

EN KVALITATIV UNDERSØGELSE AF REHABILITERINGSBEHOV HOS KRÆFTSYGE MÆND MED LAV SOCIAL POSITION

Udarbejdet af Ida Holm Berner, cand.mag. i Sundhedsfremme og Filosofi. Virksomhedspraktikant i CKSK i perioden november 2014-januar 2015.

INDHOLDSFORTEGNELSE

INDLEDNING	4
FORMÅL MED UNDERSØGELSEN	4
BAGGRUND FOR UNDERSØGELSEN	4
UNDERSØGELSESSPØRGSMÅL	5
SAMMENFATNING	6
LIVSSITUATION OG HVERDAGSLIV	6
RELATIONER TIL DE SUNDHEDSPROFESSIONELLE	7
BARRIERER OG RESSOURCER	7
MØDET MED CKSK	7
METODE	9
DET KVALITATIVE INTERVIEW	9
REKRUTTERING	9
PRÆSENTATION AF INFORMANTER	10
LIVSSITUATION OG HVERDAGSLIV	11
SOCIALE RELATIONER	11
HVERDAGENS RAMMER	12
KRÆFT I KONTEKST	14
RELATIONER TIL DE SUNDHEDSPROFESSIONELLE	15
TILLID OG MAGT	16
INDDRAGELSE, OMSORG OG INFORMATION	17
SUNDHEDSFORSTÅELSER OG HENVISNINGER	18
BARRIERER OG RESSOURCER	19
AT FINDE EGNE VEJE	19
MUREN AF PROBLEMER	21

MØDET MED CKSK	22
TVÆRGÅENDE REHABILITERINGSBEHOV	22
INDIVIDUELLE REHABILITERINGSBEHOV	24
KONTAKTPERSONENS NØGLEROLLE	27
MÆNDENES INDTRYK AF CKSK	28
KONKRETE ANBEFALINGER	31
TILBUD I CKSK	31
VIDERE UNDERSØGELSER	32
LITTERATURLISTE	33

INDLEDNING

FORMÅL MED UNDERSØGELSEN

Ambitionen med denne kvalitative undersøgelse er at udforske nye forståelser af, hvilke rehabiliteringsbehov mandlige kræftpatienter med *lav social position* (her defineret som kort uddannelse og lav indkomst) har. Undersøgelsen har to primære formål. For det første at belyse de særlige problemstillinger og rehabiliteringsbehov, der kan opstå for denne gruppe af patienter på baggrund af deres sygdoms- og behandlingsforløb, samt livssituation. For det andet at pege på anbefalinger for, hvordan CKSK bedre kan imødekomme de behov, som denne undergruppe af mandlige kræftpatienter har.

BAGGRUND FOR UNDERSØGELSEN

CKSK har siden januar 2014 haft et særligt fokus på kræftsyge mænds rehabiliteringsbehov, og rekrutteringen af disse, med henblik på at øge deres deltagelse i CKSK. Siden åbningen af CKSK har der procentvis være en større tilknytning af kvindelige kræftpatienter end af mandlige kræftpatienter. Dette kan til dels forklares ved, at centret i opstarten udelukkende fokuserede på bestemte kræftformer, herunder brystkræft. Centret har gennem årene arbejdet på at få henvist flere mænd, og procentdelen af deltagende mænd er især steget det seneste år. I 2013 var 33% af de henviste mænd, og målsætningen er, at mændene skal udgøre 40% af de henviste i medio 2015 (CKSK Handleplan 2015).

Rapporten "*Vi mænd, kræft og rehabilitering*" (Tjørnhøj-Thomsen og Ingholt, 2014), udgivet af Statens Institut for Folkesundhed (SIF), belyser hvordan mænd med en mellemlang eller lang uddannelse forholder sig til deres kræftsygdom, rehabilitering og CKSK som rehabiliteringstilbud. I rapporten konkluderes det bl.a., at mændene forbinder rehabilitering med det at være svag og syg, og at de efterlyser fællesskaber og tilbud i CKSK, som udelukkende er for mænd. De interviewede mænd i undersøgelsen bag rapporten beskriver også, at de ser kræft som en feminiseret sygdom, som de har svært ved at genkende sig selv i.

På baggrund af ovenstående rapport har der rejst sig en nysgerrighed omkring den undergruppe af mandlige kræftpatienter, som har en lav social position – og som ikke er repræsenterede i rapporten fra SIF. De er også underrepræsenterede blandt de mænd, der bliver henvist til og deltager i tilbud i CKSK (R. Moustsen et al., 2015). Dernæst har CKSK også erfaret, at mænd med kort uddannelse og lav indkomst generelt er udfordrende at fastholde i rehabiliteringsforløb.

Det grundlæggende sundhedsmæssige problem er, at mænd med lav social position har en højere risiko for at udvikle visse kræftformer, som fx lungekræft og nyrekræft, og derudover har en markant overdødelighed sammenlignet med mandlige kræftpatienter, der har en lang uddannelse (Oksbjerg Dalton et al., 2009:657-658). Dette er et alvorligt eksempel på social ulighed i sundhed. Den sociale ulighed opstår, når tilgængeligheden af sundhedsydelse varierer systematisk i forhold til borgerens uddannelsesniveau og indkomst (Nørredam og Christiansen, 2010:782). Eksempelvis er der formelt lige adgang til kræftrehabilitering i CKSK for Københavns borgere, men tilgængeligheden er forskellig alt efter, hvilken social position patienten har. Dette kan i værste fald betyde, at nogle kræftpatienter ikke får de rehabiliteringstilbud, som de har behov for.

Der tegner sig derfor et behov for mere viden om, hvorfor færre kortuddannede mænd bliver henvist, og hvorfor de ikke opsøger CKSK i samme grad som mænd med længere uddannelser. Dernæst er der også brug for en detaljeret indsigt i, hvilke rehabiliteringsbehov mænd med lav social position har.

Denne undersøgelse vil derfor fokusere på at beskrive de rehabiliteringsbehov, som kortuddannede mænd har, og dernæst undersøge deres erfaringer med at deltage i CKSK's rehabiliteringstilbud.

Forhåbentlig kan denne undersøgelse bidrage til en bredere forståelse af de kortuddannede mænds vilkår, samt foreslå anbefalinger til nye tilbud i CKSK og pege fremad mod nye aspekter, der bør afdækkes for denne specifikke patientgruppe.

UNDERSØGELSESPØRGSMÅL

- Hvilke sygdoms- og behandlingsforløb har mændene været igennem? Hvilken livssituation står mændene i? Hvordan er sygdoms- og behandlingsforløbene, samt mændenes livssituation, med til at rammesætte og definere deres rehabiliteringsbehov?
- Hvordan påvirker rammesætningen af mændenes rehabiliteringsbehov deres møde med CKSK, og deres syn på egne rehabiliteringsbehov? Hvilke forskellige og konkrete ønsker har mændene til rehabiliteringstilbud?

SAMMENFATNING

I denne undersøgelse har jeg rettet nysgerrigheden mod de rehabiliteringsbehov, som mænd med lav social position har. Jeg har forsøgt at belyse de mest centrale sammenhænge mellem mændenes sygdoms- og behandlingsforløb, deres livssituation, rehabiliteringsbehov og ønsker til tilbud i CKSK.

Undersøgelsen bygger på 5 individuelle interview med mænd i alderen 55-63 år. En er på efterløn, to er ledige, en er sygemeldt og på vej tilbage i arbejde, og den sidste er førtidspensionist. To af mændene er gift, og alle, på nær en, har børn. Nogle af mændene har en kortere uddannelse, fx en ungdomsuddannelse eller en erhvervsuddannelse, og to er ufaglærte. Jeg har ikke spurgt specifikt ind til deres økonomiske forhold, men har i interviewene fået den opfattelse, at især to af mændene lever med en presset økonomi. Fire af mændene er færdige med deres behandlingsforløb, mens en er i livsforlængende behandling.

Min tese har været, at sygdoms- og behandlingsforløbet, samt livssituationen sætter nogle rammer, der udstikker bestemte rehabiliteringsbehov, som er særlige for netop denne gruppe af mænd. Den idé er både blevet bekræftet og udfordret i undersøgelsen. Jeg kan konkludere, at der er nogle tematikker, der gør sig gældende bredt, men inden for disse placerer mændene sig i bemærkelsesværdigt varierende positioner.

Jeg har derfor forsøgt at vise de forskellige positioner, som mændene indtager eller repræsenterer. Og jeg betragter alsidigheden i disse positioner som undersøgelsens styrke. Et centralt fund er netop, at der ikke kan siges noget absolut entydigt om mændenes rehabiliteringsbehov. Selvom de deler adskillige vilkår, skal der forskellige indsatser til for at imødekomme mændenes særskilte rehabiliteringsbehov.

Under arbejdet med tematiseringen af interviewene, blev det klart, at der var fire særlige emner, der gjorde sig gældende for mændenes erfaringer under kræftforløbene:

- Livssituation og hverdagsliv
- Relationer til de sundhedsprofessionelle
- Barrierer og ressourcer
- Mødet med CKSK

Livssituation er et begreb, Tjørnhøj-Thomsen og Ingholt anvender i *Vi mænd* rapporten. Det rummer en opmærksomhed på, at de kræftramte mænd er tidligt og socialt situeret. Livssituation henviser således til betydningen af mændenes livshistorie, sygdomserfaringer, aktuelle hverdagsliv, fremtidsønsker og perspektiver (Tjørnhøj-Thomsen og Ingholt, 2014:5).

Jeg bruger begrebet som en ramme til at forstå mændenes rehabiliteringsønsker gennem hele undersøgelsen. Derfor er begrebet hele tiden i spil, selvom der også er et specifikt afsnit, der især fokuserer på livssituation og hverdagsliv.

LIVSSITUATION OG HVERDAGSLIV

Mændene i nærværende undersøgelse lever vidt forskellige hverdagsliv med individuelle livshistorier. To af mændene er gift, og oplever en stor støtte fra deres ægtefælle. Nogle har stærke sociale netværk bestående af enten venner eller familie, men flere fortæller også, at de ofte er ensomme i hverdagen. De fleste af dem har diverse sygdomme med i rygsækken eller får konstateret flere oveni selve kræftdiagnosen. De mænd, der er i arbejde, bruger arbejdet som et socialt fællesskab, men også som et middel til at genfinde hverdagen. De tre mænd, der ikke er i arbejde, har ikke denne mulighed, og er derfor ikke rustet i samme grad til at orientere sig

fremadrettet efter kræftforløbet. Fx har de nogle andre fremtidsønsker i forlængelse af dette. En af mændene siger bl.a., at han blot ønsker at *“få fred”* fra jobcentret. Et andet afgørende fund er, at nogle af mændene lever hverdagsliv, der forud for kræftsygdommen er forvirrende og belastende. Kræftsygdommen bliver således endnu en problemstilling i bunken af allerede eksisterende udfordringer. Dette gør rehabiliteringen endnu sværere at overskue for nogle af mændene.

RELATIONER TIL DE SUNDHESPROFESSIONELLE

Relationerne til de sundhedsprofessionelle viser sig som et centralt emne for informanterne, fordi de reagerer stærkt på de erfaringer, de har med sundhedsprofessionelle. Her har jeg ikke kun kigget på de ansatte på de behandlende afdelinger, men også på de praktiserende læger. Mændene tager erfaringer fra kontakten til egen læge med sig, og der er en tendens til, at tilliden til egen læge overføres til de sundhedsprofessionelle på behandlende afdeling. Nogle af mændene har været udpræget opsøgende og spørgende under deres behandlingsforløb, mens andre har haft lave forventninger, og ikke har gjort meget væsen af sig, hvis de fx var utrygge eller utilfredse.

Mændene fortæller, at de oplever en stor faglighed under behandlingen, og at der ofte er personale, som er dygtige til at vise den nødvendige omsorg. Desværre svinger denne omsorg meget i henvisningsproceduren, hvor en enkelt læge fx er ekstra opmærksom på at nævne, at der både er træning og en socialrådgiver i CKSK – mens en anden af mændene føler sig som et nummer *“en dum lille nyrekræft”*, der bliver vippet ud af døren, og kun får en henvisning til CKSK, fordi han stædigt insisterer på sin ret. Dette er et eksempel på det spændingsfelt mændene befinder sig i mellem magt, tillid og omsorg i relationen til de sundhedsprofessionelle.

BARRIERER OG RESSOURCER

Et af de vigtigste fund i undersøgelsen handler om mændenes barrierer og ressourcer. Det er påfaldende, at disse har så stor indvirkning på, hvordan mændene handler og reagerer under deres sygdoms- og behandlingsforløb, og ikke mindst under rehabiliteringsforløbet.

Manglende overskud, psykisk sårbarhed, sociale problemer, manglende støtte i netværket og dårlig økonomi er nogle af de tungeste barrierer for mændenes deltagelse i tilbud i CKSK. Men psykisk sårbarhed kan også være en ressource, som det viser sig for den ene af mændene. Han bruger sine erfaringer fra en kronisk psykisk sygdom som håndteringsstrategi, og lykkes med at berolige sig selv i en belastende situation under behandlingen.

De gifte mænd beskriver deres koner som deres største ressource og støtte. Konerne viser en omsorg, der rummer alt fra praktiske og logistiske aspekter til en vedholdende psykisk støtte. Mændene er dybt taknemmelige for dette, men er også bekymrede for deres koner. Det tyder på, at kvinderne også har et behov for støtte, da de lægger utrolige kræfter i at være nærmeste pårørende til at kræftsyg.

Nogle af mændene virker måske knap så ressourcestærke i kontakten med CKSK, men beskriver, hvordan de hjælper deres venner og andre i deres netværk, som er endnu dårligere stillet end de selv er. Dette peger på, at de faktisk har solide ressourcer, men at de er vanskelige at få bragt i spil, i mødet med CKSK.

MØDET MED CKSK

Mændenes livssituation er med til at betinge deres møde med CKSK. En af mændene er ofte ensom, og mærker, at det fylder i hans hverdagsliv. Han melder sig alle mulige aktiviteter og tilbud i CKSK, og beskriver hvordan han har fundet et sted, der *“har det hele”*. En anden informant lider

af social fobi, og kan ikke se sig selv i de rammer, som CKSK tilbyder med holdtræning. Han får i stedet et individuelt forløb med en fysioterapeut. Dette er to eksempler på, hvordan mændenes behov påvirker deres møde med CKSK.

Mændene påpeger især caféområdet, stemningen og kontaktpersonerne som elementer, der gør CKSK til et attraktivt sted for dem at komme. Nogle af mændene kæmper dog med at finde disciplinen eller overskudet til at komme ind i CKSK, og giver udtryk for en skyldfølelse over for deres kontaktperson, som er uhensigtsmæssig. Mødet med CKSK kan derfor også blive en påmindelse om, at man er en borger, der ikke "passer ind" i systemet, fordi man ikke lever op til det forventede patientideal – en kræftpatient, der handler selvstændigt, og tager ansvar for egen sundhed ved at komme i CKSK.

METODE

DET KVALITATIVE INTERVIEW

Denne undersøgelse er baseret på kvalitative interview med fem mænd i alderen 55-63 år. Jeg har foretaget de fem interview som *semistrukturerede livsverdensinterview* (Kvale og Brinkmann, 2009:45). Det vil sige, at jeg har udarbejdet en interviewguide, baseret på mine forskningsspørgsmål, som jeg har taget udgangspunkt i under interviewene. Dog har jeg ikke fulgt interviewguiden slavisk, men har også lyttet efter interessante tråde, som er dukket op hos informanterne under interviewene. Med *livsverden* forstås, at jeg især har interesseret mig for informanternes egne oplevelser og forståelser. Jeg har således efterspurgt informanternes personlige perspektiver på de temaer, jeg ønskede at få belyst – nemlig sammenhængen mellem deres sygdoms- og behandlingsforløb, rehabiliteringsønsker og møde med CKSK.

Fire af interviewene er foregået i CKSK, mens et enkelt er udført over telefonen. Sidstnævnte var med en informant, der var for dårlig til at komme ind i centret, da han var afkræftet efter en række operationer. Interviewene er optaget i et diktafonprogram, og derefter gennemlyttet. Jeg har herefter transskriberet dele af interviewene, samtidigt med at jeg løbende har foretaget en tematisering af interviewene. I denne proces har jeg lyttet efter påfaldende udtalelser, og hele tiden haft mine forskningsspørgsmål i baghovedet, som baggrunden for tematiseringen.

I forbindelse med kvalitative undersøgelser kommer der ofte spørgsmål om, hvad de overhovedet kan påvise. Hvor stærk kan udsigelseskraften fx være, når der kun er tale om fem mænd? Formuleringen af det spørgsmål afslører, at afsenderen på forhånd tænker på viden som noget, der skal kunne tælles og kvantificeres. I mine øjne bør kvantitative undersøgelser gå hånd i hånd med kvalitative undersøgelser, fordi de kan skabe forståelser af en problemstilling fra hver sin vinkel. I emnet for denne rapport er det fx relevant at kende omfanget af mænd med lav position, der henvises til CKSK. Her kan regulære tal fx påvise en skævvridning i, hvem der bliver henvist. Men tal i sig selv kan ikke fortælle, hvilke opfattelser mænd fx har af deres sygdomsforløb. Hvis man vil forstå, hvad mænd med lav social position oplever under et kræftforløb, er man nødt til at finde ind til alle detaljerne i deres erfaringer, forståelser og oplevelser – og de har optimale rammer for at udfolde sig i et kvalitativt og semistruktureret livsverdensinterview.

Denne undersøgelse skal således gerne komme med nogle brugbare indblik ind i de fem mænds livsverdener. Forhåbentlig kan disse indblik skabe nogle aha-oplevelser og nye perspektiver på, hvad det præcis er, disse mænd har af ønsker til kræftrehabilitering i CKSK.

REKRUTTERING

Informanterne er rekrutteret i samarbejde med de tre teams i CKSK. Indledningsvis ønskede jeg at rekruttere to mænd, der var henvist og havde brugt en række tilbud i centret, samt to mænd, der havde afslået CKSK, efter at være blevet henvist. Det viste sig dog at være umuligt at få fat i den sidstnævnte gruppe, da kontaktpersonerne ikke har nogen data på dem, fordi de efter at have takket nej over telefonen ikke kommer ind til vis. samtalen, hvor der normalt bliver registreret en række data om patienterne. Jeg havde således ikke mulighed for at finde ud af, hvilke af mændene, der afslår CKSK, der havde en kort uddannelse. Derfor valgte vi fem mænd ud, som alle havde haft forløb i CKSK i kortere eller længere tid. Med undtagelse af en enkelt informant, som var henvist, og var i telefonisk kontakt med sin kontaktperson flere gange, før og under han fik opfølgende operationer efter den regulære kræftoperation. I mellemtiden blev han henvist til et andet sted, der kunne give ham genoptræning i hans lokalområde.

Rent praktisk foregik rekrutteringen sådan, at jeg efterspurgte disse mandlige patienter ude i de tre teams. De vendte tilbage til mig med forslag, og ringede derefter til informanterne, og spurgte, om de havde lyst til at deltage i undersøgelsen. Herefter spurgte de, om de måtte give vedkommendes tlf. nummer til mig. Hvorefter jeg ringede mændene op, fortalte hvem jeg var og spurgte, om de ville deltage. Jeg foreslog, at interviewene enten kunne foregå i deres hjem eller i CKSK.

Alle interviewene er foregået efter informeret samtykke. Jeg har før interviewets start oplyst informanterne om min tavshedspligt, og fortalt dem, at de ville blive anonymiserede i undersøgelsen. Men da flere af jer, læsere af denne rapport, er kontaktpersoner for informanterne, vil det måske fremstå tydeligt, hvem der er hvem. Jeg vil derfor bede jer om at respektere mændenes anonymitet.

PRÆSENTATION AF INFORMANTER

Alle informanterne er, som tidligere nævnt, mænd i 50'erne eller starten af 60'erne. En af dem er kronisk syg, mens de andre er færdige med deres behandling, og nu går til jævnlige tjek. To af mændene er gift, mens de tre andre er enlige. Alle, på nær en, har børn og i mange tilfælde også børnebørn.

Der er en bred spredning i repræsenterede kræftformer, da de har hver deres diagnose. Det varierer, om de har haft korte eller lange behandlingsforløb. To af mændene har været i kemoterapi, mens de tre andre udelukkende har fået en operation.

Informant-nummer	Diagnose	Alder (år)	Deltager i rehabilitering	Vejen til rehabilitering	Arbejde
1	Nyrekræft	62	Ja	Selv henvendt sig	Efterløn
2	Prostatakræft	55	Ja	Henvist	Sygemeldt (skal starte op på nedsat tid)
3	Lungekræft	59	Ja	Henvist til PROLUCA	Ledig
4	Tyktarmskræft	55	Nej	Henvist (takkede ned)	Førtidspensionist (skånejob)
5	Kræft i urinblære	63	Ja	Henvist	Ledig

LIVSSITUATION OG HVERDAGSLIV

Dette afsnit fokuserer på mændenes livssituation og hverdagsliv. Her vil jeg belyse de aspekter, der kendetegner den kontekst, som mændene oplever deres kræftsygdom i. Livssituation er et begreb, der omfatter en række perspektiver – mændenes alder, deres sociale og familiære relationer, deres tilknytning til arbejdsmarkedet og deres livshistorie.

Jeg anskuer hverdagslivet som den konkrete ramme, mændenes livssituation udspiller sig i. Alle mændene oplever, at kræftsygdommen skaber et uønsket brud i deres hverdagsliv. Det interessante er imidlertid, at dette udspiller sig på forskellig vis, da mændenes hverdagsliv og livsvilkår er ganske ulig hinanden, da de får konstateret kræft.

I dette afsnit vil jeg demonstrere, hvordan mændenes livssituation og hverdagsliv er med til at definere rammen for deres rehabiliteringsbehov. Jeg laver et nedslag i tre temaer: sociale relationer, hverdagens rammer og kræft i kontekst. I første underafsnit ser jeg på, hvilken betydning de sociale relationer har for informanterne. I *hverdagens rammer* undersøger jeg, hvordan økonomi, tilknytningen til arbejdsmarkedet og strukturer i hverdagen definerer bestemte vilkår for hver informant. Under *Kræft i kontekst* fokuserer jeg på informanternes sygdomsbiografi som et bagtæppe for deres rehabiliteringsbehov.

SOCIALE RELATIONER

Mængden og karakteren af sociale relationer og netværk svinger stærkt blandt informanterne. Nogle udtrykker, at de føler sig ensomme, og en har forsvindende få relationer. Andre har en kone, en tæt familie, gode venner eller en arbejdsplads, hvor der er et berigende fællesskab. En af informanterne fortæller, hvordan han giver og får støtte fra sin nære familie, som har været ramt af en række kræfttilfælde:

“Jeg taler med hele min familie hver dag. Vi har et meget tæt forhold i vores familie. Jeg ringer til dem hver dag. Det er min mor, der tager det hårdest. [...] Hun er meget nervøs. Jeg mistede min storesøster for 3 år siden, hvor det var kræften, der tog hende. Og nu har min lillebror kræft i meget stærk grad, som ikke kan opereres endnu, fordi knuden er for stor til at de kan fjerne den. [...] Det tager utrolig hårdt på min mor. Da hun så fik at vide, at jeg også havde det...det gjorde jo ikke sagen bedre. Så hun har taget det meget hårdt. Hende ringer jeg til hver dag. [...]”
(50'erne, tyktarmskræft)

Udover den nære familie, har han også en kone, som er hans vedholdende støtte i hverdagen. Hun hjælper ham med alt det praktiske, og har udvist en uundværlig omsorg gennem hele hans kræftforløb:

“Hende kunne jeg ikke undvære, min kone. Det kan jeg ikke. Det er helt klart. Det er mit et og alt.”
(50'erne, tyktarmskræft)

Dette går igen hos den anden informant, som også er gift. Han beskriver, hvordan hans kone er, og har været, et livsvigtigt anker for ham gennem sygdoms- og behandlingsforløbet:

“Det er jo ubetaleligt. Hun har været med hele vejen igennem til alle undersøgelser og kemo fra starten af. Det har været dejligt. [...]” (50'erne, prostatakræft)

Disse to gifte mænd oplever en støtte i hverdagen, der er helt unik i forhold til, hvad de tre andre mænd oplever. For det første er de ikke alene om at håndtere alle de praktiske og følelsesmæssige udfordringer under sygdoms- og behandlingsforløbet. Der er altid et ekstra sæt

ører og hjælpende hænder. For det andet har de hele tiden en nær person omkring sig, de kan støtte sig til. Derfor er de mere uafhængige af at skulle opsøge støtte og vejledning fra venner, bekendte eller sundhedsfaglige aktører.

For nogle af mændene kan det også være tvetydigt, om de egentlig har nære sociale relationer, de kan trække på. Fx nævner en af informanterne, at han har svært ved at tage kontakt til de venner og bekendte, der er kommet i arbejde, mens han stadig er ledig. Dog mener han alligevel, at der er mange, han kan kontakte:

“Nu har jeg også været arbejdsløs og sådan noget, så det er ikke alle, jeg opsøger. Der er ikke så meget at skrive hjem om. De er kommet lidt videre i livet, og det er jeg bestemt ikke. [...] Men jeg har masser af gode venner rundt om mig, hvis jeg har lyst til det. [...] (60'erne, kræft i urinblære)

For denne informant ser det ud til, at hans livssituation – nærmere bestemt hans status som ledig, er med til at præge, hvem han kontakter. Mulighedsrummet for at handle og søge hjælp eller vejledning er således også indskrænket, da han føler sig begrænset i, hvem han kan opsøge. Han fortæller senere i samtalen, at hans hverdag er domineret af samvær med venner, som han hjælper på den ene eller anden led. Fx er han ofte på besøg i sin vens cykelværksted eller støtter gode venner, der også har fået kræft og har en masse spørgsmål, som han kan svare på. Ovenstående citat kan tyde på, at han betragter sin jobsituation som skamfuld, og bevidst dyrker de relationer, hvor han føler sig ressourcestærk.

De to mænd, der er i arbejde, fremhæver fællesskabet på deres arbejdsplads som et værdifuldt socialt element i deres liv. Den ene fortæller ligefrem, at han jævnligt har talt med sin nærmeste leder om kræftsygdommen, og har fundet en kontinuerlig og tryk støtte hos ham:

“Dem (cheferne red.) snakker jeg også meget med. Ham, der er min nærmeste i værkstedet, har jeg af og til ringet til, mens jeg har været syg, og har fået en sludder med ham. Det sker også, at jeg ringer til ham privat og får en sludder, fordi jeg har et utrolig godt forhold til ham. Vi snakker meget sammen privat, men også over tlf.” (50'erne, tyktarmskræft)

De to mænd, der er i arbejde, har potentielt adgang til nogle andre og flere sociale relationer, end de tre mænd, der står uden for arbejdsmarkedet eller er pensionerede. Dette kan pege på, at mandlige kræftpatienter med lav social position, der står uden for arbejdsmarkedet, er i højere risiko for at føle sig ensomme. Hvis mændene herudover også har få sociale relationer, kan det betyde, at de har sværere ved at navigere i sygdoms- og behandlingsforløbet, fordi de er alene om forløbet. Dog kan man ikke konkludere, at det er sådan for alle. I afsnittet *Ressourcer og barrierer* viser jeg nogle eksempler på dette.

HVERDAGENS RAMMER

Rammerne for informanternes hverdagsliv er vidt forskellige. Tre af mændene bor alene, og to bor sammen med deres koner. Derudover lever de ikke under de samme økonomiske vilkår, og deres tilknytning til arbejdsmarkedet varierer også bredt. Nogle af mændene har faste vaner, som de bruger til at strukturere deres hverdag med, men andre både savner indhold, mening og faste rytmer i deres hverdagsliv.

Nogle har haft hårdt fysisk arbejde det meste af deres liv, mens andre har været igennem opslidende forløb med jobcentre og sagsbehandlere de sidste par år. En enkelt af mændene har i en årrække arbejdet på et beskyttet værksted, hvilket han trives rigtig godt med. Han beskriver, at der er en stor rummelighed på hans arbejdsplads, samt et overordnet fokus på, at medarbejderne først og fremmest skal have det godt:

“[...] Der er et meget nært sammenhold mellem næsten alle mine kollegaer. Mine kollegaer er folk, der har en psykisk lidelse. [...] Vi har et utrolig godt venskab, og vi har en pauseafdeling, hvor vi har tre store sofaer stående, hvor vi kan sidde og snakke [...]. Og har vi lyst til at sidde og snakke hele dagen i stedet for at arbejde, så er der ikke et ondt ord om det. Det er som mine chefer siger: vi skal bare være der, og vi skal have det godt med hinanden, og det er det vigtigste. Om vi laver noget, eller laver lidt eller meget, det er der ikke noget, der hedder. Vi laver alle sammen lige meget. [...] Har vi brug for at sidde og snakke om nogle ting med nogle kollegaer, så sætter vi os ned i sofaen, og så går snakken bare. Det kan være et kvarter eller en halv time. Det kan være et par timer. Sådan er det bare. Det har vi lov til. Der er jeg meget glad for at være ude. [...] Jeg har haft en del orlov og fravær, fordi jeg jo er psykisk syg. Men de har meget gerne villet beholde mig derude. [...] Der har været mange spændende opgaver derude, som jeg er den eneste, der får lov til at lave, udover min chef selv. [...]” (50’erne, tyktarmskræft)

Ovenstående tyder på, at tilknytningen til arbejdsmarkedet har stor betydning for informanten. Dels fordi hans arbejde skaber struktur og mening i hverdagen, dels fordi det giver ham et stærkt socialt fællesskab, hvor han oplever nærvær, tryghed og faglig anerkendelse. Arbejdet bliver også et fast holdepunkt ude i fremtiden, som han glæder sig til at vende tilbage til efter kræftforløbet. Han har dermed et ekstra pejlemærke at stile efter, som sætter hele hans sygdoms- og behandlingsforløb i et tidsligt perspektiv, hvor der er en attraktiv fremtid. Dette kan være med til at motivere, og give ham den fremdrift, som nogle af de andre mænd savner.

Hvis hverdagen forud for sygdommens komme har været ustruktureret og uoverskuelig, bliver den bestemt ikke lettere at håndtere, når der kommer en kræftsygdom oveni. Nogle af mændene mangler fx overskud i hverdagen, føler sig pressede af et dårligt samarbejde med jobcentret, og kæmper med psykisk sårbarhed. En af informanterne udtrykker denne sammensmeltning af problemstillinger med disse ord:

“Jeg er gået i selvsving med en hel masse ting, og jeg har en masse problemer, så derfor sker der ikke særlig meget. Og det er noget værre lort.” (60’erne, kræft i urinblære)

Økonomien er en anden central rammesættende faktor, som har konkrete indvirkninger på mændenes hverdagsliv. Nogle af mændene fortæller, at de ikke har råd til at gå i gang med træning i et fitnesscenter på egen hånd. Dyr offentlig transport er også en forhindring for at tage ind til byen fra forstaden, for at besøge gode venner eller deltage i rehabiliteringstilbud. Økonomien sætter en bremse i, når det kommer til ønsker for fremtiden, og dette er en klar hindring for handling, som er med til at øge presset på især to af informanterne.

Nogle af mændene har svært ved at beskrive, hvad deres hverdag består af. Måske fordi den forekommer dem selv trivial eller fordi de synes, at de lever *“stille og roligt”*. En af mændene fortæller således, at han ikke laver særlig meget, men at han har det fint:

“Den er stille og rolig. Jeg laver ikke så meget. Jeg sover meget, og spiser for meget åbenbart, fordi jeg tager grusomt på i vægt. Men ellers har jeg det ganske udmærket. [...] Jeg laver så lidt som muligt, og det har jeg det ganske udmærket med.” (60’erne, nyrekræft)

Senere i interviewet fortæller han, at han har brugt mange forskellige tilbud i CKSK, og at han har været meget glad for at være social i CKSK på en *“uforpligtende”* måde. I slutningen af interviewet konkluderer han selv, at han bl.a. har været så glad for at bruge CKSK, fordi han er ensom. Men han fortæller ikke åbent om ensomheden fra starten, hvilket peger på, at det er et tabuiseret emne for ham. Ensomheden er en udfordring for flere af mændene, og mændenes udsagn tyder på, at den både kan være med til at skubbe dem ud af døren, og være en forhindring for at komme afsted og ind i CKSK.

Mændene, der er i arbejde, kan bruge jobbet, kollegaerne og strukturen som et fundament for deres egen rehabilitering og tilbagevenden til livet. Dermed har de adgang til en ressource, som de ledige mænd og den pensionerede ikke har. De ledige og pensionerede mænd er således vanskeligere stillet, da deres udfordringer samlet set er større og mere komplekse. Det er bemærkelsesværdigt, at det netop er de to gifte mænd, der er i arbejde – eller er på vej tilbage på arbejde efter en periode med sygemelding. Dette kunne implicere, at det er nemmere for mænd med lav social position at fastholde et arbejde eller at komme i arbejde, hvis de har en ægtefælle.

KRÆFT I KONTEKST

Informanterne befinder sig alle i aldersgruppen fra midten af 50'erne og op til starten af 60'erne. Alle, på nær en enkelt, har egne børn eller stedbørn, og nogle har også børnebørn. De er alle et sted i livet, hvor de har et forholdsvis langt arbejdsliv – eller mange år i det offentlige system – bag sig.

Flere af mændene har psykiske vanskeligheder og diagnoser, kroniske somatiske sygdomme og har haft et alkohol- og stofmisbrug tidligere i livet. De har således en sygdomsbiografi forud for kræftsygdommen, som er ganske omfattende. Dette gør, at kræftsygdommen, trods dens særlige eksistentielle karakter, til dels opfattes som endnu en sygdom i et allerede eksisterende sygdomsbillede. Det generelt dårlige helbred kan også medføre, at der kommer flere sygdomme til i kølvandet på selve kræftdiagnosen:

“Den (kræftsygdommen red.) har jeg nok gået med i nogle år, uden at vide det. Det har været sådan en langsomt-groende en. Og så fik jeg så konstateret den sammen med KOL og en række andre sygdomme her tidligt på året. Jeg fik sådan en palette.” (50'erne, lungekræft)

Denne informant står således over for en række helbredsmæssige udfordringer, i form af multisygdom, som kan være med til at påvirke den måde, hvorpå han tackler selve kræftrehabiliteringen. Fx medfører hans sygdomsbillede konkret, at han er henvist til flere forskellige tilbud, der skal hjælpe ham med hver enkelt sygdom. Dette kombineret med en dårlig økonomi, nedslidning efter et flereårigt forløb i jobcentret, og gamle psykiske sårbarheder, gør situationen kompleks og uoverskuelig for ham.

En anden informant har levet flere år med KOL, da han får konstateret kræft. Men i hans tilfælde får multisygdom en helt anden betydning. Gennem sit KOL forløb har han haft et forløb i et forebyggelsescenter, og derfor synes han ikke, at springet over til CKSK er særligt drastisk *“jeg kom faktisk fra et center, og over på et andet.”* I hans tilfælde har det måske været en fordel, at han har prøvet at være patient og borger i det kommunale system tidligere. Tidsligheden i sygdomsbiografien er derfor en væsentlig faktor. Erfaring, med at mestre sygdomme tidligere i livet, ser ud til at være en ressource for informanterne, hvorimod multisygdom, som rammer synkront med kræftsygdommen, ser ud til at være en belastning.

Informanterne har en fælles oplevelse af at være rystede, nervøse og chokerede, da de får at vide, at der er noget, der skal undersøges nærmere, og da det bliver konstateret, at de har kræft. En af informanterne, der er uhelbredeligt syg, fortæller, at det sværeste for ham har været at acceptere sygdommen og situationen:

“Jeg har prøvet at acceptere, at det lige var sådan det skulle være, og var selvfølgelig træt og alt muligt under kemoen. [...] at acceptere, at livet ikke blev så langt, som det lige skulle have været. Det er lige det.” (50'erne, prostatakræft)

Her bliver det tydeligt, at kræftsygdommens indgriben i livet hos informanterne, i høj grad er relateret til ikke blot udsigterne, men også selve kræftformen og behandlingen. For informanten, i det ovenstående citat, fylder det meget at slutte fred med den kroniske diagnose.

En anden mand forklarer, hvordan han i behandlingsforløbet svinger mellem frygten for at dø og tanken om, at det nok skal gå. Dette limbo befinder han sig i i de ca. to måneder, der går, før det bliver konstateret, at den fundne knude var kræft og at alt er kommet med ud under operationen:

"[...] Jeg sad nærmest i et vakuum. Jeg ved ikke, jeg tænkte...som sagt, den ene dag skrev man testamentet, og den anden dag tænkte man: hvad fanden skal man...hvad foregår der egentlig? Hvad sker der?" (60'erne, nyrekræft)

Det er også afgørende, hvor i livet informanterne er, da de får kræft. To af informanterne er, som tidligere nævnt, på vej tilbage i arbejde, og orienterer sig mod en fremtid, hvor arbejdet bliver en fast del af deres hverdagsliv. En af de ledige informanter, derimod, håber på en fremtid, hvor han kan komme på efterløn:

"[...] Min forhåbning er, at jeg inden det er for sent, og den slags tager tid, kan nå at blive flexjob-godkendt, inden jeg bliver 62, fordi så kan jeg gå på efterløn dér. Ikke for ikke at lave noget, men fandme for at ville være i fred for det der pjat. [...] Jeg havde forsvoret, at det skulle tage røven på mig, og de 2 første år var også ok, det 3. år begyndte jeg at gå ned på det. [...]" (50'erne, lungekræft)

De brud, som kræftsygdommen skaber i hverdagen, er grundlæggende forskellige for informanterne. I citatet ovenfor ser vi informanten stile mod at få fred fra *systemet*. Han ønsker sig ikke tilbage til den hverdag, han havde forud for kræftdiagnosen. Derimod drømmer han om at komme videre. Der er derfor ikke tale om en ønsket genoprettelse af normalitet, men om etableringen af en behagelig, ny og tryk normalitet. Når han ikke drømmer om et fortsat arbejdsliv, bliver det relevant at undersøge, hvilke ønsker han har til det at gå på efterløn – og hvordan disse ønsker kan indtænkes i hans sygdomsbiografi og livssituation.

RELATIONER TIL DE SUNDHEDSPROFESSIONELLE

Informanterne fortæller i interviewene om varierende oplevelser med sundhedsprofessionelle gennem deres sygdoms- og behandlingsforløb. Disse oplevelser gør i nogle situationer en afgørende forskel for den enkelte informant.

Der er mange faktorer på spil i feltet mellem patienten og den sundhedsprofessionelle, som påvirker, hvordan patienten oplever relationen. Modellen *"Framing the cinical encounter"* viser, hvordan patienten og den professionelle møder hinanden med dybt forskellige forudsætninger (Tjørnhøj-Thomsen, 2009:38). Jeg vil i dette afsnit tage afsæt i tre begreber fra modellen: *tillid*, *magt* og *omsorg*. Disse tre går igen som underliggende temaer i mændenes fortællinger om deres sygdoms- og behandlingsforløb, og er med til at sætte en ramme for mændenes rehabiliteringsbehov.

Dernæst skal vi se nogle eksempler på, hvad inddragelse og information betyder for mændene under deres sygdoms- og behandlingsforløb. Herefter vil jeg demonstrere den bredde, der ligger i mændenes erfaringer med henvisningen til CKSK. Til sidst vil jeg pege på, at de sundhedsprofessionelles sundhedsforståelser og kropsforståelser påvirker deres syn på mændenes rehabiliteringsbehov.

TILLID OG MAGT

De fleste af informanterne har ensartede oplevelser af at komme ind i et organiseret forløb, da de bliver henvist til udredning på hospitalerne. Længden af mændenes sygdoms- og behandlingsforløb strækker sig fra et par måneder og op til flere år, ligesom nogle af mændene udelukkende er blevet opereret, mens andre også har været i kemoterapi. Behandlingsforløbene er præget af effektivitet, men efterlader flere af mændene med blandede indtryk – de har tillid til systemet, og er taknemmelige for at få en hurtig og effektiv behandling, men samtidigt mærker de også, at der bliver udøvet en magt, som ikke giver plads til den store medbestemmelse:

“Det går hurtigt. Jeg får sådan en pakkeløsning. Det er helt skemalagt dér. Jeg føler ikke, at jeg har ret meget indflydelse på, hvad der sker. Men omvendt føler jeg, at jeg er i gode hænder. Men jeg får ikke ret meget information. Mød dér, mød dér, mød dér. [...] Jeg stolede fuldstændig på dem, og det lød helt fornuftigt i mine øjne. Men man følte sig ikke som noget unikum. Man følte sig som et nummer i et meget stort system. [...] For dem er det en ganske gemen sygdom, men det er jo det, som er dilemmaet. Ude i den store virkelighed, der taler man helst ikke om det, og så alligevel taler man med nogle eksperter. Nå ja, vi tager det bare sådan og sådan. Der er det cool business.” (60’erne, nyrekræft)

Informanten påpeger også, at han oplever et sammenstød med de sundhedsprofessionelles tilgang til hans sygdom og synet på kræft i den “store virkelighed”. Informanten mener, at det er svært at bevæge sig i begge verdener, i mellem “cool business” og et hverdagsliv, hvor det kan være anstrengt og akavet at tale om kræft.

Nogle af informanterne har forud for kræftdiagnosen erfaringer med sig fra egen læge, hvor der har været et sammenstød mellem lægens faglige vurdering og informanternes ønsker til behandling. Dette betyder for to af informanterne, at de ikke får tacklet hhv. deres søvnbesvær og behov for at tale med en psykolog. I det følgende citat ses det, hvordan lægens faglige autoritet vinder over patientens løsningsmodel:

“[...] Jeg har været der nogle gange (hos den nye praktiserende læge red.), men desværre er han ikke tilhænger af sovepiller. Det bliver man afhængig af, men det kan næsten være lige meget i min situation.[...] Det er nok bedre, at jeg får sovet i forhold til min sygdom. [...] Jeg har fået nogle fra hospitalet, men det var ikke noget jeg tog hver dag, hver nat, så det skulle ikke være noget, synes jeg. Men det kunne være rart at få sovet lidt engang i mellem i stedet for en time ad gangen.” (50’erne, prostatakræft)

Informanten har døjet med søvnbesvær i en årrække, da jeg taler med ham, men ovenstående citat henviser til et besøg hos lægen, der er foregået for nyligt. Jeg kan forstå på informanten, at der ikke er sket mere. Hverken han selv eller lægen har taget initiativ til at løse søvnproblemet på en måde, de kan enes om. Det er bemærkelsesværdigt, at lægen tilsyneladende ikke er sig sin magtfulde position bevidst.

Noget peger på, at denne informant bringer ovenstående erfaring med sig ind på hospitalet under kræftbehandlingen. Han har ikke de store forventninger om at blive set og hørt: “De har jo ikke tid til at sidde og holde i hånd, så det er fint nok. [...]”. Da han kommer i kontakt med CKSK, er han ikke specielt opsøgende, men synes bare, at det hele er “fint, fint”. Hans tidligere erfaringer med afvisende sundhedsprofessionelle er måske en medvirkende årsag til, at han er noget tilbageholdende under sit forløb i CKSK.

De sundhedsprofessionelles autoritet og magt opfattes dog ikke kun negativt af informanterne. En af mændene bliver dybt rystet, da han står over for at skulle opereres, og han har svært ved at få sig selv til at sige ja – indtil hans behandlende læge ringer ham op:

“Jeg var dybt chokket...altså ude på XX hospital. Det var jeg. Og jeg nægtede. Jeg skulle ikke noget. Han (overlægen red.) måtte ringe til mig. Nu må du altså tage dig sammen. [...] jeg siger, hvor lang tid kan man gå med det her? Et par år, sagde han så. [...] Og han ringede og sagde, der er altså engang imellem, hvor man må sige a eller b. [...] Du skal sige a, kan jeg huske, at han sagde. Og så tog jeg mig lidt sammen, og kom derind. [...]” (60’erne, kræft i urinblære)

Informanten er utryk ved det hele, og bange for operationen, men han vælger at have tillid til lægen. Lægen lægger i denne situation et stærkt pres på ham, hvilket kan tolkes som en form for magtmisbrug, men det er klart i patientens interesse. Lægen forstår her, at patienten har brug for et bestemt skub, før han kommer ind til operationen. Informanten udtrykker senere i interviewet, at han er særdeles tilfredshed med lægens initiativ.

INDDRAGELSE, OMSORG OG INFORMATION

Informanterne har alle forståelse for, at der er travlt på hospitalerne. Nogle konstaterer resigneret, at der selvfølgelig ikke er så meget tid til den enkelte, mens andre holder fast i deres egne behov og fx stiller spørgsmål, indtil de har fået tilstrækkelige svar. Overordnet har de alle haft positive oplevelser, hvor læger, sygeplejersker og andet personale har givet grundig vejledning, været støttende og opmærksomme. Det kan være svært for mændene at beskrive, hvad det er i en sundhedsprofessionels opførsel, der gør, at de føler sig trygge, set og hørt. Men det lader til, at den rette blanding af faglig kunnen og menneskeligt nærvær bringer den sundhedsprofessionelle “ned på gulvet”, som en informant udtrykker det.

Flere af informanterne fremhæver den særlige støtte og indsats hos en bestemt sundhedsprofessionel. En af mændene beskriver, hvad hans kontaktsygeplejerske gjorde, da han var ked af det under indlæggelsen:

[...] En af sygeplejerskerne på hospitalet, som var min kontaktsygeplejerske, hende snakkede jeg flere gange med, når jeg havde tudeture. Hun krammede mig, støttede mig, aede mig på kinden og på skuldrene. Jeg fik virkelig god støtte af min kontaktsygeplejerske. Hun var meget overbærende med mig, at jeg skulle have det sådan.” (50’erne, tyktarmskræft)

Det lader til, at sygeplejersken får hjulpet ham med nogle af de psykiske reaktioner under behandlingen, og at dette ruste informanten fremadrettet i hans behandlings- og rehabiliteringsforløb. Han føler sig mødt og set, hvilket heldigvis er en oplevelse, der går igen hos de fleste af informanterne. De har alle mødt mindst en sundhedsprofessionel, som har været dygtig til at inddrage dem og vise dem omsorg.

Et eksempel på inddragelse er fx, at nogle af informanterne beskriver, at det er nemt at komme i kontakt med deres behandlende læge eller andre sundhedsprofessionelle på afdelingen:

“Jeg kan godt komme derind, hvis jeg har problemer. Det er ikke altid, jeg kan komme til, men så kan jeg lave en aftale med ham. Han er meget ophængt. Det er helt sikkert, men der er jo andre derinde at snakke med. Men jeg laver bare en aftale. Nu har jeg ikke haft brug for at snakke med ham, men jeg har tænkt mig, at jeg skal ind og have snakket lidt med ham om nogle ting. [...]” (60’erne, kræft i urinblære)

Hvis han ønsker information, er den tilgængelig for ham, fordi han har en god kontakt til afdelingen, og føler sig velkommen. Han føler, at de sundhedsprofessionelle bekymrer sig om ham, og gerne vil høre, hvad han har at sige.

SUNDHEDSFORSTÅELSER OG HENVISNINGER

Informanterne har haft vidt forskellige erfaringer med henvisninger fra hospitalerne. Nogle har fået CKSK anbefalet af læger, sygeplejersker eller fysioterapeuter på den afdeling, hvor de er blevet behandlet, mens andre selv har spurgt ind til mulighederne for rehabilitering. Men det kan også være en helt anden person, der har anbefalet eller foreslået rehabilitering – fx en ægtefælle eller en sundhedsprofessionel i almen praksis. Det er også bemærkelsesværdigt, at en af mændene, der selv har insistet på at blive henvist, mener, at hans tilfælde må være særligt:

“[...] Men jeg tror nok, at mit tilfælde har været lidt enestående, at de ikke kendte det. Jeg tror nok, at de fleste bliver henvist fra hospitalet. [...] Alle mennesker skal have det tilbudt. I hvert fald her i København. [...] Det er for dårligt. Der mangler sgu lidt samarbejde dér. [...] Havde jeg været stiknarkoman, så kunne jeg ligeså godt have fortsat med at stikke videre. Havde jeg været alkoholiker havde jeg ligeså godt kunnet drikke videre. Der var intet. Det var bare farvel og tak. Vi ses om et halvt år til kontrol.” (60'erne, nyrekræft)

Citatet er et grelt eksempel på, hvor meningsløs henvisningsproceduren kan opleves af patienten. Han fortæller, hvordan han føler sig fuldstændig overladt til sig selv, da han bliver udskrevet fra hospitalet. Denne oplevelse er måske med til at forstørre den glæde og tilfredshed han mærker, da han senere kommer ind i et forløb på CKSK. Informanten har været tilfreds med behandlingen og de sundhedsprofessionelles relation til ham, mens han var under udredning og behandling. Men han savner en overgang til CKSK, da han oplever hele sit forløb som en samlet række af hændelser, der gerne skulle lede meningsfuldt over i hinanden.

Ovenstående citat peger også på, at de sundhedsprofessionelles tilgang til rehabilitering er udtryk for et snævert biomedicinsk sundhedsbegreb, hvor sundhed defineres som fravær af sygdom. I det *kliniske møde* opstår der her et sammenstød mellem bl.a. patientens oplevelser og livsverden, og den sundhedsprofessionelles forståelse af sygdom og sundhed. De sundhedsprofessionelle mener, på baggrund af deres faglighed, sundhedsforståelse mv., at informanten nu er rask, og at deres indsats er gjort. Men sådan oplever informanten det ikke. Selvom operationen er overstået, og han er lettet over at være raskmeldt, har han stadig brug for at komme sig ordentligt ovenpå sygdommen. Dette sammenstød kan også forstås som et møde mellem patientens *levede krop* og de sundhedsprofessionelles tingsliggørelse af kroppen, som en ren biologisk masse (Toombs, 1992).

Det *kliniske møde* kan dog også udforme sig på en helt anden måde, hvis den sundhedsprofessionelle fx har en bredere sundhedsforståelse. En anden informant oplever eksempelvis, at hans behandlende læge har blik for, at rehabilitering vil være gavnligt for ham på flere planer. Det tyder på, at lægen har fornemmet, hvilken livssituation informanten står i, og hvilke behov han kunne tænkes at have i rehabiliteringen, udover specifik fysisk genoptræning rettet mod det opererede område:

“Han sagde, at der var et godt tilbud herovre. Hvis jeg havde brug for det ene eller det andet herovre, så var der rådgivning, socialvejleder og alt muligt. Og at I faktisk kunne hjælpe en med alt muligt, hvis man havde nogen problemer. Og det må jeg også sige. Jeg har også fået et legat herinde fra på 10.000. Dét var virkelig flot, men jeg er også bagefter. Jeg er virkelig bagefter. Det tager livet af mig. [...] Jeg har levet af bistand i mange år, og det er hårdt.” (60'erne, kræft i urinblære)

Her fremhæver lægen, at der i CKSK også er en socialrådgiver. Det viser sig, at informanten får stor nytte af at tale med socialrådgiveren, og at lægens målrettede anbefaling derfor var en stor støtte for informanten.

Et helt andet scenarium inden for henvisningsprocedurerne er, da en informant først bliver henvist til CKSK af en fysioterapeut på den behandlende afdeling, og siden (muligvis af samme fysioterapeut) bliver henvist til et genoptræningstilbud, som ikke er specifikt rettet mod kræftpatienter. Dette virker informanten tilfreds med, selvom han ikke ved, hvorfor han er blevet henvist til begge steder:

“Der blev jeg så udskrevet fra igen, og fik igen et genoptræningsprogram med hjem fra fysioterapeuten, og der har jeg senere fået et brev fra et center i XX, hvor jeg skal starte til genoptræning den xx/xx. Og derfor har jeg ikke kontaktet videre til jer, fordi jeg har fået det andet sted tilbudt. Hvordan jeg har fået det tilbudt, kan jeg ikke svare på. Jeg fik bare et brev en dag, hvor der stod, at jeg var indkaldt til undersøgelse og samtale xx/xx. Der stod ikke, hvem der havde henvist mig til det eller noget som helst. Og det tilbud vil jeg tage imod, for det er tættere på, hvor jeg bor.” (50'erne, tyktarmskræft)

Informanten har et kompliceret og kompakt behandlingsforløb, hvor han inden for omkring en måned bliver opereret tre gange. Den første operation er rettet mod hans kræft i tarmen, mens de to næste operationer er opfølgende og behandlende, da der bl.a. går infektion i det første operationssår. Dette kunne måske være forklaringen på, hvorfor han bliver henvist til to forskellige tilbud.

BARRIERER OG RESSOURCER

I samtalerne med mændene blev det tidligt klart, at der var en række barrierer på spil i deres rehabiliteringsforløb. Dog opdagede jeg også, at de fleste af mændene havde mange ressourcer, og ofte nogle overraskende ressourcer, som de kunne trække på under deres kræftforløb. Dette afsnit undersøger, hvordan barrierer og ressourcer kommer til udtryk i mændenes måder at agere på under hele deres sygdoms- og behandlingsforløb.

AT FINDE EGNE VEJE

Som vi har set i de tidligere afsnit har mændene ikke de samme forudsætninger for at tackle deres sygdoms- og behandlingsforløb. Økonomi, jobsituation og sociale relationer er nogle af de faktorer, der har indflydelse på, hvilke muligheder de har for at håndtere deres kræftforløb.

Informanterne finder hver især deres egne håndteringsstrategier undervejs i kræftforløbene. Nogle af mændene involverer vigtige hjælpende aktører som fx en kone eller en sagsbehandler, mens andre finder deres egen vej gennem systemet uden hjælp fra andre end sig selv.

Ressourcer forstår jeg som en bred samlebetegnelse, der i dette afsnit handler om informanternes evne til at drage omsorg for sig selv – og i bredere forstand retter sig mod hvilke handlemuligheder, de giver udtryk for at have i deres livssituation.

Jeg formoder, at der kan være nogle fordomme om, at mænd med lav social position har færre ressourcer end andre mænd. Dette er måske ofte gældende, og netop derfor er undtagelserne interessante. Fx kan det, der på overfladen ligner en belastning, vise sig at være en ressource. En af informanterne har i flere år levet med en psykisk sygdom, og har i næsten 8-9 år arbejdet på det samme beskyttede værksted. Han fortæller følgende om sine reaktioner under sygdoms- og behandlingsforløbet:

“Jeg var selvfølgelig nervøs, men ikke voldsomt nervøs. Da den (kræften red.) blev opdaget, tænkte jeg, at det tager jeg bare stille og roligt, for at undgå at tænke for meget over det. For jeg er jo psykisk syg i forvejen, og går jeg og spekulerer for meget over tingene, så bliver det bare meget værre. Det er derfor, at jeg prøver at abstrahere fra det. [...]” (50’erne, tyktarmskræft)

Han har her brugt sine erfaringer med kronisk psykisk sygdom aktivt i sit sygdomsforløb med kræft. I citatet fortæller han, hvordan han bevidst tænkte over at bruge en handlestrategi, der tidligere havde virket for ham i en lignende situation. Denne handlestrategi er et eksempel på, at der ikke kan konkluderes noget entydigt ud fra mændenes forudsætninger. Det er ikke givet, at en patient, der lider af skizofreni, er ekstra udsat i et kræftforløb. På den anden side, er det heller ikke sikkert, at erfaring med kronisk sygdom automatisk udstyrer patienten med relevante mestringsstrategier. Dette fordrer en åbenhed fra det sundhedsprofessionelle personale, der møder disse patienter, da de potentielt risikerer at overse eller overvurdere patientens ressourcer.

En af informanterne har svært ved at være sammen med mange mennesker på én gang, og er derfor ikke interesseret i at deltage på holdtræning på CKSK. Han kommer i et individuelt forløb med en fysioterapeut, og tager efterfølgende selv initiativ til at træne uden for CKSK:

“[...] Jeg kunne vel bare træne ovre i et hjørne og ikke tale med nogen. Det var da en start til at komme i gang. Men jeg tror, at jeg prøver med kammeraten dér efter d. 11, når jeg lige har været til kontrol, og hører hvad de siger. [...] De siger jo, at motion er godt i det hele taget. Også for det her. [...] Det er godt lige at supplere, så man ikke bliver fristet til at blive hjemme, og man skal mødes med en derhenne. Det samme siger han også, for han har også gået før, men så gik det lidt i sig selv og sådan noget. Det er meget smart at vi lige kan sparke hinanden lidt, tror jeg.” (50’erne, prostatakræft)

I starten af citatet laver han en form for forhandling med sig selv, kunne han mon have deltaget i holdtræningen, hvis han havde tilpasset sig rammerne? I stedet fortæller han, at han har fundet en anden vej. Han vil nemlig til at træne med en ven i et lokalt fitnesscenter. Citatet er et eksempel på, at han finder et sted at træne, der passer til hans behov.

Den samme informant bliver sygemeldt fra sit arbejde, og kommer derfor i kontakt med sit jobcenter, der både hjælper ham med træningstilbud og psykologhjælp:

“[...] Jeg fik nogle samtaler med en psykolog ude fra xx, og gik til noget træning af en slags. Jeg kan ikke huske, hvad det hedder. [...] Det gjorde de fra xxgade af, anbefalede at jeg tog ud og snakkede med dem. Om det var noget, jeg kunne bruge derude. Det syntes jeg da var rigtig godt. [...] Det er min sagsbehandler, der er derude, og de har noget underafdeling i xx.” (50’erne, prostatakræft)

Tilbuddene gennem jobcentret bliver således en indirekte del af hans rehabiliteringsforløb, selvom de ikke er koordineret med CKSK. Heri ligger også en mulighed for, at jobcentrene og CKSK med fordel kunne arbejde sammen og på tværs af hinanden.

En af de andre informanter beskriver, at det er hårdt at vente på svar i de to måneder, der går, før han får svar på sin udredning. Han beskriver tiden som et “vakuum”, hvor han svinger mellem to yderpunkter:

“Den ene dag skrev jeg testamente, og den næste dag tænkte jeg: nå, det går sgu nok meget godt. Der manglede jeg vitterlig noget. [...] Jeg talte med en fra Kræftens Bekæmpelse. [...] Det var noget, jeg selv fandt ud af. Alt fandt jeg selv ud af i det forløb. [...] Alt har jeg fundet ud af på nettet.” (60’erne, nyrekræft)

Mit i dette kaos af følelser tager han selv kontakt til Kræftens Bekæmpelse, og finder ud at, at CKSK findes. Denne handlekraft er ikke unik, da flere af informanterne giver udtryk for, at de selv har opsøgt viden og fx har forholdt sig insisterende, når de har mødt sundhedsprofessionelle, der har tøvet med at henvise dem. Det er derfor ikke entydigt, at mænd med lav social position har svært ved at opsøge både deres praktiserende læge og yderligere tilbud under et kræftforløb.

MUREN AF PROBLEMER

Nogle af informanterne oplever nærmest, at de står over for en regulær mur af problemstillinger, som de ikke kan overskue at forholde sig til på én gang. Flere af informanterne beskriver fx, at de har svært ved at tage sig sammen til at træne, men også, at det er en udfordring i sig selv at få struktur på hverdagen:

“Det, der irriterer og undrer mig, er, når jeg skal stille de der steder kl. noget, at jeg har så satans svært ved at tage mig sammen til det derhjemme. Det sker dagligt, men jeg ville godt have, at jeg brugte dobbelt så meget tid på det. [...] Jeg har de der 4-5 timer, der er aktive. Så orker jeg sgu ikke mere. Og hvis jeg så bruger 2 timer på at komme op, og gå på Facebook og lave ingenting. Og så er jeg bedst til at få gjort tingene udendørs, og årstiden er jo ikke den perfekte til det. [...] Det er sværere i mit hjem.” (50’erne, lungekræft)

Denne informant har kun energi til at være aktiv et begrænset antal timer hver dag, og er derfor ekstra udfordret. Da han samtidigt har høje ambitioner om, at han både skal træne kroppen, træne sin stemme, meditere mm. hver dag, bliver det lynhurtigt svært at leve op til.

En af de andre informanter fortæller, at der skal en lang række samtaler til med hans kontaktperson, før han får taget sig sammen til at komme ind i CKSK:

“Det tog 100 år og en sommer, før jeg kom. XX (kontaktpersonen red.) var meget, meget sød. Han blev ved med at ringe og sige: du kommer bare, når du er klar. Han var meget sød til at hive fat i mig. Og til sidst sagde han, nu kan jeg snart ikke hjælpe dig mere. Nu er der gået så lang tid. Så fik vi en snak om det med socialrådgiver og hvad ved jeg. Og så fik han mig alligevel op og igang med nogle øvelser. [...] Jeg var bare gået i selvsving. Jeg havde slet ikke kræfter til at komme ud og være her. Jeg ved ikke hvorfor. [...] Jeg var først herinde et år efter eller mere end et år efter, og det var også derfor, at han sagde, at nu er det lidt sent at gå igang med de øvelser. Han vidste ikke, om det hjalp, men selvfølgelig ville han godt hjælpe mig. [...] For mig var det også bare at komme igang, motionen, og det ene og det andet. Jeg tror egentlig selv, at jeg på en eller anden måde har fået det til at virke meget godt.” (60’erne, kræft i urinblære)

Fysioterapeuten har i ca. et år opfordret informanten til at lave nogle bestemte øvelser, der skulle hjælpe ham til at styrke bækkenbunden efter en operation i urinblæren. Det er på denne baggrund, at fysioterapeuten siger, at det måske er ”for sent” med den specifikke genoptræningen af bækkenbunden – i den forstand, at informanten ville have fået mere ud af øvelserne umiddelbart efter operationen.

Det er vanskeligt at komme helt tæt på, hvad barrieren for informanten i det ovenstående citat egentlig er. Hvad betyder det, at han er i gået i selvsving? Og hvad skal der til, for at få ham ud af selvsving? Det lader til, at det er kombinationen af hans mange problemstillinger, der er med til at gøre træningen uoverskuelig for ham. I slutningen af citatet kommer informanten med et forsvar, der måske er en forklaringsmodel, som han bruger til at beskytte sig selv. Han lader til at have dårlig samvittighed, men forsvarer sin manglende deltagelse i træningen med at sige, at han har klaret situationen selv. Det kan dog anfægtes, i hvor vid udstrækning informanten har ”fået det til at virke”, for han fortæller gennem hele interviewet, at han er meget generet af ikke at kunne holde på vandet om natten.

MØDET MED CKSK

Dette afsnit undersøger informanternes rehabiliteringsbehov og hvilke indtryk, de har af CKSK i sin helhed. Det første underafsnit undersøger informanternes alsidige rehabiliteringsbehov, både de tværgående og de individuelle behov. Det næste underafsnit fokuserer på kontaktpersonens rolle og betydning, mens det sidste underafsnit fremlægger informanternes syn på CKSK.

De to foregående afsnit peger på, at mænd med lav social position grundet deres sygdoms- og behandlingsforløb, samt livssituation, dels har nogle tværgående rehabiliteringsbehov, men også har en række individuelle behov. De fælles behov orienterer sig typisk mod fysisk genoptræning og en håndtering af chokket over at have fået kræft. De individuelle behov derimod, relaterer sig i højere grad til selve kræftdiagnosen eller til noget i den enkeltes livssituation, eksempelvis en belastende jobsituation, manglende overskud eller dårlig økonomi.

TVÆRGÅENDE REHABILITERINGSBEHOV

Professionel fysisk træning

Trods de forskelligartede sygdoms- og behandlingsforløb fylder det meget for alle mændene, at de er afkræftede og føler sig slidte. Primært forårsaget af behandlingen, men måske også fordi de ikke har været vant til at træne forud for kræftsygdommen. Hvor andre kræfttramte måske kender træningens gavnlige effekter, og vælger at bruge den som en håndteringsstrategi, når de bliver syge, er informanterne i nærværende undersøgelse ikke i samme grad fortrolige med, at træning fx kan bidrage til øget velvære og bedre humør.

Alle mændene giver udtryk for, at de ønsker sig en stærkere krop og færre smerter. Men for nogle af dem kan det være svært at tage sig sammen, og komme afsted til træning i CKSK. Samtidigt rummer mændenes manglende træningsvaner også en mulighed for, at overraskelsen over træningens positive effekter kan blive et vendepunkt for mændene. En af informanterne udtrykker fx stor forbavselse og glæde over, at træningen har givet ham langt mere, end han havde forventet:

“[...] Træning bør indgå, for det har virkelig givet mig meget. Meget mere end jeg troede, da jeg startede. [...] Man er gladere og jeg har det meget bedre rent fysisk. Det har virkelig været et boost for mig. [...] Nu har jeg meldt mig ind i fitness.dk, selvom jeg altid har været modstander af det koncept. Men det må jeg så æde. [...] Jeg tror aldeles ikke, at der er noget socialt i fitnesscentret. [...] Men det bliver jeg simpelthen nødt til, for ellers så falder jeg sammen. [...]” (60'erne, nyrekræft)

Træningen bliver et middel til øget velvære og bedre trivsel generelt, men den fremstår også som en overlevelsesstrategi eller mestringsstrategi for informanten. Den er blevet et uundværligt element i hans liv, og måske kan han slet ikke holde ud at tænke på, at han tidligere har accepteret at være mindre glad og i dårligere form end han er nu.

En anden informant understreger, at træningen skal foregå i et professionelt regi, hvor der er fagligt dygtige terapeuter, der kan vejlede ham:

“Jeg har brug for noget genoptræning fra professionelle folk, der kan vejlede mig og hjælpe mig med, hvordan jeg skal gøre de forskellige ting for at få mine kræfter igen. [...]” (50'erne, tyktarmskræft)

Dette ønske om, at træningen og vejledningen skal være *professionel*, kan være et udtryk for, at informanterne oplever en fremmedgørelse i forhold til deres egen krop. De fleste af informanterne har en svækket fysik efter kræftforløbet, og gør sig nu erfaringer med en *ny krop*, der måske hverken reagerer eller opleves som den gjorde, før kræftsygdommen gjorde sit indtog i den.

Håndtering af psykisk sårbarhed

Mændene beskriver i forskellige ord og vendinger, at det har været hårdt psykisk for dem at få konstateret kræft. De har håndteret det på hver deres måde, men giver alle udtryk for, at det har påvirket dem meget. Der er et grundlæggende behov for støtte – i en eller anden udstrækning – til at håndtere beskeden om, at de har fået kræft. En af mændene fortæller, at han har grædt meget gennem hele sit forløb, og at det har været en psykisk belastende tid:

“Jeg har haft mange tudeture, hvor jeg brød sammen. Dels på grund af, at jeg er ked af, at jeg har været syg, men også her til sidst på grund af, at jeg blev erklæret rask. Af glæde over at jeg er blevet erklæret rask. Der er jeg gået ned med flaget flere gange, hvor jeg har bare har siddet og tudet. Nogle gange i kortere tid og nogle gange i længere tid. Det har også taget hårdt på min psyke, det med sygdommen her.” (50’erne, tyktarmskræft)

Flere af mændene fortæller, at de er bekymrede, sover dårligt og psykisk slider med deres liv. En af dem fortæller, at han har været til en form for afspænding, hvor han oplevede at finde ro:

“Hun sendte mig videre derud, og så skulle hun finde ud af, hvad hun kunne gøre derude, og det var sådan lidt...ikke gymnastik, men lidt afslapnings-et-eller-andet, hvor man til sidst lå ned og hørte noget musik. Og det var faktisk ret dejligt. [...] Først lidt gymnastik og så noget afspænding til sidst. Det var meget fint. [...] For det første fik jeg rørt mig lidt, og så var det dejligt med den der sidste halve time, hvor hun lige satte lidt musik på, og man bare lå og havde et eller andet over øjnene. Hun fortalte lidt om, at man skulle slappe af i benene og tænke på et eller andet.” (50’erne, prostatakræft)

De andre mænd efterlyser den samme ro. Nogle fortæller eksplicit om deres ængstelighed og psykiske sårbarhed, mens andre efter alt at dømmes forsøger at bevare en, for dem selv, værdig facade under interviewene. Under alle omstændigheder hersker der et stort og tværgående behov for en målrettet opmærksomhed på informanternes psykiske trivsel. Der bør især tages højde for, at den psykiske sårbarhed ofte er opstået før kræftsygdommen, og kan blive mere udtalt under kræftforløbet.

Støtte til pårørende

De to informanter, der er gift, fortæller begge to, at deres koner har været hårdt ramt under mændenes sygdoms- og behandlingsforløb. De har været mændenes støtte, og har brugt al deres energi på at holde partneren oppe. Ingen af konerne har søgt støtte til at håndtere dét at være så tæt på en kræftsyg, selvom den ene af konerne er blevet henvist til en psykolog af sin egen læge:

“Hun (konen red.) har taget det meget tungt og hårdt. [...] Det har taget så hårdt på hende, at jeg ikke kan så meget, at hun har søgt orlov for at passe mig. Der venter hun stadig på svar fra kommunen, om de godkender det. Men hun har fået lov af hendes arbejde til at tage 14 dages orlov, men det har ramt hende meget hårdt, det har det. Hårdere end det har ramt mig selv. [...] Hun har talt med sin egen læge. [...] Det har ikke hjulpet særlig meget, synes jeg. [...] Men min kone blev tilbudt at komme til en psykolog.” (50’erne, tyktarmskræft)

Dette lægger op til, at der skal sættes fokus på hjælp til de pårørende. Især med den indsigt i baghovedet, at konerne er mændenes største støtter i forløbet, og dermed er den person, de er

mest afhængige af gennem hele rehabiliteringen. Konerne bør derfor omfattes og inkluderes i rehabiliteringen, også for at forebygge, at de får varige mén af den psykiske belastning, de oplever som nærmeste pårørende.

At blive set og hørt

En af mændene understreger, at han følte sig mødt, set og hørt, da han trådte ind i CKSK:

“Hele forløbet her (i CKSK red.) har jeg været glad for. Specielt...det var så første gang i mit forløb, hvor jeg sådan kunne møde folk og tale lidt mere fornuftigt om tingene. [...] Det var der jo ikke tid til på hospitalet. Som jeg sagde før, jeg var jo et nummer i deres system. Jeg var jo bare en lille dum nyrekræft. [...]” (60’erne, nyrekræft)

Dette tyder på, at de sundhedsprofessionelle i CKSK har en tilgang til informanterne, der giver plads til det enkelte menneske. Og det er noget, som informanterne virkelig påskønner. Det er vigtigt for alle informanterne at opleve omsorg og tillidsfulde relationer til de sundhedsprofessionelle på CKSK.

Mening og struktur i hverdagslivet

Uanset om mændene er i arbejde, er ledige eller på pension, er der et behov for en daglig rytme med struktur, mening og indhold. De mænd, der er i arbejde, henter normalitet og struktur i arbejdets rammer. De ledige mænd derimod, har ingen allerede givne ramme at etablere mening i og indhold rundt om. De er derfor nødsaget til at bruge store mængder mental energi på at skabe indhold og struktur i deres hverdagsliv. Dette er et aspekt, som er særdeles vigtigt at indtænke i både rehabiliteringstilbuddene og i den facon, CKSK henvender sig til mændene på.

INDIVIDUELLE REHABILITERINGSBEHOV

Blik for økonomien

Nogle af informanterne har helt konkrete og praktiske behov. Fx har en af mændene svært ved at holde på vandet om natten efter hans operation. Da hans økonomi samtidigt er stram, efterlyser han økonomisk hjælp til fx gummilagner:

“Jeg har manglet ting som gummilagner og sådan noget. Der er røget to madrasser, fordi jeg hader at ligge med de der bleer og små bukser. Jeg ligger nøgen om natten, og får lidt luft. Så falder jeg i søvn, og så har der ikke lige været noget underlagen. Jeg har sådan en voksdug. Men hvis man kunne få sådan nogle ting. Kan man ikke det? [...] Og jeg burde også automatisk få lidt ekstra til vask. Jeg vasker jo hele tiden. Det er hamrende dyrt. Det sagde xx (socialrådgiveren red.) også, det kan vi nok søge om. Og det håber jeg kan lade sig gøre, for det er mange penge.” (60’erne, kræft i urinblære)

For nogle af informanterne trykker deres økonomiske og jobmæssige situation i en grad, så de har svært ved at finde overskuddet til at deltage i et rehabiliteringsforløb. De vil fx være afhængige af andre kommunale træningstilbud efter deres forløb i CKSK, da de ikke selv mener, at de har råd til at bruge penge på træning. For disse informanter er det derfor ekstra vigtigt, at der bliver set på hele deres livssituation, for at få skabt et solidt fundament for rehabiliteringen.

Ensomhed

Nogle af mændene er indesluttede, og bryder sig ikke om at være sammen med mange mennesker, mens andre er ensomme og savner uforpligtende kontakt til trygge fællesskaber – eller savner gamle nære venskabsrelationer. Dette betyder, at mændenes sociale behov er varierede, og derfor påvirker deres rehabiliteringsønsker i forskellige retninger. En af informanterne fortæller, at ensomhed er en problemstilling, der er dukket op i kølvandet på hans kræftsygdom:

“Det er så den næste ting, jeg er ved at gøre noget ved, for det er sgu blevet ensomt. Det er også noget med...hvor jeg bor, men det er mig, der skal være den opsøgende og danne nye venskaber. [...] Jeg tror også, at der sker det, at folk ubevidst, når det så går bedre, holder sig væk. [...] I har en pjece stående derude med en ældre dame, der skriver om ensomheden bagefter. Hov, hvor fanden blev de af? Den ene gang jeg har søgt hjælp her, udover det vi snakkede om i tlf, hvor jeg snakkede med en rådgiver, hun var udmærket, hvor jeg så sagde det med ensomheden, som piner mig nu. Det der alenehed havde jeg det fint med på et tidspunkt. Hvor hun sagde, jamen det er jo ikke et brækket ben. De ved jo, at det kan komme igen. Nogle tænker slet ikke over det, men de går lidt rundt om sig selv...nu skal jeg også ringe, nej jeg venter lige lidt. [...] Det kan jo komme igen, det lort. Det tror jeg er en lille del af, at det er mig, der skal gå vejen.” (50’erne, lungekræft)

For de mænd, der har sociale relationer, da de bliver diagnosticeret med kræft, kan der opstå et behov for at redefinere disse. Problemstillingen i det ovenstående citat er formegentlig en almenmenneskelig udfordring for mange mennesker, der bliver ramt af kræft. Det særlige i netop denne informants livssituation er, at der er en række forhold, der kan gøre det sværere at bryde ensomheden. Han kæmper med psykiske udfordringer, har en begrænset økonomi og har svært ved at tage sig sammen. Dette peger på, at der skal gøres en speciel indsats i forhold til hans ensomhed.

At tale om kræft

En af mændene udtrykker, at han har brug for at gøre noget for at komme videre, og at han ikke selv føler, at han kommer videre, hvis han hele tiden taler om sygdommen, og er omgivet af sygdom, hvilket han har oplevet på hospitalet:

“[...] Jeg har ikke haft noget imod at snakke om det, jeg gider bare ikke snakke sygdom hele tiden og høre om sygdom hele tiden. [...] Det skal ikke være det, der fylder hele tiden, så kommer jeg i hvert fald ikke videre. [...] Folk hørte ikke rigtig efter. Gud, var det det? Når de spørger, og man fortæller. Nogle hører ikke rigtig efter. Ja, det var det, jeg fortalte dig, og brugte en halv time på.” (60’erne, kræft i urinblære)

Han har i sit kræftforløb talt med venner og bekendte, men har oplevet, at de ikke lyttede ordentligt. Dette peger på, at han i realiteten har eller har haft et behov for at tale om sygdommen – men at det skal foregå under de rette omstændigheder med mennesker, der fokuseret lytter til, hvad han faktisk fortæller. Dette eksempel viser, ligesom *Vi mænd* rapporten også berører, at nogle mænd har et behov for at tale om deres oplevelser og følelser. De rette rammer skal dog være til stede, før de har lyst til.

CKSK og tilgængelighed

En af informanter er så glad for CKSK, at han ville ønske, at han kunne fortsætte med at træne i centret, selvom hans forløb er overstået:

“Jeg synes jo, at det er alt, alt for kort. [...] Man kan jo ikke gå herovre i flere år, men jeg ville have befundet mig godt ved at gå her til min dødsdag. Men det kan jeg godt se, at det har man ikke

ressourcer til i samfundet. Jeg har nemlig haft problemer med at finde et sted af samme karakter her efterpå. [...] Hvor der er flere aktiviteter blandet sammen. [...] Og jeg ville selvfølgelig godt betale for det. Hvis det er gratis, kan jeg selvfølgelig bedre lide det. [...] Det, jeg efterlyser, er et multicenter. [...] Hvor man er en stor gruppe mennesker, som har et eller andet til fælles, men hvor man kan gå til forskellige ting. Det er det, der er det helt geniale. Det kan man ikke gå ud i samfundet og finde rigtigt eller jeg kan ikke. [...] Det er jo nok fordi jeg er en lille smule ensom derhjemme. Men jeg gider omvendt heller ikke være sammen med mennesker. De kan være noget af en pestilens.” (60’erne, nyrekræft)

I citatet udtrykker informanten, at han er ensom og svært tilfreds med endelig at have fundet et sted, hvor der er nogle spændende aktiviteter og mennesker at være sammen med – i et uforpligtende fællesskab, vel at mærke. Hans ønske om at fortsætte i CKSK afspejler, at han har et socialt behov, som han ikke får dækket, med mindre han kommer i CKSK.

Sidste del af citatet peger på et paradoks i ønsket om social kontakt. På den ene side vil han gerne være i et socialt fællesskab, men på den anden side skal det være uforpligtende. Han oplever, at mennesker kan være *“en pestilens”*. Det er bekvemt for ham at komme i CKSK, fordi rammerne er trygge og giver ham talrige muligheder for aktiviteter – og der kræves ikke det store initiativ fra informantens side. Han skal bare dukke op. Dette eksempel viser, hvordan CKSK for denne informant anskues som et sted, der i høj grad er tilgængeligt, åbent og nemt at gå til.

Det er dog ikke alle informanterne, der deler den oplevelse af tilgængelighed. Nogle af informanterne har svært ved at finde overskuddet til at komme ud af døren, selvom de fortæller, at de meget gerne vil deltage i tilbud hos CKSK og er motiverede for at komme i gang. En af informanterne lufter forsigtigt ønsket om en mere opsøgende tilgang fra CKSK’s side:

“Jeg var nede i en bakkedal på en eller anden måde. [...] Man kunne komme og hente mig, ej... (griner). Jeg håbede jo på, at nu tog jeg ud og...tingene kørte bare ud. Psykisk har jeg haft det rigtig hårdt. [...] Jeg kunne måske også for mange år siden have haft brug for at snakke med en psykolog. Jeg har haft mange andre ting med mine forældre, og har det stadigvæk. [...]” (60’erne, kræft i urinblære)

Informanten griner afværgende, da han foreslår, at CKSK kunne komme og hente ham hjemme på hans bopæl. I interviewsituationen fornemmer jeg, at han synes, det er pinligt og urealistisk. Det er som om, der for informanten ligger noget skamfuldt i at have brug for hjælp til at komme ind i CKSK. Den skam gør det tilsyneladende endnu sværere for ham at komme i sving. Citatet belyser også, at der er nogle gamle problemstillinger, der stadig ligger og lurker for ham. De er med til at besværliggøre rehabiliteringen, fordi de stadig går ham på, og måske endda er blevet forstærket under hans kræftforløb.

Kræftsygdommen som underordnet

En anden informant udtaler, at han ikke har noget særligt behov for et træningsfællesskab med andre kræftramte:

“Det med at træne sammen med andre, der har haft kræft, det siger mig ikke noget. Jeg vil bare gerne komme til hægterne igen. Om jeg så er sammen med folk, der har haft kræft eller folk, der ikke har haft kræft, det er lige meget. Jeg har ikke behov for at snakke med andre folk, som har haft kræft.” (50’erne, tyktarmskræft)

Det er vanskeligt at svare på, hvad der ligger til grund for dette udsagn. Men det er interessant, fordi det dementerer den idé, at alle kræftpatienter har behov for et fællesskab med andre kræftpatienter. Det brud, der kan opstå i patientens identitet, når vedkommende får kræft, kan for

nogle bedre lappes sammen i fællesskab med andre, der er i samme situation. Fx kan det være betryggende at møde andre, der har de samme bivirkninger ved en kemobehandling, fordi fremmedgørelsen af ens egen krop kan blive mindre, gennem spejlingen af andres kropserfaringer under behandlingen.

Det er svært at sige, om informantens position er udbredt blandt andre kræftpatienter. Men den er under alle omstændigheder værd at bide mærke i. Udsagnet peger i retning af, hvad flere af informanterne i *Vi mænd* rapporten understreger; de ønsker at finde kræfterne igen, og det skal ske gennem træning. Det særlige ved informantens ord er dog, at de kan ses som udtryk for et mindre indgribende *brud* i hans livshistorie. Selvom han umiddelbart er rystet, da han får kræftdiagnosen, lader det ikke til, at han stiller sig selv de massive eksistentielle spørgsmål: hvorfor rammer det mig? Hvad skal der ske med mit liv? Dette kan have en forbindelse til hans families sygdomsbiografi, hvor tyktarmskræft næsten har ramt samtlige familiemedlemmer. For ham er det derfor mere nærliggende at forvente at få kræft, end at spørge hvorfor lige præcis han får kræft.

Det kunne også tyde på, at denne informant, på baggrund af den omsorgsfulde behandling på sygehuset, det nære fællesskab på hans arbejdsplads, samt hans kones trofaste støtte, ikke føler noget behov for at identificere sig som kræftramt, og derfor heller ikke finder det meningsfuldt at indgå i et fællesskab, der har kræft som fællesnævner.

KONTAKTPERSONENS NØGLEROLLE

Informanterne nævner alle, at de har været glade for at have en kontaktperson, og fremhæver forskellige grunde til, at de synes, det er vigtigt, at man har en kontaktperson. En af informanterne fremhæver, at det især har været vigtigt for ham, at kontaktpersonen har taget initiativet, og har kontaktet ham, da han ikke er så *“udfarende”*:

“Umiddelbart fungerede det fint, at hun ringede til mig engang imellem, og hørte hvordan det gik. Om der var mere, jeg havde brug for. Det var helt ok. Og så mødtes jeg med fysioterapeuten herovre ind i mellem. Det er sådan lige det, jeg har brugt jer til herovre. Der er da muligheder nok, som jeg har fået tilbudt. Det er fint, fint. [...] Især for mig, da jeg ikke er så udfarende, var det fint, at hun ringede til mig. Det var rigtig godt.” (50’erne, prostatakræft)

Ovenstående er et eksempel på, at det lykkes for kontaktpersonen at møde informanten med de særlige behov, han har. Det er netop denne fleksibilitet, som er helt afgørende for flere af informanterne.

En af de andre mænd fremhæver, at fordelene ved kontaktpersonen er, at man lærer vedkommende godt at kende – og at det især for patienten er rart, at kontaktpersonen med tiden får et nært kendskab til patienten:

“Det fungerer ganske udmærket, det med kontaktpersonen. [...] Man vil altid have et behov for en kontaktperson, men ikke så meget senere hen i forløbet, men i hvert fald i starten. Men jeg synes hele tiden, at man skal have en kontaktperson. [...] Det er det letteste for alle parter. Jo mere man kommer til at kende kontaktpersonen, så er det lettest for alle parter.” (60’erne, nyrekræft)
En tredje informant udtrykker nogle ambivalente følelser omkring sin relation til kontaktpersonen: *“Det har været fantastisk. Han har været så sød. [...] Han er meget forstående og god i det hele taget. Han kunne godt forstå det ene og det andet, lad os nu bare give det en måned, så kommer du bare. Det blev han ved med at sige, og han blev ved med at ringe hver måned. Jeg blev ved med at skubbe det ud, og han blev ved med at ringe, og var lige sød hver gang. [...] Psykisk og på*

en eller anden måde var han en rigtig god støtte. [...] Men jeg følte lidt, at jeg tog røven på ham ved ikke at komme og sådan. Det må jeg sige. Det var jeg ked af.” (60’erne, kræft i urinblære)

Dette ambivalente billede er måske med til at etablere endnu en barriere for informantens deltagelse. Jo flere gange han udsætter at komme i CKSK, jo dårligere samvittighed får han, og det bliver gradvis sværere at sige ja til tilbuddene. Citatet er et eksempel på, at CKSK’s tilgang desværre ekskluderer nogle bestemte patienter. Organiseringen af tilbuddene i CKSK er baseret på, at patienterne selv tropper op og deltager. Det opsøgende og opfølgende aspekt ligger i kontaktpersonens rolle. De skal holde den løbende kontakt til patienterne. Men som ovenstående citat viser, er det ikke tilstrækkeligt til at motivere og fastholde alle patienter. Det kan endda have den modsatte effekt, at patienten føler sig forkert og skamfuld. Selv til trods for, at informanten i det ovenstående også er meget tilfreds med den psykiske støtte, han oplever i telefonkontakten.

Citatet indikerer også, at informanten fornemmer, at han ikke lever op til det forventede patientideal. Det forventes og ønskes af ham, at han kommer ind i CKSK, når hans kontaktperson har foreslået relevant og diagnosespecifik træning. Det forventes, at han kan tage ansvar for sin egen sundhed ved at møde op i CKSK. Det underforståede patientideal i CKSK fordrer, at patienterne som enkeltstående individer er aktivt handlende og opsøgende. Derfor opstår der en problemstilling i forhold til de mænd med lav social position (og muligvis også andre patienter), der er motiverede og har lysten til at bruge tilbud i CKSK, men af forskellige årsager har svært ved at henvende sig til CKSK.

MÆNDENES INDTRYK AF CKSK

Caféområdet

En af informanterne er især begejstret for indretningen i caféen, da den for ham skaber en særlig åbenhed, der får ham til at føle sig velkommen:

“Glimrende. Man kan lige nå at sige hej, og så sætter jeg mig bare ved det lange bord med kaffe og aviser. Det er en god start. [...] Og det er ikke sådan gemt væk i et hjørne. Det fungerer fint. [...] Man ser menneskene, når man kommer ind ad døren, så man kan bare lige nikke eller hilse, og så er det det. Det er også dejligt åbent, at man ikke sidder i en gruppe i et hjørne eller et eller andet. På den måde er det fint. [...] Så det ikke ligefrem bliver en lille lukket gruppe, der sidder i et hjørne, som man ikke lige tør gå hen til, så der er lidt åbenhed dér.” (50’erne, prostatakræft)

Denne informant har behov for, at der er et rum i rummet, hvor han kan være og have overblik over lokalet. Han har fundet sin plads i caféområdet, og sætter sig fast ved et bestemt bord. For ham er det vigtigt, at patienterne sidder spredt i rummet, så der ikke er en særlig gruppe, han skal indfinde sig i, når han kommer ind i caféområdet. Denne spredning, i placering af mennesker, kalder han “åbenhed” – og den er helt nødvendig for, at han kan føle sig godt tilpas. Informantens oplevelse af caféområdet tyder på, at patienter, der generes ved store grupper og sociale fællesskaber, trives udmærket i caféområdet, grundet dets indretning og stemning.

En anden informant understreger det “uforpligtende” ved caféen:

“Jeg er altid kommet før, og så også efter. [...] Det er at man kan sidde og få en uforpligtende snak, og hvis man ikke gider mere, så kan man bare sige: nå, men jeg skal noget. Det er meget uforpligtende. [...] Og så er der noget sjovt dernede, rent procentvis så er der færre, der taler i mobiltelefon dernede end alle andre steder. Der er ikke så mange. [...] Folk, der sidder med en mobil, gør sig jo altid mere isolerede. Det er ligesom, at de isolerer sig fra fællesskabet. Det gør man uvilkårligt, når man sidder dér.” (60’erne, nyrekræft)

Han sætter pris på, at der er mennesker at tale med. Og fremhæver i næste sætning, at der er en nem mulighed for at trække sig, hvis man ikke har lyst til mere kontakt. Denne informant ser caféområdet i et perspektiv, der adskiller sig markant fra den foregående informant. Nu er det "uforpligtende" trådt i centrum. Caféområdet er et sted, hvor han kan møde andre mennesker inden for trygge rammer. Det er ufarligt i den forstand, at der ikke hersker forventninger om, hvor lange samtalerne fx skal være. Derudover er der en indbygget konsensus om, at de fleste i caféområdet er på vej. Størstedelen er der, fordi de har en aftale eller skal til træning mm.

Åbningstider i CKSK

En af informanterne synes, at det er underligt, at lokalerne i CKSK ikke bliver brugt flere timer i løbet af dagen og aftenen:

"Det er åndssvagt, at træningslokalerne står tomme så meget. Det er dybt godnat. Hvorfor kan der ikke være åbent om aftenen? Hvorfor skal det kun være fra 9 til 13 eller 9 til...[...] Det er da helt stensikkert, hvis det var mig, der ejede det, så ville jeg da helt sikkert bruge ressourcerne. Det er åndssvagt at lukke, fordi det bliver mørkt tidligt om vinteren. [...] Jeg synes vitterligt, at det er et stort ressourcetab, at man ikke udnytter det her center noget mere. [...] Der må man gå til Københavns kommune, og sige: hør nu lige her. Vi har et center her. Nu må vi sgu i fællesskab lige finde ud af..." (60'erne, nyrekræft)

Det er uklart, hvordan de bagvedliggende tanker i citatet skal forstås. Er han utilfreds med de, i hans øjne, snævre åbningstider, fordi han personligt savner et sted at være om aftenen? Eller mener han blot, at det er ærgeligt, at centrets kapacitet ikke udnyttes maksimalt?

Informanten glemmer måske, at CKSK er et kommunelt drevet center. Der er derfor nogle begrænsninger i forhold til logistik, sikkerhed, ansvar mm. At holde centret åbent om aftenen er måske ikke så ligetil, som informanten forestiller sig, men det bør anerkendes, at han med al sandsynlighed ikke er den eneste, der nærer det ønske til CKSK.

Fællesskaber mellem kvinder og mænd

I *Vi mænd* rapporten omtaler flere af informanterne, at de ønsker sig træning, som kun er for mænd. Dette tager jeg op i interviewene i nærværende undersøgelse, for at se om mænd med lav social position har samme ønske. Det viser sig at være irrelevant for informanterne. Noget tyder på, at de ikke laver den samme kobling mellem sundhed, maskulinitet og afstandstagen til kræftsygdommen som mændene i *Vi mænd* rapporten. Fx fortæller en af informanterne, at han har været rigeligt sammen med mænd i sit arbejdsliv:

"Jeg vil hellere bruge et sted, der er for begge. [...] Nu har jeg sejlet hele mit liv. Jeg synes sgu, at jeg har været omgivet nok af mænd. Det gider jeg sgu ikke også i min alderdom. Der ville jeg godt have..." (60'erne, nyrekræft)

Dét at genfinde sin maskulinitet er slet ikke et tema for denne informant. Han er mest optaget af at vedligeholde sin træning, nu hvor han har opdaget, at den er givende på alle planer. Generelt giver informanterne slet ikke udtryk for, at kræft er feminiseret og de ser ikke CKSK som et sted, der fremstår udpræget feminint. Dette kan måske skyldes, at informanterne, for norges vedkommende, bevæger sig i nogle arbejdsmæssige og sociale fællesskaber, der primært består af mænd. En af informanterne fortæller, at han personligt er træt af "mandehørm":

"Jeg synes, det er helt fint, at der er kvinder. Det gør det lidt bredere. Og kvinder er anderledes at snakke med end mænd, synes jeg. [...] De kvinder, jeg kender, kan sgu tåle mosten. Og så er man

heller ikke...så er det ikke sådan en skurvognssnak, som jeg ikke bryder mig om. Det har jeg aldrig gjort. Det der mandehørm nogle gange...puha. Det bryder jeg mig ikke om. Det er ok, og jeg kan godt tåle det. Noget af det er sjovt. Men nej...der har jeg altid tænkt, hold kæft mand, har de ikke andet at snakke om? Det har jeg aldrig selv været godt til. [...]" (60'erne, kræft i urinblære)

Disse citater kan bruges som en påmindelse om, at mænd også er forskellige indbyrdes, og dermed kan have forskellige ønsker til deres rehabilitering. Hvis man ønsker at inkludere flere mænd med lav social position i CKSK, er det derfor vigtigt at se på, hvad der har betydning for dem som gruppe. Og mindst lige så afgørende er det at huske, at der også inden for en kategori som *lav social position* er en lang række af variable forhold, hvilket gerne skulle fremstå ganske tydeligt i denne rapport.

Om ordet rehabilitering

Informanterne er lidt i vildrede, da jeg spørger ind til deres forståelse af ordet *rehabilitering*. De har svært ved at beskrive det med andre ord. En siger fx; "*det er jo bare det, det er*". Flere af informanterne mener, at det er et bredt begreb, men de har ikke nogen bud på velfungerende alternativer. Samtidigt giver de også udtryk for, at de ikke er så optaget af selve ordvalget:

"Genoptræning eller et eller andet. At komme ovenpå. [...] Jeg ved jo, hvad det står for. Sådan noget tænker jeg ikke på. Det hedder det jo bare." (60'erne, kræft i urinblære)

En anden informant mener, at ordet har nogle ubehagelige konnotationer:

"Det synes jeg er et ganske forfærdeligt ord. [...] Det lyder som om viovre i Sibirien. Der blev man også sådan på rehabiliteringskurser. [...] Det er selve ordet. Det er et gammeldags ord, som har nogle...en dårlig lyd i mine ører. Om man ikke kunne opfinde et andet ord, der måske...du rehabiliterer forbrydere og alle mulige. Jeg synes det har en dårlig klang. [...] Der må være en eller anden, der kan komme med et ordentligt ord. [...] Kriminelle og forbrydere, det er sådan nogle, der får den slags tilbud." (60'erne, nyrekræft)

Det skal bemærkes, at ovenstående forståelse af ordet dog ikke forhindrer informanten i at deltage i tilbud i CKSK, da han er den af mændene, der har været mest aktiv i CKSK. Spørgsmålet er derfor, om forståelsen af ordet i dette tilfælde er væsentlig for deltagelsen i rehabiliteringstilbuddene.

Det er interessant, at informanterne ikke forbinder ordet med noget for de *svage og syge*. Derimod har de fleste af mændene den indstilling at rehabilitering handler om at "*komme ovenpå*", og derfor betragtes som en middel til at generobre livet.

KONKRETE ANBEFALINGER

TILBUD I CKSK

Udvikling af den første telefoniske kontakt med patienterne

Problemstilling: af forskellige årsager kommer nogle af mændene aldrig ind i centret, hvorfor det er afgørende, at de har få tilstrækkelige oplysninger over telefonen.

Forslag: at lave en faglig vejledning eller retningslinjer for, hvad der skal spørges ind til i den første telefoniske kontakt. Det er risikabelt at gå ud fra, at alle vil eller kan komme til vis. samtale, og kommer ind i et forløb. CKSK bør være mere smidigt for mænd med lav social position. Det er centralt, at mændene bl.a. hører om KB's rådgivning, og at kontaktpersonen spørger ind til nærmeste pårørende.

Ud af huset tilbud

Problemstilling: nogle af mændene har svært ved at tage sig sammen til at komme ind i CKSK. Strukturen i CKSK er bygget på, at den enkelte selv tager initiativ til at komme ind i centret. Men det har disse mænd ikke de samme forudsætninger for at gøre, som andre patienter (både mandlige og kvindelige) har. Det kan betyde, at vigtig genoptræning først kommer i gang et helt år efter en operation.

Forslag: at man afprøver at holde vis. samtaler i hjemmet. At der bliver mulighed for hjemmebesøg, hvor en fysioterapeut kan vise øvelser mm.

Ro, afspænding og overskud

Problemstilling: mange af mændene har svært ved at finde ro, sover dårligt, mangler overskud eller beskriver, at de ryger ned i sorte huller.

Forslag: at der generelt etableres et større fokus på mændenes psykiske og mentale trivsel. Fx kan det være et krav, at kontaktpersonen spørger ind til søvn i den første tlf. samtale.

Støtte til nærmeste pårørende

Problemstilling: ægtefællerne har det hårdt, og er dårlige til selv at opsøge hjælp. De er den vigtigste hjælper for mændene, og rehabiliteringsfasen afhænger stærkt af deres støtte. Men de bør også have hjælp, fordi de er meget belastede under hele kræftforløbet.

Forslag: fortælle om reaktioner hos pårørende over telefonen, og oplyse om tilbud i CKSK.

Den praktiserende læge som anker

Problemstilling: relationen til egen læge påvirker, hvordan patienterne handler igennem deres kræftforløb. Nogle gange går samarbejdet i hårdknude, og patienterne får ikke løst deres helbredsproblemer – både før, under og efter deres kræftforløb.

Forslag: skab et bedre samarbejde med de praktiserende læger. De skal kende til CKSK og anbefale det.

CKSK skal være dér, hvor mændene er!

Problemstilling: der er ikke nok synlighed omkring CKSK. For få mænd med lav social position kender til CKSK.

Forslag: bedre kommunikation med forebyggelsescentrene, hospitalerne og almen praksis. Plakater og foldere ude hos førnævnte samarbejdspartnere.

VIDERE UNDERSØGELSER

En finsk artikel peger på, at mænd både trækker på *intrapersonlige* og *interpersonlige* (extrapersonlige) ressourcer, når de skal håndtere et kræftforløb (Vaartio H. et al., 2003). Det vil sige, at de både bruger ressourcer, de finder i sig selv, og ressourcer i deres netværk eller hos fx sundhedsprofessionelle.

I nærværende undersøgelse har mændene anvendt forskellige håndteringsstrategier under deres sygdoms- og behandlingsforløb, hvilket jeg har påvist gennem en række eksempler. Men jeg har ikke haft mulighed for at påvise, hvorfor mændene har foreskellige håndteringsstrategier, og hvordan de både ubevidst og bevidst kombinerer de intrapersonlige og interpersonlige ressourcer. Dette kunne være interessant at undersøge nærmere. Hvis vi forstod mere om patienternes håndteringsstrategier, ville det måske blive nemmere at understøtte dem i at anvende dem så konstruktivt som muligt.

De fem mænd i undersøgelsen må siges at være blandt nogle af de mere ressourcestærke blandt mænd med lav social position. Nogle af dem er trods alt i arbejde eller har været det, og er i stand til at tage initiativer mm., selvom de også befinder sig i udfordrende livssituationer. Spørgsmålet er, hvordan andre mænd med lav social position og endnu ringere livsomstændigheder klarer sig under kræftforløb. Hvad kan CKSK gøre for dem? Dette er også et område, der fortjener at blive belyst.

Derudover er der flere udsatte patientgrupper, som også bør få større opmærksomhed. Det kunne fx tænkes, at etniske minoriteter også har vanskeligere ved at finde vej til CKSK. Deres barrierer og rehabiliteringsbehov ville derfor også være relevante at undersøge.

LITTERATURLISTE

Kvale S. og Brinkmann S. (2009). Interview. Introduktion til et håndværk. 2. udgave. Hans Reitzels Forlag. København.

Nørredam M. og Christiansen T. (2010) Ulighed i adgangen til sundhedsydelser. Statusartikel. Københavns Universitet, Institut for Folkesundhedsvidenskab. Ugeskrift for Læger. 172/10.

Oksbjerg Dalton S., Schüz J., Johansen C. et al. (2009) Social ulighed i forekomsten og overlevelsen efter kræft i Danmark. Hovedresultater fra CANULI-undersøgelsen. Månedsskrift for Praktisk Lægegering. Juni/juli, 87. årgang.

R. Moustsen I., B. Larsen S., Vibe-Petersen J. et al. (2015) Social position and referral to rehabilitation among cancer patients. Danish Cancer Society Research Center, Survivorship Unit, Copenhagen, Denmark.

Tjørnhøj-Thomsen T. og Ploug Hansen H. (2013) Biografisk brud. I Johansen C. (red.) Kræft. Senfølger og rehabilitering. København: Hans Reitzels Forlag.

Tjørnhøj-Thomsen T. og Ingholt L. (2014) Vi mænd, kræft og rehabilitering. En undersøgelse af mænds grunde til at deltage i tilbud om kommunal kræftrehabilitering. Statens Institut for Folkesundhed. Syddansk Universitet.

Tjørnhøj-Thomsen T. (2009) Framing the clinical encounter for greater understanding, empathy, and success. The Hearing Journal. August, vol. 62 no. 8.

Toombs S. Kay (1992) The Meaning of Illness. A Phenomenological Account of the Different Perspectives of Physician and Patient. Philosophy and Medicine Series. Kluwer Academic Publishers.

Vartio H., Kiviniemi K. og Suominen T. (2003). Men's experiences and their resources from cancer diagnosis to recovery. European Journal of Oncology Nursing 7 (3), 182-190. Elsevier Ltd.