

Aalborg Universitet
School of Medicine and Health
Kandidatspeciale i Folkesundhedsvidenskab

Forandring af kræftoverlevende med senfølgers beskæftigelsesmuligheder

- Et kvalitativt studie af muligheder og begrænsninger

Gruppe 17gr10311:
Kristina Holtet-Kristiansen
Sanne Dahl Jensen

Dato:
Juni 2017

Vejleder:
Henrik Vardinghus-Nielsen

Antal anslag:
220.941



AALBORG UNIVERSITET
STUDENTERRAPPORT

Resumé

Baggrund: Kræftoverlevende med senfølger er et voksende problem i Danmark, og med incidensen og overlevelsesprocenten er stigende. Det estimeres at 40-75% af kræftoverlevende vil opleve senfølger, der kan medføre en række fysiske, psykiske og psykosociale forandringer, og have konsekvenser i forhold til, at opnå eller fastholde beskæftigelse. 50% af alle kræftoverlevende er i den arbejdsdygtige alder, og dette tal er stigende qua tidlig diagnose og forbedret behandling, samtidig oplever op imod 40% af disse kræftoverlevende, at være uden beskæftigelse.

Formål: Formålet med specialet er undersøge, hvordan kræftoverlevende med senfølger oplever muligheder og begrænsninger i forhold til beskæftigelse. Dette med udgangspunkt i self-efficacy og netværksteori, der vil danne grundlag for et forandringsforslag, der kan skabe bedre muligheder for kræftoverlevende med senfølger i at opnå eller fastholde beskæftigelse.

Metode: Specialet taget afsæt i et hermeneutisk videnskabsteoretisk perspektiv, med udgangspunkt i et teorifortolkende casestudie. Self-efficacy og netværksteori anvendes som linse for indsamlingen af empirien, der udgør seks semistrukturerede individuelle interviews med kræftoverlevende med senfølger. Ydermere er der indsamlet empiri gennem en systematisk litteratursøgning. Fokus for den indsamlede empiri er på at identificere muligheder og begrænsninger i forhold til beskæftigelse, og derigennem bidrage med viden til forandringsforslaget.

Resultater: Kræftoverlevende med senfølger oplever at senfølgerne medfører individuelle begrænsninger i forhold til beskæftigelse. En styrket self-efficacy er en muliggørende faktor for kræftoverlevende med senfølger i at opnå eller fastholde beskæftigelse. Det formelle, uformelle og tredje netværk er med til at styrke kræftoverlevende med senfølgers self-efficacy gennem social støtte og følelsesmæssig integration. Ud fra den indsamlede empiri blev det fremanalyseret, at arbejdspladsen har en fremtrædende rolle, i forhold til ændringer af omkringliggende strukturer, til at kræftoverlevende med senfølger kan opnå eller fastholde beskæftigelse, hvorfor forandringsforslaget tager udgangspunkt heri.

Konklusion: Forandringsforslaget bygger på fire tiltag på arbejdspladsen; uddannelse af ledere, løbende dialog med og evaluering af kræftoverlevende med senfølger, fleksibilitet i arbejdsopgaver og -tid, samt kollegial inddragelse i processen. Kræftoverlevende oplever senfølger individuelt og dermed skal der tages individuelle hensyn på arbejdspladsen.

Abstract

Background: With the increase in incidence and survival rate cancer survivors who experience late effects are a growing problem in Denmark. It is estimated that 40-75% of cancer survivors experience late effects, which are physical, psychological and psychosocial changes that may have consequences on achieving or maintaining employment. 50% of all cancer survivors are in their working age and this number is increasing due to early diagnosis and improved treatment, furthermore 40% of cancer survivors who are in their working age experience unemployment.

Aim: The aim of this current study is to examine how late effects cancer survivors experience opportunities and limitations in employment and with the contribution of self-efficacy and network theory this will lead to a suggestion for improvement to support late effects cancer survivors on achieving or maintaining employment.

Methods: The study is based on a hermeneutical theory of science and a theory-interpretive case study. Self-efficacy and network theory is used as a lens to collect empirical data from six semi structured individual interviews with late effects cancer survivors. Furthermore a systematic literature search was conducted to collect evidence-based knowledge. Focus of the collected empirical data is to identify opportunities and limitations in employment and contribute with knowledge on a suggestion for improvement.

Results: Late effects cancer survivors have individual experiences of late effects limitations on employment. An enhanced self-efficacy is an enabling factor for late effects cancer survivors in achieving or maintaining employment. Late effects cancer survivors' self-efficacy is strengthened through the formal, informal and the third network throughout social support and emotional integration. Based on the analysis of the collected empirical data, it was deduced that the workplace play an important role in the changes of surrounding structures for late effects cancer survivors to achieving or maintaining employment, therefore the suggestion for improvement is based here.

Conclusion: Cancer survivors experience late effects individually, which indicates a need for individual concerns in the workplace. The suggestion for improvement is based on four initiatives, educated managers, ongoing dialog with and evaluation of late effects cancer survivors, flexible work tasks and time, and collegial involvement in the process.

Indholdsfortegnelse

Resumé	0
Abstract	3
Forord	8
Læsevejledning	9
Begrebsafklaring	10
1. Initierende problem	11
2. Problemanalyse	12
2.1 Incidens og prævalens af kræft	12
2.2 Social ulighed i kræft	13
2.3 Senfølger efter kræft	14
2.3.1 Fysiske senfølger	15
2.3.2 Psykiske senfølger	16
2.3.3 Psykosociale senfølger	16
2.4 Kræftoverlevende med senfølger	17
2.5 Netværk	18
2.6 Self-efficacy	19
2.7 Kræftoverlevende med senfølger - Beskæftigelse	20
2.7.1 Beskæftigelseseffekt	20
2.7.2 Arbejdsløshed og tidlig pension.....	20
2.7.3 Beskæftigelseskonsekvenser	22
3. Afgrænsning	24
4. Problemformulering	25
4.1 Forsknings spørgsmål	25
5. Videnskabsteoretiske perspektiv	26
5.1 Hermeneutik	26
5.1.1 Hermeneutiske cirkel	27
5.1.2 Forforståelse	27
5.1.3 Horisont & horisontsammensmeltning	28

6. Metode	29
6.1 Den forstående forskningstype	29
6.2 Den handlingsrettede forskningstype	30
6.3 Casestudie	30
6.3.1 Teorifortolkende casestudie	31
6.4 Individuelle interviews	33
6.4.1 Tematisering	33
6.4.2 Design	33
6.4.3 Interview.....	34
6.4.4 Transskription	35
6.4.5 Analyse	35
6.4.6 Interviewkvalitet.....	36
6.4.7 Mikroetiske overvejelser	37
6.5 Systematisk litteratursøgning	39
6.5.1 Indledende søgning samt kædesøgning	39
6.5.2 Systematisk litteratursøgning	39
6.5.3 Limits	41
6.5.4 Udvalgte databaser.....	41
6.5.5 In- og eksklusionskriterier.....	41
6.5.6 Litteraturudvælgelse.....	42
6.5.7 Vurdering af studier.....	43
6.6 Teoretisk referenceramme	44
6.7 Netværk	44
6.7.1 Definitioner på netværk.....	45
6.7.2 Netværkskort	45
6.7.3 Socialisering og interaktion	46
6.8 Self-efficacy	47
6.8.1 Faktorer for self-efficacy.....	47
6.8.2 Egne erfaringer	48
6.8.3 Andenhånds erfaringer	48
6.8.4 Verbal overtalelse	49
6.8.5 Fysiologisk og følelsesmæssig tilstand.....	49
6.9 Ottetrins-model	51

7. Præsentation af resultaterne.....	53
7.1 Resultater - Individuelle interview.....	53
7.1.1 Informanter	54
7.1.2 Self-efficacy.....	55
7.1.2 - 1 Muligheder - Self-efficacy i forhold til beskæftigelse	55
7.1.2 - 2 Begrænsninger - Self-efficacy i forhold til beskæftigelse.....	58
7.1.3 Netværk	62
7.1.3 - 1 Formelle netværk - Muligheder og begrænsninger.....	62
7.1.3 - 2 Uformelle netværk - Muligheder og begrænsninger.....	67
7.1.3 - 3 Det tredje netværk - Muligheder og begrænsninger.....	70
7.2 Resultater - Systematiske litteratursøgning	77
7.2.1 Samlet vurdering og analyse af studierne	79
8. Metodediskussion	82
8.1 Teori.....	82
8.1.1 Netværk	83
8.1.2 Self-efficacy.....	84
8.1.3 Ottetrins-model	85
8.2 Individuelle interviews	86
8.2.1 Styrker og svagheder i forhold til individuelle interviews	86
8.2.2 Informanter & interviewer	86
8.2.3 Transskribering	87
8.3 Den systematiske litteratursøgning	87
8.3.1 Databaser.....	88
8.3.2 Facetter.....	88
8.3.3 Kontrollerede emneord og fritekstord	88
8.3.4 In- og eksklusionskriterier.....	89
8.3.5 Kvalitetsvurdering af studierne	89
9. Diskussion	90
9.1 Kræftoverlevende med senfølger i en samfundsmæssig kontekst	90
9.2 Professionelles praksis.....	92
9.3 Pension og mestringsevner.....	93
9.4 Fritidsaktiviteter & selvhjælpsgrupper	95
9.5 Individuel tilgang	95

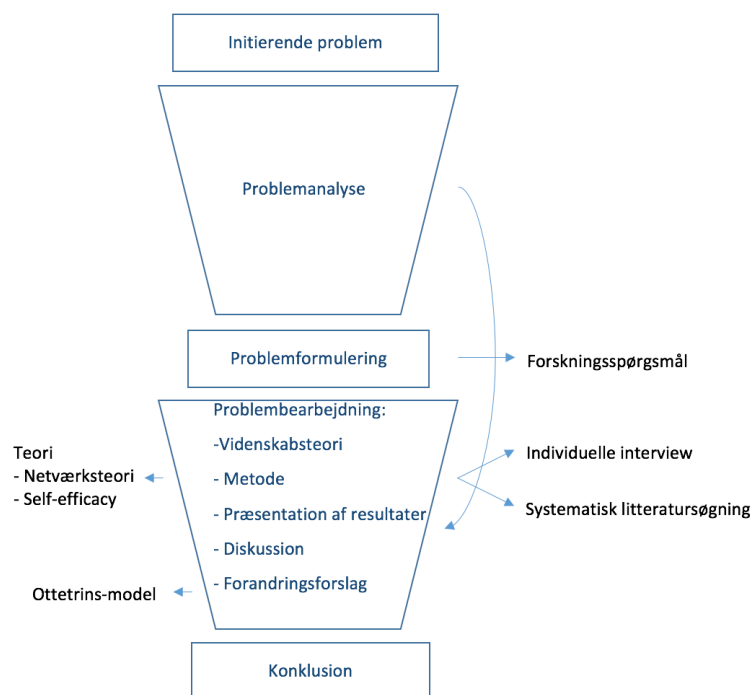
9.6 Støtte og fleksibilitet på arbejdspladsen	96
9.7 Opsummering	98
10. Forandringsforslaget	99
10.1 Makroetiske overvejelser	100
10.2 Fire tiltag til forandring.....	101
10.2.1 Uddannelse af ledere.....	101
10.2.2 Løbende dialog og evalueringer	101
10.2.3 Flexibilitet i forhold til arbejdsopgaver og tid	101
10.2.4 Involvering af kollegaer	102
10.3 Ottetrins-modellen.....	103
Trin 1 - Skab en oplevelse af nødvendighed	103
Trin 2 - Opret en styrende koalition	103
Trin 3 - Udvikling af vision og strategi.....	104
Trin 4 - Formidling af visionen	104
Trin 5 – Skabe grundlag for handling	104
Trin 6 – Skab kortsigtede gevinster	105
Trin 7 – Forankre og bygge videre på forandringerne	105
Trin 8 – Forankring af forandringerne i kulturen	105
Evaluering	106
11. Konklusion	107
11.1 Besvarelse af forskningsspørgsmål 1	107
11.2 Besvarelse af forskningsspørgsmål 2	108
11.3 Samlet besvarelse	108
12. Referenceliste	110

Forord

Det nærværende speciale henvender sig til interessenter indenfor folkesundhed og fagprofessionelle, som har interesse indenfor kræftoverlever med senfølger og beskæftigelse. Specialet er udarbejdet i perioden 1. februar 2017 til den 7. juni 2017 af Kristina Holtet-Kristiansen og Sanne Dahl Jensen, under vejledning af Henrik Vardinghus-Nielsen i forbindelse med det afsluttende speciale på kandidatstudiet i Folkesundhedsvidenskab på Aalborg Universitet. Specialegruppen ønsker at rette en stor tak til vejleder Henrik Vardinghus-Nielsen for god vejledning og godt samarbejde gennem hele perioden. Desuden ønsker specialegruppen at takke Senfølgerforeningen, særligt Dorthe Kann Hostrup, der har været behjælpelige med at skabe kontakt til kræftoverlever med senfølger. Sidst rettes en tak til de informanter, som har været villige til at bruge deres tid på at lade sig interviewe.

Læsevejledning

Specialet er opbygget med udgangspunkt i Aalborg-modellen for problembaseret læring (PBL). Denne model tager udgangspunkt i en specifik kompleks problemstilling, hvor teori- og forskningsbaseret viden anvendes i det analytiske og resultatorienteret arbejdet med problemstillingen. Samarbejde og kommunikation er omdrejningspunktet for læringsmodellen samt studieordningen, og læringsmålene danner rammer for udarbejdelsen af specialet (1). Specialets opbygning er som illustreret i figur 1, hvor det initierende problem beskriver den problemstilling, der fordre det videre arbejde omkring beskæftigelse og kræftpatienter med senfølger. Det initierende problem danner grundlag for en systematisk problemanalyse, hvor problemets omfang og kontekst udfoldes. Problemanalysen leder til en problemformulering, der er styrende for den fokuserede problembearbejdning. Der er udarbejdet en problemformuleringen og forlængelse heraf to forskningsspørgsmål, der danner udgangspunkt for metodevalg og resultatbearbejdning. Individuelle interviewes af seks kræftoverleverere med senfølger samt en systematisk litteratursøgning udgør de to metoder, der anvendes til at indsamle empiri. Denne empiri analyseres og diskuteres med afsæt i netværksteori og Albert Banduras teori om self-efficacy. De valgte metoder og teoriers diskuteres i forhold til deres styrker og svagheder, efterfølgende diskuteres resultaterne fra de to metoder med inddragelse af empiri fra problemanalysen. Resultaterne danner fundament for det videre arbejde med forandringsforslaget, hvor implementering af dette forslag vil tage udgangspunkt i John P. Kotters ottetrins-model. Afslutningsvis danner de samlede resultater grundlag for besvarelse af problemformuleringen i konklusionen.



Figur 1 illustrerer specialets opbygning

Begrebsafklaring

Fastholde beskæftigelse	Anvendes i forhold til at bibeholde og vende tilbage til en allerede eksisterende arbejdsplads.
Kræftoverlever	Anvendes om individer der har fået stillet en kræftdiagnose og eller har afsluttet et behandlingsforløb.
Netværksteori	Anvendes til at opnå forståelse for individers indbyrdes relationer og interaktion, med anerkendelse af netværksteori ikke er en selvstændig eller samlet teori, men flere forskellige teorier om sociale systemer, kommunikation, interaktion, normer og roller (2).
Opnå beskæftigelse	Anvendes i forhold til at anskaffe sig et arbejde
Senfølger	Referer til fysiske, psykiske og psykosociale forandringer som kan indtræffe på varierende tidspunkter.
Sundhedsprofessionelle	Anvendes i specialet om praktiserende læger, speciallæger og sygeplejersker
Uddannelse inddeling	Når der i specialet refereres til uddannelsesniveau, tages der udgangspunkt i undervisningsministeriets oversigt (3), som fremgår nedenfor:
Grundskole - Ufaglært	= < 10 års uddannelse
Faglært	11 - 14 års uddannelse eks. salgsassistent
Ungdomsuddannelse - Erhvervsuddannelse	12 - 13 års uddannelse eks. STX, Tømrer
Kort videregående uddannelse	16 - 17 års uddannelse eks. bachelor
Mellemlang videregående uddannelse	18 - 19 års uddannelse kandidat
Lang videregående uddannelse	21-22 års uddannelse Ph.d.

1. Initierende problem

I Danmark er kræft den hyppigste dødsårsag (4). Antallet af nye kræfttilfælde stiger hvert år, i 2005 blev der registeret 31.889 nye tilfælde, og dette tal var i 2015 steget til 41.059 (5). Samtidig med at incidensen stiger, er der ligeledes en tendens til, at flere overlever kræftsygdommen (6). Denne tendens skyldes fremskridt indenfor kræftområdet, så som screeninger, tidligere diagnose samt effektive behandlingstilbud (4,7-10). Individer med en kort uddannelse har dog generelt en højere incidens samt kræftdødelighed end individer med en lang uddannelse. Dette beror blandt andet på, at lavt uddannede individer er udsat for flere risikofaktorer i form af usunde kostvaner, tobaksforbrug, alkoholindtag og inaktivitet (11,12). Til trods for denne tendens er antallet af kræftoverlevende stigende. Det estimeres dog, at op imod 40-75% af kræftoverlevende vil opleve senfølger. Senfølger kan defineres som fysiske, psykiske og psykosociale forandringer for individet (13,14). Senfølgerne spænder over et bredt spektrum af forandringer, eksempelvis depression, angst, smerter og træthed, der kan opstå kort tid efter endt behandling, eller flere år senere. Forandringer, der kan have betydning for kræftoverleverens livskvalitet (13,15-17).

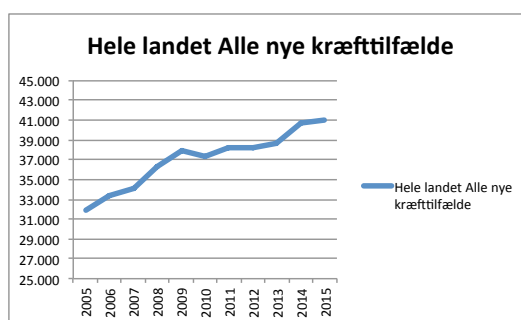
Generelt oplever kræftoverlevende udfordringer ved at skulle vende tilbage i arbejde blandt andet grundet senfølger (18). Et dansk case-kontrol studie (N=7.371 (case) N=322.873 (kontrol)), baseret på registerdata fra 2013 konkluderede, at tre år efter kræftdiagnosen var beskæftigelsen faldet med 7%. Studiet konkluderede, at ufaglærte har dobbelt så høj risiko for at stå uden for arbejdsmarkedet tre år efter kræftdiagnosen end individer med en videregående uddannelse (19). Dette indikerer, at kræftoverlevende oplever udfordringer ved at skulle vende tilbage i arbejde, og den videre problembearbejdning vil klarlægge, hvordan senfølger influerer herpå og hvorledes dette udgør en folkesundhedsmæssig problemstilling.

2. Problemanalyse

I nedenstående afsnit vil det initierende problem blive udfoldet og derigennem analysere problemfeltet uddybende. Komplexiteten af problemfeltet vil blive redegjort for og analyseret, ved først at redegøre for incidensen og prævalensen af kræft, for at klarlægge problemets omfang i Danmark. Teorien om social ulighed i sundhed anvendes efterfølgende til at opnå en forståelse for de mekanismer, der kan medføre social ulighed mellem lavt og højt uddannede kræftoverlever. Efterfølgende vil begrebet senfølger og kræftoverlever blive defineret og analyseret, da dette er specialets fokus. Afslutningsvis vil kræftoverlever med senfølger analyseres ud fra en beskæftigelsesmæssig kontekst, og derigennem hvilke konsekvenser manglende beskæftigelse har på individ- og samfundsniveau. Problemanalysen leder til en afgræsning og specialets problemformulering.

2.1 Incidens og prævalens af kræft

Som nævnt i det initierende problem, er kræft den hyppigste dødsårsag i Danmark (4). Hvert år stiger antallet af individer, der får konstateret kræft. I 2005 blev der konstateret 31.889 tilfælde, og i 2015 var dette tal steget til 41.059 som illustreret i graf 1 (5).



Graf 1 viser alle nye kræfttilfælde i hele landet fra 2005 til 2015 (5).

Den stigende incidens i 2014 er bevirket af en stigning inden for tyk- og endetarmskræft og livmoderhalskræft, der blandet andet er betinget af, at der i denne periode blev indført et nyt nationalt screeningsprogram for kræft i tyk- og endetarm. Samtidig dækker stigningen fra 2013 til 2014 over et fald i incidensraten for kræft i æggestokke og kræft i luftvejene for kvinder.

Udviklingen i incidensen ses tilsvarende i udviklingen i overlevelsesprocenten efter kræftsygdommen. Stigningen indenfor incidensen og overlevelsesprocenten beror på

fremskridt indenfor kræftområdet, i form af omfattende screeningsprogrammer, tidligere diagnosticering samt effektive behandlingstilbud, eksempelvis via kræftpakker. Dette øgede samfundsmæssige fokus har ligeledes medført øget fokus på befolkningsniveau gennem opmærksomhed på symptomer. Disse faktorer har til sammen indflydelse på, at flere får stillet kræftdiagnosen og tillige tidligere i sygdomsforløbet. Det kan dermed diskuteres, om denne stigning i incidensen skyldes, at flere får sygdommen, eller om de blot bliver diagnosticeret tidligere. Ligeledes kan stigningen inden for overlevelsesprocenten skyldes tidligere diagnose og medføre, at individet lever længere med sygdommen. Ydermere har omkringliggende faktorer, så som forbedret behandlingsmuligheder af eksempelvis hjerte- og kredsløbssygdomme, medført at flere individer lever længere og dermed opnår en øget risiko for at udvikle kræft, da denne øges med alderen (4,7-10,20,21). På trods af dette er kræft fortsat den hyppigste dødsårsag i Danmark, og dermed argumentation for at dette er en folkesundhedsmæssig problemstilling.

2.2 Social ulighed i kræft

I Danmark ses en social ulighed i forhold til kræft, da individer med en kort uddannelse generelt har en højere incidens samt kræftdødelighed end individer med en lang uddannelse. Dog er incidensen for brystkræft omvendt associeret, da kvinder med længere uddannelse har en øget risiko for at få denne sygdom (11,12,22). Årsagen til udviklingen skyldes blandt andet, at kvinder får senere og færre børn, samt ammer mindre end tidligere. Dette beror blandt andet på samfundets udvikling, hvor kvinder i større grad har indtaget arbejdsmarkedet end tidligere (23).

Uligheden i kræft kan forstås ud fra teorien om social ulighed i sundhed af Diderichsen et al., der forklarer de bagvedliggende mekanismer. Ud fra teorien kan den høje incidens og kræftdødelighed blandt lavt uddannede ses som en konsekvens af individets lave sociale position, qua deres uddannelsesniveau, der får betydning for individets muligheder (*Social stratificering*). Uddannelse er en relativ konstant faktor i et individs livsforløb, og uddannelse er ofte medbestemmende for hvilket arbejde og indkomst (position) det enkelte individ kan opnå derved (24,25). Jævnfør teorien er individer med lav social position generelt mere eksponerede og sårbare i forhold til risikofaktorer, i forhold til individer med høj social

position (*Differentiel eksponering & sårbarhed*) (24,25). Dette er ligeledes gældende i forhold til kræft, hvor et øget antal af risikofaktorer, såsom usunde kostvaner, tobaksforbrug, alkoholindtag og inaktivitet, ofte er centreret om individer med lav social position, som et dansk registerstudie (N=147.973) af Dalton et al. (2008) kunne konkludere. Studiet kunne yderligere konkludere, at højt uddannede havde omkring 10% højere chance for at overleve kræft end lavt uddannede (12). Desuden kunne et dansk survey studie (N=3000) af Hvidberg et al. (2014) konkludere, at individer med lav social position blandt andet udviste et manglende fokus på kræftsymptomer (11). Ifølge teorien om social ulighed i sundhed får individets sociale position betydning for adgangen til behandling og rehabilitering, der fører til *differentiel sygdomskonsekvenser* (24,25). Dette ses blandt andet i forhold til kræftrehabilitering, hvor der på landsplan er en tendens til, at kræftoverlevende med lav social position i mindre grad får tilbudt rehabilitering end kræftoverlevende med høj social position (22). Individer, der ikke får opfyldt deres behov for rehabilitering, vil i mindre grad vende tilbage til arbejdsmarkedet (26). Derigennem får kræftsygdommen ikke blot økonomiske konsekvenser for individet, men ligeledes for samfundet ved tabt produktivitet, og bidrager til at forstærke den sociale ulighed i sundhed (*Sygdomskonsekvenser for individ og samfund*).

Den stigende incidens og overlevelsesprocent medfører, at prævalensen stiger, og derigennem bliver kræft en problemstilling, der omfatter et stigende antal individer. Desuden er individer med lav social position mere udsatte i forhold til kræftdødelighed end individer med højere social position. Denne sociale ulighed i kræft er en kompleks problemstilling og kan forstås ud fra mekanismerne i teorien om sociale ulighed i sundhed. En kompleks problemstilling, der har indflydelse på folkesundheden i Danmark og som er med til at øge den sociale ulighed i sundhed.

2.3 Senfølger efter kræft

Til trods for at incidensen af kræfttilfælde stiger, medfører den effektive behandling, at flere overlever og lever længere efterfølgende. Det estimeres, at op imod 40-75% vil opleve kort- eller langsigtede senfølger som en konsekvens af selve kræftbehandlingen, samt de fysiske skader kræftsygdommen har forårsaget. Senfølgerne ændrer sig i takt med udviklingen indenfor kræftbehandlingen. Behandlingen afhænger af den konkrete kræftform og kan

indebærer kemo- og stråleterapi, medicinsk behandling samt kirurgiske indgreb (13,27,28). Udviklingen har bevirket, at der de seneste år er kommet mere fokus på kræftsenfølger blandt andet gennem Sundhedsstyrelsens opfølgingsprogrammer i Kræftpakke IV fra 2016. Til trods herfor er der ved gennemgang af de enkelte sygdomsspecifikke opfølgingsprogrammer ikke fundet en entydig definition på senfølger (29,30). Specialet vælger derfor at tage udgangspunkt i følgende definition:

“A health problem that occurs months or years after a disease is diagnosed or after treatment has ended. Late effects may be caused by cancer or cancer treatment. They may include physical, mental, and social problems and second cancers.” (14)

Definitionen vurderes anvendelig på baggrund af specialets brede fokus på kræftoverlevende med senfølger, da den definerer senfølger som fysiske, psykiske og psykosociale forandringer, og at disse kan indtræffe på varierende tidspunkter. Senfølger spænder over et bredt spektrum af forandringer, der influerer på hinanden og påvirker kræftoverleverens livskvalitet (13,15–17,29). I det følgende beskrives og problematiseres senfølger, i forhold til deres konsekvenser for kræftoverlevende, for derigennem at opnå en dybere forståelse for problemstillingen.

2.3.1 Fysiske senfølger

Fysiske senfølger begrænser kræftoverleveren i hverdagen, hvor basale gøremål så som det at komme ud af sengen, tage tøj på og løfte grenstande bliver til udfordringer (13,17). Fysiske senfølger kan blandt andet være; smerter, træthed, nedsat funktionsevne, nerveskader samt lymfeødem (16,17). I et dansk survey studie (N=3.253) af Gärtner et al. (2009) blev forekomsten af smerter, to til tre år efter kirurgisk indgreb i forbindelse med brystkræftbehandling, undersøgt. Det konkluderes, at 47% af kvinderne oplevede smerter, heraf havde 52% moderate til svære smerter (31). Af kvinderne, der oplevede moderate til svære smerter, oplevede 77% smerter hver dag. I survey studie (N=16) af Crist (2013) konkluderes det, at fysiske senfølger påvirker kræftoverleveres arbejdsevnerne samt reducerer mulighederne for at vende tilbage i arbejde (13). Der kan dermed argumenteres for, at fysiske senfølger kan begrænse kræftoverlevende i deres hverdag og at opnå eller fastholde beskæftigelse.

2.3.2 Psykiske senfølger

Kræftoverleverne kan ligeledes opleve psykiske senfølger blandt andet i form af; angst, depression, manglende kontrol og kognitive deficit (16,17). I en kvalitativ interviewundersøgelse (N=10) af Becker et al. (2015) af brystkræftoverleverne finder de, at kognitive senfølger havde indflydelse på kvindernes beskæftigelse i form af, at kræftoverleverne ikke vendte tilbage i arbejde grundet nedsat funktionsevne. De kognitive senfølger udmøntede sig blandt andet ved koncentrationsbesvær, hukommelsestab og formuleringbesvær. Samtidig gav senfølgerne kvinderne en følelse af frustration, ængstelighed og skyld, der havde indflydelse på deres selvtillid og oplevelse af kontrol, der yderligere influerede på deres nære relationer grundet manglende forståelse (32). De psykiske senfølger berører dermed på den ene side kræftoverleverens sociale relationer og på den anden side deres beskæftigelsesevner, og kan dermed forårsage psykosociale senfølger i form af tab af beskæftigelse og sociale problemer.

2.3.3 Psykosociale senfølger

Psykosociale senfølger kan optræde i form af nedsat seksuel funktion, social isolation, familierelateret udfordringer, samt beskæftigelses- og økonomisk usikkerhed, hvilket ofte er et resultat af de ovenstående fysiske og psykiske senfølger (16,17,32). I et review af Given (2015) konkluderes det, at kræftoverleverne på grund af senfølger har svært ved at vende tilbage i deres gamle roller, hvormed de er udfordret på at genoptage arbejds- og familieroller. Det fremkom i reviewet, at der er en forventning til kræftoverleverne om, at de er raske efter behandlingen og kan vende tilbage til "normal", selvom dette ikke altid er tilfældet grundet senfølger (33). Dette underbygges af resultaterne fra en fokusgruppeundersøgelse (7 fokusgrupper) af Jefford et al. 2008, der konkluderede at familie og venner havde forventninger om, at kræftoverleveren var tilbage i sin gamle rolle, og med denne var erklæret sygdomsfri. Dermed blev den sociale støtte reduceret fra venner og familie til kræftoverleveren, på trods af et stadig oplevet behov herfor. Relationerne var uforstående for, at senfølgerne medførte manglende indfrielse af forventningerne, hvilket medførte ensomhed, angst og bedrøvelse for kræftoverleveren (34). Kræft samt fysiske og psykiske senfølger medfører psykosociale forandringer hos kræftoverleveren, der blandt andet kan føre til sociale isolation.

Ud fra ovenstående influerer de fysiske, psykiske og psykosociale senfølger hinanden og kan have konsekvenser for kræftoverleverens livskvalitet. Senfølger opleves individuelt blandt kræftoverleverne og varierer fra dagligt til sjældent i deres forekomst. Generelt opleves senfølger som komplekse og væsentlige for både kræftoverleverne og pårørende (13,17,29,33,34). I og med at antallet af kræftoverleverne er stigende, qua forbedret diagnosticering og behandling, vil der på baggrund af dette ligeledes være flere, der skal forholde sig til de senfølger, som kræft og behandlingen medfører. I litteraturen blev der ikke fundet den samme sociale ulighed i kræftsensfølger, som i incidensen og kræftdødeligheden, derfor vil den videre problemanalyse ikke have dette fokus, i og med specialet tager udgangspunkt i kræftoverleverne med senfølger.

2.4 Kræftoverleverne med senfølger

Begrebet kræftoverlever kan variere, og kan defineres ud fra disse tre måder; 1) et individ, der har fået stillet en kræftdiagnose, 2) et individ, der har afsluttet et forløb med kræftbehandling, eller 3) et individ, der har fået stillet kræftdiagnosen og lever fem år efter diagnostetidspunktet (15). På baggrund af definitionen på senfølger tager specialet udgangspunkt i, at kræftoverleverne er individer, der har fået stillet en kræftdiagnose og eller har afsluttet et behandlingsforløb.

Anvendelse af begrebet kræftoverleverne medfører en række etiske overvejelser i forhold til, hvordan det enkelte individ, der har haft eller har kræft, identificerer sig selv. For vil et individ, der er i gang med en kræftbehandling betegne sig selv som overlever, da de endnu ikke ved, om de vil overleve? Ydermere kan begrebet medføre, at individet bliver fastholdt i en tidligere rolle som syg, en rolle de ikke længere identificerer sig med, hvis de har lagt kræftsygdommen og behandlingen bag sig. Desuden kan begrebet "overlever" associeres med krig, så hvis i fald individet taber kampen til kræft, skyldes det så, at der ikke blev kæmpet hårdt nok? (16). Disse overvejelser er vigtige, da de bidrager til en anerkendelse af og bevidsthed om, at det er op til det enkelte individ at definere sig selv. Med dette in mente vælger specialet, ud fra ovenstående at definere en kræftoverlever med senfølger som et individ, der har fået stillet en kræftdiagnose og eller har afsluttet et behandlingsforløb, og som oplever fysiske, psykiske og psykosociale forandringer, der kan indtræffe på varierende tidspunkter.

Det at være en kræftoverlever er forbundet med en række ændringer og justeringer af det enkelte individs liv, grundet kræften og kræftbehandlingen. Ændringer, der omfatter individets selv, men ligeledes dets relationer til andre. Kræftoverleverne vender tilbage til en hverdag, der er præget af en høj grad af usikkerhed og angst for, hvorvidt kræften vender tilbage. Livet efter en kræftdiagnose er derfor ikke længere det samme, som før kræftoverleveren blev kræftsyg og bliver ofte refereret som det "nye normale", da livet efter kræft medfører en tilpasning af hverdagen til nye omstændigheder. Denne tilpasning kan få konsekvenser for individets livskvalitet, da de skal håndtere nye udfordringer. Det at vende tilbage til en hverdag efter kræft er en proces, der kan strække sig over en længere periode, en proces der kan påvirkes af, at senfølger kan opstå flere år efter selve kræftdiagnosen (16).

2.5 Netværk

Udover de ændringer der sker i forhold til individet selv, opstår der ligeledes ændringer i forhold til de relationer kræftoverleveren med senfølger indgår i (16). Stærke sociale relationer kan medføre en række gavnlige effekter for individets helbred ved at skabe ressourcer, gennem information samt følelsesmæssig og praktisk støtte. Dette medfører, at individet kan tilegne sig en adfærd, så de kan reagere hensigtsmæssigt i belastende situationer gennem denne støtte. Netværket fungerer derigennem som en *buffer* mod skadelige situationer på helbredet, og den sociale støtte bliver ydermere en viden om, at sociale ressourcer er tilgængelige (2,35). I en meta-analyse (148 studier) af Holt-Lunstad et al. (2010) kunne det konkluderes, at der var en statistisk signifikant øget reduktion i dødeligheden for individer med stærke sociale relationer. Stærke relationer for kræftoverleverne antages dermed at gavne deres helbred såvel som deres evner til at håndtere de senfølger, de måtte opleve. Såvel som stærke relationer styrker kræftoverleverne med senfølger kan de også svække eksempelvis ved stigmatisering. Kræftoverleverne oplever i stigende grad at blive stigmatiserede af deres omgivelser, og dette svækker deres helbred. Stigmatiseringen udmønter sig blandt ved at individet bliver mødt med angst og irritation eller bliver undgået i sociale sammenhænge, dette beror blandt andet på, at omgivelserne bliver mindet om deres egen dødelighed og frygt for at blive syge (36). Erving Goffman bidrager med en sociologisk forståelse for, hvorfor stigmatisering opstår, hvor han skelner mellem tre forskellige former for stigma; *de kropslige vederstyggeligheder, de karaktermæssige fejl og de tribale eller slægtsbetingede*. Han beskriver

desuden stigma som afvigelser fra det normale, der tilskrives et individ eller en gruppe, på baggrund af deres udseende holdning eller egenskaber. Kropslige vederstyggeligheder så som fysiske misdannelser, deformiteter eller handicaps (37), dette er stigma kræftbehandlingen kan medføre som resultat af kirurgiske indgreb, kemobehandling eller stråleskader. Dette kan føre til både synlige og usynlige forandringer, der kan medføre at kræftoverleveren opfattes som afvigende og dermed afvist af de sociale relationer, de indgår i. Hvorved kræftoverlevende med fysiske, psykiske eller psykosociale senfølger kan opleve at blive stigmatiseret på baggrund af disse forandringer. Individer der oplever at være afvigende, vil i højgrad forsøge tilpasse sig, og tilbageholde eller kontrollere informationer om sig selv, for derigennem at fremstå som værdige for samfundets respekt og accept. Dermed kan individet stigmatisere sig selv, ved at opfatte sig som værende mindre værdig ud fra samfundets normer og værdier (37). Kræftoverlevende med senfølger risikerer dermed at stigmatisere sig selv, da de oplever at afvige fra deres sociale omgivelser, og kan dermed nedgradere sig selv på baggrund af samfundets normer. Stærke sociale relationer kan dog bidrage til at styrke en hensigtsmæssig adfærd i håndteringen af forandringer som kræftoverlevende med senfølger oplever. De sociale relationer medvirker dermed til at skabe, på den ene side muligheder og på den anden side begrænsninger for kræftoverlevende med senfølgers helbred og livskvalitet. Dette understreger, at kræftoverlevende med senfølger kan opleve en række komplekse problemstillinger, hvor styrkelse af det sociale netværk kan bidrage til at gavne helbredet og reducere dødeligheden.

2.6 Self-efficacy

Håndtering af forandringerne, grundet senfølgerne, kan få konsekvenser for det stigende antal kræftoverleveres livskvalitet. Dette har medført et øget fokus på, hvorledes håndteringen kan blive styrket, både under og efter kræftbehandlingen. Et kohorte-studie (N=489) af Loric et al. (2001), konkluderede at self-management programmer (CDSMC) blandt andet styrkede kræftpatienters helbredsstatus og medførte færre indlæggelser, ved at programmet styrkede deres evner til at mestre sygdomsforløbet (Loric et al. 2001). Self-management udspringer af Albert Banduras teori om *self-efficacy*, der betyder individets tro på egne evner. I et survey studie (N=132) af Foster et al. (2015) blev det undersøgt, hvilken betydning self-efficacy havde på kræftoverleveres håndtering af forskellige udfordringer efter sygdomsforløbet, og konkluderede at kræftoverleverne med en styrket self-efficacy var bedre stillet i forhold til at

mestre blandt andet senfølger (40). Ud fra ovenstående udledes det, at kræftoverlevere med senfølger skal omstille sig til et nyt normal, der indebærer håndtering af en række komplekse problemstillinger, hvor en forstærket self-efficacy vil styrke deres selvtillid til at overkomme dem. Self-efficacy og det sociale netværk skaber dermed muligheder og begrænsninger for kræftoverlevere med senfølger i forhold til at tilpasse sig et nyt normal.

2.7 Kræftoverlevere med senfølger - Beskæftigelse

I og med at antallet af kræftoverlevere med senfølger stiger, øges antallet også af disse i den arbejdsdygtige alder. Følgende afsnit vil derfor analysere og problematisere forholdet mellem det at være kræftoverlever med senfølger og beskæftigelse.

2.7.1 Beskæftigelseseffekt

Beskæftigelse er afgørende for at opnå økonomiske ressourcer, materiel trivsel og derigennem opnå social position (41). Beskæftigelse er for individet en vigtig faktor i forhold til livskvalitet, det giver en følelse af mening og værdighed samt muligheden for at forsørge sin selv og eventuel familie (42). Arbejdsløshed er generelt skadende for helbredet, og der ses en stærk association mellem manglende beskæftigelse og dårligt helbred, hvor begge influerer på hinanden. Manglende beskæftigelse kan medføre langvarig sygdom, dårligere fysisk og mentalt helbred samt højere dødelighed (41). I forhold til kræftoverleveren medfører beskæftigelse, en følelse af fortsat at være en del af samfundet, og ved at føle sig nyttig og værdsat. Samtidig forstærker beskæftigelse de sociale relationer og har en terapeutisk virkning, der medfører at kræftoverlevere genvinder bedre helbred, trivsel og livskvalitet (41-43). Derudover minimerer beskæftigelse den skadende effekt, som langtidssygefravær har på individets fysiske, mentale og sociale velbefindende, og minimerer risikoen for at blive uarbejdsdygtig på længere sigt (41).

2.7.2 Arbejdsløshed og tidlig pension

Til trods for de gavnlige effekter ved at være i beskæftigelse, oplever 30-40% kræftoverlevere at stå uden for arbejdsmarkedet. Omkring halvdelen af alle voksne kræftoverlevere er under 65 år, og dermed fortsat i den arbejdsdygtige alder (19,42-44). I en meta-analyse (N=177.969) af De Boer et al. (2009) baseret på tal fra hovedsagelig USA og Europa, konkluderes det, at kræftoverlevere generelt havde 1,4 gange større risiko for at være arbejdsløse sammenlignet

med den raske del af befolkningen (45). I et dansk registerstudie (N=25.094) af Heinesen et al. (2016) ses der en forskel mellem højt og lavt uddannede kræftoverlevende i forhold til arbejdsløshed. Det konkluderes, at lavt uddannede mænd har 10% og kvinder 8% øget risiko for at stå uden for arbejdsmarkedet tre år efter kræftdiagnosen, hvorimod for højt uddannede blot er 5% for begge køn (46). Jævnfør teori om social ulighed i sundhed er uddannelse med til at definere individets sociale position, gennem blandt andet social stratificering. Dette giver en forståelse for, at kræftoverlevende med senfølgers sociale position har indflydelse på beskæftigelsesstatus. I den indledende søgning, til at belyse problemstillingen, er der ikke fundet studier, der har fokus på beskæftigelse i forhold til kræftoverlevende med senfølger, hvilket er med til at understrege, at der mangler viden for at tydeliggøre problemets omfang. Det må dog antages, at arbejdsløsheden blandt kræftoverlevende med senfølger er på samme niveau eller højere end kræftoverlevende generelt, da senfølger, som tidligere beskrevet, har indvirkning på arbejdsevnerne. Til trods for at der ses en ulighed mellem højt og lavt uddannede, jævnfør manglende beskæftigelse, har arbejdets karakter ligeledes en signifikant betydning for, om en kræftoverlever vender tilbage i arbejde (46). Det samme gjorde sig gældende i forhold til pension, hvor et dansk kohorte studie (N=236.993) af Carlsen et al. (2008) konkluderede, at kræftoverlevende med manuelt arbejde før og efter sygdomsforløbet samt lavt uddannelsesniveau havde større risiko for tidlig pension end den raske del af befolkningen. Ydermere havde følgende faktorer; høj alder, lav indkomst, fysiske samt psykiske senfølger og samlivsstatus som enlig, indflydelse på tidlig pension efter kræftdiagnose (43).

I Danmark er det muligt at få tildelt førtidspension hvis individet ikke er i stand til at arbejde under almindelige vilkår eller i fleksjob, grundet væsentlige eller varigt nedsat arbejdsevne. Vurdering af individets arbejdsevner foretages af kommunen, og det er ligeledes dem der visiterer til fleksjob, hvor der tages hensyn til at arbejdsevnerne er begrænsede. I forbindelse med vurderingen af individets arbejdsevner, kan denne få tildelt ressourceforløbsydelse. Foruden disse muligheder kan individer med nedsat arbejdsevne, ligeledes få ledighedsydelse i en begrænset periode eller indtil at fleksjob påbegyndes. Hvis individet får tildelt førtidspension bliver dette erstattet af folkepension idet individet bliver 65 år, en alder der gradvis er stigende hvormed folkepensionsalderen i 2030 er hævet til 68 år. Ydermere er efterløn en mulighed, dette er en frivillig tilbagetrækningsordning finansieret gennem individets a-kassen, hvor tilbagetrækningsalderen ligeledes er stigende hvormed alderen i

2023 er hævet fra 62 til 64 år (47). Dette er blot et udsnit af de ydelser der tilbydes, og det er et komplekst system hvor ydelserne er indbyrdes afhængig, og påvirket af en løbende regulering af lovgivningen. Der kan dermed argumenteres for at kræftoverlevende med senfølger i stigende grad, vil have behov for disse ydelser. Generelt får kræftoverlevende tildelt pension 10 år tidligere, end den raske del af befolkningen, hvilket medfører direkte omkostninger i form af udbetaling til pension og et fald i skatteindkomst, samt indirekte omkostninger via tabt produktion (43).

Udover de økonomiske konsekvenser for kræftoverlevende kan tidlig pension også medføre social isolation. At vende tilbage i beskæftigelse efter kræftforløbet er derfor en fordel både for samfundet og individet. Tidlig pension kan dog have gavnlige effekter for kræftoverlevende, uanset social position, for at undgå arbejdsrelaterede problemstillinger efter diagnose og endt behandling (42–44). Dette understreger, at arbejdsløshed samt førtidspension, efterløn og fleksjob blandt kræftoverlevende med senfølger er en voksende folkesundhedsmæssig problemstilling, der har en række individuelle og samfundsmæssige konsekvenser, hvorved der ligger et forandringspotentiale inden for dette komplekse problemfelt.

2.7.3 Beskæftigelseskonsekvenser

Det nye normale kan for kræftoverlevende medføre angst og bekymringer, blandt andet i forhold til senfølger (16). Ydermere kan der opstå bekymringer om eventuelle beskæftigelseskonsekvenser, såsom sygefravær og risikoen for ikke at komme tilbage i arbejde (19,42,43). Bekymringer om beskæftigelseskonsekvenser medfører et pres på individet, hvilket konkluderes i en dansk kvalitativ interviewundersøgelse (N=77) af Johnsen et al. (2006). I det øjeblik kræftoverlevende blev erklæret sygdomsfri, oplevede de forventninger og et pres fra dem selv og omgivelserne for at vende tilbage i arbejde. Desuden oplevede kræftoverlevende, at de nære relationer og arbejdspladsen udviste en manglende forståelse for deres situation (48). Kræftoverlevende tillægger arbejdspladsen en vigtig rolle i overgangen til at vende tilbage i beskæftigelse (49). Et survey studie (N=328) af Pryce et al. (2007) blev det blandt andet konkluderet, at såfremt arbejdspladsen udviser fleksibilitet, inddrager kollegaer og afholder løbende samtaler med kræftoverlevende, øges sandsynligheden for at kræftoverlevende forbliver i eller vender tilbage til arbejdet. Derudover er villighed fra

arbejdspladsens side i forhold til at justere arbejdsforholdene en afgørende organisatorisk faktor for, at kræftoverleveren kan vende tilbage i arbejde (50).

Der kan derfor argumenteres for, at kræftoverlevende, der oplever senfølger, kan opnå gavnlige helbredsmæssige effekter af at være i beskæftigelse, hvis de blandt andet får den rette støtte og forståelse fra arbejdspladsen. Dette understreger, at der er et folkesundhedsmæssigt perspektiv i at foretage udvikling inden for dette område for derigennem at opnå forandringer, der skaber bedre muligheder for kræftoverlevende med senfølger til at opnå eller fastholde beskæftigelse. Udviklingen kan blandt andet være med til at reducere den sociale ulighed i sundhed, da lavt positionerede kræftoverlevende med senfølger er mere udsatte i forhold til dødelighed, manglende beskæftigelse og tidlig pension.

3. Afgrænsning

Kræftoverlevende med senfølger er et voksende problem, og med incidensen og overlevelsesprocenten er stigende, og det estimeres, at 40-75% af kræftoverlevende vil opleve senfølger (6,13,27-29). At være kræftoverlevende med senfølger kan medføre en række fysiske, psykiske og psykosociale forandringer, der kan have konsekvenser i forhold til, at vende tilbage til en hverdag, der indebærer et nyt normal for individet, en hverdag der er forbundet med angst og usikkerhed (16,27). Beskæftigelse er en del af det nye normale, og det at være i beskæftigelse har en række individuelle og samfundsmæssige gavnlige effekter (41-43). Halvdelen af alle kræftoverlevende er i den arbejdsdygtige alder, og dette tal er voksende qua tidlig diagnose og forbedret behandling. Specialet vil fokusere på, at til trods for de gavnlige effekter ved beskæftigelse, oplever op imod 40% af kræftoverleverne, i den arbejdsdygtige alder, at være uden beskæftigelse (42-44).

På baggrund af ovenstående problemanalyse, tager specialet afsæt i at undersøge kræftoverlevende med senfølger i forhold til at opnå eller fastholde beskæftigelse, da det er en voksende folkesundhedsmæssig problemstilling, hvori der ligger et forandringspotentiale. Specialet afgrænses til at omfatte kræftoverlevende med senfølger, som et individ der har fået stillet en kræftdiagnose og eller har afsluttet et behandlingsforløb, og som oplever fysiske, psykiske eller psykosociale senfølger, der kan indtræffe på varierende tidspunkter. Der afgrænses fra at undersøge en specifik kræftsygdom, da alle kræftsygdomme og behandlinger kan medføre senfølger. Ligeledes er der ikke fokus på en bestemt senfølge, da arbejdspladsen vil opleve kræftoverlevende med individuelle senfølger. Specialet afgrænses yderligere fra, at undersøge en bestemt arbejdsplads, da kræftoverlevende med senfølger kan befinde sig på alle typer arbejdspladser.

Formålet med specialet er at opnå en forståelse for, hvorledes self-efficacy og netværksrelationer skaber muligheder og begrænsninger for kræftoverlevende med senfølger i at opnå eller fastholde beskæftigelse, og hvordan denne viden kan bidrage til et forandringsforslag.

4. Problemformulering

Hvordan kan en forståelse af de muligheder og begrænsninger, som kræftoverlevende med senfølger oplever i forhold til at opnå eller fastholde beskæftigelse, danne grundlag for forandring?

4.1 Forskningsspørgsmål

1. Hvordan oplever kræftoverlevende med senfølger det at skulle opnå eller fastholde beskæftigelse?
2. Hvilke forandringstiltag på arbejdspladsen kan potentielt styrke kræftoverlevende med senfølger i at opnå eller fastholde beskæftigelse?

5. Videnskabsteoretiske perspektiv

Videnskabsteori har fokus på, hvorledes viden skabes og indsamles, og dermed hvilket perspektiv forskeren arbejder ud fra (51). Følgende afsnit vil redegøre for specialets videnskabsteoretiske forståelse for derigennem at synliggøre, hvilke grundantagelser og principper specialet bygger på. Formålet med specialet er at opnå en forståelse for, hvordan kræftoverlevende med senfølger oplever muligheder og begrænsninger ved at opnå eller fastholde beskæftigelse. Denne forståelse skal danne baggrund for et forandringsforslag, og derfor anlægges der i specialet et hermeneutisk videnskabsteoretiskperspektiv. Da hermeneutik betyder fortolkningskunst eller læren om forståelse (52).

5.1 Hermeneutik

I specialet tages der afsæt i Hans Georg Gadamer (1900-2002) (Gadamer) filosofiske hermeneutik, der jævnfør Gadamer er et ontologisk princip, hvor forståelse er en generel betingelse for menneskets måde, at forstå sig selv og den verden de lever i (53). Jævnfør Gadamer fødes individet ikke med "et fritsvævende øje", individet er altid indskrevet i en verden af betydninger, som det ikke bestemmer over (53). Individets udlægning af virkeligheden er altid subjektiv, og dette forklarer Gadamer blandt andet med disse tre centrale begreber; *forforståelse*, *horisont* og *horisontsammensmeltning*, der tilsammen udgør *den hermeneutiske cirkel* (54). Disse begreber medfører, at forskeren ikke er en neutral observatør, der med videnskabelige metoder er i stand til at finde sandheden om virkeligheden. Forskerens rolle kan inden for den filosofiske hermeneutik ikke forholde sig objektivt og neutralt, da fortolkning spiller en afgørende rolle indenfor denne tilgang (53). Forskeren medbringer sine fordomme eller forforståelse i forståelsesprocessen, både bevidst og ubevidst, der bibringer til produktivitet for erkendelser (52). Forforståelse er, jævnfør Gadamer udlægning, de erkendelser, individet har gjort sig ved at leve i en historisk, social og sproglig horisont, der er med til at bestemme, hvor meget det enkelte individ er i stand til at forstå (53). Dette betyder, at uden forforståelse ville forskeren ikke være i stand til, at stille relevante spørgsmål eller opnå erkendelser om problemfeltet (52). Individet fortolker det, det ikke forstår, ud fra det det kender til i forvejen. Fordomme revideres dog løbende, og nye forståelser bliver til noget velkendt, og bliver til nye fordomme eller en ny forståelseshorisont, der igen bliver revideret. Dette vekselvirkningsforhold kaldes ligeledes for den hermeneutiske

cirkel eller spiral, og er en beskrivelse af den fortolkningsproces, der opstår i mødet med nye forståelser (53).

5.1.1 Hermeneutiske cirkel

Den hermeneutiske cirkel kan anses som et epistemologisk princip, hvor al viden fremkommer som en pendling mellem helhedsforståelse og delforståelse af det fænomen, der søges fortolket. De enkelte dele kan kun forstås ved at se dem i den aktuelle kontekst eller helhed, og den enkelte helhed kan ikke ses uden en forståelse for de enkelte dele (52). I den filosofiske hermeneutik er forskere ikke et udenforstående (subjekt), der betragter ind på fænomenet (objekt), men er en del af den kontekst, der skal fortolkes (54). I specialet indhentes der viden om kræftoverlevende med sansfølger gennem interviews, for derigennem at opnå en forståelse for, hvordan de oplever det at opnå eller fastholde beskæftigelse. Specialegruppen tilgår ikke denne kontekst som en neutral observatør, men bibringer forforståelse i fortolkningen af dette fænomen. Jævnfør den filosofiske hermeneutik sker der en "ontologisering" af den hermeneutiske cirkel, da forskeren i fortolkningsprocessen flytter sig ind i den, og det er ikke længere forholdet mellem del og helhed der er i fokus, men snare forholdet mellem genstanden og den virkelighed forskeren indgår i. Den hermeneutisk cirkel er dermed ikke en metode, men illustrerer forståelsens grundstruktur, og flytter sig fra at være et metodisk princip, til at cirklen er en del af individets måde at forstå på (52). Der er dermed tale om en ontologi, der må anses for at være flydende, da omverdenen forandrer sig alt efter aktørernes fortolkning af den, men også at aktøren forandres af sammenhængen (55).

5.1.2 Forforståelse

Forskerens forforståelse er altid tilstedeværende og er en nødvendig betingelse for at kunne opnå ny forståelse i forståelsesprocessen. Derigennem sætter forforståelsen præmisserne for forståelsen, og den indebærer alt, hvad forskeren ved, forventer eller tror i forvejen om det givende fænomen (54). Forforståelsen skabes og formes ud fra den viden og erfaringer, forskeren har med sig, og er derigennem med til at forme den enkeltes forståelseshorisont (53). Dermed opstår der i den filosofiske hermeneutik en gensidighed mellem forforståelsen og forståelsen, og det er ikke længere muligt at opretholde skellet mellem subjektet og objektet (54). Dette medfører, at specialegruppens forforståelse er influeret af subjektiv viden og erfaringer, samt påvirket af blandt andet den tværvidevidenskabelige uddannelse, specialegruppen

er ved at fuldføre. Da forskeren spiller en afgørende rolle i fortolkningen, er det ifølge Gadamer nødvendigt, at forskeren er sin forforståelse bevidst, da denne sættes i spil og ud fra denne opnås der ny viden og en ny forståelseshorisont (53). I arbejdet med specialet er dette gjort ved, at specialegruppen har nedskrevet sine forforståelser omkring kræftoverlevende med senfølger i specialets start, for derved at blive bevidste omkring subjektive forforståelse og horisonter (bilag 1).

5.1.3 Horisont & horisontsammensmeltning

Forforståelsen tager udgangspunkt i det ståsted, den enkelte har i forståelsen af fænomenet og dermed den horisont, der anskues ud fra (54). Dette vil betyde, at specialegruppens forforståelse udspringer af medlemmernes horisont, der udgøres blandt andet af fordomme og forforståelse, der er præget af den uddannelsesretning, dette speciale tager afsæt i, tidligere projekterfaringer og teoretisk viden. Disse faktorer vil være med til at påvirke de valg og handlinger, der foretages i udarbejdelsen af specialet. Idet forskeren forsøger at forstå et fænomen, vil forskeren stifte bekendtskab med fænomenets horisont, og derigennem opstår der ny viden og en ny forståelseshorisont. De to horisonter skaber tilsammen en ny horisont, der danner et rum, inden for hvilket forståelse er mulig, og der opstår derved en horisontsammensmeltning. Dette medvirker til, at forforståelsen er under konstant forandring, når denne sættes på prøve i mødet med andre. Forskeren lægger dog ikke den første forforståelse bag sig, men der bliver produceret en tredje forforståelse og en ny horisont og en ny viden. Dette er ikke en lineær proces, men en vekselvirkning mellem ny viden og ny horisont, og derigennem en ny forforståelse (54). I specialet kommer den filosofiske hermeneutik til udtryk ved, at der anvendes forskellige teoretiske perspektiver, og derigennem udgør forforståelsen. Denne forforståelse sættes i spil i relation til den empiri, specialet har indhentet gennem individuelle interviews samt den systematiske litteratursøgning. Både under og efter interviewene, foretages der analyse af det sagte, og dette er et eksempel på den hermeneutiske cirkel, da der i denne proces opstår en nye forståelse af kræftoverlevende med senfølger. Velvidende at denne forståelse senere hen kan revideres, men som vurderes til at være relativ ækvivalente med den virkelighed, der ønskes at opnå en forståelse for.

6. Metode

Følgende afsnit har til formål at beskrive specialets metodologi og derigennem beskrive og begrunde valget af forskningstype, undersøgelsesdesign og anvendte metoder. Ydermere vil afsnittet beskrive selve metoden, der er de redskaber og teknikker (56), der er valgt i specialet, for derigennem at danne grundlag for besvarelse af problemformuleringen igennem forskningsspørgsmålene. Specialets problemformulering danner grundlag for valget af forskningstype og –design (57). I specialet tages der afsæt i to forskellige forskningstyper, *den forstående* og *den handlingsrettede*.

6.1 Den forstående forskningstype

Den forstående forskningstype er valgt, da specialet har fokus på at opnå forståelse for, hvordan kræftoverlevende med senfølger oplever muligheder og begrænsninger ved at opnå eller fastholde beskæftigelse. En viden, der skal danne grundlag for specialets forandringsforslag, og derigennem være medvirkende til at skabe bedre muligheder for beskæftigelse for kræftoverlevende med senfølger. Den forstående forskningstype er velegnet, når erkendelsesinteressen er at afdække fænomenets eller individets meninger, vurderinger, motiver og intentioner i den specifikke sociale og samfundsmæssige kontekst, de befinder sig i. Derigennem bliver konteksten en integreret del af fortolkningsprocessen (57). Denne erkendelse er relevant, da der i specialet anlægges et filosofisk hermeneutisk perspektiv, hvor individet ikke er et "fritsvævende øje", men er en del af en kontekst, hvor den enkeltes forståelse og forforståelse er skabt ud fra og indvævet i. I specialet interviewes kræftoverlevende med senfølger, for dermed at afdække deres holdninger, oplevelser og motiver. Ydermere inddrages den kontekst kræftoverlevende med senfølger indgår i gennem inddragelse af netværksteori og bliver derved en del af fortolkningsprocessen. Derudover anvendes teorien om self-efficacy til at opnå en forståelse for, hvorledes denne har indflydelse på kræftoverlevende med senfølger i at opnå eller fastholde beskæftigelse. Det forstående forskningstype udspringer af det fortolkningsvidenskabelige paradigme, hvor paradigmet beskriver den grundlæggende antagelse som forskeren arbejder ud fra. I det fortolkningsvidenskabelige paradigme antages det, at forståelse af sociale fænomener skal bygge på viden og indsigt af det sociale subjektive fænomen. Dette opnås gennem fortolkning, forståelse og indlevelse i de sociale fænomener, der undersøges, og derigennem bliver det

subjektets oplevelse af det sociale fænomen, der er i fokus. Undersøgelser kan derved bygge på teori, metoder og data, der bidrager til at skabe forståelse for individets handlinger, hvor individets beskrivelse af sig selv, deres oplevelser og erfaringer er i fokus (57).

6.2 Den handlingsrettede forskningstype

I den handlingsrettede forskningstype er fokus på at bidrage med forslag til forandrings- og læringsprocesser. Den handlingsrettede forskningstype udspringer af det handlingsrettede paradigme, der har fokus på at udvikle indsatser og formidle viden under forskningsprocessen (57). Denne forskningstype er i specialet valgt med henblik på at producere viden, der kan anvendes til et forandringsforslag, for at skabe bedre muligheder for kræftoverlevende med senfølger til at opnå eller fastholder beskæftigelse. Forandringsforslaget udspringer af det samspil, der er mellem informanterne, den anvendte teori og de fremsøgte studier, hvilket er en kontinuerende proces i forskningsarbejdet. John P. Kotters ottetrins-model vil danne den overordnede ramme for hvorledes forandringsforslaget kan implementeres på arbejdspladsen. I og med forandringsforslaget blot vil tage udgangspunkt i kræftoverlevende med senfølger og arbejdspladsen, inddrages ikke alle elementer af den handlingsrettede forskningstype. Da denne har fokus på forandring på forskellige niveauer; individ, organisation og samfund (57).

6.3 Casestudie

I specialet tages afsæt i det kvalitative casestudie, der danner den overordnede ramme i besvarelsen af problemformuleringen. Et casestudie er et forskningsdesign til at undersøge og opnå forståelse for komplekse sociale fænomener, som enten kan være individer, forløb eller systemer (58). Dermed er casestudie et design, der udspringer af den forstående forskningstype (57). Ydermere er det et design, der kan omfatte flere datakilder gennem kvalitative og kvantitative metoder (58). Da det ikke er muligt at afdække alle sider af en case, er det derfor vigtigt at definere et fikspunkt. Dette er et fast punkt i casen, og kan være sociale aktører, grupper, en begivenhed eller sociale sammenhæng. Der vil altid være multiple muligheder for at definere og afgrænse en case, hvilket betyder, at en case kan udvikles og forandres gennem forskningsprocessen (58). I specialet udgør kræftoverlevende med senfølger, selve casen, og deres oplevelse af at opnå eller fastholde beskæftigelse repræsenterer fænomenet, som casen udspringer af. Robert K. Yin definerer casestudie som en undersøgelse,

hvor fænomenet undersøges i den sociale kontekst, det optræder i, da det kan være vanskeligt at adskille fænomenet fra den kontekst, det er en del af (58). I specialet kommer dette til udtryk i, at undersøgelsen blandt andet har fokus på kræftoverleverne med senfølger og de sociale relationers betydning for at opnå eller fastholde beskæftigelse samt deres indflydelse på kræftoverleverne med senfølgers self-efficacy.

6.3.1 Teorifortolkende casestudie

Jævnfør Antoft og Salomonsen er der fire hovedtyper, indenfor casestudie; ateoretisk-, teorifortolkende-, teorigenerende- og teoritestende studier. I specialet tages der udgangspunkt i det teorifortolkende casestudie, dog med bevidsthed om at casestudier sjældent fremgår som rene former, men designet vil indeholde elementer fra flere af casestudietyperne (58). I det teorifortolkende casestudie danner teorien rammen om fortolkningsprocessen. Denne proces finder sted mellem den empiriske beskrivelse af en given case og det teoretiske perspektiv, hvor formålet bliver at generere ny empirisk viden (58). Jævnfør Antoft og Salomonsen vil et teorifortolkende casestudie både rumme en induktiv og deduktiv strategi (58). Ifølge Norman Blaikie er der fire forskellige strategier, der kan anvendes i fortolkningsprocessen; *induktiv*, *deduktiv*, *retrodeduktiv* og *abduktiv*. Hvilken strategi, der anvendes udspringer af paradigmet, forskningstypen samt det overordnede formål med undersøgelsen. Induktive strategi anvendes når formålet er beskrivende og gennem udledning af empiriens mønstre og tendenser formes en mere generel viden (59). Derfor anvendes denne strategi ofte inden for det empiriske analytiske paradigme (57). Den deduktive tilgang anvendes for at klarlægge mulige årsager til et givent fænomen på baggrund af allerede eksisterende teori (59). Dermed udspringer denne strategi ofte af det fortolkningsvidenskabelige hermeneutiske paradigme (57). I specialet er der valgt at anlægge en overvejende deduktiv tilgang, der har fokus på at forstå og fortolke mønstre og tendenser om verdenen ud fra teorien, og derigennem besvare hvordan kræftoverleverne med senfølger oplever det at opnå eller fastholde beskæftigelse.

I den indledende fase i et teori fortolkende casestudie, spiller teori ikke en afgørende rolle i udvælgelse af casen, denne fase er ofte mere induktiv (58). Ved en induktiv tilgang danner mønstre og tendenser fra data eller empirien basis for en mere generel viden (59–61). I specialet udmønter det sig ved, at udarbejdelsen af problemanalysen har været styret af den videnskabsteoretiske position, og derigennem specialegruppens forforståelse. Disse faktorer

har styret den indledende søgning, der har genereret empiri til problemanalysen, og derigennem defineret fikspunktet for den videre undersøgelse. Empiri fra den indledende søgning, har været med til at argumentere for problemet, og derigennem beskrevet problemstillingen.

I det teorifortolkende casestudie får teori en afgørende position i forhold til udvælgelse af de relevante aspekter af et givende fænomen. Ydermere spiller teori en rolle i forhold til den analytiske fase, hvor teorien er med til at identificere mønstre i det indsamlede data (58). I udformningen af den semistruktureret interviewguiden, er der taget afsæt i en teoretisk forståelse om netværk samt Albert Banduras teori om, *self-efficacy*. Disse teorier vil blive præsenteret og uddybet under afsnittet Teoretiske referenceramme. Teorierne danner dermed specialets teoretiske forforståelse. Da interviewguiden er semistruktureret åbner det op for, at følge op på mønstre og oplevelser informanterne giver udtryk for under interviewet (62). Denne del af indsamlingen af empirien, indeholder dermed elementer af det teorigerende casestudie. Da teorigerende casestudie blandt andet generere ny viden, ved at etablere teoretiske mønstre gennem empiriske observationer (58).

Kvale og Brinkmans syv faser danner det metodiske grundlag for de individuelle interviews, samt herunder de seks analysetrin, der er med til at skabe en forståelse for det undersøgte fænomen, gennem blandt andet meningskodning, meningskondensering og meningsfortolkning (62). I analysen danner teorierne grundlag for de identificerede temaer og mønstre, og derigennem er analysen deduktiv. De teoretiske valg er derigennem den linse, empirien anskues ud fra og som bestemmer, hvilke dele af empirien, der er fokus på ud fra en flydende ontologisk forståelse om, at omverdenen skabes og forandres gennem den interaktion, der opstår mellem aktørerne og de valg, der foretages (55). Da interviewguiden er semistruktureret, vil indsamlingen af empirien være styret af probleminteressen samt teorien, men ligeledes være åben for informanternes individuelle perspektiver. Den genererede viden fra de individuelle interviews, samt viden fra den systematiske litteratursøgning, vil være med til at fortolke, hvilke muligheder og begrænsninger dette komplekse fænomen rummer, og derigennem danne grundlag for et forandringsforslag. Ottetrins-modellen vil anvendes som en overordnet teoretisk ramme til implementering af forandringsforslaget og derigennem opnå forandring på arbejdspladsen.

6.4 Individuelle interviews

Som beskrevet kan casestudier bygge på flere forskellige metodiske strenge, og specialet tager udgangspunkt i en kvalitativ metode, og følgende afsnit vil redegøre for denne. Metoden er styret af specialets forskningsspørgsmål 1, der udspringer af den tidligere beskrevet forstående forskningstype, hvor fokus er på, hvordan kræftoverlevende oplever at senfølger påvirker det at skulle opnå eller fastholde beskæftigelse. Dette afdækkes gennem semistruktureret individuelle interviews, da denne metode er velegnet til blandt andet at opnå en forståelse for individets meninger, holdninger og bevæggrunde. De individuelle interviews tager afsæt i Kvale og Brinkmanns syv metodefaser. Disse faser skal skabe en systematisk planlægning af undersøgelsens interviews og understøtte forskerne i at træffe velovervejede metodiske valg. Dermed kan faserne anvendes som en grundig forberedelse, der vil styrke kvaliteten af den empiri, interviewene resulterer i (62). I det følgende præsenteres de første fem faser; *tematisering, design, interview, transskription* og *analyse*. De resterende to faser; *verifikation* og *rapportering*, er ikke inddraget i dette speciale, da der er valgt at verificere og rapportere på hele specialet og ikke blot på de individuelle interviews.

6.4.1 Tematisering

I tematiseringsfasen er der fokus på interviewundersøgelsens formål, der indebærer en afklaring af emnet, der undersøges (62). I nærværende speciale er emnet, kræftoverlevende med senfølger, blevet udfoldet og derefter afgrænset i problemanalysen, som har ledt til problemformuleringen og forskningsspørgsmål 1, der udgør formålet med denne interviewundersøgelse. Interviewene udføres med den hensigt at opnå en forståelse for, hvordan kræftoverlevende med senfølger oplever muligheder og begrænsninger i relation til beskæftigelse.

6.4.2 Design

Designfasen indebærer at planlægge og procedure teknikker for udførelsen af interviewene (62). Informanterne er blevet rekrutteret gennem specialegruppens praksiskontakt i Senfølgerforeningens netværksgruppe i Aalborg. Inklusionskriterierne for deltagelse i interviewene var, at informanterne skulle være kræftoverlevende, som oplevede senfølger, og som var i arbejde, da de fik kræftdiagnosen. Dette resulterede i seks informanter, fem kvinder og en mand i alderen 49-74 år med varierende erhvervmæssige baggrunde. I udvælgelsen af

informanterne er det forsøgt, at hverve informanter med forskellige uddannelser og senfølger, for derigennem at sikre, at forskellige holdninger, oplevelser og sociale positioner blev inkluderet i interviewene.

6.4.3 Interview

Metodefase tre er gennemførelse af interviewene på baggrund af en interviewguide (62). Interviewene blev udført ansigt til ansigt, og fem ud af seks blev afholdt hjemme hos informanten selv. Det sjette interview blev, af praktiske årsager, afholdt i lokaler hos Kræftens Bekæmpelse i Aalborg. Ansigt til ansigt interviews giver mulighed for at skabe relationer mellem interviewer og informanten og derigennem bevirke, at der opstår et tillidsforhold mellem parterne (62). I interviewene udmøntede det sig ved, at interviewer forsøgte at skabe en god kontakt, ved at være opmærksom, lyttende og vise interesse, forståelse og respekt for informantens udtalelser. Derudover giver ansigt til ansigt interviews mulighed for at observere informanternes kropssprog og stille uddybende spørgsmål, der kan understøtte det sagte, og dermed bidrage til en dybere forståelse, gennem indblik i informantens holdninger og oplevelser (62). Denne forståelse udspringer af specialegruppens filosofiske hermeneutiske perspektiv, hvor al viden fremkommer som en pendling mellem helhedsforståelse og delforståelse af det fænomen, der søges fortolket, og hvor horisonter mødes og gennem fortolkning af det sagte, er idealet at, der opstår en horisontsammensmeltning og en ny forforståelse.

Til at strukturere interviewforløbet anvendes der en interviewguide, der kan være mere eller mindre teoristyret og detaljeret alt efter forforståelsen af emne og formål samt den metodologiske ramme for interviewet (62,63). Interviewene i specialet blev udført på baggrund af en semistruktureret interviewguide (bilag 2) der indeholder en oversigt over emner, der skal afdækkes samt forslag til spørgsmål. Det semistrukturerede interview giver mulighed for, at informantens subjektive oplevelser og erfaringer kan komme til udtryk i og med, at interviewer, ud fra et skøn, kan vælge at følge op på informantens svar og de nye retninger, disse åbner op for (62). Interviewguiden afspejler specialets problemstilling og er derfor med til at sikre, at specialets formål indfries. I specialet tager interviewguiden udgangspunkt i informantens oplevelse af at være kræftoverlever med senfølger. Desuden inddrages spørgsmål, der tager udgangspunkt i Albert Banduras begreb *self-efficacy*, som skal

bidrage til at opnå en dybere forståelse for informanternes tro på egne evner. Afslutningsvis i interviewguiden har spørgsmålene fokus på informantens netværk, med inddragelse af et netværksskema som rekvisit. Denne rekvisit er et værktøj til, at informanten og interviewer kan få en dialog omkring netværks betydning for informanten. For at sikre informanternes baggrundsinformation, består interviewguiden ligeledes af spørgsmål med fokus på eksempelvis uddannelse, samlivsstatus med mere. Disse spørgsmål blev stillet til informanten, hvis ikke de var blevet besvaret under interviewet.

For at sikre, at spørgsmålene i interviewguiden er forståelige for andre end specialegruppen, er den blevet pilottestet på en udenforstående med en anden forforståelse end specialegruppens. Efterfølgende er interviewguiden blevet tilpasset, på baggrund af denne nye indsigt.

6.4.4 Transskription

For at klargøre interviewet til analyse, transskriberes det fra talesprog til skreven tekst (62). I specialet transskriberes interviewene ordret, for at mindske risikoen for at miste relevant data (bilag 3). Dog indgår interviewerens anerkendende "ja" ikke i det transskriberede materiale, hvis dette er meningsforstyrrende. Interviewene er optaget med diktafon, og eventuelle ansigtsudtryk, kropssprog og stemninger er noteret, i og med dette kan bidrage til en mere nuanceret analyse af det sagte.

For at sikre ensartethed og mening i det transskriberede følges Kvale og Brinkmanns anbefalinger om at anvende et reglement ved transskriberingen (bilag 3) (62). Dette med henblik på at styrke en entydig og gennemsigtig dokumentation af informanternes udtalelser. Begge gruppemedlemmer var til stede under interviewene, den ene som interviewer og den anden som observatør. Ud fra Kvale og Brinkmanns anbefalinger blev interviewene transskriberet på dagen eller dagen efter interviewet, med begge medlemmer til stede (62).

6.4.5 Analyse

Femte metodefase er analyse af det transskriberede data, hvor analysestrategien vælges på baggrund af undersøgelsens emne og formål. I specialet blev der taget udgangspunkt i Kvale og Brinkmanns seks analysetrin, der er med til at skabe en forståelse for det undersøgte fænomen (62).

De første tre trin i analysen; *beskrivelse, opdagelse og fortolkning* indtræffer under selve interviewets udførelse. Beskrivelse foregår ved, at informanten beskriver sin oplevelse i relation til at være kræftoverlever med senfølger i forhold til beskæftigelse. Gennem beskrivelsen bliver informantens horisont skildret, i denne skildring opdager informanten nye betydninger og erkendelse af det fortalte, og derigennem får en ny for forståelse. Intervieweren fortolker på informantens udtalelser og får dermed mulighed for at få disse fortolkninger be- eller afkræftet af informanten, og i dette mødes horisonterne, og nye horisonter kan opstå. Der opstår dermed en dobbelt hermeneutik, da intervieweren tolker på udtalelser, informanten har foretaget tolkning af. Denne proces foregår løbende under interviewet, hvor informanten og intervieweren når til en fælles forståelseshorisont (62).

Analysetrin fire består af analyse af det transskriberede interview, hvor der er fokus på mening ud fra *meningskodning, meningskondensering og meningsfortolkning* (62). Der er anvendt et analyseskema for at strukturere informantens udtalelser i meningskodning, -kondensering samt -fortolkning (bilag 4). Meningskodningen bestod i at inddele udvalgte citater fra interviewet i temaer, hvor tematiseringen tog udgangspunkt i self-efficacy og netværks teori. Dette var derved med til at danne specialets teoretiske for forståelse, og derigennem den linse, empirien anskues ud fra (55). Hvert tema blev farvekodet, for derigennem at tydeliggøre, hvor i transskriptionen temaet blev tydeligt. I analysen anvendes meningskondensering til at omskrive, de udvalgte citater til kortere formuleringer for bedre at kunne identificere temaer og analysere komplekse og omfattende citater. Afslutningsvis blev der foretaget meningsfortolkninger af de kondenserede citater, således at der opstod en ny forståelse ud fra den teoretiske referenceramme (62). Femte og sjette analysetrin; geninterview og opfølgning er i denne undersøgelse ikke foretaget grundet tidsrammen for specialet.

6.4.6 Interviewkvalitet

Kvaliteten af de udførte interviewes påvirker kvaliteten af den efterfølgende analyse af resultaterne. En analyse baseret på en mangelfuld empiri, vil dermed medføre en mangelfuld konklusion. Ifølge Kvale og Brinkmann er interview et håndværk, der kræver dygtighed og ekspertise, hvilket forudsætter at interviewerens evner, sensitivitet og viden er afgørende for interviewets kvalitet og dermed den viden, der bliver produceret (62). Den perfekte informant

eksisterer ikke, da forskellige informanter egner sig til forskellige typer af interviews, dog er en god informant blandt andet samarbejdsvillig og motiveret (62). I specialets individuelle interviews var alle informanterne samarbejdsvillig og motiverede for at fortælle om deres oplevelser af at være kræftoverlevere med senfølger, der udsprang af et ønske om øget opmærksomhed på senfølger. Alle informanterne har flere gange stillet op til andre interviews og var gode til at tale åbent om deres oplevelser. Informanterne var forskellige, hvorfor der også var forskel på at interviewe de enkelte. Informanter kan være vanskeligere at interviewe, dog er det interviewerens ansvar at motivere og fremme informantens besvarelser, og derigennem indhente brugbar viden (62). Dette fordrer, at interviewerens besidder visse kvalifikationer, i og med interviewerens er det centrale redskab i en interviewundersøgelse. Disse kvalifikationer indebærer blandt andet, at interviewerens kan anvende interviewteknikker og kan vurdere hvilke spørgsmål der er passende i den givende interviewsituation. Samtidig skal interviewerens være i stand til at mestre en samtale og være dygtig til sprog, for derigennem at kunne forstå informantens sproglige stil. Ydermere skal interviewerens kunne hjælpe informanten til at udvikle sin fortælling ved konstant at træffe beslutninger om, at følge op på mønstre og oplevelser informanterne giver udtryk for under interviewet. Disse kvalifikationer kan lede til gode interviews, der skaber brugbar empiri og en positiv situation for informanten. Det kræver træning at mestre kvalifikationerne, som en god interviewer besidder (62). Specialets gruppemedlemmer har begrænset eller ingen erfaring med at udføre interviews, hvorfor dette påvirker kvaliteten af de foretagne individuelle interviews, hvilket kan medføre mangelfuld empiri og indsigt. Begge medlemmer har været tilstede under alle interviews, og efter hvert interview er der foretaget en mundtlig evaluering for at forbedre præstationen til de efterfølgende interviews. Denne evaluering medførte eksempelvis, at anvendelse af netværkskortet blev ændret fra, at skulle udfyldes sammen med informanterne, til blot at danne den overordnede struktur for interviewet.

6.4.7 Mikroetiske overvejelser

Jævnfør Kvale og Brinkmann skal der indenfor alle forskningsfaser, lige fra planlægning, design og analyse, tages stilling til moralske og etiske valg (62). Etik betyder skik og brug eller sædvane afledt af det græske ord *ethos* der betyder karakter. På latin oversættes dette til *mos*, og herfra udspringer moral, når et individ handler uetisk, handler det derfor i strid med

gældende sædvane. Derfor er det etymologisk set legitimt at anvende begreberne synonymt (62,64), derfor vil der i specialet ikke blive skelnet mellem moral og etik.

Inden for forskning skelnes der mellem makro- og mikroetiske problemstillinger, hvormed makroetik omhandler, hvilke interesser undersøgelsen tjener, samt hvilke konsekvenser undersøgelsens kan få på samfundet. Mikroetik har fokus på individet, og hvilke fremtidige konsekvenser medvirkningen i undersøgelsen kan få på denne (62,65). Følgende afsnit vil diskutere de mikroetiske overvejelser i forhold til specialets individuelle interviews, hvorimod de makroetiske overvejelser vil blive diskuteret i afsnittet Forandringsforslaget. Dette bidrager til at synliggøre, hvordan disse etiske problemstillinger er forsøgt imødekommet.

Mikroetiske problemstillinger er forsøgt opvejet gennem indhentning af informeret samtykke. Informanterne blev forud for interviewet, informeret skriftligt og mundtligt om undersøgelsens emne og formål. I forbindelse med briefing af informanterne på selve dagen for interviewet, blev informanterne bedt om at udfylde en samtykkeerklæring (bilag 5). I denne sammenhæng blev informanterne informeret om specialets formål, brug af lydoptager, anonymitet og offentliggørelse af specialet. Ydermere blev informanterne informeret om, at de til hver en tid kan trække hele eller dele af deres udsagn tilbage, at alle udsagn vil blive anonymiseret, og at der vil blive foretaget analyse samt fortolkning af disse udsagn, som vil indgå i specialet. Informanterne fremgår derfor ikke med navns nævnelse. Og stednavne, der kan bidrage til at identificere informanterne, er ligeledes blevet anonymiseret. Der er foretaget debriefing efter hvert interview for at afrunde på en måde, hvorpå informanten fik mulighed for at komme med afsluttende kommentarer, og stille spørgsmål der eventuelt måtte være opstået i interviewet (57,62). Debriefing skal være med til at sikre, at informanterne ikke har en oplevelse af, at de har udleveret dem selv. Forinden interviewene blev der overvejet, hvilke eventuelle skadelige effekter disse interview kunne have på informanterne. Det blev vurderet, at der var risiko for at følsomme emner vil fremkomme, da specialet blandt andet har fokus på senfølger, der eksempelvis kan være seksuelle eller psykiske. Dette var blandt andet også én af årsagerne til, at det blev valgt at foretage individuelle interviews og ikke fokusgruppeinterview. Ingen af informanterne gav dog efterfølgende udtryk for, at de havde følt, at interviewsituationen havde overskredet deres grænser.

6.5 Systematisk litteratursøgning

Følgende afsnit har til formål, at beskrive specialets systematiske litteratursøgning, for derigennem at skabe en detaljeret og transparent dokumentation for den valgte metode. Den systematiske litteratursøgning har til formål, at fremsøge nuværende evidensbaseret viden i forhold til at besvare forskningsspørgsmål 2, der har fokus på at identificere muliggørende forandrings tiltag så kræftoverlevende med senfølger kan opnå eller fastholde beskæftigelse. Dette udspringer af den handlingsrettede forskningstype, hvor den fremsøgte evidensbaserede viden skal indgå som en del af forandringsforslaget og derigennem besvare problemformulering.

6.5.1 Indledende søgning samt kædesøgning

Indledningsvis er der foretaget indledende søgninger for at indhente eksisterende viden for derigennem at skabe et evidensbaseret fundament i udarbejdelsen af problemanalysen og udformningen af problemformuleringen. Den indledende søgning er med til at identificere videnskuller, afgrænse problemet, samt udpege centrale facetter og synonymer til videre brug i den systematiske litteratursøgning (66–68). Den indledende søgning har taget afsæt i specialegruppens forforståelse omkring kræftoverlevende med senfølger. En forforståelse, der er blevet redegjort for i bilag 1. På baggrund af denne forforståelse blev der foretaget indledende fritekst søgninger på Sundhedsstyrelsens og Kræftens Bekæmpelses hjemmesider samt på Google. I de fremsøgte udgivelers referencelister blev der foretaget kædesøgninger, der har bidraget til at identificere evidensbaseret studier, nøgleord og kontrollerede emneord. Efterfølgende blev der foretaget indledende søgninger i udvalgte databaser; PubMed, PsycInfo, ProQuest, Cochrane, Embase og Cinahl, på baggrund af de afgrænsede nøgleord og kontrollerede emneord. Den indledende søgning var med til at operationalisere den efterfølgende systematiske litteratursøgning med henblik på, at identificere evidensbaseret viden (66–68), til at besvare problemformuleringen.

6.5.2 Systematisk litteratursøgning

Den systematiske litteratursøgning tager afsæt i forskningsspørgsmål 2, for derigennem at kunne besvare dette og problemformuleringen. Forskningsspørgsmålet blev nedbrudt i facetter (tabel 1), hver facet indeholder relevante nøgleord, kontrollerede emneord, fritekstord samt synonymer. De identificerede nøgleord, fra den indledende søgning, blev oversat til

engelsk, og efterfølgende anvendt i de udvalgte databasers Thesaurus. Oversættelsen udføres for at identificere og anvende kontrollerede termer, der er anvendelige i forhold til specialets begrebslige ramme. Der blev ligeledes anvendt fritekstord, der svarer til de udvalgte kontrollerede termer, samt eventuelle synonymer for disse. Anvendelsen af fritekstord og synonymer benyttes for at indfange relevante studier, der endnu ikke er blevet indekseret i søgedatabasen på søgetidspunktet. Udvælgelsen af de enkelte kontrollerede emneord foretages ved søgninger på alternative kontrollerede termer, i hver databases Thesaurus (66–68). Dette er med til at identificere de mest dækkende kontrollerede termer, i forhold til at besvare forskningsspørgsmål 2 og problemformuleringen. I hver enkelt database er det teoretiske indhold af det kontrollerede emneord blevet gennemlæst, og der er foretaget en vurdering af, hvordan disse rangerer i diverse Thesaurus hierarkier i forhold til den kontekstuelle relevans. I de databaser, hvor funktionen *explode* ikke automatisk bliver aktiveret, er dette tilvalgt. Denne funktion sikrer, at alle studier der indeholder det kontrollerede emneord, der befinder sig under det anvendte Thesaurus hierarki, medtages i søgningen. Antallet af kontrollerede termer, fritekstord og synonymer er udvalgt for at opnå mest mulige relevante studier med fokus på stringens og minimering af støj.

Tabel 1 illustrerer, hvordan der er anvendt boolske operatorer, ved at kombinere de kontrollerede emneord, fritekstord og synonymer med OR, og de forskellige facetter med AND. Ved anvendelse af OR er dette med til at udvide søgningen, og AND medfører en indsnævring af søgningen (66–68).

Tabel 1 illustration af de udvalgte facetter, i forhold til kontrollerede emneord, synonymer og fritekstord, og hvordan disse er kombineret med boolske operatorer.

		AND		
		Kræftoverlever	Senfølger	Beskæftigelse
OR	"Cancer survivor"	"Late effect"	Work*	
	"Cancer survivors"	"Late effects"	Employ*	
		"Side effect"	Job	
		"Side effects"	"Return to work"	
		Sequelae*		
		"Adverse effects"		
		"Adverse effect"		

6.5.3 Limits

Anvendelse af limits afhænger af den enkelte søgedatabases muligheder heraf, samt antallet af hits ved søgningen. Hvilke limits, der er anvendt i de forskellige søgninger fremgår af søgebilaget (bilag 6). Ved anvendelse af limits præciserer det søgningen, eksempelvis i forhold til sprog, årstal og målgruppe (66–68).

6.5.4 Udvalgte databaser

Den systematiske søgning er blevet udført i PubMed, Cinahl, ProQuest og PsykInfo, da disse databaser indeholder studier fra flere forskellige tidsskrifter, som er blevet vurderet til at være relevant i forhold til besvarelse af forskningsspørgsmål 2 og problemformuleringen. Gennem databaserne er det forsøgt, at afdække problemstillingens faglige og teoretiske aspekter (66–68).

6.5.5 In- og eksklusionskriterier

In- og eksklusionskriterier blev udvalgt for derigennem at præcisere den systematiske søgning, og sikre relevansen af de udvalgte studier (66–68). I tabel 2 er specialets in- og eksklusionskriterier opstillet. Inklusionskriterierne for de udvalgte studier indebar kræftoverlevende, senfølger og beskæftigelse, samt forslag til forandringstiltag på organisatorisk niveau. Desuden er studier, der er foretaget i lande og på befolkningsgrupper, der ikke er sammenlignelige med Danmark, ekskluderet. Det samme gør sig gældende for studier, der er publiceret før 2000 og studier der ikke er på engelsk, dansk, norsk, svensk eller tysk. Ydermere er studier med fokus på kræftoverlevende, der ikke er i den arbejdsdygtige alder, blevet ekskluderet.

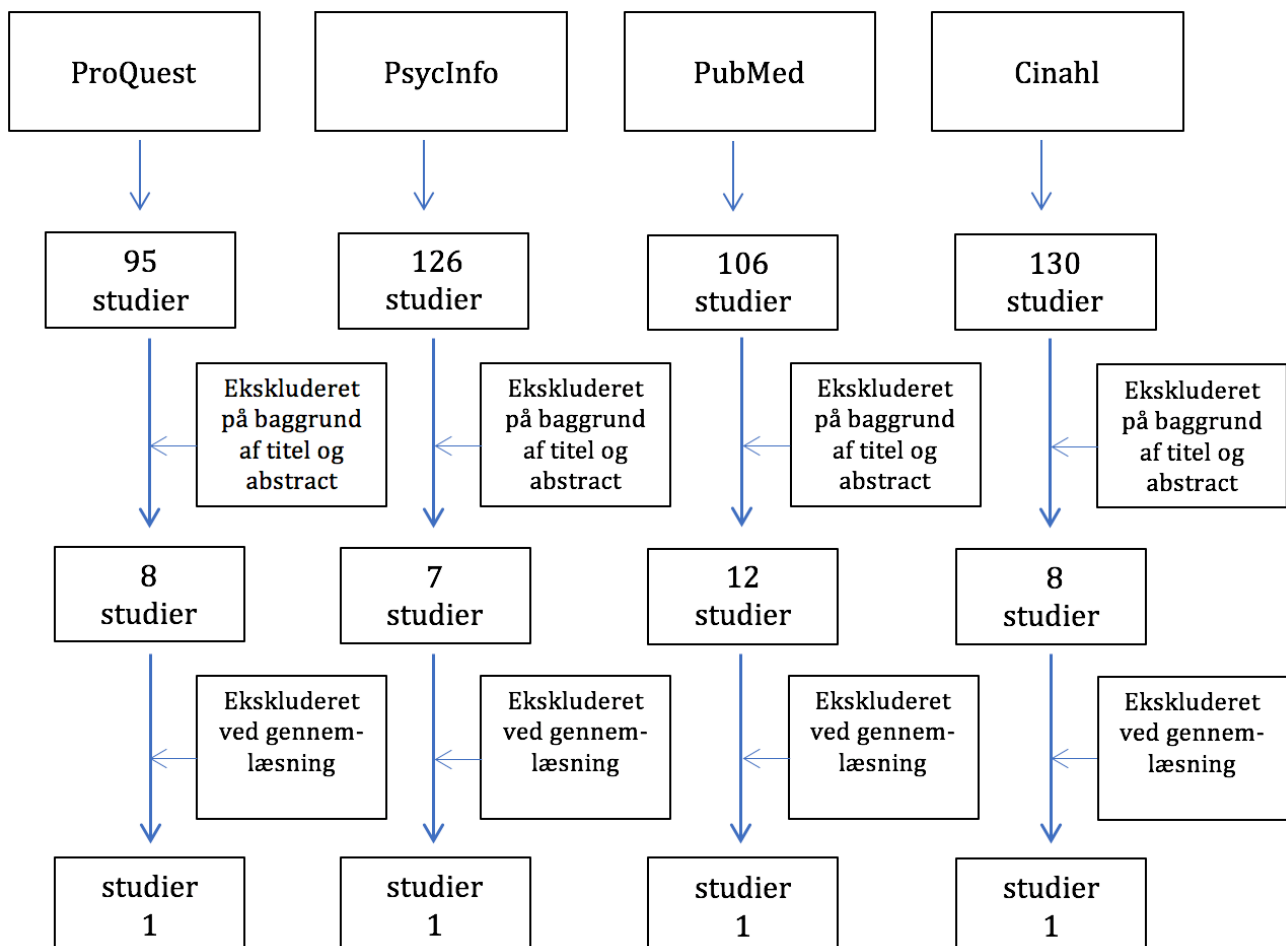
Tabel 2 illustrerer de opstillede in- og eksklusionskriterier

Inklusionskriterier	Eksklusionskriterier
Kræftoverlevende Senfølger Beskæftigelse Forslag til forandringstiltag på organisatorisk niveau Kræftoverlevende i den arbejdsdygtige alder (19+)	Studier baseret på lande der ikke er sammenlignelige med Danmark Studier der ikke omhandler: <ul style="list-style-type: none"> - Kræft - Senfølger - Beskæftigelse - Forslag til forandringstiltag på organisatorisk niveau Studier der ikke er på: <ul style="list-style-type: none"> - Engelsk, dansk, norsk, svensk eller tysk Publiceret før år 2000 Studier der ikke er på individer i den arbejdsdygtige alder

6.5.6 Litteraturudvælgelse

De fremsøgte studiers titler og abstract blev gennemlæst med det formål at udvælge studier, der var relevante på baggrund af in- og eksklusionskriterierne. Opstod der tvivl om studierne relevans i forhold til specielaget problemstilling, blev disse diskuteret blandt specialegruppens medlemmer, og enighed blev opnået. Efter hver søgning blev alle dubletter blandt de udvalgte studier fjernet. Slutligt blev de resterende studier gennemlæst i forhold til relevans og metodologiske kvalitet, for at frasortere uanvendelige studier. Processen er gennemført af begge medlemmer af specialegruppen uafhængigt af hinanden, og ved tvivl om relevans eller kvalitet, blev dette diskuteret, og enighed blev opnået. Udvælgelsesprocessen er illustreret i nedenstående flowchart (figur 1).

Figur 2 illustrerer udvælgelsesprocessen i den systematiske litteratursøgning



6.5.7 Vurdering af studier

Vurdering af de udvalgte studiers kvalitet er foretaget ved hjælp af relevante tjeklister, der muliggør en objektiv og reproducerbar tilgang. Dette medfører samtidig en transparens i vurderingen gennem dokumentation. Vurderingen via tjeklisterne, skal bidrage til en kritisk læsning af studierne i forhold til studiets metodologiske kvalitet, samt sikre stringens og ensartethed i vurderingen af de udvalgte studier (67,68). I specialet er tjeklisterne PRISMA, STROBE og CASP anvendt og vurderingen ud fra disse kan ses i bilag 7.

6.6 Teoretisk referenceramme

Idet specialet er et teorifortolkende casestudie, og der anvendes en deduktiv tilgang, blev der inddraget teori i analysen af interviewene samt i diskussionen af resultaterne. Derfor vil følgende afsnit redegøre for specialets teoretiske forståelsesramme. Specialet tager afsæt i sociolog Karina Riiskjær Rauns udlægning af netværk, samt psykolog Albert Banduras teori om *self-efficacy*. Disse teorier skal medvirke til at opnå en dybere forståelse for, hvorledes netværk samt individets tro på egne evner kan skabe muligheder eller begrænsninger i forhold til beskæftigelse for kræftoverlevende med senfølger. Denne teoretiske forståelsesramme er den linse, den indsamlede empiri anskues ud fra, og definerer hvilke dele af empirien, der er fokus på i fortolkningsprocessen (55).

6.7 Netværk

Netværk har betydning for individets sociale udvikling, identitet og trivsel. Udover dette ses der også en klar statistisk sammenhæng mellem et individs sociale netværk og dødelighed, hvor individer med et styrket og stærkt netværk har større sandsynlighed for at leve længere, sammenlignet med individer med svage sociale relationer. Denne relation ses også efter, at der bliver stratificeret for forskelle i alder, ryge- og alkoholvaner samt helbredstilstand (2,35). Desuden har netværk en betydning for prognosen og forekomsten af en række sygdomme, compliance af medicinsk behandling samt sundhedsvaner i forhold til kost, rygning, alkohol og motion (2). Stærke sociale netværk har betydning for individets sundhed og velvære, desuden kan netværket tillige påvirke sundheden i en negativ retning og virke sygdomsfremkaldende både fysiske og psykisk. Dette kommer eksempelvis til udtryk ved, at relationer forventer mere af individet, end det magter, eller relationer, der er bundet op på sundhedsskadelige vaner så som alkohol- eller narkotikamisbrug. Desuden kan sygdom have en styrkende eller svækkende effekt på individets sociale netværk. Det styrker netværket i de situationer, hvor relationerne yder den støtte og hjælp individet har behov for. Samtidig svækkes netværket eksempelvis ved kroniske sygdomme, hvor netværket risiker at blive "brugt op", i og med at interaktionen og gensidigheden mellem relationerne ændres, da rollerne som giver og modtager forskydes. I disse situationer er små netværk dermed mere udsatte end andre. Samtidig vil det være familie og nære venner, der sidst trækker sig i disse situationer, og dermed øges deres risiko for at opleve udbrændthed og sygdom (2).

Som ovenstående afsnit beskriver, og som det blev fremanalyseret i problemanalysen, medvirker sociale netværk til at skabe muligheder og begrænsninger i forhold til sundhed og trivsel, og der kan dermed argumenteres for at netværk ligeledes har konsekvenser for kræftoverleverne med senfølger. Konsekvenser, der får betydning for deres helbred og trivsel, og derigennem deres evne til at opnå eller fastholde beskæftigelse, derfor anvendes teorien i specialet til at opnå en forståelse for netværks betydning i forhold til dette.

6.7.1 Definitioner på netværk

Netværk inddeles i *uformelle*-, *formelle*- og *det tredje netværk*. De uformelle netværk består af følelsesmæssig gensidighed og udgøres af familien, venner, bekendte og naboer. Der er tale om et primært netværk, hvor relationen er uformel, og et netværk individet selv har valgt eller er født ind i. Formelle netværk består af relationer individet ikke selv har "valgt", og kan omhandle kollegaer på arbejdspladsen, praktiserende læger, hjemmehjælp med mere, det betegnes som et sekundær netværk. Det tredje netværk består af relationer til individer, der udfører frivilligt socialt arbejde, så som besøgsvenner. Dette netværk bliver brugt, når det uformelle og formelle netværk ikke er tilstrækkeligt. Under dette netværk hører selvhjælpsgrupper ligeledes til, et netværk med fokus på det personlige engagement, og danner rammerne for hjælp-til-selvhjælp, gennem udveksling af erfaringer og følelser. Det er relationernes egne erfaringer, der danner grundlag for netværket, og medfører, at de har en indsigt, som professionelle ikke har. Dermed kan netværket bidrage til at forebygge en følelse af isolation og afvigelse. Hvad de forskellige netværk indeholder og bidrager med, kan deles op i *følelsesmæssige integration* og *social støtte*, og har fokus på det, som udveksles eller "byttes" i relationen. Følelsesmæssige integrationer refererer til den udveksling af følelsesmæssig støtte og samhørighed, der er mellem individet og relationen. Denne støtte medvirker til, at individet føler, at det hører til et fællesskab samt bidrager til at styrke individets selvrespekt. I netværk, hvor det er social støtte, der "byttes", sker der en udveksling af råd og vejledning, samt praktisk hjælp, der kan medføre, at individet bliver i stand til at overkomme forskellige situationer (2).

6.7.2 Netværkshort

Netværkshortet er et redskab, der kan bidrage til at visualisere informantens sociale relationer, og kan medvirke til at skabe dialog i forbindelse med interviewet. Dette er et instrument, der kan danne grundlag for samtale og analyse mellem informanten og

intervieweren, og derigennem bidrage til, at intervieweren opnår en dybere forståelse for informantens netværk. Netværk der er kendetegnet ved at være finmasket, i og med relationerne kender hinanden godt, og hvor sandsynligheden for at få støtte og hjælp er større, end i et netværk der er grovmasket, hvor relationerne har mindre kendskab til hinanden (2). Gennem samtale bliver det muligt at belyse de indholdsmæssige kendetegn ved de enkelte netværk og relationer i forhold til deres betydning for kræftoverlever med senfølger, og det at opnå eller fastholde beskæftigelse. Netværkskortet er en cirkel, der er inddelt i syv felter, hvor informanten er i midten af denne cirkel (bilag 2). Informantens relationer drøftes indenfor hver af de enkelte netværk; uformelle, formelle og det tredje netværk, i den udstrækning, det er relevant.

6.7.3 Socialisering og interaktion

Sociale og kulturelle kompetencer er grundlæggende færdigheder, individet skal besidde for at kunne indgå og vedligeholde relationer til andre. Individet skal udvise sociale kompetencer ved at kende og være i stand til at beherske de "spilleregler", der gælder i forskellige sociale situationer. Desuden skal individet være i stand til at mestre og have indsigt i forskellige normer i forhold til adfærd, kommunikation og værdier, for derved at kunne begå sig i forskellige kulturelle situationer. Udover disse to kompetencer kræver det ligeledes, at individet har en tro på egne evner, der indebærer en tro på, at individet udgør en værdi som social partner. Dette er en grundlæggende betingelse for at kunne indgå i værdifulde relationer (2). Det må dermed antages, at kræftoverlever med senfølger, der ikke tror på egne evner, vil have svært ved at indgå i værdifulde relationer, og dette vil medføre svage relationer, der kan have betydning for den enkeltes sundhed og derigennem også deres beskæftigelse. Derfor vil følgende afsnit redegøre for teorien om *self-efficacy* af Albert Bandura, der bidrager til en teoretisk forståelse af individets tro på egne evner, samt en forståelse for hvordan denne viden kan bidrage til at ændre adfærd, da teorien er en social indlæringsteori (69).

6.8 Self-efficacy

Den canadiske psykolog Albert Bandura (Bandura) (1925), har sat fokus på social indlæring og selverkendelse og hævder, at individet både bliver skabt gennem arv og miljø. Desuden er individet, i den udstrækning det får kendskab til sine personlige kompetencer og den sociale kontekst det indgår, i stand til at skabe sig selv. Personlig kompetence er jævnfør Bandura det, der kaldes *self-efficacy*, og kan defineres som individets tro på egne evner til at mestre omverdenens krav og de mål, individet sætter sig (70,71). Self-efficacy teorien giver eksplicite guidelines til, hvordan individers evner udvikles og styrkes (71). Bandura antager, at individets forventninger og tro på egne kompetencer i forhold til at overvinde en udfordring afgøres af, hvor mange anstrengelser, individet vil bruge på udfordringen, og hvor længe individet vil prøve på det. Det centrale i self-efficacy er dermed individets tro på sig selv og dets initiativ og vedholdenhed, jo mere et individ tror på sine evner til at overkomme en udfordring, jo mere tid og kræfter bliver der lagt i at overvinde de vanskeligheder, der måtte opstå. Grundlæggende påvirker self-efficacy, hvordan individet tænker, føler, handler og motiverer sig selv. Individets forventninger til sin personlige self-efficacy påvirker viljen og vedholdenheden til at overvinde vanskelige udfordringer, og er afgørende for individets adfærd og valg. Individets frygt for situationer, der overstiger deres egne evner, vil medføre, at de vælger en adfærd, der undgår disse. Ligeledes vil individet fortrinsvis indgå og engagere sig i situationer, de vurderer, at de er i stand til at klare.

Udgangspunktet for teorien er en antagelse om, at individet stræber efter kontrol over begivenheder, der påvirker individets liv. Kontrol bliver dermed en forudsætning for, at individet kan planlægge og forudsige fremtiden og derigennem opnår forudsætninger for at forstå årsagssammenhænge i sit liv. En følelse af kontrol og årsagssammenhæng vil medføre en tilpasningsparathed for målene, individet sætter, grundet forudsigelighed i hvad en given adfærd vil medføre. Manglende kontrol kan dog føre til ængstelse, ligegyldighed eller fortvivlelse, og dermed stræber individet efter at vælge et miljø, der støtter op om opnåelse af målene (70,71).

6.8.1 Faktorer for self-efficacy

Jævnfør Bandura påvirkes self-efficacy af fire faktorer; *egen erfaring, andenhånds erfaring, verbal overtalelse* samt *fysiologiske og følelsesmæssige tilstande*. Følgende afsnit vil kort

beskrive disse og deres indvirkning på udviklingen af individets self-efficacy, og hvordan adfærdsændringer kan opnås ved at modellere på disse former.

6.8.2 Egne erfaringer

Den første og mest indflydelsesrige faktor er individets egne erfaringer af at mestre udfordringer, da dette bidrager med en direkte viden om individets evne til at mestre det, der kræves for at løse en udfordring. Skabelsen af self-efficacy gennem erfaringer kræver, at individet erhverver sig kognitive, adfærdsmæssige og selvkontrollerende redskaber for at kunne skabe og gennemføre passende strategier til at håndtere livets skiftende udfordringer. Gennem tilegnelse af viden om regler og strategier for at tilrettelægge effektive måder at klare udfordringerne på, udvikles individets self-efficacy. Hvis individet kun oplever nemme succesoplevelser, medfører det en forventning om hurtige resultater og samtidig afstedkomme en hurtig modløshed ved nederlag. En robust self-efficacy kræver erfaringer med at overkomme udfordringer gennem vedholdende indsats. Nogle forhindringer og udfordringer i livet tjener et brugbart formål, i og med det lærer individer, at succes normalt kræver vedvarende indsats. En overbevisning om at have evnerne til at lykkes, gennem egne erfaringer medfører, at individet er vedholdende, når der opstår modgang og kommer stærkere ud. Samtidig kan individets forventninger til egen formåen medføre, at individet afstår fra områder, der ikke er succesområder, for derigennem at undgå nederlags- eller fiaskooplevelser (70,71).

6.8.3 Andenhånds erfaringer

Andenhånds erfaringer er individets anvendelse af andres erfaringer som model for egen udførelse af udfordringer, der har indvirkning på individets self-efficacy. At se andre, som er sammenlignelige med individet selv, lykkes gennem vedvarende indsats, skaber en overbevisning om, at individet også kan opnå kompetencer til at kunne lykkes i lignende aktiviteter. Ligeledes vil individet overbevises om, at en given udfordring vil medføre nederlag, ved at se andre mislykkes, på trods af en høj indsats. Dette vil føre til at individets self-efficacy og motivation bliver svækket. Individet drager dermed slutning om egen succes, ved at se andre lykkes eller ej. Styrken af andenhånds erfaringernes indflydelse på self-efficacy afhænger af opfattelsen af ligheden mellem individet og modellen (70,71). Andenhånds erfaringer gennem eksempelvis at iagttage rollemodeller, kræver derfor en lighed mellem individet og

rollemodellen samt en langvarig indsats. Ligeledes har omstændighederne for indsatsen, og sværhedsgraden af de udfordringer, der skal løses betydning for, hvor stor en adfærdsændring, der vil opstå. Egne erfaringer vil altid vægte højere i ændringen af individets self-efficacy (70,71).

6.8.4 Verbal overtalelse

Verbal overtalelse er den tredje måde at påvirke self-efficacy, hvor et individ forsøger at overtale et andet individ til at tro på egne evner. Individer, som bliver verbalt overtalt til, at de besidder de evner, det kræver for at mestre en given udfordring, har større sandsynlighed for at mobilisere og yde en højere indsats og udholdenhed, end individer der nærer tvivl og dvæler ved manglende kompetencer, når problemer opstår. Effekten af overtalelsen afhænger af den troværdighed, prestige, ekspertise samt sikkerhed, hvormed individet udtaler sig. Self-efficacy kan svækkes hvis overtalelsen indeholder forventninger til individet, der ikke stemmer overens med de evner, den enkelte besidder. Verbal overtalelse kræver dermed, at der er en overensstemmelse og et grundlag for denne for at have en effekt, men individets egne erfaringer vil ligeledes i dette tilfælde vægte højere i ændringen af individets self-efficacy (70,71).

6.8.5 Fysiologisk og følelsesmæssig tilstand

Den fjerde indflydelse er den fysiologiske og følelsesmæssige tilstand, som nye og krævende udfordringer fremkalder hos individet. Fysiske og følelsesmæssige reaktioner bliver et parameter for individets vurdering af egne evner. Dermed bliver indvirkningen på individets self-efficacy, ikke blot påvirket af intensiteten af den fysiologiske og følelsesmæssige reaktion, men nærmere hvordan disse opfattes og fortolkes. Stress og anspændthed kan tolkes af individet til, at det ikke besidder de evner en udfordring kræver, og dermed bliver disse fysiologiske faktorer tolket som et tegn på sårbarhed. Ligeledes har humøret en indflydelse på individets self-efficacy, hvor positivt humør styrker, og mismod svækker. Dette medfører, at en styrket self-efficacy kan opnås gennem reduceret stress samt bedre fysisk og følelsesmæssig tilstand. Individets fysiske og følelsesmæssige reaktion kan dog være overdrevet, hvis opgaven viser sig at være mindre krævende end først forventet. Her vil verbal overtalelse og støtte kunne medvirke til at ændre denne adfærd, men kun hvis den fysiske og følelsesmæssige reaktion ikke er så stærk, at individet helt undlader at engagere sig. For at individet kan

overvinde denne tilstand, kræver det en indsigt i, hvad det er i den givende situation, der forårsager denne reaktion, for at individet bliver i stand til at mestre disse udfordringer (70,71).

Ud fra ovenstående er individer ikke blot et produkt af livsomstændigheder individet påtvinges, men er ligeledes noget individet vælger og skaber. Måden individet vælger at håndtere de påtvungne omstændigheder, afgøres af individets self-efficacy, og derigennem får det konsekvenser for de valg der tages og det der skabes i forhold til uddannelse, arbejde og helbred (70).

Set i forhold til kræftoverlevende med senfølger kan der argumenteres for, at de oplever udfordringer i en ny hverdag med senfølger og kan opleve tilpasningsvanskeligheder i forhold til helbred og arbejde som følge heraf. Derfor er self-efficacy en vigtig faktor for kræftoverlevende med senfølger, for at kunne tilpasse sig og overvinde eventuelle udfordringer, de måtte møde i forhold til deres senfølger og beskæftigelse. Teorien anvendes dermed for at opnå en dybere forståelse for, hvorledes informanternes self-efficacy har skabt muligheder eller begrænsninger i forhold til beskæftigelse.

6.9 Ottetrins-model

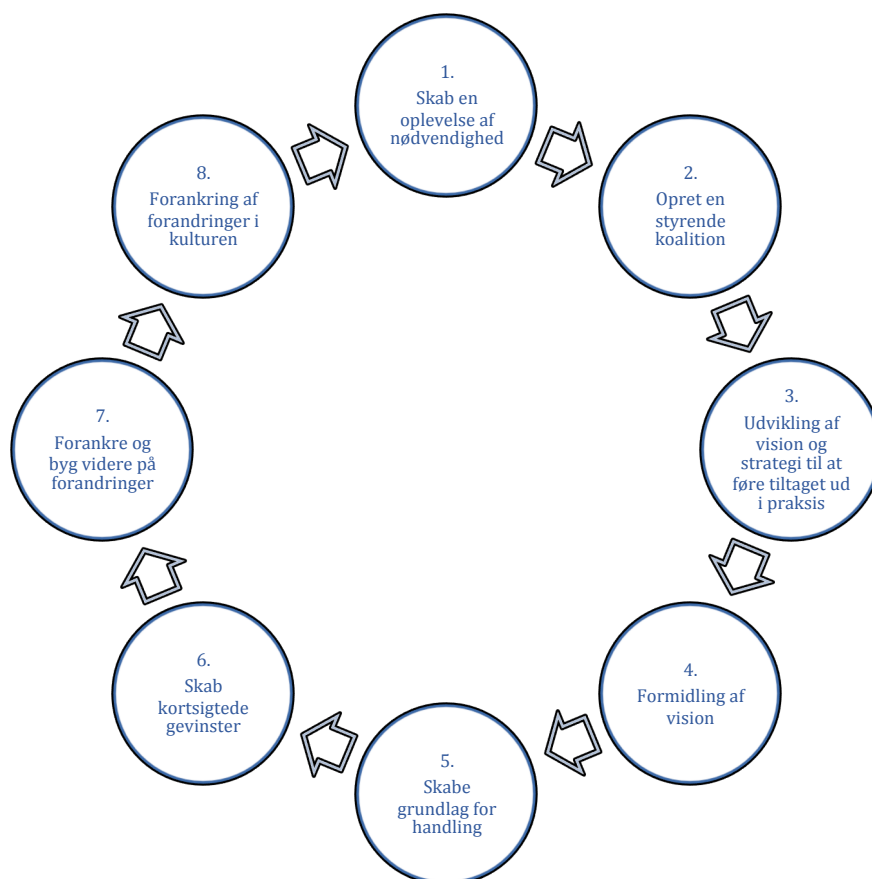
Formålet med specialet er, via besvarelsen af problemformuleringen, at bidrage med et forandringsforslag der kan medvirke til at skabe bedre muligheder for at kræftoverleverer med senfølger opnår eller fastholder beskæftigelse. Forandringsforslaget i specialet udspringer derfor af den handlingsrettede forskningstype, hvor ottetrins-modellen vil, som beskrevet, danne grundlag for forandringsforslagets implementering på arbejdspladsen. Denne forandringsteori vil derigennem danne den overordnede linse, den indsamlede empiri anskues ud fra og definere, hvilke dele af empirien forandringsforslaget vil tage udgangspunkt i (55). Forandringsforslaget vil tage udgangspunkt i den analyserede og diskuterede indsamlede empiri, og derigennem vil modellen bidrage med en strategi for implementering af forslaget på arbejdspladsen.

Ottetrins-modellen danner grundlag for en vellykket organisationsforandring, og beskriver gennem trinene etableringsprocessen, der hver især modarbejder eventuelle barrierer, der kan opstå ved indførelse af forandring. *Trin 1*; skab en oplevelse af nødvendighed. Medarbejderne i organisationen skal have følelsen af, at den nye forandring er nødvendig. Følelsen af nødvendighed udspringer i toppen af organisationshierarkiet, og det er vigtigt at fokus forbliver på forandringen for at erkende og styrke denne, så medarbejderne samarbejder om forandringen. *Trin 2*; opret en styrende koalition. En koalition eller team oprettes til at varetage forandringen, der består af medarbejdere fra alle organisationens niveauer med et bredt spektrum af evner. Teamet er medarbejdere, ledelsen har tillid til, og skal ligeledes inkludere ledere. *Trin 3*; udvikling af vision og strategi til at føre tiltaget ud i praksis. Visionen skal være styrende for forandringen samt gennemførlig og enkel at kommunikere ud på arbejdspladsen. Den skal være motiverende for medarbejderne og strategisk gennemførlig. I udførelsen af visionen inddrages topledelsen og medarbejdere fra organisationens forskellige niveauer for at skabe et fælles ståsted. *Trin 4*; formidling af visionen. Visionen for forandringstiltaget kommunikerer af teamet ud til de resterende medarbejdere. For at kunne skabe engagement blandt medarbejderne, kommunikerer visionen ud på en måde, der er let forståelig, autentisk samt motiverende, så medarbejderne støtter op om tiltaget. *Trin 5*; skabe grundlag for handling. Der skabes muligheder for, at forandringstiltaget kan implementeres, gennem eliminering af forhindringer, der øger handlekraften. *Trin 6*; skab kortsigtede

gevinster. For at opretholde motivationen blandt medarbejderne, er hurtige resultater af forandringen nødvendige at kommunikere ud for at bevise succes. *Trin 7*; forankre og byg videre på forandringerne. Organisationen skal løbende tage initiativer til videreudviklingen af forandringstiltaget for at optimere og tilpasse sig forandringen. *Trin 8*; forankring af forandringerne i kulturen. Ingen forandring er fuldt implementeret, før den er en del af kulturen i organisationen, hvilket opnås gennem synlige resultater og en forbedret fremtid for organisationen.

Trin et til fire bidrager til at optø den nuværende situation i organisationen. Trin fem til syv introducerer de nye tiltag, og trin otte integrerer og fastholder forandringen i organisationskulturen. En vellykket integrering gennemgår alle otte trin som vist i figur 2 fra trin et til otte, hvormed undladelse af et eller flere trin vil skabe problemer i forandringsprocessen.

Figur 3 illustrere ottetrins-modellen af John P. Kotters



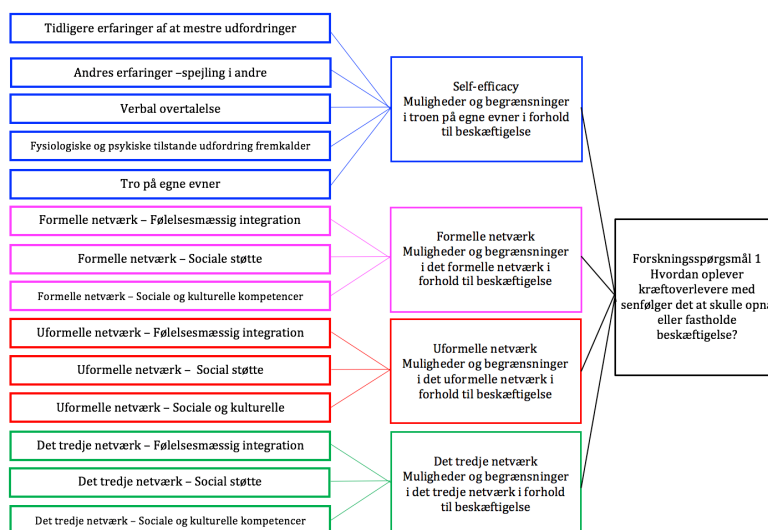
7. Præsentation af resultaterne

Resultatafsnittet vil indeholde en præsentation af resultater samt analysen fra de individuelle interviews med seks kræftoverlevende med senfølger samt resultatet af den systematiske litteratursøgning. Dette skal bidrage til gennemsigtighed og dokumentation for de empiriske fund, som specialet bygger på.

7.1 Resultater - Individuelle interview

I følgende afsnit vil resultaterne og analysen af de individuelle interviews af kræftoverlevende med senfølger blive præcenteret og derigennem være med til at besvare specialets forskningsspørgsmål 1: *Hvordan oplever kræftoverlevende med senfølger det at skulle opnå eller fastholde beskæftigelse?* Besvarelsen af dette skal indgå i en samlet besvarelse af problemformuleringen, og dermed vil afsnittet have fokus på hvilke muligheder og begrænsninger kræftoverlevende med senfølger oplever i forhold til beskæftigelse. Dette skal efterfølgende indgå som en del af det endelige forandringsforslag. Interviewundersøgelsen er tematiseret, farvekodet og analyseret på baggrund af teorierne self-efficacy og netværk. Teorierne førte til fjorten undertemaer inden for fire overordnede temaer med fire forskellige farvekoder, denne farvekodning bidrager til en transparens, i forhold til hvor det enkelte tema fremgår i det transskriberede (bilag 3). De fire overordnede temaer er: self-efficacy, formelle netværk, uformelle netværk og det tredje netværk. Nedestående figur 3 illustrer hvorledes de forskellige undertemaer samles under de overordnede temaer og derigennem indgår i besvarelsen af forskningsspørgsmål 1.

Figur 4 illustrer hvorledes undertemaerne samles under fire overtemaer, der bidrager til besvarelse af forskningsspørgsmål 1



7.1.1 Informanter

De individuelle interviews tog udgangspunkt i seks kræftoverlevende, heraf fem kvinder og en mand, der alle var i den arbejdsdygtige alder ved diagnosetidspunktet. Informanterne oplevede alle senfølger som det fremgår af tabel 3, senfølger der påvirkede deres livskvalitet samt arbejdsevne. Alle informanterne har enten en mellemlang videregående uddannelse eller er faglærte, og dermed kan der argumenteres for, at der ikke ses en betydelig forskel mellem informanternes sociale position.

Tabel 3 illustrerer informanternes demografiske forhold

	Køn	Alder	Uddannelse	Samlivs-status	Børn	Arbejde ved diagnose-tidspunkt	Diagnose-tidspunkt (alder)	Kræft-diagnose	Senfølger
Informant 1	Kvinde	63 år	Sygeplejerske Sygeplejelære Mellemlider	Gift	3 stk.	Sygeplejerske	2000 (46 år)	Brystkræft m. metastaser til knogler	Nedsat muskelkraft & bevægelighed, smerter, føleforstyrrelser, hukommelses- & koncentrationsbesvær, nedsat arbejdsevne, blodprop i det ene øje.
Informant 2	Mand	61 år	Værktøjsmager Erhvervskørekort	Gift	2 stk.	Buschauffør	2014 (58 år)	Prostatakræft m. metastaser til knogler og lunger	Smerter, føleforstyrrelser, vejrtrækningsproblemer, træthed, hedeture.
Informant 3	Kvinde	49 år	Butiksassistent Social & sundhedshjælper	Gift	3 stk.	Social & sundhedshjælper på et plejehjem	2012 (44 år)	Brystkræft	Nedsat muskelkraft & bevægelighed, smerter, nethindsløsning.
Informant 4	Kvinde	67 år	Folkeskolelærer	Gift	1 stk.	Lærer på en folkeskole	2004 (54 år)	Brystkræft	Nedsat muskelkraft & bevægelighed, lymfeødem, tørre slimhinder, følelsesmæssige problemer.
Informant 5	Kvinde	74 år	Sygeplejerske	Enlig	2 stk.	Sygeplejerske på sygehus	2002 (59 år)	Anal cancer	Nedsat muskelkraft & bevægelighed, føleforstyrrelser, hukommelses- & koncentrationsbesvær, social isolation.
Informant 6	Kvinde	64 år	Socialpædagog	Gift	1 plejedatter	Familierådgiver	2002 (49 år)	Brystkræft	Hukommelses- & koncentrationsbesvær, nedsat arbejdsevne, smerter, tørre slimhinder, træthed, hedeture.

7.1.2 Self-efficacy

Ifølge Bandura har self-efficacy betydning for individets evne til at håndtere udfordringer, hvor en styrket self-efficacy kan have en muliggørende effekt herpå. Følgende afsnit vil præsentere resultatet af analysen på de individuelle interviews i forhold til self-efficacys betydning for kræftoverleverne med senfølger med udgangspunkt i muligheder og begrænsninger for beskæftigelse.

7.1.2 - 1 Muligheder - Self-efficacy i forhold til beskæftigelse

Indledningsvis blev alle seks informanter sygemeldt fra deres arbejde i forbindelse med deres kræftdiagnose og den efterfølgende behandling. Informant 1 oplevede som den eneste af informanterne recidiv, og under denne behandling blev hun ikke sygemeldt, men arbejdede i den udstrækning, det var muligt. Fem ud af seks informanter havde en tro på, at de kunne vende tilbage i arbejde. De fem informanter havde en generel forventning om, efter endt behandling, at være klar og raske til at vende tilbage i arbejde. Nedestående citat viser, hvorledes informant 5 kun så muligheder og forventede at kunne starte på fuldtid. Hendes self-efficacy blev styrket gennem succesoplevelse, ved at overvinde kræftsygdommen.

Informant 5: *"... jeg regnede nok med at jeg kunne starte på fuld drøn. Som jeg sagde før, jeg kunne gå på vandet da jeg var færdig med behandlingen, så det satte jeg ikke spørgsmålstegn ved..."*

Ifølge Bandura antages det, at informant 5 har tilegnet sig viden og strategier, for derigennem effektivt at kunne klare den udfordring, kræftsygdommen udgjorde. Modsat de fem informanter oplevede informant 4 ikke en tro på at kunne vende tilbage i beskæftigelse.

Interviewer: *"...Havde du tænkt dig at du skulle tilbage i arbejde?"*

Informant 4: *"...Nej det vidste jeg godt, altså at det kunne der ikke være tale om. Fordi jeg var jo (.) jeg var ikke (.) Jeg havde slet ikke kræfter til, nej det må jeg indrømme. Det har passet mig fint med, sådan noget frivilligt arbejde..."*

Ud fra ovenstående citat udledes det, at informanten oplevede arbejdskravene oversteg hendes self-efficacy, og dette medførte en svækket tro på fastholdelse af beskæftigelse. Informanten opnåede dog beskæftigelse gennem det frivillige arbejde, der gav hende succesoplevelser, da

de stillede krav stemte overens med hendes evner, hvilket medvirkede til styrkelse af informantens self-efficacy. Derigennem bliver det frivillige arbejde og informantens indsigt i hendes personlig kompetencer en mulighed for at skabe sig selv og opnå en følelse af kontrol.

I analysen af interviewene fremkom det, at alle informanterne udførte frivilligt arbejde i forskellig grad. På spørgsmålet om, hvad det gav informant 2 at være frivillig i Kræftens Bekæmpelse, svarede han; *"det giver en tilfredsstillelse at kunne hjælpe andre."*, denne tilfredshed var en generel oplevelse blandt informanterne. Ifølge Bandura får informanterne, igennem deres indsats ved at hjælpe andre, succesoplevelser, der medfører en tro på egne evner og motivation til at fortsætte det frivillige arbejde. I informanternes subjektive beskrivelser fremstod den fleksible tilrettelæggelse af det frivillige arbejde, som en muliggørende faktor for at informanterne kunne fastholde beskæftigelsen, også efter fratrædelse fra arbejdsmarkedet grundet senfølger eller pension.

Ligeledes oplevede informant 1, at fleksjob var en muliggørende faktor, der bidrog til at fastholde beskæftigelse og styrke hendes self-efficacy, da de krav der blev stillet ikke oversteg hendes kompetencer, der ellers var blevet påvirket af hendes senfølger.

Informant 1: *"... jeg vil sige at nogle af de bedste jeg har haft, det var de sidste otte et halvt år jeg fik i fleksjob. Altså andre job, har også været rigtige fine, men der var jeg rigtig godt tilpas. Og det kan jeg da se i bakspejlet, at det var fordi at de krav der blev sat til mig, det stemte med det jeg egentlig kunne udfylde på det tidspunkt ... man kan jo sagtens udfylde en plads, bare at kravene stemmer overens med de ressourcer man har..."*

Det udledes ud fra interviewet, at informant 1 havde en øget vilje og motivation grundet en styrket self-efficacy, der medførte at hun ydede en ekstra indsats i fleksjobbet, når behovet opstod.

Den fleksibilitet, informant 1 oplevede gennem fleksjobbet, og som medvirkede til styrkelse af hendes self-efficacy, oplevede informant 6 ligeledes på hendes arbejdsplads gennem tilpassede

opgaver. På spørgsmålet om, hvordan informanten 6 oplevede at vende tilbage i arbejde, svarede hun, at de stillede opgaver ikke oversteg hendes evner.

Informant 6: *"Jamen det var godt (.) på den måde, jeg jo havde savnet mit arbejde, jeg savnede mine kollegaer ... det var godt men også meget frustrerende ikke at kunne (.) det jeg kunne før ... jeg fik nogle lette opgaver..."*

Det fremkom i interviewene med informant 1, 3, 5 og 6, at en muliggørende faktor for at vende tilbage i beskæftigelse var færre arbejdstimer og overkommelige opgaver i en periode. Denne muliggørende faktor medvirkede til, at informanterne kunne fortsætte deres arbejde trods senfølger, da kravene ikke fremkaldte mismod og nederlag, der ud fra Bandura kan svække individets self-efficacy. Ligeledes var en positiv holdning en muliggørende faktor i forhold til styrkelse af individets self-efficacy. I interviewene med informant 3 og 5 kom vigtigheden i at have en generel positiv indstilling til livet, til udtryk.

Informant 3: *"...selvfølgelig har jeg også været en del igennem, men jeg har altid vendt det lidt om på hovedet og så tænkt positivt..."*

Ud fra Bandura kan informanternes positive indstilling bidrage til en styrket self-efficacy, og derigennem reducere negative fysiologiske og følelsesmæssige tilstande. Eksempelvis kan frygt og stress blive reduceret og dermed øge informanternes mestringsevner og motivation til at overkomme udfordringer.

Ud fra ovenstående kan det udledes, at mulighederne for at opnå eller fastholde beskæftigelse, styrkes ved, at kravene på arbejdspladsen stemmer overens med individets kompetencer. Arbejdspladsen skaber muligheder ved at udvise en høj grad af fleksibilitet, da kræftoverlevende med senfølger oplever individuelle og forskellige grader af senfølger (tabel 3). Ydermere kan det udledes, at en positiv indstilling medvirker til at reducere negative fysiologiske og følelsesmæssige tilstande. Samlet set er disse muliggørende faktorer med til at styrke kræftoverlevende med senfølgers self-efficacy, og derigennem øges mulighederne for at fastholde eller opnå beskæftigelse. Nedenstående resultater fra analysen skal bidrage til at opnå en dybere forståelse af, hvorledes svækkelse af kræftoverlevende med senfølgers self-efficacy kan medføre begrænsninger i forhold til beskæftigelse.

7.1.2 - 2 Begrænsninger - Self-efficacy i forhold til beskæftigelse

Informanterne, der indgik i interviewene, oplevede alle på interviewtidspunktet, senfølger i mere eller mindre grad, som det fremgår af tabel 3. Disse senfølger begrænsede dem alle i deres hverdag. På spørgsmålet om, hvordan informant 5 oplevede sin hverdag med senfølger, svarede hun, at hendes fysiske senfølger blandt andet begrænsede hende i at deltage i sociale arrangementer, som det fremgår af nedenstående citat.

Informant 5: *"Den er godt nok besværlig, den er frygtelig besværlig."*

Interviewer: *"Ja, kan du komme med eksempler på hvordan?"*

Informant 5: *"Altså jeg kan slet ikke gå op af trapper, så der er nogle mennesker, jeg ikke kan besøge, og det er jo et problem ren socialt. Så kan jeg få besøg, men det er jo ikke det samme, altså. At der er nogen man ikke kan besøge, det er jo ikke alle, der har en elevator, hvis de bor i en lejlighed, og der er også nogen som bor i gamle huse, hvor der er trapper udenfor, og det kan jeg ikke, det kan jeg ikke."*

Ud fra Banduras perspektiv har individet en grundlæggende stræben efter kontrol, det kan dermed antages at informant 5 mister kontrollen over aspekter af hendes sociale liv, grundet senfølger, der kan medføre eksempelvis fortvivelse og social isolation. Da alle informanter på interviewtidspunktet oplevede, at deres senfølger påvirkede deres hverdag, er der en risiko for, at de kan opleve en manglende kontrol, der fører til ængstelse, ligegyldighed eller fortvivelse. I forhold beskæftigelse umiddelbart efter endt behandling oplevede to ud af de seks informanter, at deres senfølger i sådan en grad medførte, at de ikke vendte tilbage i arbejde. For informant 2 kunne konsekvenserne af senfølgerne, både skyldes en tidligere rygskeade efter et fald fra 8 meters højde i år 2000, og metastaserne i rygsøjlen forårsaget af prostatakræften. For informant 4 vendte hun ikke tilbage i arbejde, både på grund af senfølger, efter mastektomi grundet brystkræft, der forårsagede nedsat muskelkraft og bevægelighed i overkroppen, og de muskel- og ledskeader i venstre arm informanten, havde pådraget sig efter en polioinfektion som tre årig. Det kan dermed ikke udledes, om den primære årsag til, at informanterne ikke vendte tilbage i arbejde umiddelbart efter endt behandling, skyldtes senfølgerne eller komorbiditet.

Til trods for at informant 2 havde en tro på egne evner til at vende tilbage i arbejde, fremkom det under interviewet, at han måtte erkende, at den smertestillende behandling han fik på grund af hans senfølger og rygskade, medførte at han ikke længere besad de evner, der skulle til for at opretholde arbejdet som buschauffør, som nedestående citat tydeliggør.

Informant 2: *"... og så en dag hvor jeg var ude og gå en tur, nede ved (navn på park), tror jeg det var. Så slog det mig lige pludselig, at det var fuldkommen åndsvagt, at jeg skulle tilbage til arbejdsmarkedet, når jeg havde det, som jeg havde det. Så gik jeg lige over til (navn på sundhedscenter), og så snakkede jeg med min socialrådgiver om det. Og halvanden måned efter var jeg førtidspensionist."*

Ud fra citatet tolkes det, at informant 2, gennem sine oplevede erfaringer med de fysiologiske udfordringer hans senfølger medførte, anerkendte at hans arbejdsevner var begrænsede. Dermed blev der opnået overensstemmelse mellem hans erfaringer og forventninger til hans egne evner, der dannede grundlag for en passende strategi til at håndtere de arbejdsmæssige begrænsninger og udfordringer han oplevede, og derigennem var dette med til at forme hans self-efficacy. Igennem opnåelse af førtidspension, styrkede socialrådgiveren informantens self-efficacy, i og med at omverdens krav og forventninger stemte overens med informantens evner.

Som beskrevet vendte fire ud af seks tilbage i arbejde efter endt behandling, hvor tre af informanterne på interviewtidspunkt var stoppet i arbejde grundet senfølger eller pension. Informant 1 og 5 stoppede, da de nåede efterløns- eller folkepensionsalderen, men på det tidspunkt var begge påvirket af deres senfølger i mere eller mindre grad. Informant 1 og 5 var henholdsvis 61 år og 66 år gammel, da de stoppede på arbejdsmarkedet og begge uddannede sygeplejersker. Ud fra informant 5's fortælling om sygdomsforløbet fremgår det, at hendes senfølger medførte, at hun ikke opfyldte de krav, der blev stillet til hende på arbejdspladsen. Disse begrænsninger indtraf dog på et tidspunkt, hvor hun kunne gå på pension.

Informant 5: *"...Så efter et par år, så begyndte jeg at få føleforstyrrelser i mine ben og mine fødder og det blev langsomt værre og værre. (Øhm) dengang snakkede man jo ikke om*

senfølger, så jeg fik at vide at jeg skulle bare træne, og jeg prøvede trænedet og det hjalp jo ikke noget. Altså på arbejdet gik jeg også på trapper, op ad trapper og det blev sværere og sværere, og til sidst så tog jeg elevatoren. Så (.) ja så passede det med at, da jeg næsten ikke kunne mere, så kunne jeg gå på pension..."

Ud fra Bandura kan citat tolkes til, at informanten gennem tilegnelse af nye strategier, eksempelvis ved at tage elevatoren fremfor trapperne, blev i stand til i en periode at tilrettelægge måder, hvorpå hun kunne håndtere de udfordringer, senfølgerne medførte på arbejdspladsen. Gennem en målrettet indsats og vedholdenhed, udviklede informantens sin self-efficacy. Det kan dermed antages, at denne strategi har været medvirkende til, at informanten forblev i arbejde trods de begrænsninger, senfølgerne indebar.

Under interviewet forklarede informant 1 årsagerne til, at hun valgte at gå på efterløn ved, at hun oplevede strukturelle ændringer på arbejdspladsen, der indebar nye computersystemer, som det fremgår af nedestående citat.

Informant 1: *"...Fordi nu skulle de have nyt computersystem, inden på mit arbejde (ehm) og hvis du havde spurgt mig et halvt år inden, så havde jeg jo nok sagt; "At jeg skal ikke på efterløn". Men så kom alt det der, og så ny struktur, og flytte kontor, og jeg ved ikke hvad. Så i løbet af en måned, så blev jeg klar til at sige; "At nu er det slut" ..."*

Det fremkom under interviewet, at informant 1 generelt følte sig forvirret og oplevede manglende koncentration, som en konsekvens af kræftbehandlingen. Det kan dermed udledes ud fra ovenstående citat, at nye tiltag på arbejdspladsen bevirkede, at informantens senfølger blev en begrænsende faktor til at overvinde nye udfordringer. På baggrund af tidligere erfaringer på arbejdsmarkedet, der har været med til at skabe informantens self-efficacy, vælger hun at undgå denne nye forandring og eventuelle nederlag ved at gå på efterløn. Det kan dermed udledes at informant 1 og 5's senfølger har influerede deres valg om at stoppe på arbejdsmarkedet.

Ligeledes oplevede informant 6, at hendes senfølger begrænsede hende på arbejdspladsen og medførte, at hun efter cirka to år i beskæftigelse, efter endt behandling, fik tildelt førtidspension som 52-årig.

Informant 6: *"... der er mange ting jeg ikke kunne, jeg kunne ikke koordinere mere og det var meget vigtigt på mit arbejde, og jeg kunne ikke huske navne, jeg kunne ikke [computeren kan jeg ikke den dag i dag, slet ikke på samme måde, som jeg kunne den gang, jeg kommer aldrig til det. Jeg kan lære det måske, så læring ind her, så i morgen så har jeg glemt det igen. Så der er sket noget..."*

I interviewet fremgik det, at informant 6 arbejdede på nedsat tid, frem til hun stoppede, men som ovenstående citat afspejler, oplevede hun ikke at genvinde kontrollen på arbejdet, som hun havde haft tidligere. Denne manglende kontrol medførte, at hun ikke kunne mestre omverdenens krav, og at hendes personlige kompetencer ikke længere var tilstrækkelige. Informantens self-efficacy blev derigennem svækket og påvirkede hendes vilje og vedholdenhed til at overvinde de udfordringer, der oversteg hendes evner.

Informant 3 var den eneste af informanterne, der fortsat var i arbejde, som social og sundhedshjælper på interviewtidspunktet. Hun adskiller sig fra de andre informanter ved at være yngre, 49 år, og ved at det blot var fem år siden, hun fik diagnosen (tabel 3). I interviewet fremgik det, at informanten ikke oplevede det som en udfordring at vende tilbage i beskæftigelse, men som nedenstående citat tydeliggør, opstod der arbejdssituationer, hvor senfølgerne var begrænsende.

Informant 3: *"...Hvis min arm har drillet lidt, fordi det kan den godt sommetider gøre, og så har jeg sagt; "jamen nu bytter vi lige side fordi" [Jeg er aftenvagt så vi skal put folk i seng jo, så det der med lige at stå ved den samme side hver gang, det dur ikke fordi (øh) så belaster jeg, så skifter vi side, min makker og jeg hvis der er et eller andet..."*

Ydermere var informanten på interviewtidspunktet sygemeldt grundet nethindeløsning, en senfølge af kræftbehandlingen. Det må antages, at informant 3's self-efficacy er styrket ved valg af passende strategier til at overkomme de udfordringer, hun oplever ved eksempelvis at skifte

side i forbindelse med at lægge borgere i seng. Der kan dog argumenteres for, at informanten, på interviewtidspunktet, ikke oplevede de samme begrænsninger som de resterende informanter på grund af hendes alder og diagnosetidspunktet.

Ud fra ovenstående kan det udledes, at senfølger medfører begrænsninger i forhold til beskæftigelse, men grundet senfølgernes varierende debut, forskellighed og komorbiditet, får senfølgerne individuelle konsekvenser for kræftoverleverne. Samtidig har forventningerne fra arbejdspladsen, ligeledes betydning for kræftoverleverne med senfølger og ikke blot deres egen oplevelser heraf. Tillige påvirker styrken af individets self-efficacy, hvilke strategier kræftoverleveren vælger for at overkomme de udfordringer, senfølgerne medfører i forbindelse med beskæftigelse.

7.1.3 Netværk

I ovenstående præsentation af analysen af de individuelle interviews fremgår det, hvorledes kræftoverlevernes self-efficacy i forskellige grad bliver påvirket, og hvordan dette medvirker til at skabe muligheder eller begrænsninger i forhold til beskæftigelse. Følgende analyse af resultaterne vil tage udgangspunkt i, hvorledes informanternes netværk enten bidrager til at skabe muligheder eller begrænsninger, samt hvordan dette påvirker informanternes self-efficacy. Dette medvirker til at skabe en dybere forståelse af informanternes oplevelser i forhold til beskæftigelse. Resultaterne af analysen vil tage udgangspunkt i de tre overordnede temaer formelt og uformelt netværk samt det tredje netværk, som præsenteret i ovenstående figur 3.

7.1.3 - 1 Formelle netværk - Muligheder og begrænsninger

Som tidligere beskrevet var det fire ud seks informanter, der opnåede beskæftigelse efter endt behandling, og det vil derfor primært være informant 1, 3, 5 og 6, der er i fokus under det formelle netværk, medmindre andet fremgår. Det formelle netværk indebærer relationer kræftoverleverne med senfølger ikke selv har valgt. Derfor vil følgende afsnit have fokus på informanternes nuværende (interviewtidspunktet) og tidligere arbejdspladser samt deres kollegaer for at opnå en dybere forståelse af informanternes oplevelse af at opnå eller fastholde beskæftigelse efter kræftbehandling. Ydermere vil afsnittet kort fokusere på de

professionelle qua socialrådgivere og sagsbehandlere, som informanterne benytter i processen tilbage i beskæftigelse, for at analysere deres indflydelse på processen.

Under sygdomsforløbet oplevede informant 3, 5 og 6, at enkelte af deres kollegaer udviste følelsesmæssig integration ved at støtte og udvise empati for informanten. Dette kom blandt andet til udtryk i informant 5's udtalelse: "*... altså folk var meget (.) Ja meget medfølende, empatiske ja...*". Informant 5 oplevede et godt kollegialt sammenhold, der betød at hun følte en sammenhørighed og forståelse i den udveksling, der opstod mellem dem. Dette kom ligeledes til udtryk af informant 3, der ydermere selv bidrog til denne udveksling, ved at holde kontakten til kollegaerne gennem regelmæssige besøg på arbejdspladsen under sygdomsforløbet.

Informant 3: "*Det var sådan mere for at, jamen det var for at stadigvæk bibeholde den der kontakt til mine kollegaer selvom de også var søde til at komme hjem, men også det der med at kunne vise, at selvfølgelig kommer jeg tilbage altså...*"

Det udledes af citatet, at den *følelsesmæssige integration* bidrager til styrkelse af informantens self-efficacy, da hun tror på, at hun udgør en værdi i det kollegiale fællesskab. Dette afstedkommer værdifulde relationer, der styrker mulighederne for at fastholde beskæftigelse, og det antages at dette var medvirkende til, at informanten vendte tilbage i arbejde.

Tre ud af fire vendte tilbage til det arbejde, de blev sygemeldt fra (tabel 3), og skiftede ikke arbejde efterfølgende. Informant 1 valgte dog at rejse i en periode efter endt behandling og efterfølgende arbejdede hun i et vikariat og havde derefter to fastansættelser. Informanten endte med et fleksjob, som hun havde i otte år, før hendes efterløn. Generelt fremkom det i analysen, at informanterne oplevede, at der i mere eller mindre grad blev udvist fleksibilitet på deres arbejdsplads. Som det kan udledes fra nedenstående citat, oplevede informant 3 forståelse og frihed på hendes arbejdsplads, der medførte at hun fik evnerne til at overkomme de udfordringer, hun oplevede ved at skulle tilbage i arbejde. Derigennem blev arbejdspladsens fleksibilitet en social støtte og en muliggørende faktor for at informanten kunne fastholde arbejde.

Informant 3: *"Ja, jeg startede lige så stille op, og så kunne jeg (øh) selv bygge på og bygge på, som jeg havde lyst til, og sådan nogen ting. Jeg havde også fuld forståelse fra arbejdsstedet af, der var ikke noget der, og jeg fik nogen let opgaver som jeg kunne magte..."*

Arbejdspladsens fleksibilitet medvirkede til at styrke informantens self-efficacy, da hun fik stillede opgaver, der ikke oversteg hendes kompetencer. Dette er ligeledes gældende for de øvrige informanternes oplevelse af deres arbejdsplads, og der kan dermed argumenteres for at social støtte, og derigennem styrkelse af self-efficacy, er en muliggørende faktor i forhold til at fastholde beskæftigelse. Det antages, at for at arbejdspladsen kan udvise fleksibilitet overfor de begrænsninger, kræftoverleverne oplever, kræver det en gensidig udveksling, hvor kræftoverleverne informerer om de begrænsninger og udfordringer, de møder i forbindelse med deres arbejde. I interviewet oplevede informant 4, at arbejdspladsen ikke udviste forståelse for hende, men beskriver samtidig, at det var en udfordring at italesætte de behov, hun havde, som det fremgår af nedenstående citat.

Informant 4: *"Jamen jeg har heller ikke selv været god til, at få andre til at forstå. Jeg har jo haft det der i mig, at jeg ville det samme som andre..."*

Udvekslingen på informant 4's arbejdsplads, antages at være begrænset af informanten, på grund af et ønske om ikke at skille sig ud. Dette kan være en medvirkende faktor til, at hun ikke kom tilbage i beskæftigelse, da informanten satte begrænsninger for sig selv, ved ikke at inddrage arbejdspladsen. Dermed forhindrede informanten, at der blev udvist den nødvendige fleksibilitet, der kunne muliggøre fastholdelse af beskæftigelse. Den manglende beskæftigelse skal samtidig ses i forhold til, at informanten ydermere har senfølger og polioskader, der ligeledes begrænser hendes arbejdsevner. Derudover havde hun tidligere erfaringer for, at arbejdspladsen ikke udviste forståelse, da hun valgte at inddrage dem i hendes udfordringer med polioskader. De tidligere erfaringer har dermed været med til at forme hendes self-efficacy, og ved at sætte begrænsninger op i udvekslingen mellem hende og arbejdspladsen, undgik hun nederlag i form af manglende forståelse. Dermed spillede arbejdspladsen en afgørende rolle, i at informanten kunne fastholde beskæftigelse.

Informanterne oplevede, i forbindelse med opstart på arbejdet, at de fleste kollegaer gerne ville udvise forståelse, men ikke altid besad den fornødne indsigt i informanternes situation, og derigennem ikke kunne udvise den rette følelsesmæssige integration. Dette kom blandt andet til udtryk i informant 6's udtalelse.

Informant 6: *"...Måske så synes jeg (.) at nogle gange, at det var lidt hårdt, hvis der var nogle der sagde; "Jamen sådan har jeg det også engang imellem, jeg kan heller ikke huske". Det var lidt hårdt, der kunne man mærke, at der havde de ikke forståelsen..."*

Til trods for til tider manglende indsigt og følelsesmæssige integration, oplevede informanterne at deres kollegaer udviste forståelse i forhold til at overtage arbejdsopgaver, som informanterne ikke længere formåede, som det fremgår af nedenstående citat.

Interviewer: *"...har de udvist fleksibilitet i forhold til at få tilrettelagt arbejdet så det passede dig?"*

Informant 5: *"Ja, og det har også noget med kollegaerne at gøre, så da jeg holdte op med at have vagter, det skulle de jo også være indforstået med, fordi så blev der jo flere vagter til dem, og det var heller ikke noget problem..."*

Informant 5 oplevede at kollegaerne udviste social støtte, ved at påtage sig flere vagter og derigennem muliggøre, at informanten fik evnerne, der skulle til, for at overkomme hendes arbejdssituation. Dermed blev kollegaernes sociale støtte en medvirkende faktor til at styrke informantens self-efficacy, det antages dog at denne støtte tillige opstod på baggrund af ledelsesmæssige beslutning om at udvise den nødvendige fleksibilitet. Social støtte fra kollegaerne blev et afgørende krav for informant 1, da hun skulle tilbage i arbejde, eftersom kollegaerne fungerede som et sikkerhedsnet. Grundet flere års fravær fra hendes profession, tvivlede informanten på sin self-efficacy, som det fremgår af nedenstående citat.

Informant 1: *"...på det her tidspunkt, så vil jeg ind et sted, hvor jeg havde nogle kollegaer omkring. Nej jeg ville ikke have alt for meget alene arbejde, der skulle være nogen omkring mig..."*

Interviewer: *"Ja, hvorfor?"*

Informant 1: *"Sikkerhedsnet, en slags sikkerhedsnet, også måske jeg kunne være lidt usikker på mig selv..."*

Jævnfør Bandura, bidrager kollegaerne i det formelle netværk til styrkelse af informantens self-efficacy, da hun derigennem tilegner sig kompetencer til håndtering af de udfordringer, hun oplevede ved at skulle tilbage i arbejde. Det kan antages, at dette har styrket informantens vedholdenhed og vilje til at overvinde hendes usikkerhed i forhold til beskæftigelse.

Ud fra teorien vil det formelle netværk ligeledes indeholde professionelle relationer, som socialrådgivere, sagsbehandlere, praktiserende- og speciallæger. Tre ud af seks informanter havde haft negative oplevelser i mødet med sundhedsvæsenet, der udsprang af en manglende forståelse for informanterne, både i forhold til kræftdiagnosen, behandlingen og senfølger. Generelt oplevede informanterne, at de sundhedsprofessionelles fokus var biomedicinsk og havde dermed en mindre indvirkning på, om informanterne opnåede eller fastholdte beskæftigelse. Informanterne oplevede dog, at socialrådgivere og sagsbehandlere blev en muliggørende faktor, i forhold til at udvælge passende strategier, der svarede til informanternes evner. Dette medførte at informanterne fik tildelt fleksjob, deltid eller førtidspension, alt efter deres behov og senfølgerens karakter. Det antages, at den professionelle skal være lydhør og opmærksom på kræftoverleverens evner og kompetencer for at lægge en passende strategi. Flere informanter kom med eksempler på kræftoverlevende, hvor blandt andet udvekslingen mellem dem og sagsbehandleren var præget af problemer.

Informant 5: *"Så alle de problemer andre, jeg ved andre de har haft med arbejdsprøvning og jeg ved ikke hvad, det er jeg sluppet for."*

Den verbale overtalelse, sagsbehandleren udviser, skal stemme overens med de evner, kræftoverleveren besidder for at have en effekt og ikke svække self-efficacyen, hvilket opstår hvis de stillede krav overstiger individets evner. Dermed kan denne relation være en begrænsende faktor i forhold til fejlagtig valg af strategi.

Ud fra overstående kan det udledes, at det er en muliggørende faktor for kræftoverlevende med senfølger i forhold til at opnå eller fastholde beskæftigelse, hvis arbejdspladsen udviser fleksibilitet og lydhørhed. Dette udmønter sig blandt andet ved, at ledere og kollegaer udviser

sociale støtte, og følelsesmæssig integration. Desuden kan professionelle, eksempelvis socialrådgivere, skabe muligheder ved valg af passende strategi, i samarbejde med kræftoverleveren med senfølger, der stemmer overens med de individuelle evner, den enkelte besidder. Samlet set er disse muliggørende faktorer med til at styrke kræftoverleveren med senfølgers self-efficacy, og derigennem øges mulighederne for at fastholde eller opnå beskæftigelse.

7.1.3 - 2 Uformelle netværk - Muligheder og begrænsninger

Det uformelle netværk er karakteriseret ved at bestå af uformelle relationer, der er præget af en høj grad af følelsesmæssig gensidighed. Følgende afsnit vil derfor bidrage til en dybere forståelse af familiens og vennernes betydning, som muliggørende og begrænsende faktor, i forhold til kræftoverleveren med senfølger opnår eller fastholder beskæftigelse.

Generelt var informanternes subjektive beskrivelser i forhold til det uformelle netværk præget af et fokus på deres kræftsygdom, hvor der var en generel enighed om, at netværket var af stor betydning i forhold til psykisk og praktisk støtte. Dette kommer til udtryk i nedenstående citat af informant 4.

Informant 4: *“...Min søster hun var også med, dengang at jeg fik kemoterapi. Der tog hun med der ud, så det var jeg jo glad for, at hun ville.”*

Gennem søsterens hjælp opnår informanten følelsesmæssig integration og social støtte, og det kan antages, ud fra Bandura, at dette bidrager til styrkelse af informantens motivation og vedholdenhed til at overvinde de udfordringer, kræftsygdommen medførte.

Den nære familie er generelt den relation, der er mest værdifuld for alle informanterne. Denne relation udgør et fællesskab, hvor informanterne får dækket den støtte, de måtte opleve behov for. Informant 2 oplevede relationen til hans ægtefælle som værdifuld i og med, at de kunne udveksle deres oplevelser, som det fremgår af nedenstående citat. Det kan dermed antages, at dette skaber et fællesskab, der medvirkede til at styrke troen på, at informanten udgjorde en værdi som social partner, og derigennem styrkede self-efficacyen, da informanten opnår en følelse af samhørighed.

Informant 2: *"Jeg har et meget åbent forhold"*

Interviewer: *"Ja, hvor I kan diskutere de fleste ting?"*

Informant 2: *"Min kone har også haft kræft, så vi har begge to været patienter, og vi har begge to været pårørende."*

Det kan ligeledes tolkes, at ægtefællens erfaringer med sin kræftsygdom, er med til at skabe en model for informantens egen håndtering af udfordringen. Disse andenhånds erfaringer styrker informantens motivation, og derigennem bliver ægtefællen en rollemodel, der bidrager til at opnå muliggørende kompetencer til at lykkes.

Informant 2's ægtefælle kan antages at være i stand til at udvise den rette følelsesmæssige integration, på baggrund af egne erfaringer med kræftsygdommen. Denne indsigt forekom ikke på samme måde blandt de resterende informanternes uformelle netværk. Informant 5 gav udtryk for på spørgsmålet om, hvordan hendes børn har støttet hende, at det kunne være svært for dem at erkende, at deres moder var syg.

Informant 5: *"...Altså jeg tror, at de fleste børn har det sådan så, forældrene de ikke bare kan blive syge. Altså forældrene kan jo blive ved med at kunne alting"*

Børnene besad ikke den samme indsigt som informanten, og dermed svækkes sammenhørigheden og den følelsesmæssige integration. Dette medfører, at der er en uoverensstemmelse mellem de kompetencer, informanten besidder og de forventninger, hendes børn har, og dermed bliver det en begrænsende faktor i den støtte, der udveksles mellem dem. Informanten bidrog dog selv til dette ved ikke at involvere børnene i, hvor besværlig hun oplevede sin hverdag grundet senfølger, som kom til udtryk i hendes subjektive beskrivelser. Som tidligere beskrevet var informantens senfølger mindre udbredt og begrænsende i beskæftigelsesperioden, og dermed antages det at hendes børns manglende indsigt i mindre grad havde betydning for hendes beskæftigelsesstatus. Denne indsigt har informant 3's ægtefælle, der i modsætning til informant 5's børn, deler hverdag med informanten. Dog afstedkom dette bekymringer for ægtefællen, idet informanten skulle vende tilbage i arbejde, da han frygtede at arbejdskravene oversteg informantens evner.

Informant 3: *"Han var bange for, at jeg tog for meget. Altså startede for hårdt ud (ehm). Så ikke tænke over, at der altså var nogle ting, jeg lige skulle tage hensyn til. Jeg sagde at; "jeg nok selv skulle sige til, når jeg ikke kan mere". Det havde han lidt svært ved i starten..."*

Til trods for ægtefællens bekymring, vurderes det, at informantens self-efficacy var robust, da hun gav udtryk for at have nogle kognitive og adfærdsmæssige redskaber, der medførte at hun havde tilegnet sig passende adfærdsmæssige strategier til at overkomme de udfordringer, hun oplevede i forbindelse med at vende tilbage i beskæftigelse. Dermed bliver ægtefællens betænkeligheder ikke en begrænsende faktor for informanten, selvom der kan argumenteres for, at han kan have en virkelighedsnær indsigt i informantens kompetencer. Ydermere gav informant 1 udtryk for på spørgsmålet om, hvorledes hendes ægtefælle var en muliggørende faktor i forhold til økonomi, at han og en fælles forståelse bidrog til at skabe økonomisk sikkerhed.

Informant 1: *"Ja, vi har haft styr på økonomien, så det har (ehm) vi har aldrig sat os hårdere end vi kunne klare."*

Denne sikkerhed samt økonomisk tilgang, medførte, at informanten kunne gå ned i tid, da hendes kompetencer var nedsatte grundet senfølger. Derigennem fastholdt informanten beskæftigelse, og dermed udgjorde ægtefællen en social støtte. Samtidig oplevede informant 1, at sociale ydelser medførte, at hun i forbindelse med fleksjob, ikke gik betydelig ned i løn. Generelt fremstår det i analysen af de subjektive beskrivelser, at ægtefællerne var en muliggørende relation for fem ud af seks informanter i forhold til beskæftigelse. Det fremkom dog i informant 3's tidligere citat, at dette ligeledes kan være en begrænsende faktor, da udvekslingen som giver og modtager ændres, i og med at interaktionen og gensidigheden forandres, idet informanten ikke længere er sygemeldt men vender tilbage i arbejde. For informant 5, der modsat de øvrige informanter, er uden samlever (tabel 3), er det relationerne til hendes venner og børn, der har stor betydning. Men som hun giver udtryk for i nedenstående citat, er der forskel på disse to relationer.

Informant 5: *"...venner og nær familie, er to forskellige ting. Jeg ved ikke om jeg kan sige, at det ene er bedre end det andet. Nej det ved jeg ikke (grin). Men nu er nogle af mine venner også oppe i årene, så rent fysisk så kan de jo heller*

ikke så meget mere, som de har kunnet. Men dem der kan, hjælper... venner kan man snakke med, om nogle andre ting med, end man kan med den tætte familie..."

Som det fremgår af citat er venner og nær familie to forskellige relationer, hvori der udveksles forskellige støtte og hjælp. Generelt fremgår det i analysen af de individuelle interviews, at venner i lige så høj grad udgjorde en værdifuld relation for informanterne, der både indebar følelsesmæssige integration og social støtte i forhold til informanternes hverdag og det at vende tilbage i beskæftigelse. Ud fra ovenstående kan det ligeledes udledes, at ægtefællen udgør en værdifuld relation, og derigennem udgør en muliggørende faktor for kræftoverlevende med senfølgers hverdag og beskæftigelse.

7.1.3 - 3 Det tredje netværk - Muligheder og begrænsninger

Det tredje netværk defineres som relationer, der indgås mellem individer, hvor det uformelle og formelle netværk ikke har været tilstrækkeligt. For at skabe en dybere forståelse, vil afsnittet beskrive relationerne til psykologer, fritidsaktiviteter, selvhjælpsgruppen og frivilligt arbejde, som informanterne indgår i, og hvilke muligheder og begrænsninger, der opstår heri.

Det fremgår i interviewene, at to ud af seks informanter gjorde brug af en psykolog, fra de fik diagnosen og frem til interviewtidspunktet. Der kan argumenteres for, at informanternes relation til deres psykolog bar præg af en uformel tone og venskab, hvor personlige emner blev drøftet. Dermed varetager psykologen områder, hvor de to andre netværk ikke har været tilstrækkelige i forhold til at dække informanternes behov. Dette kom blandt andet til udtryk i samtalen om netværkets betydning for informant 1.

Informant 1: *"...hende der (navn på psykolog) som hjalp mig med at komme i fleksjob, hende kommer jeg stadigvæk ved, det behøves jeg måske egentlig ikke mere, men det er vigtigt for mig at hun er der. For hvis nu jeg får recidiv en gang til, så er hun jo nok en af dem, jeg synes jeg lige skal få snakket med. Så hun er sådan en blanding imellem at være professionel og ven"*

Generelt blev psykologerne anvendt af informanterne til at få styr på følelser og tanker, og derigennem erkendelse af deres self-efficacy. I interviewet, og som det fremgår af ovenstående citat, havde psykologen en fremtrædende rolle i forbindelse med beslutningen om, at

informanten skulle i et fleksjob, da hun ikke længere besad de evner, der skulle til for at passe et fuldtidsjob på grund af hendes senfølger. Informanterne tillægger psykologen en troværdighed og ekspertise, der medfører en større effekt af psykologens udtalelser. Psykologernes verbale overtalelse understøtter informantens egne erfaringer med senfølgernes begrænsende effekt på hendes arbejdsevne, egne erfaringer som informanten negligerer.

Informant 1: *"...men det er jo noget at gøre med, at erkende og så se i øjnene at nu ser verden sådan ud, og turde at erkende og sige [Det er lidt det sammen som, det der med knuden, hvis jeg holdte armen på en bestemt måde, så kunne jeg ikke finde den, så tænker man; "arg så er det nok ik"]"*

Som det fremgår af citatet, er det en proces at anerkende det nye normale med senfølger. Psykologen bliver dermed en mulighed for informanten til at opnå erkendelse af egne evner blandt andet i forhold til beskæftigelse.

Alle seks informanter deltog i en eller flere fysiske fritidsaktiviteter, fire ud af seks deltog i aktiviteter med andre kræftoverlevende. De pointerede alle, at deltagelse i relationerne med andre i samme situation, gav en følelsesmæssig integration. Dette fremkommer i nedenstående besvarelse på spørgsmålet om, hvad det gav informant 3 at gå til gymnastik med andre kræftoverlevende.

Informant 3: *"Jamen (øh) det giver et fællesskab med de andre som også har været i samme båd, det er alt mulig form for kræft de har haft, ikke. (Øh) vi kan forstå hinanden (øh) hvis der er nogle der er lidt kede af det (øh) ... altså man kunne bruge hinanden på en lidt anden måde så. Og det synes jeg faktisk er rart, at man kan det. Det er ikke fordi vi snakker sygdom ret meget, men vi har et fællesskab ... det giver os noget, det der socialt samvær med andre der har været i samme båd."*

Informanten udvekslede følelsesmæssig støtte, og hun oplevede en samhørighed ved at være en del af et fællesskab, der var med til at styrke hendes self-efficacy. Denne styrkelse opnås gennem den spejling, der opstår i relationerne på gymnastikholdet. Ved at se andre, der er i samme situation lykkes, overbevises informanten om egne evner til overvinde de udfordringer,

der måtte opstå. Udfordringer, der må antages også at omhandle beskæftigelse. Det samme må antages at være gældende for mænd. Som det fremgår af nedenstående citat, oplevede informant 2, at den verbale udveksling havde en mindre central rolle end det sociale samvær i forbindelse med træning med andre kræft ramte mænd.

Informant 2: *"...om torsdagen, der hvor det er for mænd med kræft, der kan vi sidde og snakke lidt om, hvordan vi har det og alt muligt andet også. Det er begrænset, hvor meget vi snakker, fordi vi træner for det meste af tiden. Og når vi er færdige med at træne, så har vi lige et kvarterers kaffepause, og så har vi tyve minutters mindfulness."*

Til trods for begrænset verbal udveksling, tillægges det stor værdi af informant 2, at være en del af et netværk med andre mænd i samme situation, hvor der drøftes sygdom men også andre emner, som det fremkommer af nedenstående citat.

Informant 2: *"...det giver en stor tilfredsstillelse. Snak med andre der er ligesindede, selvom alle typer kræft er involveret på hver sin måde ... vi snakker om alt inden for kræft. Ikke hver gang, det er ikke sådan at vi sidder og snakker sygdom her, heldigvis fordi så kom jeg her nok ikke."*

Ydermere fremgår det, at den udveksling, der foregår på holdet for kræftoverlevende, både indeholder følelsesmæssige integration og sammenhørighed. Generelt fremkom det i interviewene, at disse fritidsaktiviteter medvirkede til at styrke informanternes tro på at udgøre en værdi som social partner og derigennem styrkede deres self-efficacy. Øget self-efficacy antages at have indflydelse på informanterne, da de skulle tilbage i beskæftigelse, i og med fem ud af seks informanter var involveret i fritidsaktiviteter både før og efter kræftdiagnosen, og indgik derfor i lignende relationer på daværende tidspunkt.

Ud fra ovenstående udledes det, at både mænd og kvinder har behov for at indgå i relationer med andre ligestillede. Fire ud af seks informanter var en del af Senfølgerforeningen for Kræftoverlevende, hvor informanternes egne erfaringer og følelser udveksles, og derigennem bidrager med hjælp-til-selvhelp. På spørgsmålet om, hvad det gav informant 6 at være en del heraf, svarede hun, at det giver en følelse af sammenhørighed og muligheden for at dele sine tanker og bekymringer med individer, der er i samme situation.

Informant 6: *"...det giver sådan en ro, at (ehm) man kan være med til at belyse nogle ting, for andre mennesker. Nye der kommer ind, og kan have det af H-til, det kan være os, der har det af H-til, af en eller anden grund, de gamle rotter der (smiler). Kan få tilbagefald, kan få knuder her og få knuder der (informanten peger flere steder på halsen). Der får man støtten, der kan man mærke, at man ligesom bliver taget hånd om, og bliver tænkt på. (.) ja, det er godt."*

Det tolkes, at udvekslingen i relationerne bidrager til følelsesmæssig støtte, hvor frygten for tilbagefald kan drøftes. Frygten for tilbagefald var et emne, der var tilstede blandt alle informanterne, og som det fremgår af nedenstående citat.

Informant 6: *"...jeg har haft gigtsmerter, men det jeg har nu, det er jeg bange for. Jeg er simpelthen bange for de smerter, fordi (ehm) om kræften er vendt tilbage, om der sidder noget i knoglerne..."*

Det antages på baggrund af ovenstående, at fysiologiske og følelsesmæssige tilstande som frygten for tilbagefald udløser, kan lindres ved at informanten italesætter dette i Senfølgerforeningens regi. Dette kan bidrage til en ny indsigt i årsagerne til reaktionen, og dermed forbedres kræftoverleveren med senfølgers evner til at mestre frygten, og medvirker til en styrkelse af informantens self-efficacy. Denne positive udveksling, der opstår, sker blandt andet på baggrund af andenhånds erfaring blandt relationerne i Senfølgerforeningen. Andenhånds erfaring kan desuden have en negativ indvirkning, hvilket informant 3 oplevede i mødet med andre kræftramte, hvor denne relation medførte at informanten følte sig nedtrykt.

Informant 3: *"...man kunne faktisk godt være lidt ked af det, når man går hjem der indefra. Fordi man er drænet for energi, fordi hvis folk de er negative. Og kun har, ser med den der skyklap på, og så har ondt af dem selv ... så spørger jeg ikke efter noget. Fordi jeg ved hvordan det dræner..."*

Det tolkes, at informanten tilegner sig strategier, så hun undgår situationer, hvor spejling vil have en negativ effekt på hendes motivation og self-efficacy. Som det ligeledes fremgår af nedenstående citat, oplevede informant 4, at det kunne være svært ved Senfølgerforeningens

møder at skulle forholde sig til forskellige problemstillinger, der ikke var sammenlignelige med informantens egen situation.

Informant 4: *"...Jamen det er al den snak der er, med hvor det er mange problemstillinger der er fremme der. Sommetider så kan man godt føle, at nu er det vist nok, altså. Så kan jeg godt tage sådan en pause, fordi jeg tænker, at nu kan jeg altså ikke rumme mere. Så holder jeg en pause, og så kommer først nogle gange efter. Altså fordi, der er jo sådan nogle andre kræftformer og sådan noget man skal høre om der. Det kan godt være svært..."*

Senfølgerforeningen og fritidsaktiviteter kan ud fra ovenstående både bidrage til at styrke og svække individets self-efficacy, gennem andenhånds erfaringer og følelsesmæssig integration. Dermed bliver det både en muliggørende og en begrænsende faktor for kræftoverlever med senfølgers self-efficacy at deltage i disse former for netværk. Det antages, at de positive effekter overstiger de negative, i og med at alle informanter tillægger relationerne en stor værdi og forsat opsøger netværkene. Overordnet set kan der argumenteres for, at netværkene har en muliggørende effekt i forhold til at fastholde eller opnå beskæftigelse, for de fire informanter, der vendte tilbage i beskæftigelse efter behandling.

Tre ud af seks informanter er frivillige i Senfølgerforeningen, og de resterende informanter udøvede andet frivilligt arbejde. Informant 6's senfølger har forårsaget, at hun blev førtidspensionist, men gennem det frivillige arbejde i Senfølgerforeningen blev hun i stand til at bidrage med social støtte, som det fremgår af nedenstående citat.

Informant 6: *"...der er jeg praktisk gris for (navn) hun er den der, hun kan jo det der på computeren, ej måske ikke så meget teknisk, men hun kan i hvert fald holde styr på tingene, det kan jeg ikke, men jeg kan køre bilen for hende, så jeg er chauffør..."*

Arbejdskravene, der blev stillet til hende, oversteg ikke de evner og kompetencer, hun besad, og denne udveksling medvirkede til succesoplevelser. Informant 6 gav udtryk for i hendes subjektive beskrivelse, at det frivillige arbejde gav hende en følelse af "at være lidt ved musikken endnu", og derigennem styrkede det hendes self-efficacy. For fem ud af seks informanter har

det frivillige arbejde udfyldt det tomrum, som deres tidligere arbejde efterlod, men det frivillige arbejde indebærer i højere grad en følelsesmæssig integration og social støtte. Dette antages blandt andet på baggrund af informant 2's oplevelse af at være mentor for mænd med kræft, som nedenstående citat viser.

Informant 2: *"...Mænd der har fået kræft, har som regel en masse spørgsmål, ikke angående lægeligt, fordi det tager sygehuset sig af, men alt dagligdagsproblemer. Eksempelvis når, hvis de skal kastreres, så opstår der en hel masse spørgsmål som sygeplejerskerne og lægerne på sygehuset ikke vil snakke om, ikke kan, ikke vil, det ved jeg ikke, begge dele nok. Og så (øhm) kan de blive kontaktet via én (øh) på Kræftens Bekæmpelse, og så sender han dem videre til mig. Så ringer jeg vedkommende op, og så får vi os en snak, og hvis de har behov for det, så kommer jeg hjem til dem og snakker med dem..."*

Den følelsesmæssige integration og sociale støtte opstod i relationen mellem informanten og den kræftramte mand, i og med at der indtræder en sammenhørighed på baggrund af et personligt engagement. Det frivillige arbejde bliver derfor en mulighed for informanterne til at opnå kontrol af den beskæftigelsesmæssige del af livet, de ellers har mistet grundet deres senfølger. Derfor kan det opleves som et savn, når senfølgerne medfører, at det frivillige arbejde ligeledes må ophøre, som informant 5 giver udtryk for.

Informant 5: *"...Da jeg så på et tidspunkt, måtte erkende at det kunne jeg ikke [Der var også trapper, nej. Så jeg var nødt til, at holde op. Men det gav mig meget, og det savner jeg meget i starten, da jeg måtte holde op med det. "*

Det kan udledes ud fra overstående, at det tredje netværk indeholder forskellige relationer, der er en muliggørende faktor for kræftoverlevende med senfølger. Psykologer kan understøtte kræftoverleveres erkendelsesproces til det nye normale. Samtidig bidrager fritidsaktiviteter til en styrket self-efficacy for kræftoverlevende med senfølger gennem opnåelse af sammenhørighed og følelsesmæssig integration, der bidrager til en følelse af at udgøre en værdi som social partner. Senfølgerforeningen for kræftoverlevende bidrager yderligere til, at de fysiologiske og følelsesmæssige tilstande reduceres, ved at netværksgruppen danner rammerne for hjælp-til-selvhjælp. Det frivillige arbejde erstatter i nogen grad kræftoverlevende

med senfølgers arbejde, og derigennem opnå kontrol i dele af deres liv, de har mistet grundet senfølger.

Selvom informanternes self-efficacy fremstår som robust, indgår de i en social kontekst, der indebærer en række ukontrollerbare faktorer, som får indflydelse på deres evne til at fastholde eller opnå beskæftigelse. Ydermere medfører deres senfølger fysiske begrænsninger, der helt eller delvist hæmmer deres beskæftigelsesevne. Dette vil blive behandlet yderligere i diskussionsafsnittet.

7.2 Resultater - Systematiske litteratursøgning

I følgende afsnit bliver resultaterne fra de fire fremsøgte studier præcenteret (tabel 4), dette for at give et indblik i studierne anvendte metoder og resultater. Derefter foretages der en samlet analyse af studierne kvalitet, for at vurdere resultaternes styrker og svagheder.

Afslutningsvis foretages der en analyse af de fire studier, hvor resultaterne sammenlignes for at finde mønstre og tendenser, der anvendes i diskussionsafsnittet.

Tabel 4 illustrerer en sammenfatning af de fire udvalgte studier.

Titel	Forfatter/ Land/år	Design/Metode	Deltagere	Formål	Resultater	Vurdering
Employment and breast cancer: A meta-ethnography	Banning M. England – 2011	Meta-etnografisk tilgang blev anvendt til at syntetisere studier. Der blev foretaget en litteratursøgning på kvalitative artikler fra 1999-2010, omhandlende brystkræftoverleveres oplevelse af at vende tilbage i arbejde.	10 kvalitative studier blev udtaget til denne meta-etnografi	Formålet med meta-analysen er at give en kortfattet redegørelse af de kvalitative studier, der er lavet på brystkræftoverleveres oplevelse af at vende tilbage i arbejde og de influerende faktorer. Undersøgelsen har til formål at give indsigt i, hvilke arbejdsrelaterede faktorer der påvirker brystkræftoverleveres oplevelse af at vende tilbage i arbejde, og at identificere hvilke faktorer der er signifikante for kvinderne.	Der blev fremanalyseret fire overordnede temaer; brystkræft og beskæftigelse, bivirkninger af behandling, arbejdsgiverens forståelse for brystkræft, og frygt for arbejdsrelaterede fejl. Det at vende tilbage i arbejde forbrød brystkræftoverleverer med at vende tilbage til det normale, have det følelsesmæssigt bedre, samt det var en distraktion fra livet som kræftpatient. At vende tilbage gav kvinderne en følelse af struktur i hverdagen, tilhørsfølelse, identitetsfølelse samt en social samhørighed. Bivirkninger efter behandling gav både fysiske og psykiske begrænsninger for kvinderne. Arbejdsgiverens og kollegaernes forståelse og støtte for brystkræftoverleveren var medvirkende til at øge beskæftigelsesmulighederne. Kvinderne var bekymret grundet deres fysiske tilstand og arbejdskapacitet efter behandling i forhold til arbejdsgiverens forventninger og krav. Støtte fra sundhedsprofessionelle forbedrede håndteringen af arbejdsrelaterede problemstillinger.	Studiet vurderes til at være af god kvalitet, i og med der er en god metodologisk beskrivelse og manglerne refererer til metoder der foretages i kvantitative meta-analyser. PRISMA er anvendt til at kvalitetsvurdere meta-analysen, (20/27).

Titel	Forfatter/ Land/år	Design/Metode	Deltagere	Formål	Resultater	Vurdering
Cancer as the cause of changes in work situation (a NOCWO study)	M.-L. Lindbohm et al. 2011 – Finland, Island, Norge, Danmark	Tværsnitstudie – Spørgeskemaundersøgelse, sendt med posten i perioden 2003-2005.	Spørgeskemaet blev sendt ud til i alt 3599 kræftoverleverer i den arbejdsduelige alder (25-57), 1 til 8 år efter cancer diagnosen (brystkræft, testikel kræft, prostata kræft), alle med en god prognose. Fire nordiske lande Finland, Norge, Island og Danmark, var omfattet af undersøgelsen. Deltagerne blev identificeret gennem cancerregisteret (Danmark og Island) og journalerne på et stort hospital (Finland og Norge) i perioden 1997-2002. 2030 (72%) svarede tilbage på spørgeskemaet	1 – Evaluere på frekvensen af jobskift, blandt kræftoverleverer på grund af deres sygdom og andre årsager. 2 – Undersøge sammenhængen mellem social support (fra ledere, kollegaer), fysiske krævende arbejde, sygdomsrelaterede og sociodemografiske faktorer, med at skifte arbejdsgiver på grund af kræft.	34% havde skiftet arbejde inden for de sidste 6-8 år, og blandt dem havde 21% skiftet branche og 40% havde skiftet arbejdsopgaver. 8% havde skiftet arbejde på grund af kræft, blandt denne gruppe havde 55% hårdt fysisk krævende arbejde, hvoraf 60% havde andre kroniske sygdomme. For kvinder var der en statistisk sammenhæng mellem at modtage svag støtte fra sin leder og det at skifte arbejde på grund af kræft i forhold til dem der modtog stærk støtte. Denne sammenhæng sås ligeledes for mændene (ikke statistisk signifikant). Desuden var der en sammenhæng for både mænd og kvinder (ikke statistisk signifikant) mellem at modtage svag støtte fra kollegaer og det at skifte arbejde på grund af kræft. Den primære årsag (statistisk signifikant) til, at mænd skiftet arbejde på grund af kræft, skyldtes hårdt fysisk arbejde. Senfølger var forbundet med nedsat arbejdsevne, samt reduceret arbejdstimer ændret arbejdsopgaver. Manglende støtte fra sundhedsprofessionelle øgede risikoen for arbejdsskift.	Studiet vurderes til at være af en høj metodologisk kvalitet, og bidrager med kvantitativ viden til at belyse projektet problemstilling STROBE er anvendt til at kvalitetsvurdere, 21/22.

Tabel 4 fortsat

Titel	Forfatter/ Land/år	Design/Metode	Deltagere	Formål	Resultater	Vurdering
Work ability of survivors of breast, prostate and testicular cancer in Nordic Countries: a NOCWO study	M.-L. Lindbohm et al. 2012 - Finland, Island, Norge, Danmark	Tværsnitstudie – Case-kontrol undersøgelse – Spørgeskemaundersøgelse, sendt med posten i perioden 2003-2005.	Spørgeskemaet blev sendt ud til i alt 3599 kræftoverlevende i den arbejdsduelige alder (25-57), 1 til 8 år efter cancer diagnosen (brystkræft, testikel kræft, prostata kræft), alle med en god prognose. Kontrol gruppen blev indsamlet gennem det nationale folkeregister, i alt 3780. Fire nordiske lande Finland, Norge, Island og Danmark, var omfattet af undersøgelsen. Deltagerne blev identificeret gennem cancerregisteret (Danmark og Island) og journalerne på et stort hospital (Finland og Norge) i perioden 1997-2002. 72% svarede tilbage på spørgeskemaet blandt kræftoverlevende, og 58% blandt kontrol gruppen, deltagerne skulle være i arbejde og derfor det endelige antal blev 1449 kræftoverlevende og 2709 i kontrol gruppen.	1 - Sammenligne selvvurderet arbejdsevne blandt bryst, testikel og prostata kræftoverlevende med individer uden kræft i de nordiske lande. 2 - Undersøge sammenhængen mellem sygdomsrelateret faktorer, sociodemografiske faktor og land og arbejdes relateret ressourcer (socialt klima, støtte fra kollegaer og leder, undvigende adfærd blandt kollegaer og ledere, og forpligtigelse fra arbejdspladsen) med arbejdsevne og undersøge hvorvidt disse associationer er forskellige for kræftoverlevende og individer uden kræft.	Kvinder med brystkræft havde øget sandsynlighed for en lav selvvurderet arbejdsevne end kontrolgruppen (statistisk signifikant), dette var ligeledes også gældende for prostata (ikke statistisk signifikant). Der er en øget sammenhæng mellem det at lide af andre kroniske sygdomme og lav selvvurderet arbejdsevne både blandt mænd og kvinder. Kvinder der arbejdede indenfor services, salg eller manufaktur, havde lavere selvvurderet arbejdsevne end kvinder der arbejdede indenfor ledelse eller administration. For mænd var høj alder og lavt uddannelsesniveau forbundet med lav selvvurderet arbejdsevne. Lav støtte fra leder eller kollegaerne, lav forpligtigelse fra arbejdspladsen og høj undvigende adfærd fra lederen var alle forbundet med lav selvvurderet arbejdsevne både blandt mænd og kvinder. For kvinder var høj undvigende adfærd blandt kollegaer forbundet med lav selvvurderet arbejdsevne, men for mænd var den associeret faktor manglende information.	Studiet vurderes til at være af en høj metodologisk kvalitet, og bidrager med kvantitativ viden til at belyse projektets problemstilling STROBE er anvendt til at kvalitetsvurdere, 21/22.

Titel	Forfatter/ Land/år	Design/Metode	Deltagere	Formål	Resultater	Vurdering
Returning to work following cancer: a qualitative exploratory study into the experience of returning to work following cancer	Kennedy F. et al. 2007 - England	Kvalitativt studie med 19 individuelle interviews ud fra en semistrukturerede interviewguide, samt to fokusgruppeinterview (n=4 og n=6).	Deltagerne var 29 kræftoverlevende, 27 kvinder og to mænd, hvoraf 24 havde brystkræft. Gennemsnitsalderen var 52,6 år. Alle deltager var diagnosticeret inden for 10 år og havde alle rapporteret en oplevelse i forhold til at vende tilbage i arbejde.	Formålet med studiet er at undersøge, hvilke faktorer, der har indflydelse på kræftpatienters beslutning om at vende tilbage i arbejde og kræftoverleveres oplevelse af at vende tilbage.	Der blev fremanalyseret seks temaer; faktorer der har indflydelse på valget om at vende tilbage i arbejde efter kræft, råd fra sundhedsprofessionelle, oplevelsen af arbejde efter kræft, effekterne af kræften og behandlingen (senfølger), støtte og tilpasning på arbejdet, og holdninger til arbejdet. Faktorer der havde indflydelse på at vende tilbage i arbejde var økonomisk pres og følelsen af at være normal. Ydermere var fysisk helbredet ligeledes en faktor, nogle stoppede helt med at arbejde grundet dårligt helbred og for andre var det et naturligt ubevist valg at starte op igen, da de følte sig raske. Støtte fra sundhedsprofessionelle forbedrede håndteringen af arbejdsrelaterede problemstillinger. Deltageres oplevelse af at vende tilbage i arbejde var afhængig af evnerne til at arbejde og forventningerne fra arbejdspladsen. Oplevelsen af senfølger var forskellige blandt deltagerne. Støtte under diagnostidspunktet, sygemelding samt returnering til arbejdet, omhandlede praktisk og følelsesmæssig støtte, samt tilpasninger, som fleksibilitet, gradvis integration og ændringer af arbejdsopgaver. Holdningerne til arbejde ændrede sig, da oplevelsen af kræft havde ændret kræftoverleverens prioriteter i livet.	Studiet vurderes til at være af god kvalitet. Der er få mangler såsom forfatterens egen rolle mangler at blive diskuteret, etiske overvejelser er ikke oplyst og en overfladisk redegørelse af analysestrategien. CASP er anvendt til at kvalitetsvurdere studiet, 8/10.

7.2.1 Samlet vurdering og analyse af studierne

Baseret på tjeklister og specialegruppens vurdering vurderes studierne til at være af god metodologisk kvalitet (tabel 4 og bilag 7). Der kan dog argumenteres for, at generaliserbarheden er reduceret i studierne af Lindbohm et al. (2011) og Lindbohm et al. (2012), da deres studiepopulation bestod af kræftoverlevende med en god prognose, hvorfor deres resultater ikke afspejler kræftoverlevende generelt. Ydermere kan resultaterne i Banning (2011) og Kennedy et al. (2007) diskuteres i forhold til, om disse kan generaliseres ud på alle kræftoverlevende, i og med størsteparten af populationerne udgør brystkræftoverlevende. På trods af reduceret generaliserbarhed vurderes studierne anvendelige grundet deres metodologiske kvalitet og relevans. Formålene i de fire udvalgte studier, er ikke direkte rettet mod forandringsforslag på arbejdspladsen i forhold til kræftoverlevende med senfølger, men gennem deres analyse og diskussion af deres overordnede fokus; selvvurderet arbejdsevne, arbejdsskift, social støtte og det at vende tilbage i arbejde, bidrager de med anbefalinger til tiltag på arbejdspladsen. Dermed vurderes de til at bidrage med empiri der kan besvare forskningsspørgsmål 2: *Hvilke forandringstiltag på arbejdspladsen kan potentielt styrke kræftoverlevende med senfølger i at opnå eller fastholde beskæftigelse?*

Generelt har alle fire studier fokus på kræftoverlevende og beskæftigelse, samt hvilke barrierer der opstår, når de skal vende tilbage i arbejde. I Lindbohm et al. (2012) var lav støtte fra ledere og kollegaer associeret med lav selvvurderet arbejdsevne, hvori Lindbohm et al. (2011) betød lav støtte fra arbejdspladsen større risiko for at skifte arbejde. I Kennedy et al. (2007) var praktisk og følelsesmæssig støtte på arbejdspladsen en indflydelsesrig faktor på om kræftoverleveren vendte tilbage i arbejde og i Banning (2011) resulterede manglende forståelse for kræftoverleveren i reduceret støtte fra ledere og kollegaer. De fire studier har forskellige vinkler på, hvad støtte fra ledere og kollegaer omhandler, men alle påpeger vigtigheden af faktoren, samt at støtten fra arbejdspladsen forbedre processen i at vende tilbage i arbejde. I Banning (2011) vurderes det yderligere, at arbejdsgivere skal uddannes i at integrere kræftoverlevende tilbage i arbejde, og derigennem fremme kulturen for at undgå uvidenheden, der kan begrænse processen. Dermed kan det udledes at støtte fra ledere og kollegaer, er muliggørende faktorer for kræftoverlevende i forhold til at opnå eller fastholde beskæftigelse, hvilket kan opnås gennem integration af uddannelse og kulturændring.

Kennedy et al (2007) finder at økonomisk pres var en af hovedårsagerne til at kræftoverleverer vender tilbage i arbejde, da informanterne oplevede at den økonomiske støtte udløb. Dette kan skyldes at studiet er baseret på resultater fra Storbritannien, og dermed en konsekvens af deres indretning af velfærdssystemet. Lindbohm et al. (2012) konkluderede ligeledes at forskellige velfærdssystemers indretning var årsagen til at der var forskelle i selvvurderet arbejdsevne landene i mellem. Grunden til dette var blandt andet forskelle i velfærdsydelser, da eksempelvis det danske system medfører, at flere tildeles pension og dermed bliver den selvvurderet arbejdsevne højere for kræftoverleverer i beskæftigelse, i og med dem med potentiel lav selvvurderet arbejdsevne ikke længere er i beskæftigelse.

Resultaterne fra Kennedy et al. (2007), Banning (2011) og Lindbohm et al. (2011) viste at arbejdsopgavernes karakter ligeledes havde en indflydelse på kræftoverleverens beskæftigelse. I Lindbohm et al. (2011) havde 40% af dem, der havde skiftede arbejde, ændret arbejdsopgaver. Resultaterne i Banning (2011) viste at manglende forståelse for kræftoverleveren medførte manglende tilpasning af arbejdsopgaver, hvilket understøttes af Kennedy et al. (2007) hvor en forståelse for kræftoverleveren medførte at støtten på arbejdspladsen udmøntede sig i ændringer i arbejdsopgaver. Alle tre studier pointerer at fleksibilitet i form af arbejdsopgaver, der er tilpasset kræftoverleverens arbejdsevner, og en gradvis integration tilbage i arbejde, er til fordel for kræftoverleverer. I Lindbohm et al. (2012) kom lignende til udtryk gennem lav organisatorisk engagement for kræftoverleveren, der medførte lav selvvurderet arbejdsevne for både mænd og kvinder. Flexibilitet i forhold til arbejdsopgaver og tid er dermed muliggørende faktorer, i forhold til at kræftoverleverer kan opnå eller fastholde beskæftigelse.

I Lindbohm et al. (2011) vurderes hårdt fysisk arbejde til at være en afgørende faktor for om kræftoverleverer skifter arbejde, og de finder at senfølger er med til at reducere kræftoverleverens arbejdsevner. I både Banning (2011) og Kennedy et al. (2007) finder de ligeledes senfølger som en begrænsende faktor, for om kræftoverleverer vender tilbage i arbejde. I Kennedy et al. (2007) vurderes det at arbejdsgivere skal have viden om senfølger og deres indflydelse på arbejdsevnerne. I Banning (2011) anbefales det, at arbejdsgiveren uddannes i, hvad der kan forventes af kræftoverleverer, og det anbefales at lave en vurdering af kræftoverleverens arbejdsevner, i samarbejde med denne, så arbejdsopgaverne kan tilpasses.

Senfølger har indflydelse på kræftoverleverens arbejdsevne hvilket kan imødekommes gennem en forventningsafstemning samt en vurdering af den enkeltes arbejdsevne.

Generelt bidrager de fire studiers konklusioner med anbefalinger til tiltag, der kan implementeres på arbejdspladsen for at skabe bedre muligheder for kræftoverlevende i at opnå eller fastholde beskæftigelse. Lindbohm et al. (2012) konkluderer blandt andet at, der er behov for kommunikation på arbejdspladsen og udvikling af støttende ledere for at undgå isolering af kræftoverlevende. Ydermere kan Banning (2011) og Kennedy et al. (2007) konkludere, at der er behov for tolerance, støttende ledere og kollegaer samt en tilpasset arbejdsgang for at forbedre processen i at vende tilbage i beskæftigelse. Ligeledes konkluderes det i Lindbohm et al. (2011), at ledere skal udvise følelsesmæssig og praktisk støtte når arbejdsopgaverne skal planlægges. Ud fra de fire studier kan det dermed udledes, at arbejdspladsen er en muliggørende faktor, hvis denne er i stand til at udvise den rette støtte og engagement.

8. Metodediskussion

Følgende afsnit har til formål at bidrage til en kritisk refleksion over og relevansen af de valgte metoder og teorier anvendt i specialet i forhold til at besvare problemformuleringen og de to forskningsspørgsmål. Diskussionen vil tage afsæt i følgende kvalitetskriterier: validitet, reliabilitet og analytisk generalisering. Kvalitetskriterierne vedrører hele forskningsprocessen, da et godt projektarbejde er kendetegnet ved sammenhæng og stringens fra det teoretiske afsæt, til udvælgelse af informanter, indsamling af empiri, analyse og konklusion (72). Validitet refererer til, hvorvidt undersøgelsens design og metode er velegnet til at undersøge det ønskede formål (72). Reliabilitet er et begreb, der omhandler undersøgelsens troværdighed i forhold til, om der er skabt transparens igennem dokumentationen (72). Analytisk generalisering er valgt som kvalitetskriterie, da specialet udspringer af at være et teorifortolkende casestudie, og dette begreb dækker over velbegrundede overvejelser om, hvorvidt resultatet kan anvendes i andre situationer med baggrund i egne og andres resultater samt ved anvendelse af teori (62). På baggrund af specialets resultater vurderes det, at disse kan generaliseres ud til andre kræftoverlevende med senfølger og medvirke til at understøtte forandringsprocesser i forhold til at opnå eller fastholde beskæftigelse. Dette begrundes med, at de valgte teorier og den systematiske litteratursøgning bidrager til mere generelle elementer, der kan overføres til arbejdspladser og kræftoverlevende. Dog med det forbehold, at der altid forekommer lokale variationer, der kan få betydning for forandringsforslaget.

8.1 Teori

Afsnittet skal bidrage til at diskutere specialets teoretiske referenceramme i form af Banduras self-efficacy, netværksteori samt John P. Kotter Ottetrins-model. I specialet anvendes teorien som linse, der betyder at teorien overvejende bestemmer, hvordan genstanden forstås, da teorien er den linse, empirien anskues ud fra. Linseperspektivet medfører, at teorien er bestemmende for undersøgelsens kerne og de resultater der fremkommer, i modsætning til dåseåbner perspektivet, hvor teorien løbende vil revurderes og nye teorier vil inddrages (55). Ved anvendelse af teorien som linse medfører det, at resultatet af specialet på forhånd er underlagt bestemte præmisser. Dette betyder, at informanternes subjektive beskrivelser fokuserer på individet gennem netværket og self-efficacy, og først i diskussionen inddrages samfundsmæssige aspekter. Ydermere har specialets deduktive tilgang medført, at teorien har

dannet den overordnede struktur i interviewguiden i form af udvalgte temaer, og derigennem er den blevet holdt op imod den indsamlede empiri gennem de individuelle interviews. Teorien bliver dermed den teoretiske forforståelse, der indgår som en del af den filosofiske hermeneutiske forståelsesproces i den hermeneutiske cirkel, der er specialets videnskabsteoretiske referenceramme. Ydermere er specialegruppens forforståelse og derigennem forståelseshorisonten løbende blevet revideret, både den individuelle og gruppens i processen med at indsamle empiri, analyse og løbende drøftelser. Eksempelvis under første interview blev det erfaret og sidenhen drøftet af gruppemedlemmerne, at anvendelse af netværkshortet ikke bidrog hensigtsmæssigt til indsamling af empirien. Dette medførte, at anvendelse af netværkshortet blev revideret fra at være en rekvisit, der skulle vises til informanterne, til en overordnet struktur for dele af interviewet. Dette er en konsekvens af, at gruppeprocessen ligeledes er en del af den hermeneutiske cirkel. Specialegruppen har forsøgt at skabe reliabilitet og transparens ved at nedskrive deres forforståelse ved specialets start og vedlægge denne som dokumentation (bilag 1).

Til trods for at de individuelle interviews var semistrukturrede og derigennem åbnede op for informanternes subjektive beskrivelser, havde den teoretiske referenceramme indflydelse på analysen i forhold til, hvilke temaer, der blev identificeret samt, hvordan de enkelte udsagn blev forstået. Det kan diskuteres, om en anden teoriopfattelse end linseperspektivet ville medføre, at andre temaer og faktorer var blevet identificeret i forhold til om kræftoverlevende med senfølger opnår eller fastholder beskæftigelse. Eksempelvis ville et dåseåbnerperspektiv kunne bidrage med en mere åben tilgang i forhold til indsamling og analyse af empirien, en løbende proces, hvor nye temaer kan forfølges og lede til et andet teoretisk perspektiv (55). Et perspektiv, der ligeledes ville være foreneligt med den filosofiske hermeneutiske forståelsesproces. Til trods for dette vurderes det til, at de valgte teorier har suppleret hinanden, og derigennem bidraget til at dække et bredt spektrum af problemstillingen dog med bevidsthed om, at dette ikke er en fuld repræsentation af virkeligheden.

8.1.1 Netværk

I specialet er der taget udgangspunkt i netværksteori for at bidrage med en teoretisk viden og et analyseredskab i forhold til de individuelle interviews. Dette er blevet anvendt for at opnå en dybere forståelse af informanternes netværk i forhold til at opnå eller fastholde

beskæftigelse. Der er forsøgt at styrke validiteten og reliabiliteten ved, at metodeafsnittet indeholder en redegørelse for teoriens anvendte begreber, og samtidig dokumenterer, hvor og hvordan disse begreber anvendes i forhold til den indsamlede empiri i analysen og diskussionen. En kritik af netværksteorien er, at den aldrig vil kunne bidrage med en endegyldig indsigt af et individ, dets samlede situation og problemstilling (2). Der kan argumenteres for, at de tre typer netværk: formelle, uformelle og det tredje netværk bidrager til at skabe en overordnet indsigt i et komplekst fænomen ved at inddele individets forskellige relationer i disse tre typer. Denne inddeling har dog visse begrænsninger ved at være unuanceret, som det eksempelvis blev synligt i analysen af de individuelle interviews i forhold til psykologer. Denne relation skulle ifølge teorien høre til det formelle netværk, men som det blev fremanalyseret bar relationen mere præg af at være uformel og indgik derfor i det tredje netværk. Ydermere er netværksteori desuden individorienteret, og en række af de udfordringer og problemstillinger, individet bliver mødt med, er samfundsbetingsede (2). Dette var blandt andet gældende for en række af de informanter, der indgik i de individuelle interviews, hvor der kan argumenteres for, at de opstillede begrænsninger samt muligheder skyldtes udefrakommende betingelser så som det danske velfærdssystemets indretning. Til trods for teoriens begrænsninger er netværksteori fundet anvendelig i forhold til at skabe en dybere forståelse for netværkets betydning og sammenhæng med sundhed, trivsel og velvære. Denne forståelse og indsigt, der hermed er opnået, bidrager derigennem til at udpege områder, hvor i der kan skabes forandring.

8.1.2 Self-efficacy

I specialet bidrager teorien om self-efficacy med en indsigt i fire faktorer; egen erfaring, andenhånds erfaring, verbal overtalelse samt fysiologisk og følelsesmæssig tilstand samt deres indvirkning på individets self-efficacy, og derigennem hvordan denne kan ændres ved at rette fokus på disse faktorer. Ud fra teorien antages det, at individet er i stand til, gennem observationer af andre, at konstruere en opfattelse af, hvad der er en passende adfærd i en given situation og ligeledes være i stand til at omsætte, hvad den givende adfærd vil betyde for individet selv. Ydermere antages det, at individet gennem egne erfaringer er i stand til at få viden om, hvordan bestemte udfordringer håndteres. Bandura antager, at individet blandt andet opnår dette gennem erhvervelse af kognitive redskaber, og skelner dermed ikke til, at individer besidder forskellige genetiske egenskaber, der medfører, at individer ikke besidder

de samme kapaciteter for at lære eller har de samme kognitive færdigheder, der har indflydelse på at kunne reflektere. Self-efficacy er et eksempel på en adfærdsteori, der forklarer adfærd ud fra kognitive redskaber og underkender samfundets og miljøets betydning for at bestemme en adfærd (73). Teorien er dog relevant i specialet, da den kan bidrage til at opnå en dybere forståelse for, hvordan kræftoverlever med senfølgers tro på egne evner skaber muligheder eller begrænsninger i forhold til at opnå eller fastholde beskæftigelse. Ydermere bidrager teorien med en antagelse om, at adfærd er tillært, og derigennem anvendes teorien til at udpege områder, der kan understøtte ændring i adfærd.

8.1.3 Ottetrins-model

John P. Kotters (Kotter) ottetrins-model danner grundlag for implementeringen af forandringsforslaget på arbejdspladsen, for derigennem at sikre, at forandring opstår. Kotter antager, at mislykkede forandringsforsøg på arbejdspladsen beror på fejltagelser grundet manglende forberedelse på forandringens udfordringer. Modelens otte trin er med til at understøtte processen til at undgå disse udfordringer, og ved at anvende modellen vil det sikre en vellykket implementering (74). Modellen kan kritiseres for at være forsimplet og overordnet i forhold til, hvad organisationen skal gøre, og bidrager i mindre grad til en indførelse i, hvordan dette skal udføres. Dette medfører, at modellen ofte skal kombineres med en mere praktisk tilgang til forandringsledelse. Ydermere tager modellen ikke højde for interne organisatoriske forskelle, der kan betyde at en positiv forandring i én afdeling ikke vil opnås i samme grad på andre afdelinger, grundet forskellige målsætninger afdelingerne imellem. Der kan argumenteres for, at ottetrins-modellen mangler at tage højde for evaluering af forandringstiltaget, i og med en evaluering vil give indblik i, om tiltaget virker efter hensigten (75). Evalueringen vil ikke kun undersøge, om der opstår de tilsigtede konsekvenser af tiltaget, men ligeledes om der opstår utilsigtede konsekvenser, eksempelvis i form af stigmatisering af kræftoverlever på arbejdspladsen. Da forandringstiltaget ikke er møntet på en bestemt type organisation, kan der stilles spørgsmål ved, om mindre virksomheder vil have gavn af at bruge alle otte trin, eller om modellens trin bør tilpasses i højere grad den enkelte virksomheds hverdagskompleksitet. Modellen styrker dog det endelige resultat ved at bidrage til en systematisk proces for, hvorledes forandringsforslaget kan blive implementeret. Modellen medvirker til at strukturere og planlægge forandringstiltaget og bidrager med en stringens, der kan skabe overblik.

8.2 Individuelle interviews

I det nedenstående afsnit vil de semistrukturerede individuelle interviews metodiske tilgang blive diskuteret. Dette skal bidrage til en kritisk vurdering af de metodiske valg i forhold til besvarelsen af forskningsspørgsmål 1 og problemformuleringen.

8.2.1 Styrker og svagheder i forhold til individuelle interviews

Det er valgt at udføre interviewene ansigt til ansigt, da denne metode giver mulighed for at skabe relationer mellem interviewer og informanten og derigennem bevirke, at der opstår et tillidsforhold mellem parterne, og dermed kan den bidrage til en dybere forståelse for informanternes oplevelser (62). Dette er med til at styrke validitet i besvarelsen af forskningsspørgsmål 1, da denne metode kan producere en dybere forståelse for og en viden om, hvilke muligheder og begrænsninger kræftoverlever med senfølger oplever i forhold til beskæftigelse. Ydermere er styrken ved de semistrukturerede individuelle interviews, at informanterne kan tale om emner, der er mere følsomme, og som kan være vanskelige at tale om i eksempelvis i et fokusgruppinterview (72). I de individuelle interviews blev der både drøftet problematiske familieforhold og intime senfølger. Personlige oplevelser, der ikke nødvendigvis var blevet drøftet i en gruppekontekst, og dermed bidrager den valgte metode til at styrke validitet.

8.2.2 Informanter & interviewer

Det kan diskuteres, om seks informanter var et tilstrækkeligt antal til at sikre mætningspunktet i den indsamlede empiri. Mætningspunktet er opnået ved, at nye interviews ikke bidrager med noget nyt (62). Da specialet ikke har fokus på en bestemt kræftsygdom og kun tre forskellige kræftsygdomme; prostata, brystkræft og analkræft er repræsenteret ved informanterne, kan der argumenteres for, at et bredere udsnit af kræftsygdomme ville have bidraget med andre oplevelser og en dybere forståelse, og dermed forstærket validiteten. Dog beskrev informanterne en række af de samme oplevelser i forbindelse med beskæftigelse, og sammen med teorien vurderes det til at have styrket det samlede resultat. Det semistrukturerede interview er en metode, der beror på, hvad informanterne ved, husker og vil udtale sig om. Dette kan betyde, at informanten selekterer i, hvad der bliver sagt og undgår følsomme og tabubelagte emner, eller ikke valide oplysninger (57). Da fem ud af seks informanter ikke længere var i beskæftigelse, og det for enkelte var mere end 10 år siden, de

havde været på arbejdsmarkedet, kan det diskuteres, om informanterne kan huske alle deres oplevelser i forbindelse med beskæftigelse. Dette kan have været med til at svække validiteten og derigennem den analytiske generalisering. Intervieweren og dennes håndværksmæssige evner til blandt andet at etablere en tryk atmosfære er som tidligere beskrevet afgørende for kvaliteten af den indsamlede empiri (62). Ved at udføre interviewene hjemme hos informanterne blev der skabt grundlag for en tryk atmosfære, så følsomme og tabubelagte emner kunne drøftes. Ydermere var begge gruppemedlemmer til stede under interviewet for at sikre, at alle emner blev forfulgt. Dog kan det ikke udelukkes at grundet gruppemedlemmernes sparsomme erfaringer med interviews, at dette medførte, at særligt en informants besvarelser var svære at fremme. Dette kan have medført en mangelfuld empiri fra denne informant og svækket validiteten.

8.2.3 Transskribering

De individuelle interviews blev transskriberet, jævnfør Kvale og Brinkmanns fjerde metodefase. Interviewene blev transskriberet ordret for dermed at mindske risikoen for at overse vigtige pointer (62) og derigennem relevant empiri i forhold til at besvare forskningsspørgsmål 1. Denne dokumentation har været med til at styrke reliabiliteten ved at skabe transparens. Ligeledes er der anvendt et reglement ved transskriberingen, der har været med til at styrke reliabiliteten. Under interviewene blev der noteret kropssprog og ansigtsudtryk af gruppemedlemmet, der ikke foretog interviewet. Disse observationer er gjort så objektive som muligt, og hvor de har været relevante, er disse blevet tilføjet det transskriberede. Dette har været med til at forme gruppemedlemmernes for forståelse og derigennem forståelsen og analysen af det sagte. Men da disse observationer var sparsomme, er disse ikke blevet inddraget som en selvstændig del af analysen.

8.3 Den systematiske litteratursøgning

Følgende afsnit har til formål at diskutere den systematiske litteratursøgnings metodiske tilgang, for derigennem at bidrage til en vurdering af grundigheden af den udførte søgeproces og eventuelle svagheder ved denne, i forhold til besvarelse af forskningsspørgsmål 2 og problemformuleringen. Litteratursøgningen vurderes på baggrund af kvalitetskriterierne validitet, reliabilitet samt recall, precision og reproducerbarhed. Recall beskriver forholdet mellem antallet af fremsøgte, relevante og det totale antal relevante studier. Det er et teoretisk

begreb, da det ikke vil være muligt at finde alle relevante studier i en søgning. Precision beskriver mængden af søgeresultater, der er relevante. Jo højere precision jo mindre irrelevante studier er der fremsøgt og dermed mindre støj (66,67).

8.3.1 Databaser

I den systematiske litteratursøgning er der anvendt fire forskellige søgedatabaser; PubMed, Cinahl, PsykInfo, Proquest. Disse databaser er valgt, da de dækker over forskellige forskningsperspektiver og dermed bidrager til at afsøge et bredt område, og er vurderet relevante, da specialet tager afsæt i et tværvideenskabeligt område. Valg af andre databaser kan have afsøgt andre områder af forskningsspørgsmålet, men det vurderes til, at de valgte databaser dækkede et bredt område, hvor både kvalitative og kvantitative studier er blevet fremsøgt. Dermed anslås det, at de valgte databaser har medvirket til en relativt høj recall. Ydermere vurderes det, på baggrund af gennemgangen af de fremsøgte studierne, at disse søgninger var af en høj precision, da der var forholdsvis lidt støj.

8.3.2 Facetter

Specialets forskningsspørgsmål 2 er blevet operationaliseret ud i tre facetter: Kræftoverleve, senfølger og beskæftigelse (bilag 6). I den indledende søgning blev det erfaret, at en søgning på "Kræftoverleve med senfølger", medførte for få relevante studier, og dermed lav recall. Derfor blev det opdelt i to individuelle facetter, og dette kan have ført til at precisionen blev lavere. Der er anvendt de samme facetter i alle søgedatabaser, som det er dokumenteret i søgebilaget (bilag 6), dette vurderes til at øge reliabiliteten.

8.3.3 Kontrollerede emneord og fritekstord

I den systematiske søgning er der under hver facet anvendt kontrollerede emneord og fritekstord. Disse er blevet identificeret i specialets indledende søgninger og kædesøgninger. Kontrollerede emneord består af præcis definerede indekserede emneord, der er hierarkisk defineret. De øverste i hierarkiet er brede og generelle, og de nederste er mere specifikke. De kontrollerede emneord anvendes i databasernes thesaurus som et værktøj i søgningen. Fritekstord indeholder ord, der ikke er blevet indekseret endnu, samt forskellige synonymer, staveformer og endelser (66). De kontrollerede emneord og fritekstord er valgt på baggrund af en vurdering af deres relevans i forhold til besvarelse af specialets forskningsspørgsmål. Hver database har forskellige kontrollerede emneord (66), og på baggrund af vejledning fra

akademisk bibliotekar fra Aalborg Universitetsbibliotek, er der valgt blot at anvende kontrollerede emneord eller Mesh termer i PubMed. Der er anvendt de samme fritekstord i alle databaser for derigennem at sikre, at søgningerne indeholdt de samme begreber og bidrog til en stringens og derigennem styrkede precisionen. Der er dog anvendt en række synonymer samt trunkering indenfor hver af de fire facetter, dette kan have medført øget støj og lav recall. Men ved gennemlæsning af de fremsøgte studier var precisionen høj. En række fritekstord og synonymer er blevet identificeret i danske udgivelser og derefter blevet oversat til engelsk. Dette kan have forårsaget, at begrebsmæssig betydning er gået tabt i oversættelsen, samt medført en upræcis søgning, hvor relevante studier ikke er blevet fremsøgt med betydning for den endelige konklusion.

8.3.4 In- og eksklusionskriterier

På baggrund af forskningsspørgsmålet 2 er der opstillet in- og eksklusionskriterier, de fremsøgte studier blevet valgt ud fra. Det er vigtigt, at disse in- og eksklusionskriterier er præcise i forhold til problemstillingen for derigennem at højne precisionen (66). Begge gruppemedlemmer har været med til at udvælge hver enkelt studie i de fire databaser på baggrund af de opstillede kriterier. Dette har medvirket til at forebygge, at et gruppemedlems subjektive forforståelse har ekskluderet relevante studier (68).

8.3.5 Kvalitetsvurdering af studierne

Til at sikre udvælgelse af studier af en høj kvalitet er tjeklister en metode, der kan anvendes for sikre relativ objektivitet, reproducerbarhed og dokumentation (68). Tjeklisterne fungerer som hjælperedskaber, og deres score af det enkelte studie, samt gruppemedlemmernes vurdering, afgør studiets kvalitet. Dermed vil andre fagfolk med en anden forforståelse vurdere studierne anderledes, men det er forsøgt at i mødekomme dette ved, at begge gruppemedlemmer har vurderet studierne og den samlede vurdering samt tjeklisterne er dokumenteret, for at sikre reliabiliteten (bilag 7). Generelt var studierne af en høj metodologisk kvalitet, men da facetten "kræftoverlever med senfølger" er blevet opdelt, har dette medført, at studiernes fokus ligeledes har været opdelt og inkluderet andre formål uden relevans for speciallets problemstilling.

9. Diskussion

Følgende afsnit har til formål at diskutere fundene fra de individuelle interviews med resultaterne fra den systematiske litteratursøgning og med inddragelse af tidligere anvendte empiri fra problemanalysen. Dette skal bidrage til en dybere forståelse af, hvilke muligheder og begrænsninger, forandringsforslaget skal tage højde for i forhold til, at kræftoverlevende med senfølger opnår eller fastholder beskæftigelse.

9.1 Kræftoverlevende med senfølger i en samfundsmæssig kontekst

Det fremgik i resultaterne af de individuelle interviews at en række af de muligheder og begrænsninger de oplevede i forhold til beskæftigelse var samfundsbetinget. I Kennedy et al. (2007) kunne det udledes, at den primære årsag til, at halvdelen af deres informanter vendte tilbage i beskæftigelse, skyldtes et oplevet økonomisk pres (76). Således peger resultaterne i forskellige retninger, da informanterne i de individuelle interviews ikke oplevede dette økonomiske pres. Dette kan bero på forskelle i velfærdsmodeller, der ligeledes blev konkluderet i studiet fra M. Lindbohm (2012), hvor det danske system bidrog til økonomisk sikkerhed i form af forskellige sociale ydelser (77). Dette underbygges af resultaterne fra de individuelle interviews, hvor sociale ydelser, og til en vis grad ægtefællen, bidrager med en økonomisk tryghed. Den økonomiske tryghed og velfærdsmodellen bidrager til, at kræftoverlevende med senfølger ikke oplever et økonomisk pres i forhold til at skulle vende tilbage i beskæftigelse. Den danske velfærdsmodel bygger i høj grad på lighed, ligestilling, aktiv deltagelse på arbejdsmarkedet samt en fælles finansiering af en universel velfærdsstat (78). Den danske eller nordiske velfærdsmodel, også kaldet den socialdemokratiske model jævnfør Bent Greve er kendetegnet ved, at staten sikrer alle gennem sociale ydelser, ved at skatten omfordeles, og derigennem tilkommer alle i befolkningen uafhængig af deres sociale position. Denne model bygger på en høj grad af solidaritet, hvor individet kan opretholde en rimelig levestand uden at være afhængig af markedet (især arbejdsmarkedet), og dermed udviser denne model en høj grad af dekommodificering samt lighedsniveau og forsøger derigennem at tage højde for den sociale stratifikation. Denne model er et udtryk for det samspil, der er mellem stat, marked og civilsamfundet (78). Velfærdsmodellen medfører, at kræftoverlevende med senfølger i mindre grad er afhængig af arbejdsmarkedet og det uformelle netværk i form af økonomisk støtte. I studiet af Carlsen et al. (2008) konkluderes der dog, at samlivsstatus som enlig blandt andet medfører øget risiko for tidlig pension efter kræftdiagnose (18). Denne

tendens kunne ikke genfindes i de nordiske studier af Lindbohm et al. (2011) og (2012), hvor der ikke blev fundet nogen sammenhæng mellem samlivsstatus og selvvurderet arbejdsevne samt det at skifte arbejde efter kræftdiagnosen (77,79). Til trods for dette kunne det generelt udledes fra interviewene, at ægtefællen, samt det uformelle netværk, udgjorde en muliggørende faktor i forhold til at opnå eller fastholde beskæftigelse, da dette bidrog til at styrke informantens self-efficacy gennem følelsesmæssig integration og anerkendelsen af, at informanten udgjorde en værdi som social partner. Årsagen kan dog bero på, at informanterne, der deltog i interviewene, til dels havde et støttende netværk, og derfor kan det ikke udledes, på baggrund af interviewene, hvilken betydning et manglende netværk havde bevirket for kræftoverleverer med senfølger. Det antages, at dette relaterer sig til, at informanterne, jævnfør teorien om social ulighed i sundhed, befinder sig uden for den lave sociale position qua deres uddannelsesniveau (tabel 3).

Uddannelse er en mekanisme, der kan være afgørende for individets sociale position (24), og derigennem også dennes netværk, da det blandt andet er igennem uddannelse, individet får etableret kontakter og netværk. Det har tidligere været en almindelig antagelse, at netværksstrukturen i mellem de sociale positioner har været forskellige. Ofte vil netværk i den lave sociale position være kendetegnet ved at være små og orienteret mod familien og slægten, mens netværk i den mellemste sociale position er større og geografisk mere spredt, og fokus er i højere grad på venner og kollegaer (2). Danske undersøgelser kan dog ikke bekræfte denne antagelse, og der stilles spørgsmålstegn ved, om sådanne generelle antagelser overhovedet er gældende for det danske samfund, hvor den geografiske og sociale mobilitet er øget, og dermed er der større mulighed for kommunikation på tværs af geografi og sociale skillelinjer. Dog har individer med lav social position i højere grad svage sociale netværk med konsekvenser for individets helbred (2). Derfor antages det, at kræftoverleverer med senfølger og lav social position kan opleve begrænsninger i forhold til beskæftigelse, hvis deres netværk er svagt, men den danske velfærdsmodel bidrager til, at de økonomiske forskelle til en vis grad udlignes.

Det fremgik af informanterne, at alle ønskede at vende tilbage i arbejde trods senfølger, da det blandt andet bidrog til en følelse af at være tilbage til det normale. Dette kom ligeledes til udtryk i studierne af Kennedy et al. (2007) og Banning (2011). Ydermere konkluderes det i Kennedy et al. (2007) at vende tilbage i beskæftigelse var for kræftoverleverne et ubevist og

naturligt valg. I de individuelle interviews var behovet for at vende tilbage i arbejde for enkelte informanter ligeledes en implicit følelse. Dette kan bero på normerne i velfærdssamfundet, hvor individet skal være en aktiv deltager på arbejdsmarkedet, da idealborgeren er et produktivt menneske, der bidrager til samfundet (80,81). Dermed bliver kræftoverlevende, der ikke er i stand til at være et produktivt menneske grundet senfølger, ikke i stand til at efterleve normerne i samfundet og afviger dermed fra det normale og risikerer derfor at blive stigmatiseret.

9.2 Professionelles praksis

De sundhedsprofessionelle har en afgørende rolle, i forhold til at kræftoverlevende opnår lige muligheder for at blive et produktivt menneske. Dette blev fremanalyseret i problemanalysen, hvor der opstår social ulighed i sundhed på baggrund af differentieret rehabiliteringstilbud, der medfører at kræftoverlevende med lav social position i mindre grad vender tilbage i arbejde. I de individuelle interviews blev det efterspurgt at de sundhedsprofessionelle skal udvise et større fokus på, hvad kræftdiagnose og behandlingen har af indflydelse på beskæftigelse. Dette understøttes i studierne af Banning (2011) og Kennedy et al. (2007) der konkluderede, at de sundhedsprofessionelle i højere grad skal bidrage med råd og vejledning i forhold til senfølger og beskæftigelse. Heri forberedes kræftoverlevende på, hvilke arbejdsrelaterede problemstillinger, der kan opstå i forbindelse med håndtering af eventuelle senfølger (76,82). Det kan dermed antages, at lige tilbud og støtte fra de sundhedsprofessionelle i form af rehabilitering og mere information omkring senfølgeres konsekvenser er en muliggørende faktor for at kræftoverlevende med senfølger opnår eller fastholder beskæftigelse. For at den sundhedsprofessionelle kan yde den rette råd og vejledning, kan der argumenteres for, at dette kræver en indsigt i den enkelte kræftoverlevende, og hvilke senfølger den oplever samt disses konsekvenser på beskæftigelse. Endvidere udtrykte informanterne i de individuelle interviews, at denne indsigt ligeledes var essentiel i forhold til socialrådgivere og sagsbehandlere, da denne indsigt medførte passende strategier i form af tildeling af fleksjob eller nedsat tid. Strategier, der stemte overens med kræftoverlevende med senfølgeres evner, og dermed bidrog til at styrke deres self-efficacy. Dog fremkom det via andenhånds fortællinger fra informanterne, at der forekom differentiering indenfor, hvorledes socialrådgivere og sagsbehandlere praktiserer deres støtte. Hvor nogle relationer resulterede i, at udvekslingen blev oplevet som problematisk og resulterede i fejlagtige valg af strategier til kræftoverlevende

med senfølger. De forskellige oplevelser og valg af strategier kan bero på forskellige opfattelser og fortolkninger af lovgivningen fra socialrådgivere og sagsbehandlere, hvor nogle vægter lovmæssige aspekter tungt og andre prioriterer at hjælpe borgeren på bekostning af lovgivningskrav (83). Dette understreger, at den danske velfærdsmodel, som sundhedsprofessionelle og socialrådgivere er en del af, ligeledes har indflydelse på kræftoverleveres muligheder for at opnå eller fastholde beskæftigelse. Dermed er det ikke blot kræftoverleveres evner der er afgørende, men i lige så høj grad de samfundsmæssige strukturer og derigennem de forskellige professionelle tilgange, der har en betydning for kræftoverleveres muligheder i forhold til beskæftigelse.

9.3 Pension og mestringsevner

Som tidligere beskrevet i problemanalysen har beskæftigelse en række gavnlige effekter på kræftoverleveres ved at forbedre sociale relationer, helbred, trivsel og livskvalitet (41–43). Derudover konkluderede Banning (2011) blandt andet, at beskæftigelse medførte en oplevelse af struktur, identitet og social sammenhørighed for brystkræftoverleveres (82). Dog er beskæftigelse ikke nødvendigvis lige gavnlig og målet for alle kræftoverleveres. Tre ud af seks informanter gik på tidlig pension, de oplevede dette som den rette løsning, da denne strategi stemte overens med deres evner og derigennem styrkede deres self-efficacy, og svarede til deres nye normale. Dette medførte, at informanterne undgik arbejdsrelaterede udfordringer i og med, at kravene på arbejdspladsen ville overstige deres evner. Disse resultater understøttes i studiet af Carlsen et al. (2008), der konkluderede, at tidlig pension kunne føre til forbedret livskvalitet ved at forebygge erhvervsmæssige problemstillinger (18). Dog kan nogle problemstillinger tjene et formål, jævnfør Bandura, ved at individet opnår en forståelse for, at succes til tider kræver en vedvarende indsats. Dette kom til udtryk i de individuelle interviews, hvor en informant erfarede gennem kræftforløbet, at en vedvarende positiv indstilling og indsats bidrog til at overkomme de udfordringer kræftsygdommen medførte. Derigennem opnåede informanten en styrket self-efficacy, der bidrog til at styrke hendes tro på at vende tilbage i arbejde. Ydermere kan der argumenteres for, at en lav self-efficacy medfører en manglende tro på at opnå beskæftigelse, hvor pension dermed bliver en nemmere succesoplevelse end at yde en vedvarende indsats, som opnåelse af beskæftigelse kan kræve. Derigennem bliver pension en begrænsende faktor i forhold til, at opnå de gavnlige effekter, beskæftigelse medfører.

Det kunne konkluderes ud fra Heinesen et al. (2016), at lavt uddannede kræftoverlevere i Danmark har større risiko for at få tildelt tidlig pension, end højt uddannede (46). Dette kan forstås ud fra teorien om social ulighed i sundhed, hvor individer med lav social position er mere sårbare og mindre modstandsdygtige samt udsat for flere risikofaktorer (24). Det kan dermed antages, at kræftoverlevere med senfølger og lav social position har en øget risiko for sundhedsmæssige problemstillinger, der kan medføre nedsat arbejdsevne. Derfor kan der argumenteres for, at tidlig pension kan være en muliggørende faktor for enkelte for derigennem at øge deres livskvalitet ved at forebygge arbejdsrelaterede udfordringer. I processen hvor arbejdsevnerne vurderes i forhold til at få tildelt tidlig pension, som tidligere beskrevet i problemanalysen, opnår kræftoverlevere med senfølger og lav social position dermed kendskab til egne personlige kompetencer, og derigennem styrke deres self-efficacy, der medfører øgede mestringsevner til at håndtere omverdenens krav (70,71).

I de individuelle interviews blev brug af psykolog en måde at få afklaret sin arbejdssituation på ved at opnå en erkendelse omkring egne evner i forhold til beskæftigelse. Derigennem bidrog psykologen til at styrke kræftoverlevere med senfølgers mestringsevner og dermed deres self-efficacy. I et dansk projekt om individer med kognitive funktionsnedsættelser, medførte en styrkelse af deres mestringsevner en generel positiv effekt, gennem et samarbejde med jobcentret, borgeren og rådgiveren der styrede mestringsforløbet. Dette udmøntede sig ved at de opnåede en afklaring af deres arbejdssituation eller kom tættere på arbejdsmarkedet gennem eksempelvis fleksjob. Samlet set medførte det ikke flere i ordinær beskæftigelse, hvilket begrundes med, at denne gruppe oplever flere risikofaktorer, og det er en langsommelig proces af få dem tilbage i beskæftigelse (84). Kognitiv deficit er dokumenteret som en psykisk senfølge efter kræftsygdom og kræftbehandling i problemanalysen (16,17,32) og i de individuelle interviews. Dermed kan det antages, at kræftoverlevere med denne type senfølge vil opleve et lignende forløb som en muliggørende faktor. Det antages at, en styrkelse af kræftoverlevere med senfølgers mestringsevner, og dermed deres self-efficacy, vil medføre gavnlige effekter på deres livskvalitet og beskæftigelsesmuligheder, hvilket kan opnås på baggrund af et tværfagligt samarbejde.

9.4 Fritidsaktiviteter & selvhjælpsgrupper

Set i lyset af at informanterne fra de individuelle interviews mistede et beskæftigelsesrelateret netværk ved pension, kan der argumenteres for, at dette netværk blev erstattet af frivilligt arbejde. Dette bidrog til en styrkelse af deres self-efficacy gennem succesoplevelser, da kravene i det frivillige arbejde ikke oversteg deres kompetencer. Denne styrkelse af deres self-efficacy kom yderligere til udtryk i deltagelse i fritidsaktiviteter og netværksbaserede grupper, såsom motionshold og Senfølgerforeningen. Dette understøttes af en meta-analyse (N=148) af Holt-Lunstad et al. (2010), der konkluderede, at sundhedsfremmende indsatser vil have større effekt i form af nedsat dødelighed, hvis der blev fokuseret på at støttet op om individets naturlige relationer, foreninger eller netværksbaserede grupper, i stedet for professionelt personale (35). De gavnlige effekter på sundheden kan blandt andet bero på den strukturelle integration, der foregår i netværket, samt individets tro og oplevelse af, at deres sociale netværk er til rådighed i forhold til at yde støtte (35). Samlet set indikerer dette, at sundhedsfremmende indsatser for kræftoverleverere med senfølger, i forhold til at opnå eller fastholde beskæftigelse, kan tage udgangspunkt i individets egne relationer eller etablere kontakt til netværksgrupper så som Senfølgerforeningen. Social støtte og følelsesmæssig integration fra Senfølgerforeningen vil ydermere gavne de individer, der ikke har nogle naturlige relationer at opnå støtte fra, og derigennem styrke deres self-efficacy.

9.5 Individuel tilgang

De individuelle interviewees kunne konkludere, at to ud af seks informanter ikke opnåede beskæftigelse efter endt behandling grundet nedsat arbejdsevne på grund af senfølger og komorbiditet. Dette understøttes af studierne af Lindbohm et al. (2011) og Lindbohm et al. (2012), der fandt, at senfølger medvirkede til at reducere kræftoverleveres selv vurderet arbejdsevne og arbejdstimer samt ændrede arbejdsopgaver (77,79). Resultaterne fra de individuelle interviews peger på, at det er individuelt, hvornår og i hvilket omfang senfølger indtræffer. To ud af fire informanter oplevede, at senfølgerne begrænsede deres arbejdsevner i sådan en grad, at de måtte stoppe på arbejdet. Hvorimod de resterende to på interviewtidspunktet ikke oplevede, at senfølgerne nåede at påvirke deres arbejdsevne i et omfang, der medførte ophør af arbejde. Disse fund gjorde sig ligeledes gældende i specialets problemanalyse, der udledte, at senfølger er individuelle og spænder over et bredt spektrum af forandringer (13,28,29,34). På baggrund af dette kan det udledes, at opnåelse eller fastholdelse

af beskæftigelse kræver en individuel tilgang, hvor der tages individuelle hensyn til kræftoverleveren med senfølger.

9.6 Støtte og fleksibilitet på arbejdspladsen

Oplevelsen af social støtte og følelsesmæssig integration fra arbejdspladsen blev identificeret som muliggørende faktor for informanterne i forhold til at vende tilbage i beskæftigelse. Dette underbygges af studiet fra Kennedy et al. (2007), der konkluderede, at praktisk og følelsesmæssig støtte på arbejdspladsen er en indflydelsesrig faktor på, om kræftoverleverer vender tilbage i beskæftigelse (76). Generelt konkluderes det af Banning (2011), at en forståelse og indsigt for kræftoverleveren skabte muligheder i processen i at vende tilbage i beskæftigelse, da ledere og kollegaer derigennem blev i stand til at udvise den rette støtte (82). Analysen af de individuelle interviews viste lignende resultater, hvori informanterne identificerede kollegaer og ledere som muliggørende faktor, hvis de formåede at sætte sig ind i informanternes situation. Dette bidrog til, at arbejdspladsen udviste fleksibilitet, der dog beroede på, at informanterne var åbne omkring deres behov og evner. Indsigt og åbenheden fremgik desuden i studiet fra Banning (2011), der vurderede, at uddannelse af ledere vil skabe muligheder ved at forebygge uvidenhed. Ydermere var en vurdering af kræftoverleverens arbejdsevner en muliggørende faktor (82). Overstående perspektiv tydeliggøres i Lindbohm et al. (2012), der konkluderede at kræftoverleverer, der oplevede lav støtte og engagement fra deres ledere og kollegaer, medførte en lav selv vurderet arbejdsevne (77). Der kan dermed argumenteres for, at den reducerede arbejdsevne kan være opstået ved, at kræftoverleverne har fået stillet arbejdsopgaver, der overstiger deres evner, hvilket kan være en konsekvens af manglende indsigt fra lederen. Manglende støtte på arbejdspladsen medfører dermed en svækkelse af kræftoverleverens self-efficacy.

I studiet af Lindbohm et al. (2011) var kollegaernes og ledernes støtte associeret med arbejdsskift for kvinder, da manglende støtte var den primære årsag til, at de skiftede arbejde (79). Det kan desuden antages, at en medvirkende årsag til arbejdsskift kan begrundes i manglende fleksibilitet fra arbejdspladsens side. Fleksibilitet blev identificeret som en muliggørende faktor i analysen af interviewene, hvor informanterne oplevede at tilpassede opgaver og tid medvirkede til at fastholde informanterne i beskæftigelse, ved at styrke deres self-efficacy. Dette resultat understøttes af Kennedy et al. (2007), Banning (2011) og Lindbohm

et al. (2011), der alle peger på at fleksibilitet i form af tilpassede arbejdsopgaver samt en gradvis integration tilbage i arbejde, forbedrede kræftoverleverens proces i at vende tilbage i beskæftigelse (76,79,82). Arbejdsskift kan, ligesom pension, være en muliggørende strategi at vælge, hvis kræftoverleveren besidder et arbejde, der indebærer hårdt fysiske arbejde, og hvor arbejdspladsen ikke kan tilbyde den nødvendige fleksibilitet. I Lindbohm et al. (2011) blev hårdt fysisk arbejde udpeget som hovedårsagen til arbejdsskift efter kræftbehandling blandt mænd (79). Hårdt fysisk arbejde blev i Heinesen et al. (2016), beskrevet som den primære årsag til, at lavt uddannede kræftoverleverere i højere grad opleverede at stå uden for beskæftigelse efter en kræftdiagnose, hvilket resulterede i tidlig pension (46). Det antages, at tidlig pension vil være den rette strategi for kræftoverleverere, der oplever en høj grad af senfølger, mens tidlig pension for andre kan være en konsekvens af manglende støtte og fleksibilitet fra arbejdspladsen. Heinesen et al. (2016) kunne konkludere, at arbejdsløshed og tidlig pension blandt kræftoverleverere skyldtes uoverensstemmelse mellem arbejdskrav og arbejdsevner, og denne manglende fleksibilitet til at skabe tilpasninger på arbejdspladsen blev anset for at være en generel udfordring i Danmark, der vil have konsekvenser i fremtiden på grund af øget levetid (46).

9.7 Opsummering

På baggrund af ovenstående resultater og diskussion kan der udledes følgende muligheder og begrænsninger i forhold til, hvordan kræftoverleverne med senfølger kan opnå eller fastholde beskæftigelse.

Muligheder	Begrænsninger
Fleksibilitet og støtte Fleksibilitet og støtte gennem tilpassede arbejdsopgaver og gradvis integration, styrker kræftoverleverne med senfølgers self-efficacy.	Senfølger og komorbiditet Senfølger og komorbiditet kan føre til manglende kontrol, der fører til ængstelse, ligegyldighed eller fortvivlelse, og svække kræftoverleveren med senfølgers self-efficacy.
Kollegaer og ledere Gennem inddragelse og undervisning af kollegaer og ledere udvises der følelsesmæssig integration og social støtte, der styrker kræftoverleverne med senfølgers self-efficacy.	Pension Pension kan blive en nem succesoplevelse, hvis kræftoverleveren stiller begrænsninger op for sig selv.
Positivitet Positiv indstilling styrker self-efficacy, og derigennem reducerer eksempelvis stress eller frygt.	Manglende dialog Manglende dialog og åbenhed mellem kræftoverleverne med senfølger og arbejdspladsen.
Pension (økonomisk kompensation) Pension kan være en strategi, der styrker kræftoverleverne med senfølgers self-efficacy og livskvalitet.	Manglende fokus fra sundhedsprofessionelle Manglende fokus fra det sundhedsprofessionelle i form af rehabilitering og information i forhold til beskæftigelse.
Fleksjob Fleksjob styrker kræftoverleverne med senfølgers self-efficacy, ved ikke at overstige deres kompetencer, og dermed styrker deres vilje og motivation.	Professionelle Professionelle, der ikke har den rette indsigt og forståelse af kræftoverleveren med senfølger, svækker deres self-efficacy.
Professionelle Professionelle med indsigt og forståelse for kræftoverleveren med senfølger, kan bidrage til at styrke mestringsevner og self-efficacy.	Hårdt fysisk arbejde Hårdt fysisk arbejde kan medføre arbejdsskift og arbejdsløshed.
Psykologer Psykolog kan bidrage til at understøtte kræftoverleverens erkendelses proces frem til det nye normale.	Manglende fleksibilitet og lydhørhed Manglende fleksibilitet og dialog fra arbejdspladsen medfører tidlig pension, arbejdsskift, arbejdsløshed og pension
Den nære familie og venner Den nære familie og venner kan gennem social støtte og følelsesmæssig integration styrke kræftoverleverne med senfølgers self-efficacy.	
Selvhjælpsgrupper og fritidsaktiviteter Selvhjælpsgrupper og fritidsaktiviteter kan gennem social støtte og følelsesmæssig integration styrke kræftoverleverne med senfølgers self-efficacy.	
Frivilligt arbejde Det frivillige arbejde styrker self-efficacyen ved ikke at overstige kræftoverleverne med senfølgers kompetencer.	

10. Forandringsforslaget

I overstående opsummering blev der udledt en række muliggørende og begrænsende faktorer i forhold til at kræftoverlevere med senfølger opnår eller fastholder beskæftigelse. Med udgangspunkt i arbejdspladsen vil disse danne grundlag for specialets forandringsforslag, og efterfølgende vil ottetrins-modellen danne udgangspunktet, hvorledes forslaget kan implementeres på arbejdspladsen.

I problemanalysen blev det fremanalyseret, at kræftoverlevere tillægger arbejdspladsen en vigtig funktion i overgangen tilbage i beskæftigelse efter et sygdomsforløb (49). Ligeledes blev arbejdspladsen, i empirien fra de individuelle interviews samt den systematiske litteratursøgning, fremanalyseret til at være en muliggørende faktor i forhold til, at kræftoverlevere med senfølger kan opnå eller fastholde beskæftigelse. Fastholdelse af kræftoverlevere med senfølger bliver ligeledes en muliggørende faktor for arbejdspladsen i og med, at viden ikke går tabt ved udskiftning af medarbejderen, og medarbejderen kan hurtigere genoptage arbejdsopgaverne end nyansatte ville. Derigennem reduceres omkostningerne ved ikke at skulle bruge tid og ressourcer på at ansætte samt oplære nye medarbejdere. Ydermere vil fastholdelse understøtte et godt arbejdsmiljø og bidrage til loyalitet og stolthed, der samlet set reducerer sygefraværet (85,86). Ansættelse af kræftoverlevere med senfølger kan for arbejdspladsens side være en muliggørende faktor, gennem økonomiske støtteordninger fra velfærdssystemet, ydermere vil det styrke arbejdspladsens omdømme udadtil (85–87). Derfor vil følgende forandringsforslag tage udgangspunkt i arbejdspladsen samt både kræftoverlevere og kræftoverlevere med senfølger, da det er udledt på baggrund af analysen og diskussionen, at det er individuelt, hvornår og i hvilket omfang senfølger indtræffer. Kræftoverlevere vil i det følgende referere til både kræftoverlevere og kræftoverlevere med senfølger.

Formålet med forandringsforslaget til arbejdspladsen vil være at skabe rammer for, at kræftoverlevere kan opnå eller fastholde beskæftigelse, for dermed at tilegne sig de gavnlige effekter, beskæftigelse kan medføre. Disse forslag vil udspringe af Luxembourg Deklarationen for derigennem af fremme det psykiske, fysiske og sociale velbefindende. Jævnfør Luxembourg Deklarationen om sundhedsfremme på arbejdspladsen (1997), fastslås det af European Network for Workplace Health Promotion (ENWHP) at:

”Workplace Health Promotion (WHP) is the combined efforts of employers, employees and society to improve the health and well-being of people at work” (88)(s.1).

ENWHP fastslår, at ovenstående kan opnås ved, at kombinere forbedringer inden for arbejdsorganiseringen, arbejdsmiljøet samt yde støtte til medarbejdernes personlige udvikling. Ydermere foreslås det, at inddragelse af medarbejderne ligeledes skal være en del af det sundhedsfremmende tiltag (88).

Dette skal bidrage til, at kræftoverlevende i højere grad kan opnå kontrol over og forbedre deres sundhedstilstand ved blandt andet at styrke deres self-efficacy. Forandringsforslaget vil forsøge at modvirke de udfordringer, kræftoverlevende oplever grundet manglende fleksibilitet på arbejdsmarkedet, som blev synliggjort i diskussionen. Derfor vil fokus være at skabe mere viden om og forståelse for kræftoverlevende på arbejdspladsen.

10.1 Makroetiske overvejelser

Specialets formål er at skabe et forandringsforslag, der kan skabe bedre muligheder for at kræftoverlevende med senfølger kan opnå eller fastholde beskæftigelse. Makroetik omhandler, hvilke interesser undersøgelsen tjener, samt hvilke konsekvenser undersøgelsens kan få på samfundet (62,65). Det er uvist, om det vil få konsekvenser for andre ved implementering af dette forslag. Det kan dog ikke afvises, at implementeringen af forslaget på arbejdspladsen kan tage ressourcer fra andre områder i organisationen og medføre, at andre udsatte grupper bliver overset til fordel for et fokus på kræftoverlevende. Ligeledes kan kræftoverlevende på arbejdspladsen, opleve at blive stigmatiseret ved, at der rettes ekstra fokus på denne gruppe gennem implementeringen af forandringsforslaget. Jævnfør Goffman refererer stigmatisering til den måde individer eller grupper håndterer stigma, der referer til bestemte ”miskrediterede” egenskaber, holdninger eller udseende, de er blevet tilskrevet, eksplicit eller implicit (37). Gennem åbenhed omkring de utilsigtede konsekvenser kan dette bidrage til, at arbejdspladsen kan være opmærksom på dette i forbindelse med implementeringen af forslaget.

10.2 Fire tiltag til forandring

10.2.1 Uddannelse af ledere

På baggrund af analysen og diskussionen foreslås det, at mere viden og forståelse vil opnås gennem uddannelse af ledere, hvor de vil få information om, hvad der kan forventes af en medarbejder efter kræftbehandling. Det antages, at denne uddannelse med fordel kan varetages af sundhedsprofessionelle eller andre specialister på området, da de besidder den nødvendige indsigt heri. Denne indsigt og viden vil kunne fremme den sociale støtte og følelsesmæssige integration, der er argumenteret for, er en muliggørende faktor for kræftoverlevende. Da forandringsforslaget bygger på en ændring af blandt andet værdigrundlaget i organisationen foreslås det, at uddannelsen skal være et generelt tilbud og ikke først et tilbud når en medarbejder er blevet kræftsyg. Dette medvirker til at støtte op om udviklingen af organisationen og kulturen på arbejdspladsen (75).

10.2.2 Løbende dialog og evalueringer

Ydermere vil mere viden og forståelse bidrage til samt inddrages i en løbende dialog, som det anbefales, at arbejdspladsen har med kræftoverleveren. Det anbefales at have opstartssamtaler samt ugentlige eller månedlige samtaler, alt afhængig af den enkelte kræftoverleveres behov. Dette medfører, at arbejdspladsen indbyder til åbenhed, hvilket bidrager til at kræftoverlevende kontinuerligt deler sine erfaringer i forhold til deres arbejdsopgaver. Derigennem opnås løbende forventningsafstemninger, der medvirker til, at kræftoverlevende justerer arbejdspladsens forventning til deres evner. Ydermere opnår kræftoverlevende erfaringer med og derigennem en direkte viden om, hvilke evner, der kræves for at løse bestemte arbejdsopgaver. Dette kan medføre, at arbejdsopgaverne løbende tilpasses ved behov, og derigennem opnår kræftoverlevende en øget motivation og forstærket self-efficacy. Gennem denne udveksling opnår arbejdspladsen at optimere brugen af medarbejderens kompetencer, uden at dette overstiger kræftoverleverens arbejdsevner.

10.2.3 Flexibilitet i forhold til arbejdsopgaver og tid

Åbenhed fra arbejdspladsens side understøttes af, at de udviser flexibilitet i tilpassede arbejdsopgaver og -tid, samt en gradvis integration af kræftoverlevende på arbejdspladsen. Ydermere vil dette bidrage til, at kræftoverlevende med hårdt fysisk arbejde vil kunne få andre arbejdsopgaver, der er mindre belastende eller få tilbudt efteruddannelse, hvis

dette er nødvendigt. Dette bidrager til, at arbejdspladsen kan fastholde medarbejdere, der besidder en indsigt og viden om formelle og uformelle forhold i organisationen, en indsigt som nyansatte først skal tilegne sig (75,85). Flexibilitet skaber muligheder for, at kræftoverleverere kan opnå eller fastholde beskæftigelse, da arbejdspladsen kan tage højde for deres evner, bidrager det til at styrke deres self-efficacy. Mulighederne og øget self-efficacy medfører, at kræftoverleverere oplever en højere grad af adfærdsmæssig kontrol.

10.2.4 Involvering af kollegaer

Desuden anbefales det, at kollegaerne informeres, i samråd med kræftoverleveren, om dennes situation, så de kan tilpasse deres forventninger hertil. Dette reducerer risikoen for, at der opstår konflikter på baggrund af uindfrie forventninger parterne imellem (75). Ved at udvise åbenhed øges sandsynligheden for, at ledere og kollegaer bliver i stand til at udvise social støtte og følelsesmæssig integration og derigennem bidrager til at styrke kræftoverleverens self-efficacy. På baggrund af ovenstående udledes følgende fire forandringsforslag (tabel 5), som arbejdspladsen med fordel kan implementere.

Tabel 5 illustrer de fire overordnede fokusområder for forandringsforslaget.

Forandringsforslag

	Uddannelse af ledere
	Løbende dialog og evalueringer
	Flexibilitet i forhold til arbejdsopgaver og tid
	Involvering af kollegaer

10.3 Ottetrins-modellen

Ottetrins-modellen anvendes i dette afsnit som redskab til at implementere de fire overordnede forandringsforslag på arbejdspladsen. De otte trin danner grundlag for etableringsprocessen, der skal sikre en vellykket forandring på arbejdspladsen.

Trin 1 - Skab en oplevelse af nødvendighed

Dette trin har fokus på at skabe en oplevelse af nødvendighed for forandringstiltaget blandt medarbejderne (89). Dette bygger på en "top-down" -strategi, hvor denne nødvendighed udspringer af et ledelsesmæssigt ønske samt opbakning af forandringstiltaget, der beror på en indsigt i og relevansen for tiltaget, der er central for en succesfuld implementering. Denne indsigt kan bero på det faktum, at kræft er en stigende problemstilling, der rammer flere i den arbejdsdygtige alder, og dermed vil flere arbejdspladser være berørt af dette. Dette vil medføre en synliggørelse af og indsigt i, at det er nødvendigt at skabe muligheder for at kræftoverlevende opnår eller fastholder beskæftigelse, da det på den ene side vil minimere de økonomiske omkostninger og på den anden side vil styrke arbejdspladsens omdømme udadtil. Ydermere vil det styrke arbejdsmiljøet, der medvirker til at reducere sygefravær. Desuden vil viden om den stigende kræft incidens medvirke til, at flere medarbejdere selv risikerer at opleve lignende problemstilling og dermed vil de ligeledes drage nytte af tiltaget. Derigennem skabes der en bekymring hos medarbejderne, der fremmer ønsket om forandring, da de dermed kan opnå en gevinst ved tiltaget (75).

Trin 2 - Opret en styrende koalition

På dette trin udpeges medarbejder og leder til at varetage forandringstiltaget (89). Denne strategi bygger på en "bottom-up" -tilgang, hvor inddragelse af medarbejder og ledere skaber grundlag for en kulturændring, da en effektiv forandring i organisationen indledes med en kulturændring (75). Ved inddragelse af et bredt spektrum af medarbejdere, eventuelt med inddragelse af medarbejdere der har haft kræft, sikres der en mangfoldighed og indsigt. Ydermere er det vigtigt at dette team fremstår stærkt, og dette opnås blandt andet ved at inddrage karismatiske ledere, da disse mindsker modstanden for forandringen gennem personlige egenskaber (75). Desuden er det vigtigt at inddrage ledere og medarbejdere med personaleansvar, og som skal indgå i den praktiske udførelse af tiltaget. Derigennem sikres at viden om den praktiske arbejdsgang bliver inddraget i implementeringen. Dette team bidrager

til at skabe samarbejde samt vidensdeling på tværs af organisatoriske niveauer, da teamet bliver rollemodeller for tiltaget.

Trin 3 - Udvikling af vision og strategi

Dette trin indebærer en udvikling af vision og strategi, der skal være styrende for tiltaget (89). En måde at sikre en styrende vision kan være gennem et fælles værdigrundlag, hvor fokus blandt andet er på at udvise åbenhed og forståelse for kræftoverleveren. Dette kan opnås ved at værdigrundlaget indeholder et budskab om, at arbejdspladsen ønsker at støtte op om intern trivsel for medarbejderne generelt og ved sygdom. Dette forstærker mulighederne for opnåelse af et fælles grundlag, der danner udgangspunkt for en fælles forståelse og forventning til medarbejdernes adfærd, der bidrager til at forme organisationskulturen. Ydermere kan dette medvirke til at samle medarbejderne og forstærke kulturen, der er afgørende for, hvor vellykket en organisation er (75).

Trin 4 - Formidling af visionen

Teamet skal på dette trin formidle visionen for forandringstiltaget ud til de resterende medarbejdere (89). Værdigrundlaget skal være med til at ændre kulturen på arbejdspladsen, og dette opnås gennem kommunikation. Kulturen kan ikke ændres medmindre at de værdier der ønskes at ændres bliver kommunikeret klart og tydeligt ud. Gennem en god kommunikation kan der opbygges et godt arbejdsmiljø og en kultur der medvirker til at udvikle organisationens identitet (75). Det er derfor afgørende at formidlingen af det styrende værdigrundlag, der indbyder til åbenhed og fleksibilitet i forhold til kræftoverleveren, formuleres tydeligt for derigennem at sikre, at budskabet opfanges. Dette opnås ved inddragelse af medarbejdere, så budskabet fremstår relevant, uanset hvor i organisationsniveauet den enkelte medarbejder befinder sig. Teamet skal gennem kommunikation udbrede budskabet så ofte som muligt, og derigennem gå forrest for forandringstiltaget.

Trin 5 – Skabe grundlag for handling

På dette trin skabes der mulighed for, at medarbejderne kan implementere værdigrundlaget (89). På baggrund af uddannelse af lederne skabes en indsigt i kræftoverleverens situation, hvilket kan medvirke til at hævne forhindringer i form af manglende viden og forståelse. De løbende møder mellem kræftoverleveren og lederen skal bidrage til at opnå indsigt i den enkelte og bidrager dermed til at understøtte lydhørhed og åbenhed, der er centrale elementer

i værdigrundlaget. Ydermere skaber denne dialog mulighed for at udvise fleksibilitet i form af tilpassede arbejdsopgaver og -tid. Denne fleksibilitet og viden skal videreformidles til kollegaerne for derigennem at sikre involvering og forebyggelse af konflikter på baggrund af uindfriede forventninger parterne imellem.

Trin 6 – Skab kortsigtede gevinster

På dette trin skal der planlægges og synliggøres, hvordan forandringstiltaget har medført forbedringer i organisationen (89). Den løbende dialog mellem kræftoverleverne og ledere kan bidrage til, at der løbende opstilles målsætninger, der vil give kortsigtede gevinster. Samtidig vil etableringen af et værdigrundlag, der styrker åbenhed og fleksibilitet overfor kræftoverleverne, være med til at forbedre arbejdsmiljøet. Dette synliggøres gennem færre sygemeldinger, grundet forbedret dialog mellem ledere, kræftoverleverne og kollegaer, ved løbende tilpasning af forventninger og dermed færre konflikter. Ydermere kan arbejdspladsen vælge at belønne medarbejdere, der har gjort en ekstra positiv indsats i forhold til at få implementeret værdigrundlaget. Dette bidrager til, at teamet får små succesoplevelser, hvilket medfører at forandringen ikke stagnerer.

Trin 7 – Forankre og bygge videre på forandringerne

Implementeringen på dette trin indebærer ændring af systemer, strukturer og retningslinjer for at sikre, at organisationen bliver tilpasset i forhold til forandringstiltaget (89). Ændring af værdigrundlaget involverer alle dele af organisationen og kan kræve tid og ressourcer. Ydermere kan det medføre, at strukturer i arbejdsgangen eller opgaver skal tilpasses, så det er muligt for alle i organisationen at efterleve de stillede målsætninger. Det kan blandt andet betyde, at der skal sættes tid af til at opretholde løbende dialog, da dette er en essentiel faktor, for at kunne imødekomme åbenhed og lydhørhed. Samtidig kan det medføre, at procedurer skal ændres for derigennem at kunne udvise fleksibilitet. De enkelte tilpasninger afhænger af den konkrete arbejdsplads og kan variere i forhold til, om der er tale om eksempelvis en produktions- eller servicevirksomhed.

Trin 8 – Forankring af forandringerne i kulturen

En implementering af forandringer er først opnået, når dette er en del af organisationskulturen (89). Det kræver en vedholdenhed, at sikre at værdigrundlaget efterleves, og dette opnås først, når tiltaget er en del af hverdagen og kulturen. Afhængig af organisationsstørrelse vil det

variere, hvor ofte arbejdspladsen står overfor en kræftoverlever med behov for støtte. Dette stiller krav til arbejdspladsen, og det kan antages, at det med fordel vil være tilrådeligt, at værdigrundlaget ikke blot gælder kræftoverleverne, men alle medarbejdere, der har været igennem et længere sygdomsforløb, for derigennem at sikre at det bliver en del af organisationskulturen. Specialets empiri kan dog ikke understøtte dette, og det vil kræve yderligere undersøgelser i forhold til om forandringsforslagene vil have den ønskede effekt på en bredere medarbejdergruppe.

Evaluering

Trin syv indebærer, at der foretages ændringer og tilpasninger af organisationen, derfor kan der argumenteres for, at denne indsigt kræver en evaluering af organisationen i forhold til at identificere muligheder og begrænsninger for implementeringen af forandringstiltaget. For at sikre at værdigrundlaget efterleves i organisationen jævnfør trin otte, kan der yderligere argumentere for, og som diskuteret i metodediskussionen, at modellen burde integrere en løbende evaluering af om tiltaget virker efter hensigten. Dette kan blandt andet tage afsæt i en proces-evaluering med udgangspunkt i en "bottom-up"-tilgang, hvor BIKVA-modellen (Brugerinvolvering i kvalitetsvurdering) kan bidrage med fire trin til evaluering med udgangspunkt i brugernes oplevelser (90). I forhold til forandringsforslaget vil trin et undersøge, gennem eksempelvis fokusgruppe interview eller individuelle interviews, hvilke ønsker, forventninger og behov kræftoverleveren oplever på arbejdspladsen. Disse oplevelser fremlægges for en fokusgruppe af leder og medarbejdere med personale ansvar, der står for den praktiske udførelse. De vurderer ud fra disse oplevelser samt egne erfaringer hvilke ændringer og tilpasninger, der eventuelt skal udføres. Vurderingerne bliver på trin tre fremlagt for den styrende koalition, der kan tage stilling til eventuelle tilpasninger af forandringstiltaget. Jævnfør modellen er trin fire tiltænkt inddragelse af politikere i forhold til samfundsmæssige ændringer (90), men da forandringsforslaget udelukkende tager afsæt i et organisatoriskniveau, kan trin fire, afhængig af organisations størrelse, indebære fremlæggelse af de endelige tilpasninger for en topledelse. Denne evaluering bidrager til at forandringsforslaget justeres til den enkelte arbejdsplads, og derigennem understøtter en vellykket implementering.

11. Konklusion

Følgende afsnit har til formål at besvare problemformuleringen: *Hvordan kan en forståelse af de muligheder og begrænsninger, som kræftoverlevere med senfølger oplever i forhold til at opnå eller fastholde beskæftigelse, danne grundlag for forandring?*

Problemformuleringen er omdrejningspunktet for specialet, og besvarelsen vil tage afsæt i specialets to forskningsspørgsmål, der har været styrende for valg af metoder, og derigennem indsamling af relevant empiri.

11.1 Besvarelse af forskningsspørgsmål 1

Hvordan oplever kræftoverlevere med senfølger det at skulle opnå eller fastholde beskæftigelse?

Gennem individuelle interviews med seks kræftoverlevere med senfølger blev det fremanalyseret, at kræftoverlevere med senfølger oplever en række muligheder og begrænsninger i forhold til at opnå eller fastholde beskæftigelse. Kræftoverlevere oplever forskellig grad af senfølger, der opleves som begrænsninger i forhold til beskæftigelse, hvorfor det er nødvendigt, at arbejdspladsen udviser fleksibilitet i forhold til den enkelte, så arbejdspladsens krav stemmer overens med kræftoverleverens med senfølgers evner. Ydermere opleves komorbiditet som en begrænsning der er med til at forværre de udfordringer de oplever på arbejdspladsen.

Det uformelle netværk opleves som værdifulde relationer af kræftoverlevere med senfølger, hvori der både udveksles social støtte og følelsesmæssig integration mellem kræftoverlevere og deres ægtefæller samt nære venner. Denne udveksling styrker kræftoverlevere med senfølgers self-efficacy, hvilket forbedrer processen i forhold til at opnå eller fastholde beskæftigelse. Det tredje netværk opleves ligeledes som værdifuld af kræftoverlevere med senfølger, hvor fritidsaktiviteter og selvhjælpsgrupper bidrager til følelsesmæssig integration og social støtte, der medvirker til at styrke self-efficacyen, i og med kræftoverleverer indgår i relationer med individer i samme situation. Ydermere bidrager psykologer til at støtte kræftoverleverer med senfølgers erkendelsesproces i forhold til deres evner i det nye normale. Derigennem bidrager fritidsaktiviteter, selvhjælpsgrupper og psykologer til at kræftoverleverer med senfølger opnår eller fastholder beskæftigelse. Det formelle netværk opleves som en betydelig muliggørende faktor, ved at socialrådgivere styrker kræftoverleverer med senfølgers

self-efficacy gennem valg af passende strategier, der stemmer overens med den enkeltes arbejdsevner. Desuden oplever kræftoverlevende med senfølger at arbejdspladsen er en muliggørende faktor, i forhold til at opnå eller fastholde beskæftigelse, hvis denne udviser lydhørhed og fleksibilitet i form af tilpassede arbejdsopgaver og gradvis integration tilbage i arbejde. Ydermere opleves ledere og kollegaers social støtte og følelsesmæssig integration som en styrkende faktor i forhold kræftoverlevende med senfølgers self-efficacy og det at opnå eller fastholde beskæftigelse.

11.2 Besvarelse af forskningsspørgsmål 2

Hvilke forandringstiltag på arbejdspladsen kan potentielt styrke kræftoverlevende med senfølger i at opnå eller fastholde beskæftigelse?

Gennem den systematiske litteratursøgning blev der identificeret fire studier, der samlet set peger på en række tiltag der kan implementeres på arbejdspladsen for derigennem at skabe bedre muligheder for at kræftoverlevende opnår eller fastholder beskæftigelse. Alle studierne pointer vigtigheden i, at arbejdspladsen skal udvise støtte til kræftoverlevende i form af forståelse fra kollegaer og ledere. Ydermere blev det fundet i studierne, at viden om og forståelse for kræftoverlevende er essentiel for at opnå passende forventninger og samarbejde aktørerne imellem, forståelse og indsigt der kan understøttes gennem uddannelse. Desuden skal arbejdspladsen tilpasse arbejdsopgaverne, så disse ikke overstiger kræftoverleverens arbejdsevner, og derigennem udvise fleksibilitet for de udfordringer senfølgerne medfører for kræftoverleveren. Samlet set er arbejdspladsen en muliggørende faktor for kræftoverlevende med senfølger, hvis arbejdspladsen er i stand til at udvise den rette engagement og støtte.

11.3 Samlet besvarelse

Samlet set danner den indsamlede empiri grundlag for specialets forandringsforslag, hvormed dette resulterer i følgende fire forslag; uddannelse af ledere, løbende dialog og evaluering, fleksibilitet i forhold til arbejdsopgaver og -tid, og involvering af kollegaer.

Forslaget bygger på en erkendelse af, at kræftoverlevende oplever senfølger individuelt og dermed skal der tages individuelle hensyn på arbejdspladsen. Uddannelse af ledere skal bidrage til en forståelse for og viden om kræftoverleveres med senfølgers evner og derigennem, hvilke forventninger arbejdspladsen kan have til disse. En løbende dialog og

evaluering skal sikre åbenhed og løbende forventningsafstemning, og derigennem bidrage til at styrke kræftoverleveren med senfølgers self-efficacy i arbejdsmæssige sammenhænge. Dette bidrager ligeledes til fleksibilitet, da arbejdsopgaver og -tid kan justeres i forhold til den enkelte kræftoverlever med senfølgers kompetencer, så disse stemmer overens med arbejdspladsens krav. Slutligt anbefales det, at kollegaerne involveres i denne proces for at reducere eventuelle konflikter, der kan opstå på baggrund af uindfrie forventninger mellem kræftoverleveren med senfølger og kollegaerne.

12. Referenceliste

1. Christensen MK. PBL - Problembaseret læring. Aalborg; 2011.
2. Raun KR. Sygdom, sundhed og netværk. In: Skytte V, editor. Samfund og kultur i sundhedsarbejdet. 1. udgave. København K: Bogforlaget Frydenlund; 2006. p. 11–342.
3. Undervisningsministeriet. Det ordinære uddannelsessystem [Internet]. Undervisningsministeriet. 2017 [cited 2017 May 12]. Available from: <http://www.uvm.dk/uddannelsessystemet/overblik-over-det-danske-uddannelsessystem/det-ordinaere-uddannelsessystem>
4. Sundheds- og Ældreministeriet. Patienternes kræftplan - Kræftplan IV. København; 2016.
5. Sundhedsdatastyrelsen. Nye kræfttilfælde - cancerregisteret 2005-2015 [Internet]. Sundhedsdatastyrelsen. København: Sundhedsdatastyrelsen; 2016. p. 1. Available from: <http://www.esundhed.dk/sundhedsregistre/CAR/CAR01/Sider/Tabel.aspx#>
6. Cancerregisteret, Sundhedsstyrelsen. Cancerregisteret, Sundhedsstyrelsen - Kræftoverlevelse [Internet]. <http://www.esundhed.dk/sundhedsregistre/CAR/CAR03/Sider/Tabel.aspx>. 2016 [cited 2017 Feb 8]. Available from: <http://www.esundhed.dk/sundhedsregistre/CAR/CAR03/Sider/Tabel.aspx>
7. Richards M a, Stockton D, Babb P, Coleman MP. How many deaths have been avoided through improvements in cancer survival? *BMJ*. 2000;320(7239):895–8.
8. Brenner H. Long-term survival rates of cancer patients achieved by the end of the 20th century: A period analysis. *Lancet*. 2002;360(9340):1131–5.
9. Kmietowicz Z. British Cancer Death Rates Fell By 12% Between 1972 and 2002. *Br Med J*. 2004;328(February):303.
10. Carol E. DeSantis M, Chun Chieh Lin, PhD M, Angela B. Mariotto P, Rebecca L. Siegel M, Kevin D. Stein P, Joan L. Kramer M, et al. Cancer treatment and survivorship statistics, 2014. *CA Cancer J Clin*. 2014;Vol. 64(Iss. 4):252–71.
11. Hvidberg L, Pedersen AF, Wulff CN, Vedsted P. Cancer awareness and socio-economic position: results from a population-based study in Denmark. *BMC Cancer* [Internet]. 2014;14:581. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4138385&tool=pmcentrez>

&rendertype=abstract

12. Dalton SO, Schüz J, Engholm G, Johansen C, Kjær SK, Steding-Jessen M, et al. Social inequality in incidence of and survival from cancer in a population-based study in Denmark, 1994-2003: Summary of findings. *Eur J Cancer*. 2008;44(14):2074–85.
13. Crist P. Functional challenges among late effects cancer survivors: A preliminary report on work engagement issues. *Work*. 2013;46(4):369–79.
14. NCI. NCI Dictionary of Cancer Terms [Internet]. National Cancer Institute. 2015 [cited 2017 May 22]. Available from:
<https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms?cdrid=390292>
15. Prip A, Wittrup K. *Kræftsygepleje : i et forløbsperspektiv*. 1. udgave. Prip A, editor. København : Munksgaard; 2014.
16. Mayer DK, Nasso SF, Earp JA. Cancer survivorship in the USA 1 - Defining cancer survivors , their needs, and perspectives on survivorship health care in the USA. *Lancet Oncol* [Internet]. Elsevier Ltd; 2017;18(1):e11–8. Available from:
[http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045\(16\)30573-3](http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045(16)30573-3)
17. Treanor C, Donnelly M. Late effects of cancer and cancer treatment??the perspective of the patient. *Support Care Cancer*. 2016;24(1):337–46.
18. Carlsen K, Oksbjerg Dalton S, Frederiksen K, Diderichsen F, Johansen C. Cancer and the risk for taking early retirement pension: A Danish cohort study. *Scand J Public Health* [Internet]. 2008;36(2):117–25. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18519275>
19. Heinesen E, Kolodziejczyk C. Effects of breast and colorectal cancer on labour market outcomes-Average effects and educational gradients. *J Health Econ* [Internet]. Elsevier B.V.; 2013;32(6):1028–42. Available from:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jhealeco.2013.08.004>
20. StatensSerumInstitut. *Kræftoverlevelse i Danmark 1999-2013 - Cancerregisteret - Tal og analyse*. København; 2013.
21. Sundhedsdatastyrelsen. *Årsrapport: Nye Kræfttilfælde i Danmark - Cancerregisteret 2014* [Internet]. København; 2015. Available from:
<http://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/tal-og-analyser/analyser-og-rapporter/sygdomme/cancerregisteret>
22. Pedersen PV, Ingholt L, Tjørnhøj-Thomsen T. Når man har sagt A, må man også sige B:

- Om social ulighed i kræftrehabilitering. København K; 2015.
23. Kroman NT, Lidegaard Ø, Kvistgaard ME. Breast cancer - a lifestyle disease? Ugeskr Laeger. 2005;167(December):4636–41.
 24. Diderichsen F, Andersen I, Manuel C. Ulighed i sundhed - årsager og indsatser. København; 2011.
 25. Diderichsen F, Evans T, Whitehead M. The Social Basis of Disparities in Health. In: Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M, editors. Challenging Inequities in Health: From Ethics to Action. 1. udgave. Oxford: Oxford University Press; 2001. p. 12–23.
 26. Dalton S, Hansen H, Johansen C, Malik-Høegh S, Mikkelsen T, Olsen J, et al. Rehabilitering efter brystkræft, tyk- og endetarmskræft og prostatakraft -. København; 2010.
 27. Sommer C. De oversete senfølger efter kræft. Fag Forsk - Sygeplejersken. 2016;1(4):21–3.
 28. Foster C, Wright D, Hill H, Hopkinson J, Roffe L. Psychosocial implications of living 5 years or more following a cancer diagnosis: A systematic review of the research evidence. Eur J Cancer Care (Engl). 2009;18(3):223–47.
 29. Sundhedsstyrelsen. Pakkeforløb og opfølgingsprogrammer. København; 2016.
 30. Sundhedsstyrelsen. Opfølgingsprogrammer: Beskrivelser [Internet]. Sundhedsstyrelsen. 2016 [cited 2017 May 24]. Available from: <https://www.sst.dk/da/sygdom-og-behandling/kraeft/opfoelgningsprogrammer/beskrivelser>
 31. Gärtner R, Jensen M-B, Nielsen J, Ewertz M, Kroman N, Kehlet H. Prevalence of and factors associated with persistent pain following breast cancer surgery. JAMA. 2009;302(18):1985–92.
 32. Becker H, Henneghan A, Mikan SQ. When do i get my brain back?: Breast cancer survivors' experiences of cognitive problems. Clin J Oncol Nurs. 2015;19(2):180–4.
 33. Given BA. Prevention, identification, and management of late effects through risk reduction. Semin Oncol Nurs [Internet]. Elsevier Ltd; 2015;31(1):31–41. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.soncn.2014.11.004>
 34. Jefford M, Karahalios E, Pollard A, Baravelli C, Carey M, Franklin J, et al. Survivorship issues following treatment completion-results from focus groups with Australian cancer survivors and health professionals. J Cancer Surviv. 2008;2(1):20–32.

35. Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB. Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. *PLoS Med* [Internet]. 2010;7(7). Available from: <http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.1000316>
36. Mosher CE, Danoff-Burg S. Death Anxiety and Cancer-Related Stigma: A Terror Management Analysis. *Death Stud* [Internet]. 2007;31(10):885–907. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/07481180701603360>
37. Goffman E. *Stigma : om afvigerens sociale identitet*. Frederiksberg C: Samfund; 2009. 208 p.
38. Barlow JH, Bancroft G V., Turner AP. Self-management Training for People with Chronic Disease: A Shared Learning Experience. *J Health Psychol* [Internet]. 2005;10(6):863–72. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1359105305057320>
39. Lorig KR, Sobel DS, Ritter PL, Laurant D, Hobbs M. Effect of a Self-Management Program on Patients with Chronic Disease. *Eff Clin Pract*. 2001;4(6):256–62.
40. Foster C, Breckons M, Cotterell P, Barbosa D, Calman L, Corner J, et al. Cancer survivors' self-efficacy to self-manage in the year following primary treatment. *J Cancer Surviv*. 2015;9(1):11–9.
41. Waddell, G; Burton K. *Is work good for your health and wellbeing?* 2006;
42. De Boer AG, Taskila TK, Tamminga SJ, Feuerstein M, Frings-dresen MH, Verbeek JH. Interventions to enhance return-to-work for cancer patients (Review). *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;(9).
43. Carlsen K, Dalton SO, Diderichsen F, Johansen C. Risk for unemployment of cancer survivors: A Danish cohort study. *Eur J Cancer*. 2008;44(13):1866–74.
44. De Boer A, Verbeek J, Spelten E, Uitterhoeve A, Ansink A, de Reijke T, et al. Work ability and return-to-work in cancer patients. *Br J Cancer* [Internet]. 2008;98(8):1342–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18349834%5Cnhttp://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC2361697>
45. De Boer AG, Taskila T, Ojajärvi A, Van Dijk F, Verbeek J. Cancer Survivors and Unemployment - A Meta-analysis and Meta-regression. *J Am Med Assoc*. 2009;301(7):753–62.
46. Heinesen E, Imai S, Maruyama S. Employment, occupational mobility and job skills of

- cancer survivors | Rockwool Fonden. Rockwool Found Res Unit [Internet]. 2016;(107). Available from: <http://www.rockwoolfonden.dk/publikationer/employment-occupational-mobility-and-job-skills-of-cancer-survivors/>
47. Beskæftigelsesministeriet. Beskæftigelsesområdet - Ydelser [Internet]. Beskæftigelsesministeriet. 2017 [cited 2017 Jun 1]. p. 1. Available from: <http://bm.dk/da/Beskaeftigelsesomraadet/Ydelser.aspx>
 48. Johnsen AT, Jensen CR, Grønvold C, Pedersen M. Kræftpatientens verden - en undersøgelse af, hvilke problemer danske kræftpatienter oplever. Litteraturgennemgang og interviews [Internet]. København; 2006. Available from: <https://www.cancer.dk/dyn/resources/File/file/8/1608/1385430294/patientensverdenlittinterviewjuli2006.pdf>
 49. Grunfeld EA, Rixon L, Eaton E, Cooper AF. The organisational perspective on the return to work of employees following treatment for cancer. *J Occup Rehabil.* 2008;18(4):381–8.
 50. Pryce J, Munir F, Haslam C. Cancer survivorship and work: Symptoms, supervisor response, co-worker disclosure and work adjustment. *J Occup Rehabil.* 2007;17(1):83–92.
 51. Juul S, Pedersen KB. Hvorfor videnskabsteori? In: Rex H, editor. *Samfundsvidenskabernes Videnskabsteori - En indføring.* 1. udgave. København: Hans Reitzels Forlag; 2012. p. 9–22.
 52. Juul S. Hermeneutik. In: Rex H, editor. *Samfundsvidenskabernes Videnskabsteori - En indføring.* 1. udgave. København: Hans Reitzels Forlag; 2012. p. 1–440.
 53. Jørgensen A. Hans-Georg Gadamer. Jørgensen A, editor. Frederiksberg C: ANIS; 2009.
 54. Dahlager L, Fredslund H. Hermeneutisk analyse - forståelse og forforståelse. In: Martin Toft, editor. *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab.* 4. udgave. København: Munksgaard; 2015. p. 5–352.
 55. Høyer K. Hvad er teori, og hvordan forholder teori sig til metode? In: Toft M, editor. *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab.* 4. udgave. København: Munksgaard; 2015. p. 352.
 56. Carter SM, Little M. Justifying Knowledge, Justifying Method, Taking Action: Epistemologies, Methods and Methods in Qualitative Research. *Qual Health Res.* 2007;17(10):1316–28.

57. Launsø L, Olsen L, Rieper O. Forskning om og med mennesker Forskningstyper og forskningsmetoder i samfundsforskning. 6. Erdal A-M, Zakrisson CHK, editors. København K: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck; 2015.
58. Antoft R, Salomonsen HH. Det kvalitative casestudium - introduktion til en forskningsstrategi. In: Antoft R, Jacobsen MH, Jørgensen A, Kristiansen S, editors. Håndværk & Horisont - Tradition og nytækning i kvalitativ metode. 1. udgave. København: Syddansk Universitetsforlag; 2007. p. 29–57.
59. Blaikie N. Designing social research. 2. udgave. Cambridge: Polity Press; 2015. 1-298 p.
60. Birkler J. Videnskabsteori - en grundbog. 1. udgave. Toft M, editor. København: Munksgaard; 2014. 5-151 p.
61. Boolsen MW. Grounded Theory. In: Schilling M, editor. Kvalitative metoder - en grundbog. 2. udgave. København: Hans Reitzels Forlag; 2015. p. 13–634.
62. Kvale S, Brinkmann S. Interview : introduktion til et håndværk. 2. udg. Kvale S, editor. Kbh. : Hans Reitzel; 2009. 376 p.
63. Tanggaard L, Brinkmann S. Interviewet: Samtalen som forskningsmetode. In: Brinkmann S, Tanggaard L, editors. Kvalitativ metoder - en grundbog. 2. udgave. Hans Reitzels Forlag; 2015. p. 29–55.
64. Birkler J. Filosofi & sygepleje - Etik og menneskesyn i faglig praksis. 1. udgave. Lis Maaløe, editor. København: Munksgaard Danmark; 2006. 5-239 p.
65. Svend Brinkmann. Etik i en kvalitativ verden. In: Schilling M, editor. Kvalitative metoder - en grundbog. 2. udgave. Hans Reitzels Forlag; 2015. p. 463–80.
66. Buus N, Tingleff EB, Rossen CB, Kristiansen HM. Litteratursøgning i praksis- begreber, strategier og modeller. Sygeplejersken, Dansk Sygeplejeråd. 2008;(10):1–21.
67. Frandsen TF, Dyrvig AK, Kidholm K, Gerke O, Vondeling H. En guide til valide og reproducerbare systematiske litteratursøgninger. J Eval Clin Pract. 2014;647–51.
68. Sundhedsstyrelsens enhed for medicinsk teknologivurdering. Metodehåndbog for medicinsk teknologivurdering. 2. udgave. Kristensen, F.B. & Sigmund H (red. ., editor. Metodehåndbog for Medicinsk Teknologivurdering. København S: Sundhedsstyrelsen, december 2007; 2007. 35-48 p.
69. Bandura A. Toward a unifying theory of behavioral change. Psychol Rev [Internet]. 1977;84(2):191–215. Available from: <http://www.apa.org/pubs/journals/rev/>
70. Kähler C. Det kompetente selv - En introduktion til Albert Banduras teori om

- selvkompetence og kontrol. 1. udgave. Frydenlund; 2012. 1-155 p.
71. Bandura A. Exercise of Personal and Collective Efficacy in Changing Societies. In: Bandura A, editor. Self-Efficacy in Changing Societies. Cambridge: Cambridge University Press, UK; 1995. p. 1-45.
 72. Christensen U, Nielsen A, Schmidt L. Det kvalitative forskningsinterview. In: Toft M, editor. Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab. 4. udgave. København: Munksgaard København; 2015. p. 61-89.
 73. Biglan A. A behavior-analytic critique of bandura's self-efficacy theory. Behav Anal [Internet]. 1987;10(1):1-15. Available from: papers2://publication/uuid/934C72D5-1AC4-433B-88F0-09A4056323D3
 74. Kotter J p. I spidsen for forandring. 1. udgave. Olsen JB, editor. Peter Asschenfeldts nye Forlag; 1997. 1-231 p.
 75. Jacobsen DI, Thorsvik J. Hvordan organisation fungerer - en indføring i organisation og ledelse. 3. udgave. Persson H, editor. Hans Reitzels Forlag; 2013.
 76. Kennedy F, Haslam C, Munir F, Pryce J. Returning to work following cancer: a qualitative exploratory study into the experience of returning to work following cancer. Eur J Cancer Care (Engl). 2007;16(16):17-25.
 77. Lindbohm ML, Taskila T, Kuosma E, Hietanen P, Carlsen K, Gudbergsson S, et al. Work ability of survivors of breast, prostate, and testicular cancer in Nordic countries: A NOCWO study. J Cancer Surviv. 2012;6(1):72-81.
 78. Greve B. Introduktion. Hvad er socialvidenskab? In: Greve B, editor. Grundbog i socialvidenskab - 5 perspektiver. 2. udgave. Frederiksberg C: Nyt fra samfundsvidenskaberne; 2015. p. 19-34.
 79. Lindbohm ML, Kuosma E, Taskila T, Hietanen P, Carlsen K, Gudbergsson S, et al. Cancer as the cause of changes in work situation (a NOCWO study). Psychooncology. 2011;20(8):805-12.
 80. Siim B. Medborgerskab og Diversitet. In: Møller IH, Larsen JE, editors. Social Politik. 3. udgave. København: Hans Reitzels Forlag; 2011. p. 167-89.
 81. Greve B. Velfærdssamfundet : en grundbog. Udgave 1. Greve B, editor. Århus : Academica; 2008. 1-161 p.
 82. Banning M. Employment and breast cancer: A meta-ethnography. Eur J Cancer Care (Engl). 2011;20(6):708-19.

83. Mik-Meyer N, Johansen MB. Magtfulde diagnoser og diffuse lidelser. 1. udgave. Frederiksberg C: Samfundslitteratur; 2009. 1-173 p.
84. Olsen L, Eskelinen L. Evaluering af mestringsforløb for mennesker med kognitive funktionsnedsættelser. 2017.
85. Markel KS, Barclay LA. Addressing the unemployment of persons with disabilities: Recommendations for expanding organizational social responsibility. *Employ respons rights*. 2009;(21):305–18.
86. Morsing M, Vallentin S, Hildebrandt S. Forretning eller ansvar? Social ansvarlighed i små og mellemstore virksomheder. 1. udgave. København K: Børsens Forlag; 2008.
87. Beskæftigelsesministeriet. Bekendtgørelse af lov om aktiv socialpolitik [Internet]. Retsinformation.dk. 2017 [cited 2017 May 29]. p. 40. Available from: <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=188312#idf9e0009a-e8f3-4bda-bc29-7461dbb1d573>
88. ENWHP. Luxembourg Declaration The Luxembourg Declaration on Workplace Health Promotion [Internet]. Holland; 2007. Available from: http://www.ispesl.it/whp/documenti/manifesti/Luxembourg_Declaration_2007.pdf
89. Kotter J p. Accelerate. *Harv Bus Rev*. 2012;(November 2012).
90. Dahler-Larsen P. Evaluering. In: Brinkmann S, Tanggaard L, editors. *Kvalitative metoder - en grundbog*. 2. udgave. Hans Reitzels Forlag; 2015. p. 181–96.