkninger og senfølger. Available at: <https://www.cancer.dk/hjaelp-viden/kraeftbehandling/bivirkninger-senfolger/> [Accessed February 2, 2017].
- Kræftens Bekæmpelse, 2016b. Statistik om kræft - nøgletal. Available at: <https://www.cancer.dk/hjaelp-viden/fakta-om-kraeft/kraeft-i-tal/nogleletal/> [Accessed February 2, 2017].
- Kvale, S. & Brinkmann, S., 2009. *Interview 2*. udgave,, København: Hans Reitzels Forlag.
- Kyvik, K.O., 2015. Udvalgte love og regler for forskning med mennesker. In S. Vallgård & L. Koch, eds. *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab*. Munksgaard, pp. 330–348.
- Launsø, L., Rieper, O. & Olsen, L., 2011. *Forskning om og med mennesker* 6. udgave,, København K: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.
- Link, B.G. & Phelan, J.O., 2013. Social Conditions As Fundamental Causes of Disease Social Conditions as Fundamental Causes of Disease \*. , 35(1995), pp.80–94.
- Lund, H. et al., 2014. *Håndbog i litteratursøgning og kritisk læsning - Redskaber til evidensbaseret praksis* 1. udgave,, Munksgaard.
- Malterud, K., 2013. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring* 3. udgave,, Oslo: Universitetsforlaget.
- Merton, R.K., 1936. The Unanticipated Consequences of Purposive Social Action. *American*

- Sociological Review*, 1(6), pp.894–904.
- Mewes, J.C. et al., 2015. Return-to-work intervention for cancer survivors: budget impact and allocation of costs and returns in the Netherlands and six major EU-countries. *BMC cancer*, 15, p.899.
- Midtgaard, J., 2013. Fysisk træning. In *Kræft - Senfølger og rehabilitering*. København K: Hans Reitzels Forlag, pp. 261–283.
- Moher, D. et al., 2009. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement (Reprinted from *Annals of Internal Medicine*). *Physical Therapy*, 89(9), pp.873–880.
- Molina, R. et al., 2008. Employment in a cohort of cancer patients in Spain. A predictive model of working outcomes. *Clinical and Translational Oncology*, 10(12), pp.826–830.
- Nordcan, 2016. Cancer stat fact sheets - Denmark All sites. Available at: <http://www-dep.iarc.fr/NORDCAN/English/StatsFact.asp?cancer=510&country=208> [Accessed February 2, 2017].
- Næss, S. et al., 2001. *Livskvalitet som psykisk velvære* 1 udgave,, Oslo: NOVA.
- Pleasant, A. & Kuruvilla, S., 2008. A tale of two health literacies: Public health and clinical approaches to health literacy. *Health Promotion International*, 23(2), pp.152–159.
- Rasmussen, D.M. & Elverdam, B., 2008. The meaning of work and working life after cancer: An interview study. *Psycho-Oncology*, 17(12), pp.1232–1238.
- Richardson, a. et al., 2011. Knowledge, ignorance and priorities for research in key areas of cancer survivorship: findings from a scoping review. *British Journal of Cancer*, 105(S1), pp.82–94.
- Rienecker, L. & Stray Jørgensen, P., 2012. *Den gode opgave - håndbog i opgaveskrivning på videregående uddannelser* 4. udgave., Frederiksberg: Samfundslitteratur.
- Ringold, D.J., 2002. Effects in Response to Public Health Interventions: Some Unintended Consequences in the Alcoholic Beverage Market. *Journal of Consumer Policy*, 25(1), pp.27–63.
- Ringgaard, K.F., 2017. Fleksjob. *Kræftens Bekæmpelse*. Available at: <https://www.cancer.dk/hjaelp-viden/rettigheder/arbejde-pension/fleksjob/> [Accessed February 7, 2017].
- Sallis, J.F., Owen, N. & Fisher, E.B., 2008. *Ecological models of health behavior*,
- Schiermer, B., 2013. Til tingene selv - om hermeneutisk fænomenologi. In B. Scheirmer, ed. *Fænomenologi Teorier og metoder*. Forfatterne og Hans Reitzels Forlag, pp. 15–44.
- Sekse, R.J.T., Hufthammer, K.O. & Vika, M.E., 2015. Fatigue and quality of life in women treated for various types of gynaecological cancers: A cross-sectional study. *Journal of Clinical Nursing*, 24(3–4), pp.546–555.
- Senfølgerforeningen, Hjælp og rådgivning his du har senfølger. *Senfølgerforeningen - Et godt liv efter kræft*. Available at: <https://www.cancer.dk/senfoelger/hjaelp-og-radgivning/> [Accessed February 8, 2017a].
- Senfølgerforeningen, Om foreningen. *Senfølgerforeningen - Et godt liv efter kræft*. Available

- at: <https://www.cancer.dk/senfoelger/om-foreningen/> [Accessed February 8, 2017b].
- Smith, L. et al., 2017. Cancer survivors' attitudes towards and knowledge of physical activity, sources of information, and barriers and facilitators of engagement: A qualitative study. *European Journal of Cancer Care*, (December 2016), p.e12641.
- Stanton, A.L., Rowland, J.H. & Ganz, P.A., 2015. Life After Diagnosis and Treatment of Cancer in Adulthood. *American Psychologist*, 70(2), pp.159–174.
- Stergiou-Kita, M. et al., 2014. Qualitative meta-synthesis of survivors' work experiences and the development of strategies to facilitate return to work. *Journal of Cancer Survivorship*, 8(4), pp.657–670.
- Sundhedsstyrelsens råd vedr. alternativ behandling, Kræftens Bekæmpelse om alternativ behandling. Available at: <http://www.srab.dk/sundhed-sygdom/kraeft-og-alternativ-behandling/kraeftens-bekaempelse-om-alternativ-behandling/> [Accessed March 9, 2017].
- Tanggaard, L. & Brinkmann, S., 2015. Interviewet: Samtalen som forskningsmetode. In *Kvalitative metoder : en grundbog*. København: Hans Reitzels Forlag, pp. 29–53.
- Thagaard, T., 2015. *Systematik og indlevelse - En indføring i kvalitativ metode* 1. udgave,, Akademisk Forlag.
- Tong, A., Sainsbury, P. & Craig, J., 2007. Consolidated criterion for reporting qualitative research (COREQ): a 32- item checklist for interviews and focus group. *International Journal of Qualitative in Health Care*, 19(6), pp.349–357.
- Trill, M.D., 2013. Anxiety and sleep disorders in cancer patients. *EJC Supplements II*, pp.216–224.
- Vallgård, S., Diderichsen, F. & Jørgensen, T., 2014. *Sygdomsforebyggelse*, København: Munksgaard.
- Vandenbroucke, J. et al., 2007. Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE). *Epidemiology*, 18(6), pp.805–835.
- WHO, 2017. Cancer. Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/> [Accessed February 23, 2017].
- Aalborg Universitet, Persondata. Available at: <http://www.informationssikkerhed.aau.dk/persondata> [Accessed March 21, 2017].
- Aaronson, N.K. et al., 2014. Beyond treatment - Psychosocial and behavioural issues in cancer survivorship research and practice. *European Journal of Cancer, Supplement*, 12(1), pp.54–64.

## Kapitel 13 - Bilag

---

### Bilag 1 – Søgebilag

Følgende bilag beskriver den systematiske litteratursøgning. I hver database er udført bloksøgninger og kombinationssøgninger, hvilket fremgår af tabellerne tilhørende de respektive databaser.

#### Anvendte databaser

Database	Limits
Cinahl	Ingen limits anvendt
Embase	Ingen limits anvendt
PsychInfo	Ingen limits anvendt
Pubmed	Ingen limits anvendt

#### Søgestrategi

Den systematiske litteratursøgning er udført med tre bloksøgninger og en kombinationssøgning i hver database.

#### Søgning

I hver database er søgt på hvert af de forskellige søgeord. Det fremgår af tabellerne for hver database hvorvidt ordene findes som kontrolleret term og/eller fritekstord samt synonymer. Ligeledes angives antal hits for hvert søgeord i databasen, samt antal hits for kombinationssøgning med OR for hvert søgeord.

Yderligere er der for hver database foretaget kombinationssøgning med AND mellem blokkene.

#### Resultat af søgningen

Følgende ses en oversigt over bloksøgning og kombinationssøgning for hver database. Kombinationen af OR og AND fremgår af tabellerne. Ligeledes er angivet antal hits, dubletter samt hvor mange artikler, der blev vurderet relevante og ikke-relevante ud fra titel og abstract.

#### Cinahl søgning udført 24. april 2017

Bloksøgning	Blok 1	Blok 2	Blok 3
	"cancer survivors" (heading, major concept) 4.946	"late* effect*" (fritekst) 767	Work (heading, major concept) 1.891

<b>OR</b>	"cancer* survivor*" (fritekst) 8.639	sequelae* (fritekst) 5.439	"job market" (heading, major concept) 1.063
<b>OR</b>			work* (fritekst) 278.272
<b>OR</b>			"job market*" (fritekst) 2.141
<b>Antal hits</b>	8.639	6.158	279.880

<b>Kombinationssøgning</b>	Antal hits	Relevante	Ikke relevante
Blok 1 AND Blok 2 AND Blok 3	36	5	31
I alt inklusiv dubletter		5	
Antal dubletter i databasen		0	
<b>I alt eksklusiv dubletter</b>		<b>5</b>	

#### Embase søgning udført 24. april 2017

<b>Bloksøgning</b>	<b>Blok 1</b>	<b>Blok 2</b>	<b>Blok 3</b>
	Cancer survivor (emtree, major focus) 6.502	"late* effect*" (fritekst) 10.538	Work (emtree, major focus) 12.285
<b>OR</b>	"cancer* survivor*" (fritekst) 22.550	"sequelae*" (fritekst) 68.976	Job market (emtree, major focus) 105
<b>OR</b>			Work* (fritekst) 1.649.990
<b>OR</b>			"job market*" (fritekst) 995
<b>Antal hits</b>	22.550	78.993	1.650.525

<b>Kombinationssøgning</b>	Antal hits	Relevante	Ikke relevante
Blok 1 AND Blok 2 AND Blok 3	289	18	271
I alt inklusiv dubletter		18	
Antal dubletter i databasen		2	
<b>I alt eksklusiv dubletter</b>		<b>16</b>	

#### PsychInfo søgning udført 24. april 2017

<b>Bloksøgning</b>	<b>Blok 1</b>	<b>Blok 2</b>	<b>Blok 3</b>
	"cancer* survivor*" (fritekst) 4.513	"late* effect*" (fritekst) 1.663	Work* (fritekst) 769.765
<b>OR</b>		Sequelae (term) 3.387	"job market*" (fritekst) 803
<b>OR</b>		Sequelae* (fritekst) 9.689	

<b>Antal hits</b>	4.513	11.305	770.099
-------------------	-------	--------	---------

<b>Kombinationssøgning</b>	Antal hits	Relevante	Ikke relevante
Blok 1 AND Blok 2 AND Blok 3	56	6	50
I alt inklusiv dubletter		6	
Antal dubletter i databasen		0	
<b>I alt eksklusiv dubletter</b>		<b>6</b>	

**Pubmed** søgning udført 24. april 2017

<b>Bloksøgning</b>	<b>Blok 1</b>	<b>Blok 2</b>	<b>Blok 3</b>
	Cancer survivor (mesh) 11.364	"late* effect*" (fritekst) 763	Work (mesh) 25.981
<b>OR</b>	"cancer* survivor*" (fritekst) 1.270	"sequelae*" (fritekst) 54.534	Work* (fritekst) 1.256.076
<b>OR</b>			"job market*" (fritekst) 540
<b>Antal hits</b>	11.856	55.268	1.256.401

<b>Kombinationssøgning</b>	Antal hits	Relevante	Ikke relevante
Blok 1 AND Blok 2 AND Blok 3	50	4	46
I alt inklusiv dubletter		4	
Antal dubletter i databasen		0	
<b>I alt eksklusiv dubletter</b>		<b>4</b>	

## Bilag 2 – Tjeklistevurdering

Kvalitetsvurdering af artikler med tilhørende tjeklister.

*1. Beyond treatment - Psychosocial and behavioural issues in cancer survivorship research and practice (Aaronson et al. 2014).*

### PRISMA

Section/topic	#	Checklist item	Reported on page
<b>TITLE</b>			
Title	1	Identify the report as a systematic review, meta-analysis, or both.	Nej
<b>ABSTRACT</b>			
Structured summary	2	Provide a structured summary including, as applicable: background; objectives; data sources; study eligibility criteria, participants, and interventions; study appraisal and synthesis methods; results; limitations; conclusions and implications of key findings; systematic review registration number.	54
<b>INTRODUCTION</b>			
	3	Describe the rationale for the review in the context of what is already known.	55
	4	Provide an explicit statement of questions being addressed with reference to participants, interventions, comparisons, outcomes, and study design (PICOS).	Nej
<b>METHODS</b>			
Protocol and registration	5	Indicate if a review protocol exists, if and where it can be accessed (e.g., Web address), and, if available, provide registration information including registration number.	Nej
Eligibility criteria	6	Specify study characteristics (e.g., PICOS, length of follow-up) and report characteristics (e.g., years considered, language, publication status) used as criteria for eligibility, giving rationale.	Nej
Information sources	7	Describe all information sources (e.g., databases with dates of coverage, contact with study authors to identify additional studies) in the search and date last searched.	Nej
Search	8	Present full electronic search strategy for at least one database, including any limits used, such that it could be repeated.	Nej
Study selection	9	State the process for selecting studies (i.e., screening, eligibility, included in systematic review, and, if applicable, included in the meta-analysis).	Nej
Data collection process	10	Describe method of data extraction from reports (e.g., piloted forms, independently, in duplicate) and any processes for obtaining and confirming data from investigators.	Nej
Data items	11	List and define all variables for which data were sought (e.g., PICOS, funding sources) and any assumptions and simplifications made.	Nej
Risk of bias in individual studies	12	Describe methods used for assessing risk of bias of individual studies (including specification of whether this was done at the study or outcome level), and how this information is to be used in any data synthesis.	Nej
Summary measures	13	State the principal summary measures (e.g., risk ratio, difference in means).	Nej



Synthesis of results	14	Describe the methods of handling data and combining results of studies, if done, including measures of consistency (e.g., I <sup>2</sup> ) for each meta-analysis.	Nej
Risk of bias across studies	15	Specify any assessment of risk of bias that may affect the cumulative evidence (e.g., publication bias, selective reporting within studies).	Nej
Additional analyses	16	Describe methods of additional analyses (e.g., sensitivity or subgroup analyses, meta-regression), if done, indicating which were pre-specified.	Nej
<b>RESULTS</b>			
Study selection	17	Give numbers of studies screened, assessed for eligibility, and included in the review, with reasons for exclusions at each stage, ideally with a flow diagram.	Nej
Study characteristics	18	For each study, present characteristics for which data were extracted (e.g., study size, PICOS, follow-up period) and provide the citations.	Nej
Risk of bias within studies	19	Present data on risk of bias of each study and, if available, any outcome level assessment (see item 12).	Nej
Results of individual studies	20	For all outcomes considered (benefits or harms), present, for each study: (a) simple summary data for each intervention group (b) effect estimates and confidence intervals, ideally with a forest plot.	Nej
Synthesis of results	21	Present results of each meta-analysis done, including confidence intervals and measures of consistency.	Nej
Risk of bias across studies	22	Present results of any assessment of risk of bias across studies (see Item 15).	Nej
Additional analysis	23	Give results of additional analyses, if done (e.g., sensitivity or subgroup analyses, meta-regression [see Item 16]).	Nej
<b>DISCUSSION</b>			
Summary of evidence	24	Summarize the main findings including the strength of evidence for each main outcome; consider their relevance to key groups (e.g., healthcare providers, users, and policy makers).	60-61
Limitations	25	Discuss limitations at study and outcome level (e.g., risk of bias), and at review-level (e.g., incomplete retrieval of identified research, reporting bias).	Nej
Conclusions	26	Provide a general interpretation of the results in the context of other evidence, and implications for future research.	61
<b>FUNDING</b>			
Funding	27	Describe sources of funding for the systematic review and other support (e.g., supply of data); role of funders for the systematic review.	61

2. *Physical and psychosocial problems in cancer survivors beyond return to work: a systematic review (Duijts et al. 2014).*

PRISMA

Section/topic	#	Checklist item	Reported on page
<b>TITLE</b>			
Title	1	Identify the report as a systematic review, meta-analysis, or both.	481
<b>ABSTRACT</b>			
Structured summary	2	Provide a structured summary including, as applicable: background; objectives; data sources; study eligibility criteria, participants, and interventions; study appraisal and synthesis methods; results; limitations; conclusions and implications of key findings; systematic review registration number.	481
<b>INTRODUCTION</b>			
	3	Describe the rationale for the review in the context of what is already known.	482
	4	Provide an explicit statement of questions being addressed with reference to participants, interventions, comparisons, outcomes, and study design (PICOS).	Nej
<b>METHODS</b>			
Protocol and registration	5	Indicate if a review protocol exists, if and where it can be accessed (e.g., Web address), and, if available, provide registration information including registration number.	Nej
Eligibility criteria	6	Specify study characteristics (e.g., PICOS, length of follow-up) and report characteristics (e.g., years considered, language, publication status) used as criteria for eligibility, giving rationale.	482
Information sources	7	Describe all information sources (e.g., databases with dates of coverage, contact with study authors to identify additional studies) in the search and date last searched.	482
Search	8	Present full electronic search strategy for at least one database, including any limits used, such that it could be repeated.	Nej
Study selection	9	State the process for selecting studies (i.e., screening, eligibility, included in systematic review, and, if applicable, included in the meta-analysis).	482
Data collection process	10	Describe method of data extraction from reports (e.g., piloted forms, independently, in duplicate) and any processes for obtaining and confirming data from investigators.	482
Data items	11	List and define all variables for which data were sought (e.g., PICOS, funding sources) and any assumptions and simplifications made.	Nej
Risk of bias in individual studies	12	Describe methods used for assessing risk of bias of individual studies (including specification of whether this was done at the study or outcome level), and how this information is to be used in any data synthesis.	483
Summary measures	13	State the principal summary measures (e.g., risk ratio, difference in means).	Nej
Synthesis of results	14	Describe the methods of handling data and combining results of studies, if done, including measures of consistency (e.g., I <sup>2</sup> ) for each meta-analysis.	Nej
Risk of bias across studies	15	Specify any assessment of risk of bias that may affect the cumulative evidence (e.g., publication bias, selective reporting within studies).	483

Additional analyses	16	Describe methods of additional analyses (e.g., sensitivity or subgroup analyses, meta-regression), if done, indicating which were pre-specified.	Nej
<b>RESULTS</b>			
Study selection	17	Give numbers of studies screened, assessed for eligibility, and included in the review, with reasons for exclusions at each stage, ideally with a flow diagram.	483
Study characteristics	18	For each study, present characteristics for which data were extracted (e.g., study size, PICOS, follow-up period) and provide the citations.	484
Risk of bias within studies	19	Present data on risk of bias of each study and, if available, any outcome level assessment (see item 12).	Nej
Results of individual studies	20	For all outcomes considered (benefits or harms), present, for each study: (a) simple summary data for each intervention group (b) effect estimates and confidence intervals, ideally with a forest plot.	484-487
Synthesis of results	21	Present results of each meta-analysis done, including confidence intervals and measures of consistency.	Nej
Risk of bias across studies	22	Present results of any assessment of risk of bias across studies (see Item 15).	Nej
Additional analysis	23	Give results of additional analyses, if done (e.g., sensitivity or subgroup analyses, meta-regression [see Item 16]).	Nej
<b>DISCUSSION</b>			
Summary of evidence	24	Summarize the main findings including the strength of evidence for each main outcome; consider their relevance to key groups (e.g., healthcare providers, users, and policy makers).	483+488
Limitations	25	Discuss limitations at study and outcome level (e.g., risk of bias), and at review-level (e.g., incomplete retrieval of identified research, reporting bias).	490
Conclusions	26	Provide a general interpretation of the results in the context of other evidence, and implications for future research.	491
<b>FUNDING</b>			
Funding	27	Describe sources of funding for the systematic review and other support (e.g., supply of data); role of funders for the systematic review.	Nej

3. *Cured of primary bone cancer, but at what cost: A qualitative study of functional impairment and lost opportunities (Fauske et al. 2015).*

## COREQ

No.	Item	Guide questions/description	Vurdering
<b>Domain 1: Research team and reflexivity</b>			
Personal Characteristics			
1.	Interviewer/facilitator	Which author/s conducted the interview or focus group?	First author/ Lena Fauske.
2.	Credentials	What were the researcher's credentials?	Nej
3.	Occupation	What was their occupation at the time of the study?	Forfatterne tilhører henholdsvis Onkologisk afdeling, Institut for klinisk medicin, Det sundhedsvidenskabelige fakultet samt Institut for sundhed og samfund. Alle beliggende i Oslo, Norge.
4.	Gender	Was the researcher male or female?	3 kvinder og 1 mand.
5.	Experience in training	What experience or training did the researcher have?	Nej
Relationship with participants			
6.	Relationship established	Was a relationship established prior to study commencement?	Ja, Fauske etablerede kontakt forud for interview.
7.	Participant knowledge of the interviewer	What did the participants know about the researcher?	Det nævnes ikke.
8.	Interviewer characteristics	What characteristics were reported about interviewer/facilitator?	Det nævnes ikke.
<b>Domain 2: study design</b>			
Theoretical framework			
9.	Methodological orientation and Theory	What methodological orientation was stated to underpin the study?	Fænomenologiske erfaringsbaserede og hermeneutisk fortolkningsbaserede perspektiver på sygdom. Enkeltinterviews.
Participant selection			
10.	Sampling	How were participants selected?	Deltagerne er blevet identificeret ud fra en klinisk sarkoma-database på OUS NRH. 12 blev kontaktet og 10 ønskede at deltage.
11.	Method of approach	How were the participants approached?	Den første kontakt var ved deltagerens behandlede læge på OUS NRH. Dernæst kom Fauske med yderligere information omkring projektet.

12.	Sample size	How many participants were in the study?	10
13.	Non-participation	How many people refused to participate or dropped out? Reasons?	2
Setting			
14.	Setting of data collection	Where was the data collected?	OUS NRH til en opfølgende samtale.
15.	Presence of non-participants	Was anyone else present besides the participants and researchers?	Det nævnes ikke.
16.	Description of sample	What are the important characteristics of the sample?	Alle deltagerne blev diagnosticeret mellem 2004-2009 med knoglekræft og blev fulgt af en onkolog eller ortopædkirurg. Der er ingen af deltagerne der har fået tilbagefald.
Data collection			
17.	Interview guide	Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilot tested?	Interviewguiden havde følgende emner: Hvordan deltageren oplevede sin kræftdiagnose og behandling. Funktionelle, praktiske, psykosociale, emotionelle og beskæftigelsesmæssige konsekvenser af diagnose og behandling. Har kræftoplevelsen ændret deltageren som person? Det nævnes ikke hvorvidt interviewguiden blev pilot-testet.
18.	Repeat interviews	Were repeat interviews carried out? If yes, how many?	Det er ikke blevet gjort.
19.	Audio/visual recording	Did the research use audio or visual recording to collect the data?	Interviewene blev lydoptaget.
20.	Field notes	Were field notes made during and/or after the interview or focus group?	Feltnoter blev nedskrevet efter hvert interview.
21.	Duration	What was the duration of the interviews or focus group?	31-102 minutter og i gennemsnit 66 minutter.
22.	Data saturation	Was data saturation discussed?	Det nævnes ikke.
23.	Transcripts returned	Were transcripts returned to participants for comment and/or correction?	Det nævnes ikke.
<b>Domain 3: analysis and findings</b>			
Data analysis			
24.	Number of data coders	How many data coders coded the data?	2
25.	Description of the coding tree	Did authors provide description of the coding tree?	Kodetræ findes ikke i artiklen.

26.	Derivation of themes	Were themes identified in advance or derived from the data?	Temaerne blev identificeret induktivt.
27.	Software	What software, if applicable, was used to manage the data?	Det nævnes ikke.
28.	Participant checking	Did participants provide feedback on the findings?	Det nævnes ikke.
Reporting			
29.	Quotations presented	Were participant quotations presented to illustrate the themes/findings?	Ja.
30.	Data and findings consistent	Was there consistency between the data presented and the findings?	Ja.
31.	Clarity of major themes	Were major themes clearly presented in the findings?	Ja, der er lavet tre hovedfund, og ud fra disse er resultaterne struktureret.
32.	Clarity of minor themes	Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes?	Ja.

4. *Employment in a cohort of cancer patients in Spain. A predictive model of working outcomes (Molina et al. 2008).*

STROBE – tværsnitsstudie

	Item no.	Recommendation	Reported on page
Title and abstract	1	(a) Indicate the study's design with a commonly used term in the title or the abstract. (b) Provide in the abstract an informative and balanced summary of what was done and what was found.	a) Nej. b) 826
Introduction			
Background/rationale	2	Explain the scientific background and rationale for the investigation being reported.	826-827
Objectives	3	State specific objectives, including any prespecified hypotheses.	Der findes et formål, men det er mangelfuldt beskrevet. Der er ikke en hypotese.
<b>Methods</b>			
Study design	4	Present key elements of study design early in the paper.	Nej
Setting	5	Describe the setting, locations, and relevant dates, including periods of recruitment, exposure, follow-up, and data collection.	827
Participants	6	Give the eligibility criteria, and the sources and methods of selection of participants.	827
Variables	7	Clearly define all outcomes, exposures, predictors, potential confounders, and effect modifiers. Give diagnostic criteria, if applicable.	Delvist.
Data sources/ measurement	8	For each variable of interest, give sources of data and details of methods of assessment (measurement). Describe comparability of assessment methods if there is more than one group.	827
Bias	9	Describe any efforts to address potential sources of bias.	Nej
Study size	10	Explain how the study size was arrived at.	Delvist.
Quantitative variables	11	Explain how quantitative variables were handled in the analyses. If applicable, describe which groupings were chosen and why.	827
Statistical methods	12	(a) Describe all statistical methods, including those used to control for confounding. (b) Describe any methods used to examine subgroups and interactions. (c) Explain how missing data were addressed. (d) If applicable, describe analytical methods taking account of sampling strategy. (e) Describe any sensitivity analyses.	a) Delvist. b) Nej. c) Nej. d) Nej. e) Nej.
<b>Results</b>			
Participants	13	(a) Report numbers of individuals at each stage of study—eg numbers potentially eligible, examined for eligibility, confirmed eligible, included in the study, completing follow-up, and analysed. (b) Give reasons for non-participation at each stage. (c) Consider use of a flow diagram.	a) Nej. b) Nej. c) Nej.

Descriptive data	14	a) Give characteristics of study participants (eg demographic, clinical, social) and information on exposures and potential confounders. (b) Indicate number of participants with missing data for each variable of interest.	a) Delvist. b) Nej.
Outcome data	15	Report numbers of outcome events or summary measures.	827-828
Main results	16	(a) Give unadjusted estimates and, if applicable, confounder-adjusted estimates and their precision (eg, 95% confidence interval). Make clear which confounders were adjusted for and why they were included. (b) Report category boundaries when continuous variables were categorized. (c) If relevant, consider translating estimates of relative risk into absolute risk for a meaningful time period.	a) Nej. b) Nej. c) Nej – ikke relevant.
Other analyses	17	Report other analyses done—eg analyses of subgroups and interactions, and sensitivity analyses.	Nej.
<b>Discussion</b>			
Key results	18	Summarise key results with reference to study objectives.	828-830
Limitations	19	Discuss limitations of the study, taking into account sources of potential bias or imprecision. Discuss both direction and magnitude of any potential bias.	Delvist.
Interpretation	20	Give a cautious overall interpretation of results considering objectives, limitations, multiplicity of analyses, results from similar studies, and other relevant evidence.	830
Generalisability	21	Discuss the generalisability (external validity) of the study results.	830
<b>Other information</b>			
Funding	22	Give the source of funding and the role of the funders for the present study and, if applicable, for the original study on which the present article is based.	Nej.



## Bilag 3 – Samtykkeerklæring

Vedr. specialet omhandlende personer med senfølger efter kræftsygdom og tilknytning til arbejdsmarkedet, v/Aalborg Universitet Folkesundhedsvidenskab, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Niels Jernes Vej 14, 9220 Aalborg.

1. Den viden, som de studerende erhverver om personlige forhold, må ikke udnyttes eller videregives til tredje person (vejleder og censor er undtaget).
2. Transskription og analyse af interview er anonymiseret, så ingen konkrete personer kan identificeres. Anonymiseringen er foretaget således, at materialet kan anvendes til kvalitativ analyse.
3. Denne aftale forpligter undertegnede personer at sikre, at uvedkommende ikke får adgang til viden. Indsamlet viden fra interview, herunder lydoptagelse og transskription må opbevares på undertegnede personers egne pc'er med kode i forbindelse specialet. Efter afslutningen af specialet er alle undertegnede forpligtede til at slette indsamlet materiale. Undertegnede personer er selv ansvarlige for forsvarlig sletning af materiale. Nedenstående deltager kan ikke gøres ansvarlig for materiale og konklusioner udarbejdet på baggrund af interviewet.
4. Interviewpersonen er informeret om interviewets formål og anvendelse mundtligt og skriftligt.
5. Det indsamlede materiale vil bidrage til de studerendes speciale på Skolen for Medicin og Sundhedsteknologi til brug for bedømmelse til eksamen. Dette speciale vil indgå i universitetets arkiv. Nedenstående deltager er berettiget til at modtage en kopi af specialet, hvis det ønskes.
6. Deltagelse i interviewet er frivilligt og deltager i interviewet kan til enhver tid trække sig fra undersøgelsen.

Specialestuderende:

Dato: 25. april 2017

Navne: \_\_\_\_\_

Deltager i interviewet erklærer med sin underskrift at samtykke i at deltage i interviewet i forbindelse med gennemførelsen af ovennævnte speciale og at være informeret om indholdet i denne samtykkeerklæring.

Deltager i interview:

Dato: 25. april 2017

Navn: \_\_\_\_\_

## Bilag 4 – Interviewguide

### Briefing

Jeg vil gerne indlede med at præsentere specialet. Specialet omhandler personer med senfølger af kræft og tilknytning til arbejdsmarkedet, og det vil derfor være omdrejningspunktet for dette interview. Vi er to specialestuderende der læser en kandidat i folkesundhedsvidenskab, og dette interview skal bruges til vores speciale. Den ene af os vil være interviewer og den anden vil sidde i baggrunden, men den anden kan komme med tilføjelser hvis det bliver aktuelt. Vi regner med at interviewet kommer til at tage mellem en halv og en hel time, og vil blive optaget så vi har mulighed for at transskribere og på den måde bruge interviewet til analyse. Interviewet er fortroligt og alle personlige oplysninger anonymiseres og vil derfor ikke fremgå nogen steder.

Vi har medbragt denne samtykkeerklæring som vi vil bede dig læse og efterfølgende underskrive hvis du vil give samtykke til deltagelse i interviewet.

Hvis der opstår spørgsmål eller tvivl undervejs, er du selvfølgelig velkommen til at afbryde. Har du nogle spørgsmål inden vi går i gang med interviewet?

### OPTAG – START !

Tema	Interviewspørgsmål	Opfølgende spørgsmål
Indledning	Vil du fortælle din alder? Vil du fortælle om din kræftsygdom og behandling? Er du i arbejde nu? / Hvad er din nuværende jobsituation? / Har du et arbejde nu?  Kan du beskrive en typisk arbejdsdag?	Hvis ja, hvilket område arbejder du inden for? Hvis nej, hvordan kan det være?  Betyder det at du sidder meget stille? / Betyder det at du går meget rundt? / Betyder det at du har et hårdt fysisk krævende arbejde?
Tilknytning til arbejdsmarkedet	Var du på arbejdsmarkedet, da du fik din diagnose? / Havde du et arbejde på det tidspunkt du fik din diagnose?	Hvis nej, kan du fortælle hvorfor? Hvilket område har du tidligere arbejdet inden for?
Senfølger	Kan du beskrive hvilke senfølger du oplever i din hverdag?	Hvordan har det indflydelse på dit arbejdsliv? Hvordan påvirker de din hverdag? Har de betydning for dit arbejdsliv?

		Oplever du senfølgerne konstant? Hvis de betyder at du ikke kan arbejde, hvordan påvirker senfølgerne dit liv? Herunder økonomi, familieliv, fritid, osv.
Hæmmende faktorer	Kan du fortælle om nogle udfordringer i forbindelse med at varetage/udføre dit arbejde? / Oplever(de) du at der er udfordringer forbundet med at være tilknyttet arbejdsmarkedet?	Kan du beskrive hvordan du oplever disse udfordringer? Hvordan påvirker det din arbejdsdag/arbejdsliv/hverdagsliv? Hvad tror du andre oplever som værende hæmmende faktorer? Hvis nej, spørges ind til fremmede faktorer
Fremmede faktorer	Kan du fortælle om noget der har bidraget positivt til at du kunne/kan varetage/udføre dit arbejde? / Oplever(de) du situationer som hjælper/har hjulpet til at du kan/kunne passe dit arbejde?	Hvis ja, hvilket? Hvordan påvirker det din arbejdsdag/arbejdsliv/hverdagsliv?
Initiativer	Kender du til steder eller initiativer hvor personer med senfølger kan få råd og vejledning i forbindelse med tilknytning til arbejdsmarkedet? / Har du hørt om at det muligt at få råd og vejledning hvis man har senfølger?	Hvis ja, hvilke? Hvor har du hørt om initiativet/initiativerne? Har du fået hjælp til komme tilbage/tilpasse dit job? Hvordan har du fået hjælp til at håndtere dine senfølger? Hvor har du fået denne hjælp?
Forandring	Oplever du at der er behov for forandring ift. initiativer til personer med senfølger med tilknytning til arbejdsmarkedet? / Synes du der er brug for andre steder/foreninger/organisationer som kan give råd og vejledning om senfølger? / Synes du der er brug for at eksisterende initiativer/forenin-	Har du forslag til forandring af initiativer?

	ger/organisationer skal tilpasses/ændres for at fungere bedre?	
Afrunding	Vi har ikke flere spørgsmål til dig, men er der noget du gerne vil sige eller knytte en kommentar til som har betydning for din tilknytning til arbejdsmarkedet inden vi afslutter interviewet?	

**OPTAG -SLUT!**

### Debriefing

Tak for din deltagelse i interviewet. Hvis du synes det er interessant vil vi gerne sende dig en kopi af det endelige speciale efter eksamen i juni. Må vi have lov til at ringe til dig, hvis der er behov for opklarende spørgsmål? Endnu en gang mange tak for din hjælp.

## Bilag 5 – Samarbejdsaftale

Mellem: Studerende ved Aalborg Universitet  
Kandidatuddannelsen i Folkesundhedsvidenskab  
School of Medicine and Health  
Fredrik Bajers Vej 7E  
9220 Aalborg Øst

Og: Senfølgerforeningen

Har indgået følgende aftale i forbindelse med udførelse af speciale på Kandidatuddannelsen i Folkesundhedsvidenskab i perioden 01/02/2017 – 07/06 2017.

### **Projektet vedrører: Personer med senfølger efter kræftsygdom og tilknytning til arbejdsmarkedet.**

De studerende forpligter sig til at følge anvisninger og instruktioner, der gives af kontaktpersonen fra Senfølgerforeningen. Herudover er de studerende forpligtet til at handle efter følgende punkter:

1. Den viden, de studerende erhverver om interne forhold i Senfølgerforeningen vedrørende projektets faglige område må ikke udnyttes til formål ud over det aftalte eller videregives til tredje person.
2. De indsamlede data må ikke anvendes til formål ud over det i punkt 1 angivne. De indsamlede data anonymiseres, så ingen konkrete personer kan identificeres. Denne aftale forpligter undertegnede studerende til at sikre, at uvedkommende ikke får adgang til data. Data må opbevares på undertegnede studerendes egen PC i forbindelse med det konkrete projektforsøg. Efter afslutningen af projektperioden er undertegnede studerende forpligtet til at slette samtlige data. Undertegnede studerende er selv ansvarlige for forsvarlig sletning af data. Senfølgerforeningen kan ikke gøres ansvarlig for materiale og konklusioner udarbejdet på baggrund af indsamlede data.
3. Der udarbejdes, på grundlag af det udførte arbejde, en rapport til Institut for Medicin og Sundhedsteknologi, til brug for bedømmelse. Denne rapport indgår i universitetets arkiv. Senfølgerforeningen er berettiget til at modtage en kopi og til at anvende resultaterne internt samt videregive rapporten i det omfang, det følger af reglerne om aktindsigt. De studerende bevarer efter de sædvanlige regler ophavsretten til rapporten.
4. De indsamlede data og de analyser, der er foretaget i projektet og afrapporteret i slutrapporten kan anvendes som grundlag for conferencebidrag og videnskabelige artikler indenfor projektets ramme og formål. Senfølgerforeningen har ret til at kommentere udkastets faglige indhold samt til at fremsætte konkrete ændringsforslag, dog således

at de studerende suverænt beslutter tekstens endelige formulering og indhold. Finder Senfølgerforeningen, at udkastet indeholder fortrolige oplysninger, der beviseligt tilkommer Senfølgerforeningen og som er udvekslet til de studerende som led i gennemførelsen af forskningsprojektet, skal de studerende fjerne de fortrolige oplysninger omgående.

5. De studerende modtager ikke honorar fra Senfølgerforeningen i anledning af samarbejdet.

Studerende, Folkesundhedsvidenskab:

---

Dato      Navn

---

Dato      Navn

Senfølgerforeningen

---

Dato      Navn

Vejleder erklærer ved sin underskrift at være bekendt med aftalen og dens indhold.

---

Dato      Navn

## Bilag 6 – Kondensater og guldcitater

Følgende præsenteres tre kondensater med tilhørende guldcitater for koden ”Information”.

Subgruppe ”Opsøgende adfærd”:

Kondensat:

Jeg skulle jo selv opsøge. Jeg sad og læste inde på Kræftrådgivningens hjemmeside en dag. Og så stod der noget om en Senfølgergruppe og så tænkte jeg at jeg ville køre ind og se, hvad det var. Senfølgergruppen har jeg ikke fået at vide at den var derude, den har jeg tilfældigvis mødt. Jeg er medlem af en gruppe på Facebook, der hedder senfølger, hvor man kan gå ind og søge oplysninger. Da jeg havde fået den første kemobehandling spurgte jeg om jeg måtte have lov at komme (gymnastikhold for kræftramte). Det måtte jeg gerne, så jeg startede lige så stille op. Jeg kunne og jeg ville ikke (arbejde), så det havde vi nogle kampe om. Jeg henvendte mig flere steder til at få hjælp til at tackle kommunen. Jeg henvendte mig til min fagforening. Det kunne de ikke gå ind i. Så henvendte jeg mig til Kræftens Bekæmpelse og kom til at snakke med en af deres socialrådgivere. Det jeg har gjort, er at jeg har lånt nogle bøger, fordi der jo er kommet en lille bitte smule frem nu (om senfølger). Dem har jeg valgt at læse nogle af og er blevet klogere på at det er ikke bare mig der har det sådan, det har du faktisk også. Vedkommende har gjort sådan og sådan. Så kan jeg jo godt tænke om det er muligt for mig også at gøre sådan.

Guldcitat:

*"Bogform, med senfølger. Som jeg har så valgt og læse nogle af. Og ligesom bliver klogere på, okay, det er jo ikke bare mig der har det sådan, det har du faktisk også. Og vedkommende har gjort sådan og sådan. Så kan jeg jo godt tænke, er det også muligt for mig at gøre sådan? ..."*

Subgruppe ”Viden”:

Kondensat:

Det er kommet frem i dag, vi har altså de her senfølger, og det gør et eller andet både for dig og dit arbejdsliv, det bliver anderledes. Så på den led tænker jeg, vi er på den rigtige vej med at blive oplyst om det, og der er mere røre om det rundt omkring. Det vil jeg sige er for lidt (information om senfølger), man får at vide, at der kan gå 20 år før tingene (kemobehandling) er ude (af kroppen). Jeg fik at vide, at jeg ikke skulle regne med at køre med 100 i timen. Det er sådan set det man får at vide. Det (gymnastikhold for kræftramte) var tilfældigvis i den der lille mappe (som udleveres på sygehuset). I mappen står noget med det man skal have af behandling, og der er sådan lidt information, og så kan man skrive, hvornår man skal ud og sådan. Overlægen inde på sygehuset, det er et stykke tid siden han sagde senfølger. Så siger jeg, hvad betyder det at du benævner dem som senfølger? Så sagde han, at den smerte du har og oplever nu, den skal du ikke forvente forsvinder for dig igen. Og det kan man jo så lige forholde sig til, men så har man i hvert fald noget. Jeg fandt faktisk (Senfølgerforeningen) med den der socialrådgiver jeg snakkede med, og hun sagde nemlig, at det måske kunne være godt for mig med den gruppe.

## Guldcitat:

*"Hvor det ligesom er kommet frem i dag at sige, jamen vi har altså de her senfølger, og det gør et eller andet, både for dig og dit arbejdsliv at det bliver anderledes. Så på den led tænker jeg, vi er på den rigtige vej med at blive oplyst om det. Og der er mere og mere røre om det rundt omkring".*

## Subgruppe "Initiativer og forslag":

## Kondensat:

Jeg tænker at der skulle ligge noget på et guldfad for os når vi ligger der og ikke har det så godt. En pjece der fortæller hvor man kan henvende sig. Men det skal ikke bare være os der er syge eller som har været (syge). Der skal også være nogle fagfolk med i starten. Det må godt være således at vi efterhånden kan klare os selv. Vi ska jo også kunne klare os selv, men at der er fagfolk der er der, når vi har nogle mystisk tanker eller der sker et eller andet mystisk med ens krop. At der så er nogle der ved hvad det måske skyldes. Jeg har selvfølgelig hørt om de tilbud og sådan noget der er, men det er jo i starten af forløbet. Altså der kommer så mange ting og man er jo mere eller mindre væltet af den er besked. Altså fordi, det gjorde jeg i hver fald da de sagde du har kræft. Så tænker man jo straks at nu skal jeg dø, så vælter man pænt meget. At man måske hen ad vejen, i stedet for at der i starten af forløbet, så at der måske senere når det hele er faldet lidt på plads og sådan nogle ting, at man tog nogle af de der tilbud der var senere, altså når man kom lidt længere hen i forløbet eller måske sammen med afslutningssamtalen. Sygehusene har jo nogle socialrådgivere og sådan nogle der kommer og snakker med en. At man måske gjorde det i slutningen, tænker jeg kunne være godt, fordi når man er der, er der jo hele tiden nogle ting man skal. Så skal du til kemo og så skal du til kontroller, og så skal du have stråler. Og der er jo hele tiden noget, man har jo hele tiden aftaler og så slutter det pludseligt og så står man der. Så kunne det jo være rart at man så havde en samtale om, hvad så? Hvad skal man så gøre? Og så ved man også lidt mere om hvad har jeg egentlig brug for. Så kunne man deltage i noget, ja der må gerne både være fysioterapeut og ergoterapeut. Et team. Men Jeg synes pjecen skal lægges foran dem og fortælle at her er nogle mennesker der har stor erfaring i forvejen. Det kan også godt være at de tager den med sig hjem og putter den i skuffen, og så i smug går ind og kigger på den. Hvad var det nu det var, og så når de er modne til det, så stiger de på og siger nu er vi parate til også at være med. For man har behovet. Men jeg har ikke en god ide til hvordan man kan (forandre initiativer). Jeg tror virkelig de har ret i at vi er forskellige individer og vi skal behandles forskelligt. Du er dig og du er dig. Jeg tror hun (sygeplejersken) har ret i at det er virkelig svært. Fordi der hænger godt nok så mange brochurer, men man har ikke overskud til at kigge i alle de der. Som vi siger så er det bedre man har den der lille mappe man kan sidde og bladre i og finde ud af hvorfor man reagerer sådan. Det synes jeg var bedre at det hele stod deri. Jeg må dog sige at jeg ved vi har fået nogle pjecer om kræftbehandling derinde og jeg har valgt at sige at jeg åbner ikke de bøger, netop fordi jeg skulle ikke have det sådan at havde jeg læst om (senfølger) så kunne jeg også mærke det og så forholde mig til at når jeg fik det på en anderledes måde end før, hvad kan jeg så gøre ved det? Der står noget med (i mappen) hvad man skal have af behandling og lidt information og sådan. Og så kan man skrive hvornår man skal ud (til undersøgelse). Jeg tænker det er meget vigtigt (at man får at vide at der er risiko for at ens liv bliver forandre og der så findes tiltag hertil). Fordi ens liv er forandret og bliver aldrig det samme igen. Man kan jo henvende sig til Kræftens Bekæmpelse, men det er jo langt væk heroppe fra. Vi har også en lille afdeling i (bynavn) hvor vi gik til noget genoptræning, men det stopper jo. OG det er så vigtigt at være sammen med nogle ligestillede, også ti år efter og 15 år efter. SÅ det er det jeg gør med Senfølgerforeningen. Nu er jeg startet i Senfølgergruppen og har været der et par år, men jeg deltager ikke om onsdagen, fordi jeg har valgt at gå til yoga for kræftramte. Der er



også make-up-kursus, vi får de der produkter med hjem, jeg tror der er for over 3000,- der er sponsoreret. Vi er på kursus i en eftermiddag. Det synes jeg er flot, og så sidder man og lærer at lægge make-up, så man kan få dækket alle de der. For folk kan jo godt se at man ser træt ud og så er det fint man har nogle fif til at man kan få det væk. Det synes jeg var guld værd at kunne komme på. Det synes jeg var rigtig godt. Der er også et eller andet hvor man er til nogle samtaleevalueringer bagefter med strålerne. I forhold til min behandling blev jeg tilbudt seks ugers "Krop og Kræft" hvor man mødes, jeg tror vi var ti eller ni på holdet, fire formiddage om uge fra ni til 12-et stykker. Vi træner virkelig og får pulsen op, mere end jeg nogensinde har haft før. Jeg har ikke dyrket motion, jeg har spillet badminton og jeg cykler og så har det egentlig været det. Fysioterapeuterne og sygeplejerskerne var gode til at løfte os og tage hensyn til, slap lige lidt af eller kom nu lige. Samtidig har Kræftens Bekæmpelse tilbudt naturfitness. Hvor vi mødes oppe i skoven og så løber vi rundt og laver alle mulige forskellige, bruger borde og bænke og træstubbe og træer, at hvad vi kan finde, trapper og laver en masse forskellige øvelser. Jeg vil rigtig gerne være ude fordi det er bare suverænt for mig at få lov til at være med til det. Det startede vel op i efteråret 14' og jeg været med lige siden og jeg nyder den der time. At komme ud og få brugt kroppen. Det havde jeg også rigtig meget glæde af de første gange (at deltage i Senfølgergruppen). Jeg kan ikke huske hvor lang tid jeg gik derinde, men jeg må også sige at jeg, dels fordi jeg fik arbejde og også lidt fordi jeg synes at det var det samme man skulle sidde og høre på hele tiden. Jeg ved godt det er den måde jeg selv kom af med noget på, men det var som om den ene bare var værre end den anden. Jeg synes man sad og trykkede hinanden lidt ned og nu skal du egentlig også fejle det og det. Og så sad man og fløj over bordet med medicinbetegnelser. Hvis lægen har sagt jeg skal have det her medicin, så tager jeg den uanset om den hedder et eller andet mærkeligt. Jeg har ikke været der så tit den seneste tid, men har faktisk gået i den (Senfølgerforeningen) siden 2011. Jeg har ikke nogle nye måder jeg tænker man kan formidle det på, man kan også overformidle. Jeg håber på at jeres studie fører til at der bliver mere fokus på (senfølger), at der står et team parat til at give råd og vejledning. Det tror jeg vil spare mange for rigtig mange trælse timer, dage år, der er mange der går ned med flaget. Det er os der er eksperterne, fagfolkene de kan hjælpe os, men det er os der kan fortælle hvordan vi har det.

#### Guldcitat:

*"...Vi får godt nok sådan en mappe, en lille A5 mappe. Der synes jeg man skulle sørge for at alle de der ting der, de kunne stå deri. Ja. Sammen med fordi, jeg gav dem også forslag til hvad det var at skulle sættes i den mappe dengang jeg fik behandling, fordi jeg manglede en del oplysninger derude fra"*