The background of the cover is a photograph of a modern building with a light grey, metallic facade. The building has several windows of various sizes, some of which are reflecting the sky. The building is set against a clear sky with some light clouds. The overall tone of the image is somewhat muted and professional.

*Et indblik i sårbare  
borgeres kræftrehabilitering  
under COVID-19 pandemien*

Speciale i Sundhedsfremme & Sundhedsstrategier

CENTER FOR  
KRÆFT OG SUNDHED

Af:

**Ida Tofte Hansen (67497)**

**Signe Green Knakkegaard (67253)**

**Line Johanne Schou Jacobsen (59195)**

# **Et indblik i sårbare borgeres kræftrehabilitering under COVID-19 pandemien**

Speciale i Sundhedsfremme & Sundhedsstrategier

Specialegruppe:

**Ida Tofte Hansen** (67497)

**Signe Green Knakkegaard** (67253)

**Line Johanne Schou Jacobsen** (59195)

Vejleder, Roskilde Universitet:

**Anne Liveng**

Kontaktperson, Center for Kræft og Sundhed København:

**Heidi Klit Birkemose**

Afleveret d. 1. juni 2021

Antal tegn inkl. mellemrum: 221.365

Antal sider: 95

Antal bilag: 10

*Tak til vejleder og kontaktperson, samt  
til medarbejdere og borgere på Center for Kræft og Sundhed  
København, 2021*

# Abstract

This Master's Thesis investigates the impact of the COVID-19 pandemic, in the context of a Danish municipal cancer rehabilitation centre. The work focuses on inequality in cancer rehabilitation. The topic of interest is based on our pre-understanding about particular socially vulnerable citizens being the ones who suffer, during the lockdown due to the pandemic. The aim is to provide a health-promoting perspective on the issue. Copenhagen Centre for Cancer and Health has, upon collaboration, functioned as a gatekeeper by providing access to the informants. The Thesis is rooted in a philosophical hermeneutic approach. Furthermore, the methodological strategy is based upon qualitative semi-structured interviews, which was conducted in different ways to suit the preferences of the individual informants. The empirical basis is a total of five interviews. That includes two interviews with four employees and three interviews with persons from the target group of socially vulnerable citizens. The empirical data was processed through a hermeneutic analysis combined with the theoretical approach: *Sense of Coherence* (SOC) by Antonovsky, *health literacy* as presented by Nutbeam, *the concept of E-health literacy* and the concept of '*equity in health*' as presented by WHO and Whitehead. The analysis shows that the COVID-19 pandemic has entailed major changes in Copenhagen Centre for Cancer and Health which has had a negative impact on cancer rehabilitation, seen in the light of a health-promoting perspective. The research indicates that the changes of the rehabilitation, have led to a lower degree of meaningfulness for both the employees and the socially vulnerable citizens. This caused by a conversion of the rehabilitation activities into digital solutions, a limitation of the opportunity for social contact and changed working conditions for the employees. Furthermore, the thesis points out that socially vulnerable citizens have had to take greater responsibility for their own rehabilitation, which everyone has not been able to fulfill. In conclusion the changes during the pandemic, has led to deteriorations in the cancer rehabilitation of socially vulnerable citizens and by that potentially increased the inequality in health.

**Keywords:** Cancer rehabilitation, COVID-19 pandemic, social inequality in health, equity in health, SOC, health literacy, E-health Literacy

# Indholdsfortegnelse

<b>1.0 Indledning</b> .....	<b>6</b>
<b>2.0 Problemformulering</b> .....	<b>8</b>
<b>3.0 Begrebsafklaring</b> .....	<b>8</b>
<b>3.1 Kræftrehabilitering</b> .....	<b>8</b>
<b>3.2 Sårbare borgere</b> .....	<b>9</b>
<b>3.3 Social ulighed i sundhed</b> .....	<b>10</b>
<b>4.0 Baggrundslitteratur</b> .....	<b>12</b>
<b>4.1 Specialets placering</b> .....	<b>15</b>
<b>5.0 Kontekstafsnit</b> .....	<b>16</b>
<b>5.1 COVID-19 pandemien</b> .....	<b>16</b>
<b>5.2 Center for Kræft &amp; Sundhed København, før og under COVID-19 pandemien</b> .....	<b>17</b>
<b>6.0 Videnskabsteori</b> .....	<b>19</b>
<b>6.1 Filosofisk hermeneutik</b> .....	<b>19</b>
<b>6.2 Metodiske principper for filosofisk hermeneutisk forskning</b> .....	<b>22</b>
<b>7.0 Metode</b> .....	<b>24</b>
<b>7.1 Det kvalitative forskningsdesign</b> .....	<b>25</b>
7.1.1 Filosofisk hermeneutiske kvalitetskrav.....	26
7.1.2 Forskningsstrategi .....	27
<b>7.2 Empirigenerering</b> .....	<b>27</b>
7.2.1 Rekruttering og præsentation af informanter .....	28
7.2.1.1 Samlet præsentation af informanter fra målgruppen sårbare borgere .....	29
7.2.1.2 Samlet præsentation af informanterne fra gruppen af medarbejdere .....	29
7.2.2 Semistrukturerede interview .....	30
7.2.2.1 Udførelsen af de kvalitative semistrukturerede interviews .....	31
7.2.2.1.1 Sårbare borgere .....	31
7.2.2.1.2 Medarbejdere.....	32
<b>7.3 Transskription</b> .....	<b>33</b>
<b>7.3 Ethiske overvejelser</b> .....	<b>34</b>
<b>7.4 Hermeneutisk analysemetode</b> .....	<b>37</b>
<b>8.0 Teori</b> .....	<b>39</b>
<b>8.1 Lighed i sundhed set ud fra ‘equity’ og ‘equality’</b> .....	<b>40</b>

8.2 (E-)Health Literacy .....	42
8.3 Oplevelse af sammenhæng .....	48
<b>9.0 Analyse .....</b>	<b>51</b>
<b>9.1 Alle står mere alene.....</b>	<b>51</b>
9.1.1 Tværfaglighedens trange kår.....	51
9.1.2 Et øget ansvar på den enkelte borger .....	53
<b>9.2 Det betydningsfulde fremmøde.....</b>	<b>56</b>
9.2.1 Borgerne savner at kunne møde ind i centeret.....	56
9.2.2 Det betydningsfulde i fremmødet fra et medarbejderperspektiv .....	60
9.2.3 Omsorgens utilsigtede konsekvenser .....	61
<b>9.3 Udfordringerne ved den øgede brug af teknologi .....</b>	<b>64</b>
9.3.1 Borgernes it-kompetencer og adgang til teknologi .....	64
9.3.2 Hvad er det der tilbydes, og hvordan tilbydes det?.....	67
9.3.3 Den telefoniske kontakt – et nødvendigt onde eller en fordel?.....	70
<b>10.0 Diskussion .....</b>	<b>74</b>
<b>10.1 Diskussion af fund.....</b>	<b>74</b>
10.1.1 Har det overhovedet været muligt for CKSK at gøre det på andre måder? .....	74
10.1.2 Borgerne får frataget noget ansvar og tillagt noget andet .....	75
10.1.3 Betydningen af nedgangen i den fysiske aktivitet både for borgerne og den sociale ulighed i sundhed .....	77
<b>10.2 Diskussion af metode .....</b>	<b>78</b>
10.2.1 Betydningen af det eksterne samarbejde med CKSK .....	78
10.2.2 Informantgruppen bestående af sårbare borgere der alle er mænd over 60 år .....	80
10.2.3 Specialets kvalitet .....	81
<b>11.0 Konklusion.....</b>	<b>83</b>
<b>12.0 Perspektivering .....</b>	<b>85</b>
<b>13.0 Litteraturliste .....</b>	<b>87</b>

# 1.0 Indledning

Følgende speciale omhandler en kvalitativ undersøgelse af den ændrede kræftrehabilitering, som følge af COVID-19 pandemien. Udarbejdelse af specialet er foregået i samarbejde med Center for Kræft & Sundhed København (CKSK), og undersøgelsen bygger på perspektiver fra både sårbare borgere og medarbejdere på centeret. De sårbare borgere bidrager med deres erfaringer omkring kræftrehabiliteringen under COVID-19 pandemien, mens medarbejdernes oplevelser kan bidrage med, hvorledes kræftrehabiliteringen har ændret sig for sårbare borgere som følge af COVID-19 pandemien. Specialet udspringer af en interesse for problematikken omhandlende social ulighed i sundhed, hvorfor formålet er at bidrage med et sundhedsfremmende perspektiv på denne problematik.

Hvert år bliver stadig flere danskere diagnosticeret med en kræftdiagnose, og i 2020 var kræft den hyppigste dødsårsag i Danmark (Kræftens Bekæmpelse 2020). Ifølge Kræftens Bekæmpelse var der i perioden fra 2009-2018 registreret en stigning i det samlede antal kræfttilfælde, svarende til cirka 550 nye kræfttilfælde pr. år. Opdeles dette efter køn ses en stigning i nye kræfttilfælde på 18,7 % for mænd og 10,2 % for kvinder. Denne stigning i antallet af nye kræfttilfælde relateres til den generelle sociodemografiske udvikling, hvor den danske befolkning bliver ældre og ældre, sammenholdt med at risikoen for kræft stiger med alderen (ibid.). På trods heraf er der dog samtidig flere som overlever og lever med kræft. I perioden fra 2009-2018 er femårsoverlevelsen for mænd steget med 11 %, hvor der for kvinder er sket en stigning på 10 %. Denne udvikling kan blandt andet tilskrives indførelsen af screeninger, kræftpakker og mere effektiv kræftbehandling (ibid.; Sundhedsstyrelsen 2017). Dette som følge af at en kræftdiagnose da kan stilles i tidligere stadier, hvorfor behandlingsmulighederne er flere (Ringgaard & Kroer 2020). Som resultat af en stigning i antallet af kræfttilfælde pr. år, sammenholdt med en stigning i antallet af kræftoverlevende, er der et øget behov for kræftrehabilitering (Kræftens Bekæmpelse 2020).

Ifølge en rapport fra Statens Institut for Folkesundhed, har kræftrehabilitering vist sig at have en gavnlig effekt for kræftframte, da det kan være med til at mindske senfølgerne af kræftbehandling (Dalton, Hansen, Johansen, Malik-Høegh, Mikkelsen, Olsen, Møller & Rix 2010). Siden kommunalreformen fra 2007, har det været de danske kommuners ansvar at varetage og tilbyde kræftrehabilitering til borgerne, hvorfor det i Københavns Kommune er CKSK, der

varetager denne opgave (Center for Kræft & Sundhed København u.å.a). På CKSK er der i arbejdet med borgeren fokus på en helhedsorienteret og tværfaglig indsats, hvor sundhedsfremmende aktiviteter skal hjælpe borgeren til at mestre sin situation som kræftramt (Vibe-Petersen & Trier 2013). Formålet med sundhedsfremme er ifølge World Health Organizations (WHO) blandt andet en proces til at forbedre det enkelte menneskes sundhedstilstand (WHO u.å.a), hvor sundhed defineres som en tilstand af fuldstændig fysisk, psykisk og socialt velvære og ikke blot fravær af sygdom (WHO 2020a) Med afsæt i WHO og CKSK's beskrivelse af deres arbejde med kræftramte borgere, anser vi kræftrehabilitering som en sundhedsfremmende indsats, hvor den helhedsorienterede indsats retter et bredt fokus på at forbedre fysisk, psykisk og socialt velvære, samt gør individet i stand til at mestre sin situation.

I Danmark er der i de seneste år sket en udvikling indenfor kræftområdet med blandt andet indførelsen af screeninger, kræftpakker og mere effektiv kræftbehandling (Kræftens Bekæmpelse 2020; Sundhedsstyrelsen 2017). På trods heraf er det ikke alle, der har haft samme gavn af udviklingen (Olsen, Kjær & Dalton 2019). Ifølge '*Hvidbog - Social ulighed i kræft i Danmark*' er uligheden på kræftområdet i Danmark stigende. Socialt sårbare patienter har større risiko for at få kræft og dårligere chancer for at overleve en kræftsygdom, i forhold til ikke-sårbare patienter. Uligheden viser sig i alle aspekter af kræftforløbet lige fra risikoen for at få kræft, til diagnostidspunkt, behandling, rehabilitering og overlevelseschancer (Olsen, Kjær & Dalton 2019). Denne ulighed inden for kræftområdet finder vi interessant, ikke mindst set i lyset af COVID-19 pandemien.

Siden COVID-19 pandemien for alvor ramte Danmark i marts 2020, har samfundet, som følge af restriktioner, været nedlukket i større eller mindre grad for at forhindre ukontrolleret spredning af den nye virus (Ottosen & Ancher-Jensen 2021). På CKSK har det medført ændringer i form af både aflyste aktiviteter og omlagte rehabiliteringstilbud til digitale løsninger. Dette aspekt finder vi interessant da forskning, udarbejdet inden COVID-19 pandemien, indikerer at anvendelsen af digitale og internetbaserede kræftaktiviteter, har vist sig at være problematiske i forhold til sårbare borgere (Høybye, Dalton, Christensen, Ross, Kuhn & Johansen 2009; Rossen, Kayser, Vibe-Petersen, Ried-Larsen & Christensen 2019). Ifølge Høybye et al. (2009) og Rossen et al. (2019) er gruppen af sårbare borger mindre motiverede for og parate til at anvende teknologiske løsninger i kræftrehabiliteringen, i forhold til gruppen af ikke-sårbare borgere.

Ud fra ovenstående har vi en formodning om, at den ændrende kræftrehabilitering på CKSK, som følge af COVID-19 pandemien, har haft en særlig betydning for de sårbare borgere, hvorfor dette er en problemstilling, vi ønsker at undersøge nærmere ud fra følgende problemformulering.

## 2.0 Problemformulering

*Hvordan opleves og forstås kræftrehabilitering under COVID-19 pandemien af henholdsvis sårbare borgere og medarbejdere på CKSK? Hvorledes kan den ændrede kræftrehabilitering anskues i lyset af et sundhedsfremmeperspektiv, herunder i forhold til social ulighed i sundhed?*

## 3.0 Begrebsafklaring

Følgende afsnit har til formål at uddybe og afklare specialets forståelse og anvendelse af begreberne; *kræftrehabilitering*, *sårbare borgere* og *social ulighed i sundhed*, som fremgår af problemformuleringen.

### 3.1 Kræftrehabilitering

I specialet tages der udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens definition af rehabilitering, som bygger på WHO (Sundhedsstyrelsen 2018). Sundhedsstyrelsen er den øverste sundhedsmyndighed i Danmark (Sundhedsstyrelsen 2020a) og definerer rehabilitering på følgende måde:

Rehabilitering dækker over en række indsatser til borgere, der har eller er i risiko for at miste dele af deres fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne. Formålet med rehabilitering er at hjælpe borgeren til en hverdag, der er så selvstændig og meningsfuld som muligt (Sundhedsstyrelsen u.å.).

Ovenstående definition anses som en generel definition af rehabilitering, hvorfor den bør tilpasses til den konkrete kontekst, hvilket i denne sammenhæng er kræftområdet. Indenfor kræftområdet har rehabiliteringstilbud bestående af eksempelvis fysisk træning og psykosociale interventioner vist sig at have en gavnlig effekt, således at de kræfttramte fik det bedre fysisk, såvel som psykisk og socialt (Sundhedsstyrelsen 2010). I dette speciale arbejdes der



med kræftrehabiliteringstilbud i Københavns Kommune, grundet specialesamarbejdet med CKSK. Det er centerets opgave at varetage kræftrehabiliteringen i Københavns Kommune og dermed udbyde de konkrete og specificerede rehabiliteringstilbud til kommunens kræfttramte borgere. CKSK arbejder med kræftrehabilitering ud fra et overordnet formål om: “[...] størst mulig fysisk, psykisk og social tilpasning til det hverdags- og arbejdsliv, patienten/borgeren ønsker - på trods af de begrænsninger, som sygdom og/eller behandling kan medføre.” (Vibe-Petersen u.å. s. 4). Ovenstående tilgange til rehabilitering, underbygger vores forståelse af kræftrehabilitering som en sundhedsfremmeindsats. Da det at genvinde funktionsevne og mestre sin situation, kan anses som en måde, hvorpå individet kan forbedre og genvinde kontrol over egen sundhed. Denne forståelse underbygges endvidere af Sundhedsdatastyrelsens beskrivelse af sundhedsfremmende arbejde:

I sundhedsfremmearbejdet vendes opmærksomheden væk fra sygdom og over mod sundhed. Der fokuseres på mobilisering af ressourcer, handlekompetencer og mestringsstrategier frem for på risici. I sundhedsfremmearbejdet er der fokus på begrebet “sund”, hvor sund forstås som en stærk følelse af sammenhæng, dvs. den enkeltes oplevelse af tilværelsen som meningsfuld, begribelig og håndterlig. Sundhedsfremme kan foregå i alle rammer og både professionelle i sundhedsvæsenet og udenfor samt patienter og andre borgere, kan være aktører (Sundhedsdatastyrelsen u.å.).

Ud fra denne definition mener vi, at man kan anse rehabilitering som en del af det sundhedsfremmende arbejde, idet der i rehabilitering ikke blot er fokus på sygdom, men i høj grad også på sundhed. Dette som følge af at der i det rehabiliterende arbejde er et ønske om at hjælpe borgeren med at genvinde funktionsevne og mestre sin situation. Desuden har begge definitioner det til fælles, at der er et mål om at interventionerne skal være meningsfulde for borgeren, og være fokuseret omkring borgerens livssituation.

## **3.2 Sårbare borgere**

I specialet anvendes betegnelsen sårbare borgere om specialets målgruppe, hvilket er inspireret af rapporten ‘faglig vejledning’ fra CKSK, der benytter samme betegnelse (Trier 2018). Med afsæt i Trier (2018), samt litteratur omhandlende social ulighed i sundhed (Olsen, Kjør, & Dalton 2019; Pedersen, Ingholt & Tjørnhøj-Thomsen 2015; Sundhedsstyrelsen 2020c), har

vi til brug for specialets undersøgelse opstillet følgende syv faktorer, der kan disponere for øget sårbarhed.

- Uddannelse (borgeren har ingen eller kort uddannelse)
- Erhvervsstatus (borgeren er sygemeldt, arbejdsløs eller har sparsomt med arbejde)
- Sambostatus (borgeren bor alene)
- Indkomstniveau (borgerens indkomst formodes at være lav)
- Etnicitet (borgeren har en anden etnicitet end dansk)
- Misbrug (borgeren har misbrugsproblemer)
- Psykiske problemer (borgeren har psykiske problemer)

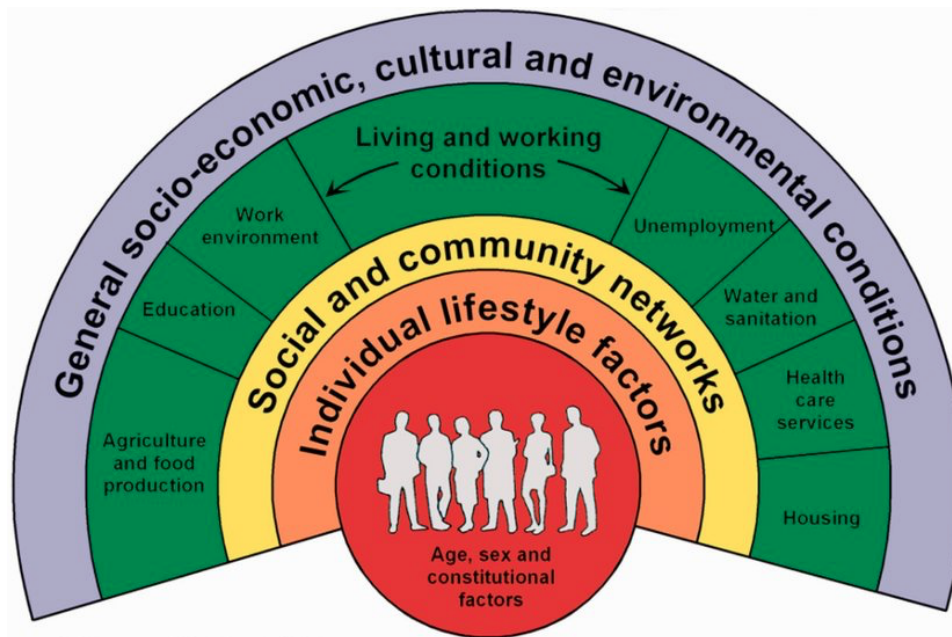
Vi vurderer, at hver enkel af de ovenstående faktorer ikke alene kan definere sårbarhed eller betegne en borger som sårbar. I specialet dækker betegnelsen sårbar borger, derfor over borgere der opfylder minimum to af de opstillede syv faktorer. Begrundelsen for netop at betegne målgruppen ud fra minimum to faktorer, tillader undersøgelsen at være åben for en bredere gruppe af mulige informanter, end hvis vi eksempelvis valgte at definere sårbare borgere ud fra tre eller flere faktorer. Denne tilgang understøttes af rapporten *'Når man har sagt A, må man også sige B: Om social ulighed i kræftrehabilitering'*, der peger på at sårbare borgere er en bred og forskelligartet gruppe (Pedersen, Ingholt & Tjørnhøj-Thomsen 2015). Ydermere anerkender vi, at medarbejderne på CKSK kan have en professionel forståelse og vurdering af, hvad der kendetegner en sårbar borger, eller hvornår en borger kan karakteriseres som værende sårbar. Hvorfor vi i specialet endvidere inkluderer medarbejdernes professionelle vurdering og forståelse herom. Det har været vigtigt for os at præcisere betegnelsen sårbare borgere, som den er anvendt i dette speciale, da der kan være flere forståelser af, hvad dette vil sige, og hvilke kriterier der er for dette. Vi har derfor med vores præcisering heraf valgt at være eksplicite om de kriterier, vi anser som værende disponerende for sårbarhed. Desuden er denne præcisering anvendt til henvæning af informanter, samt i interviewene med medarbejderne, til at skabe et fælles udgangspunkt for at tale om målgruppen.

### **3.3 Social ulighed i sundhed**

I dette afsnit præsenteres specialets forståelse af social ulighed i sundhed, der er et udtryk for, hvordan sundhed og sygdom rammer systematisk skævt i samfundet. Dette medfører at nogle befolkningsgrupper bliver mere syge, rammes hårdere af sygdom og dør tidligere. Årsagerne til den systematiske skævvridning i samfundet skyldes til dels individets sociale position og

vilkår, som har betydning for individets sundhed, sygdom, levetid og livskvalitet (Udesen, Skaarup, Petersen & Ersbøll 2020).

I specialet vil social ulighed i sundhed ansues ud fra Göran Dahlgren og Margaret Whiteheads model, hvor både individuelle og samfundsmæssige forhold har betydning for individets sundhed.



Figur 1: Den samfundsmedicinske sygdomsmodel - en model over sundhedsdeterminanter. Denne illustration er baseret på Dahlgren og Whiteheads model (1991) og illustreret af Eikemo, Bamba, Huijts & Fitzgerald (2017).

I denne model (figur 1) ser man sundhed og sygdom som en konsekvens af flere faktorer, som kan være indbyrdes afhængige, og kan medføre positive eller negative effekter på helbredet. Modellens forskellige faktorer findes på forskellige niveauer; mikro-, meso- og makroniveau. På mikroniveau er individet, som er påvirket af eksempelvis dets genetik, alder og køn, hvilket er faktorer individet ikke kan ændre på, men som har betydning for helbredsforholdene. På mesoniveau er individets individuelle livstilsfaktorer og de sociale relationer og fællesskaber, som individet befinder sig i. Derudover er der på dette niveau også individets leve- og arbejdsvilkår. På mesoniveau kan individet både selv træffe nogle valg, som kan få betydning for dets sundhed, men kan også blive udsat for ting, der kan påvirke dets helbred uden selv at have valgt dette. På makroniveau er samfundets generelle vilkår og rammer bestående af socioøkonomiske, kulturelle og miljømæssige forhold, som er forhold, hvor individet intet kan ændre på egen hånd. Ifølge Dahlgren og Whitehead (1991) kan der ikke ude-

lukkende ses isoleret på et niveau, idet de tre niveauer er afhængige af hinanden, når man anskuer individers sundhed. Derfor afhænger et individs sundhed både af faktorer tæt på individet, men også af faktorer der er relateret til dets levevilkår og måden, hvorpå samfundet er struktureret (Dahlgren & Whitehead 1991; Madsen & Standberg-Larsen 2013).

Vi har i specialet valgt denne tilgang til social ulighed i sundhed, da vi i tråd med denne mening, at uligheden ikke blot skyldes det enkeltes individs genetik og livsstil, men ligeledes er påvirket af samfundsmæssige og ydre forhold. Modellen kan ud fra et sundhedsfremmeperspektiv være med til at identificere, hvor uligheden skabes og dermed, hvor der eventuelt kan tages fat for at reducere den sociale ulighed i sundhed. Derfor findes modellen også velegnet for specialet, da en del af vores sundhedsfremmeperspektiv har fokus på, hvilke faktorer der kan have betydning for den sociale ulighed i sundhed, og hvorledes denne kan reduceres.

## 4.0 Baggrundslitteratur

I dette afsnit vil der blive præsenteret noget af den forskningslitteratur, der er blevet anvendt til få en indsigt i kræftrehabiliteringsområdet. Fokus har været på *social ulighed i kræft og kræftrehabilitering* samt *anvendelse af teknologi indenfor kræftområdet*. Afsnittets formål er at præsentere et kendskab til feltet, samt hvordan dette speciale placerer sig heri. Da fokus i specialet omhandler kræftrehabilitering i en dansk kontekst, er der taget udgangspunkt i den danske forskning på området. Der er anvendt en bred litteratursøgning i arbejdet med at undersøge feltet (se bilag 1). I det følgende vil der blive præsenteret fire tekster, som særligt har bidraget til vores indsigt i kræftrehabiliteringsområdet.

*'Hvidbog – Social ulighed i kræft i Danmark'* er udgivet af Kræften Bekæmpelse og fokuserer på den stigende ulighed i kræft, der findes til trods for de fremskridt, der er gjort på kræftområdet de seneste år. Et af hvidbogens fund er, at den sociale gradient er at finde gennem hele kræftforløbet (Olsen, Kjær & Dalton 2019). Den sociale gradient er en gradvis ulighed i befolkning, forstået på den måde " [...] at udsathed for sundhedsrisici og sygdom i befolkningen stiger gradvis i takt med, at den sociale position falder." (Sundhedsstyrelsen 2019). Dette kommer blandt andet til udtryk ved, at der er flere lavt uddannede, der får kræft i forhold til højtuddannede. Endvidere ses en ulighed i overlevelsen efter kræft, hvor kræfttramte med lav indkomst har en femårsoverlevelse på 53 %, hvorimod dette tal for kræfttramte med høj indkomst er 69 %. Derudover får kræfttramte med kort uddannelse og lav indkomst oftere

diagnosticeret kræft i et fremskredent stadie. Samtidigt er de kræfttramte, som er positioneret lavt indenfor de socioøkonomiske positioner, oftere ramt af komorbiditet, hvilket er med til at skabe en ulighed i sundhed. Desuden viser undersøgelser præsenteret i hvidbogen, at sårbare borgere sjældnere deltager i rehabilitering på trods af, at de rapporterer, at de har uopfyldte rehabiliteringsbehov. Ud fra hvidbogens resultater er det tydeligt, at der findes ulighed i alle aspekter af kræftforløbet, det vil sige både i udredning, behandling, rehabilitering og overlevelse (Olsen, Kjær & Dalton 2019). Hvidbogen findes relevant for specialet, da den ud fra et bredt grundlag, belyser den eksisterende sociale ulighed indenfor kræftområdet, baseret på nyere forskning. Desuden har hvidbogen bidraget med at øge specialegruppens opmærksomhed på den sociale ulighed i kræftrehabilitering, samt understøttet os i relevansen af et primært fokus på målgruppen, sårbare borgere, og deres erfaringer med kræftrehabilitering.

*'Når man har sagt A, må man også sige B: Om social ulighed i kræftrehabilitering'* er en rapport udgivet af Statens Institut for Folkesundhed i 2015 (Pedersen, Ingholt & Tjørnhøj-Thomsen 2015). Rapporten bygger på en kvalitativ og eksplorativ undersøgelse af social ulighed i kræftrehabilitering ud fra et patient- og medarbejderperspektiv. Undersøgelsen belyser, hvorfor målgruppen af patienter med kort eller ingen uddannelse, samt lav indkomst, i lavere grad henvises til og deltager i kræftrehabilitering. Desuden undersøges det, hvad der kan gøres anderledes, for at få målgruppen til at deltage i kræftrehabilitering og mindske den sociale ulighed. Patientperspektivet bidrager med patienternes forståelse af rehabilitering, og hvordan deres forskellige livssituationer gør det svært at navigere i sundheds- og socialværnet, som deres kræftsygdom har tvunget dem ind i. Medarbejdere fra henholdsvis CKSK, Rigshospitalet og Bispebjerg Hospital bidrager til rapporten med deres forståelser af rehabilitering, deres oplevelser med målgruppen, samt de strukturelle og institutionelle forhold der har betydning for rehabilitering. Undersøgelsens fund peger på at for at mindske den sociale ulighed i sundhed, så skal målgruppen ses som en forskelligartet gruppe, der ofte har komplekse rehabiliteringsbehov- og ønsker. Derudover skal deres rehabilitering relateres til deres levevilkår, herunder deres nedsatte fysiske og psykiske helbredstilstand. De sundhedsprofessionelle udtrykker derfor samstemmigt et øget behov for flere socialfaglige ressourcer, som kan hjælpe målgruppen med deres altoverskyggende problemer, blandet andet indenfor økonomi og tilknytning til arbejdsmarkedet (ibid.). Rapporten findes relevant for specialet, idet den peger på, at målgruppen er en heterogen og kompleks gruppe, som har forskellige rehabiliteringsbehov og ønsker, baseret på deres levevilkår og helbredstilstand. Specialets undersøgelse har visse ligheder med omtalte rapport, da vi i specialet kvalitativt undersøger problem-

stillingen ud fra et borger- og et medarbejderperspektiv. Endvidere tager vi i specialet udgangspunkt i en lignende målgruppe. Specialet adskiller sig fra ovenstående rapport ved, at vi undersøger borgernes og medarbejderens erfaringer og oplevelser med kræftrehabilitering under COVID-19 pandemien. Endvidere undersøger vi ikke det tværsektorielle samarbejde eller de strukturelle og institutionelle forhold på hospitalerne, men har udelukkende fokus på forholdene hos CKSK.

*‘Social and psychological determinants of participation in internet-based cancer support groups’* er en artikel fra en dansk forskergruppe, der er udgivet i 2009 (Høybye et al. 2009). Gruppen har undersøgt, hvilke sociale og psykologiske karakteristika der er bestemmende for danske kræftpatienters brug af internettet, i forhold til at få støtte i deres kræftforløb. I undersøgelsen blev i alt 230 kræftpatienter, som var tilknyttet offentlig rehabilitering, inviteret til at deltage i et online og internetbaseret forløb. Forløbet bestod af forelæsninger og øvelser med fokus på tilegnelsen af kræftrelateret information dels fra internettet og dels fra støttegrupper. I alt udfyldte n = 211 kræftpatienter det indledende baseline spørgeskema og undersøgelsen viste, at i alt 47 % (n = 100) var motiverede for at deltage i forløbet. Andelen af kræftpatienter som ikke deltog i forløbet, var kendetegnet ved at tilhøre en lavere socioøkonomisk gruppe, primært baseret på husholdningsøkonomi og tilknytning til arbejdsmarkedet. På baggrund heraf konkluderer Høybye et al. (2009), at økonomiske ressourcer og en aktiv deltagelse på arbejdsmarkedet er determinerende for, om kræftpatienter er motiveret for at deltage i internetbaserede interventioner. Artiklen finder dermed en social ulighed i forhold til, hvem der er motiverede for at deltage i internetbaserede kræft støttegrupper. Dette kommer til udtryk ved, at socialt velstillede personer i højere grad end socialt mindre velstillede personer er mere motiverede for at tage imod internetbaserede kræft støtte tilbud. Artiklen understøtter derfor specialegruppens interesse i problematikken omhandlende social ulighed i brugen af internetbaserede aktiviteter i kræftrehabilitering, hvor sårbare borgere i mindre grad er motiveret for at deltage. Artiklen er ældre dato, og der er sket meget med den teknologiske udvikling siden dens udgivelse. Der er dog nyere forskning, som viser, at der fortsat er udfordringer med at få inkluderet alle kræftpatienter i teknologiske tilbud, hvilket præsenteres i den følgende artikel.

*‘Technology in exercise-based cancer rehabilitation: a cross-sectional study of receptiveness and readiness for e-Health utilization in Danish cancer rehabilitation’* er en artikel fra 2019, der er udarbejdet af en gruppe danske forskere (Rossen et al. 2019). Denne artikel er blevet anvendt til give et indblik i, hvilke danske erfaringer der er med teknologibaserede tiltag i

kræftrehabilitering. Artiklen omhandler kræftoverleveres selvrapporterede parathed overfor brugen af teknologi, i en kommunal og træningsbaseret kræftrehabiliterings kontekst. Artiklens kvantitative undersøgelse er foretaget med brugere fra CKSK og bygger på spørgeskemabesvarelser fra i alt  $n = 305$  såkaldte kræftoverlevere. Formålet med artiklen er at give et indblik i mulige karakteristika, der kendetegner kræftoverlevere, som rapporterer sig ikke-parate til at anvende teknologi i en træningsbaseret kræftrehabilitering, samt dem som rapporterer sig mere parate. Undersøgelsen fandt, at 28,9 % af de adspurgte rapporterede sig ikke-parate til at anvende teknologi i en træningsbaseret kræftrehabilitering. Denne gruppe karakteriseret ved at være mere sårbare, end de resterende grupper, med hensyn til sociodemografiske karakteristika. De var kendetegnet ved at være overvejende: ældre, færre med lang uddannelse, flere som boede alene, flere med komorbiditet, flere rygere, færre som ønskede mere fysisk aktivitet, større andel som ejede en telefon, som ikke var en smartphone eller ingen telefon overhovedet, samt færre som allerede brugte teknologi i relation til motion. På baggrund af artiklens fund understreger Rossen et al. (2019) vigtigheden af ikke at lave standardiserede teknologiske løsninger, da dette vil kunne ekskludere de mest sårbare. Artiklens fund findes relevante for specialet, idet den giver et indblik i, at det i høj grad er sårbare borgere der rapporterer sig ikke-parate til at anvende teknologiske løsninger i deres kræftrehabilitering, i forhold til ikke sårbare borgere. Dette finder vi interessant for specialets undersøgelse, idet anvendelsen af teknologibaserede kræftrehabiliteringstilbud på CKSK er steget som følge af COVID-19 pandemien. Vi finder det relevant at inddrage begge artikler på trods af, at den ene er fra 2009, da det viser, at det er en problemstilling, der strækker sig tilbage i tiden, og endnu er relevant ti år efter. Dog tyder tallene fra de to artikler på, at det er blevet en større åbenhed fra borgerne side af over for brugen af teknologi i deres kræftforløb. Høybye et al. (2009) fandt, at blot 47 % var motiverede for at anvende teknologi, mens Rossen et al. (2019) fandt, at 28,9 % ikke følte sig parate til at anvende teknologi i deres kræftforløb. Dette kan formodes at hænge sammen med, at den generelle danske befolkning har fået større adgang til og er mere vant til at anvende internettet, set i forhold til tidligere.

## 4.1 Specialets placering

Med afsæt i ovenstående afsnit viser dansk forskning på kræftområdet, at der ikke blot eksisterer en ulighed på kræftområdet, men at denne tilmed er stigende. I specialet sættes dette i forhold til forskning, om sårbare kræftpatienters manglende parathed og motivation for at benytte sig af digitale tilbud i deres kræftforløb. Dette åbner op for nye spørgsmål, der er

knyttet til COVID-19 pandemiens indflydelse på kræftrehabiliteringsområdet, grundet den øgede brug af digitale rehabiliteringstilbud under pandemien, sammenholdt med gruppen af sårbare borgere. Der er af gode grunde endnu ikke meget forskning på netop dette område, da erfaringerne først løbende kan indhentes under pandemien. I specialet finder vi det derfor interessant at undersøge, hvorledes de sårbare borgere har erfaret deres kræftrehabilitering under COVID-pandemien samt undersøge, hvilken betydning medarbejderne tilskriver den ændrede kræftrehabilitering for gruppen af sårbare borgere.

## **5.0 Kontekstafsnit**

I denne del af specialet vil vi redegøre for COVID-19 pandemiens smitteveje samt for CKSK, både før og under COVID-19 pandemien, idet disse forhold er en del af specialets kontekst og findes derfor relevante herfor.

### **5.1 COVID-19 pandemien**

COVID-19 pandemien er forårsaget af sygdommen COVID-19, som skyldes en luftvejsinfektion med en type af coronavirus kaldet SARS-CoV-2 (Statens Serum Institut 2021) eller ny coronavirus (Sundhedsstyrelsen 2021). WHO's generaldirektør Tedros Adhanom Ghebreyesus erklærede d. 11. marts 2020 COVID-19 for en pandemi (WHO 2020b).

COVID-19 kan forårsage varierede sygdomsbilleder. Langt de fleste der bliver smittet, udvikler ingen eller milde forkølelses- eller influenzalignende symptomer. For nogle smittede kan sygdommen dog udvikle sig langt mere alvorligt og medføre eksempelvis lungebetændelse, påvirkning af flere organsystemer og kan i værste fald være dødelig (Statens Serum Institut 2021). Der er nogle borgere, der er i øget risiko for at få et alvorligt sygdomsforløb med COVID-19. Dette drejer sig om ældre, der er over 65 år, svært overvægtige, personer der i forvejen lider af kroniske sygdomme, såsom hjertekarsygdomme, lungesygdomme, diabetes og kræft, samt personer med nedsat immunforsvar eksempelvis grundet kemoterapi eller strålebehandling i forbindelse med behandling af kræft (ibid.; Sundhedsstyrelsen 2020b). COVID-19 kan overføres fra en smittet til en rask person via dråbesmitte eller kontaktsmitte, og smitten kan dermed grundlæggende overføres på to måder. Dråbesmitte sker ved at dråber fra en smittet persons host, nys eller lignende indåndes af en rask person, eller afsættes i den raske persons slimhinder i øjne, næse eller mund. Kontaktsmitte kan ske både direkte og indi-



rekte. Ved direkte kontaktsmitte overføres ny coronavirus fra den smittede person til den raske person ved eksempelvis et håndtryk. Her overfører den smittede virus til sine hænder, som ved håndtrykket videregives til modtageren af håndtrykket, som efterfølgende risikerer at føre smitten til egne slimhinder. Ved indirekte kontaktsmitte lander de inficerede dråber fra den smittede på overflader, såsom dørhåndtag eller tastaturer, hvorefter den raske person kommer i kontakt med den smittede overflade, og derfra overfører smitten til egne slimhinder (Sundhedsstyrelsen 2021). Som følge heraf har der under COVID-19 pandemien været indført både opfordringer, regler og krav til eksempelvis brug af håndsprit og værnemidler som mundbind eller visir, samt fysisk afstand, hyppig test og selvisolation ved konstateret smitte eller mistanke om smitte (Ottosen & Ancher-Jensen 2021). På baggrund af kendskabet til smittevejene og de varierede sygdomsbilleder for COVID-19, har myndighederne i Danmark valgt at begrænse muligheden for fysisk kontakt via diverse restriktioner, krav og påbud samt nationale nedlukninger i perioden fra marts 2020 til nu (anno maj 2021). På CKSK har COVID-19 pandemien været årsag til en ændret kræftrehabilitering, hvor muligheden for fysisk kontakt har været begrænset, ikke mindst på grund af de kræftframte borgeres øgede risiko for et alvorligt forløb med COVID-19 (Statens Serum Institut 2021; Sundhedsstyrelsen 2020b).

## **5.2 Center for Kræft & Sundhed København, før og under COVID-19 pandemien**

CKSK åbnede i 2007 under navnet 'Sundhedscenter for Kræftframte', som det første kommunale kræftrehabiliteringscenter i Danmark (Vibe-Petersen & Trier 2013). Centeret åbnede som følge af sundhedsloven og kommunalreformen fra 2007, der betød at genoptræning og rehabilitering blev en kommunal opgave. Ifølge en kortlægning fra 2017, tilbydes der kræftrehabiliteringstilbud i alle danske kommuner (Thuesen, Rossau, Frausing, Tang & Mikkelsen 2017). I 2008 blev 322 henvist til et forløb (Center for Kræft & Sundhed København u.å.a), mens der i 2020 blev henvist 1.147 (oplyst af kontaktperson på CKSK). CKSK er et samarbejde mellem Kræftens Bekæmpelse og Københavns Kommune (Center for Kræft & Sundhed København u.å.a). På centeret tilbydes der åben rådgivning og støtte til alle, som på den ene eller anden måde er berørte af kræft, hvilket kan være kræftpatienter, men også pårørende og efterladte (Sundhed.dk u.å.). Herudover tilbyder CKSK et evidensbaseret og individuelt tilrettelagt kræftrehabiliteringsforløb til borgere over 18 år, som er bosat i Københavns Kommune. Disse forløb er tidsbegrænsede indsatser, der er målrettet borgere som har eller har haft kræft, hvorfor en deltagelse i rehabiliteringsforløbene på CKSK kræver en lægefaglig

henvisning (Vibe-Petersen & Trier 2013). Rehabiliteringstilbuddene på CKSK er gratis, frivillige at deltage i og tilbydes alle: “[...] uafhængigt af kræftdiagnose, alder, køn, social status og etnicitet.” (Vibe-Petersen & Trier 2013, s. 481).

CKSK tilbyder tværfaglige indsatser, hvorfor medarbejdergruppen består af forskellige sundhedsfaglige profiler såsom: diætister, ergoterapeuter, fysioterapeuter, sygeplejersker, socialrådgiver, psykologer samt en social faglig sygeplejerske (Center for Kræft & Sundhed København u.å.b). Ved henvisning til centeret tildeles alle borgere en fast kontaktperson, som har ansvar for at afholde en indledende visitationssamtale. Her planlægges målene for den enkelte borgers rehabiliteringsforløb med udgangspunkt i borgerens behov, ønsker og samlede livssituation (Vibe-Petersen & Trier 2013). Efterfølgende har kontaktpersonen ansvar for at afholde opfølgningssamtaler med borgeren, med mulighed for at kunne justere planlagte mål undervejs i rehabiliteringsforløbet (ibid.). Med afsæt i en helhedsorienteret rehabiliteringsforståelse og –indsats, tilbyder CKSK et forløb med fokus på: “[...] sundhedsfremmende aktiviteter og mestring af de situationer, der uvilkårligt opstår som følge af kræftsygdommen.” (Vibe-Petersen & Trier 2013, s. 482). Før COVID-19 pandemien, var centeret åbent for fysisk fremmøde og fysisk deltagelse i de forskellige rehabiliteringsaktiviteter som centeret tilbyder. Da kunne CKSK tilbyde en række forskellige aktiviteter såsom: generel kræft-rådgivning, fysisk træning, pårørende tilbud, socialrådgivning, kostvejledning, rygestop samt udendørs rehabilitering ‘under åben himmel’. Endvidere var det muligt for borgerne at deltage i både individuelle forløb og gruppeforløb samt i diverse netværk, foreninger og kurser eller blot møde ind i centrets uformelle café (Center for Kræft & Sundhed København u.å.c).

Grundet myndighedernes anbefalinger og restriktioner i relation til COVID-19 pandemien, har CKSK været nødsaget til at ændre og omlægge deres aktiviteter og tilbud. En stor del er blevet omlagt til digitale aktiviteter, hvorimod nogle aktiviteter dog er vedblevet med mulighed for fysisk fremmøde. Dette som følge af at CKSK varetager kritiske funktioner indenfor kræftrehabilitering, hvorfor centeret har kunne holde delvist åbent under COVID-19 pandemien (Center for Kræft & Sundhed København 2021). Der har dog periodevist være lukket helt ned for fysisk træning. På centerets hjemmeside fremgår det, at samtaler med kontaktperson som udgangspunkt foregår som enten videomøder eller telefonsamtaler. Endvidere fremgår det, at man på CKSK har foretaget løbende justeringer undervejs, for at kunne tilbyde borgerne både digitale aktiviteter, herunder videotræning, men også enten indendørs eller udendørs træningshold (ibid.). På baggrund af dialog med specialets kontaktperson på CKSK,

blev det præciseret at træningshold med mulighed for fysisk fremmøde, er målrettet de borgere med størst behov for fysisk genoptræning.

## 6.0 Videnskabsteori

I følgende afsnit vil der blive redegjort for specialets videnskabsteoretiske position, der tager udgangspunkt i den filosofiske hermeneutik. Endvidere vil der i afsnittet fremgå en løbende argumentation for, hvorfor denne videnskabsteoretiske position findes relevant for specialet. Afsnittet tager primært afsæt i Arne Jørgensens danske oversættelse af den tyske filosof Hans-Georg Gadammers hovedværk; *Sandhed og metode*, samt forskerne Lisa Dahlager og Hanne Fredslunds udlægning af den filosofiske hermeneutik, idet specialets videnskabsteoretiske position er opbygget ud fra denne. Afsluttende præsenteres Dahlager og Fredslunds metodiske principper for filosofisk hermeneutisk forskning, hvori der også vil være en identificering af specialegruppens egne forforståelser, i relation til specialets undersøgelse.

### 6.1 Filosofisk hermeneutik

Specialet er forankret i den filosofiske hermeneutik, som den præsenteres hos Hans-Georg Gadamer (1900-2002). Gennem tiden har hermeneutikken udviklet sig fra, at den ved sin begyndelse omkring 1500-tallet, opstod i forsøget på at opstille bestemte metoderegler til brug for teksttolkning af religiøse tekster (Dahlager og Fredslund 2013). Siden har hermeneutikken gennemgået flere udviklinger, og den anses i dag for at være en videnskabsteoretisk position indenfor humanvidenskaben. Et fællestræk indenfor hermeneutisk videnskab er den hermeneutiske cirkel. Denne beskrives på følgende måde af Dahlager og Fredslund: "[...] at vi kun kan forstå meningen med enkelte dele ved at se dem i sammenhæng med deres helhed og kun kan forstå helheden ud fra de enkelte dele, der skaber helheden." (Dahlager og Fredslund 2013, s. 159). Den hermeneutiske cirkel skal forstås som en processuel og dialektisk tilgang, hvor der kontinuerligt veksles mellem delene og helheden i fortolkningen (Fredslund 2013).

Gadammers udvikling af den filosofiske hermeneutik er et radikalt brud med tidligere tiders hermeneutik, idet denne retning bryder med en opfattelse af et adskilt forhold mellem subjekt og objekt (Dahlager og Fredslund 2013). Ifølge Dahlager og Fredslund (2013) hævder Gadamer, at det udforskende subjekt og det udforskede objekt ikke kan adskilles, da begge indgår i den hermeneutiske cirkel, hvorfor man som forsker, ikke står udenfor den verden, der

undersøges, men er en del af den. Derfor indeholder den hermeneutiske cirkel hos Gadamer, ifølge Dahlager og Fredslund, en vekselvirkning mellem *forforståelse* og forståelse (ibid.). Gadamer selv anvender betegnelse fordom, og han argumenterer for, at dette skal forstås neutralt (Gadamer 2007, s. 23). I specialet benyttes Dahlager og Fredslunds betegnelse forforståelse, da vi mener at fordomme i dag, ofte associeres med noget negativt. Gadamer hævder, ifølge Dahlager og Fredslund (2013), at man som forsker ikke kan lægge sin forforståelse bag sig, men at den altid er tilstedeværende og en nødvendig betingelse for at opnå forståelse. Ifølge Fredslund bryder Gadamer med hermeneutikkens traditionelle forståelse af forholdet mellem subjekt og objekt, idet subjektet i den filosofiske udlægning 'træder ind i' den hermeneutiske cirkel (Fredslund 2013).

*Fortolkning* og *forståelse* anses som grundbegreber indenfor hermeneutikken. Dette ud fra en opfattelse af, at man som forsker ikke kan begribe verden, blot ved at observere den. Det er kun gennem fortolkning af den sociale virkelighed, at man kan opnå en forståelse heraf. Udgangspunktet for den menneskelige forståelse betegner Gadamer med begrebet *situation*, om hvilket han skriver:

En situation er jo karakteriseret ved, at man ikke befinder sig over for den og derfor heller ikke kan have nogen objektiv viden om den. Man står i en situation, man befinder sig altid allerede i en situation, og det vil aldrig lykkes at få den fuldt belyst. Dette gælder også for den hermeneutiske situation, dvs. dér hvor vi befinder os over for den overlevering, vi ønsker at forstå (Gadamer 2007, s. 287).

Med afsæt i Gadamer omfatter en situation, ifølge Dahlager og Fredslund, blandt andet menneskers personlige historie, hvilket de uddyber som værende: "[...] fx vores sociale baggrund, køn, uddannelse, arbejde og også den erkendelsesinteresse, vi har" (Dahlager & Fredslund 2013, s. 162). Disse elementer er med til at udgøre vores situation, der præger vores forforståelse og dermed den måde, hvorpå vi forstår fænomener (ibid.). Ifølge Gadamer skal en situation anses som et ståsted, der begrænser synsmulighederne, hvorfor han introducerer begrebet *horisont*:

Derfor hører begrebet *horisont* væsensmæssigt også med til begrebet situation. En horisont er det synsfelt, der omfatter og omslutter alt det, som er synligt fra et bestemt punkt. Når vi anvender begrebet på den tænkende bevidsthed, taler vi om at have en begrænset horisont, om

en mulig udvidelse af horisonten, om at få åbnet op for nye horisonter osv. (Gadamer 2007, s. 288).

Ifølge Dahlager og Fredslund er en horisont, den rækkevidde vores udsyn har, og derfor kan den enten betegnes som værende snæver eller bred. En snæver horisont ser kun det, der er lige for, mens en bred horisont gør det muligt at se andet end det, der ligger lige for, altså se nogle større sammenhænge, som kan have betydning for det fænomen, der undersøges (Dahlager & Fredslund 2013). Indenfor den filosofiske hermeneutik sker der en forståelse, når to horisonter mødes, hvorigennem der sker en såkaldt *horisontsammensmeltning*. Gadamer mener, ifølge Dahlager og Fredslund (2013), at denne horisontsammensmeltning ikke skal anses som, at man underordner sig den anden, men derimod at man sætter sig i den andens sted, så der opstår noget tredje – en ny forståelse. Ifølge Gadamer fuldbyrdes en virkelig forståelse gennem en horisontsammensmeltning, hvorigennem historiske fortidsbegreber genvindes således, at de samtidig indeholder en måde at tænke på ud fra nutidens forståelseshorisont (Gadamer 2007).

Forståelsesprocessen opstår derved gennem horisontsammensmeltninger, mellem det fænomen man ønsker at undersøge og ens forforståelse. Til dette understreges der indenfor den filosofiske hermeneutik, at menneskers forforståelser omkring fænomenet, hverken kan eller bør sættes i parentes, men derimod bør inddrages bevidst og aktivt i undersøgelses- og forståelsesprocessen. Om betydningen af bevidstgørelsen af egne forforståelser skriver Gadamer, med udgangspunkt i betegnelsen fordom:

Det drejer sig altså slet ikke om at sikre sig imod den overlevering, der taler ud af teksten, men derimod at holde det ude, der kan forhindre os i at forstå den ud fra sagen selv. Det er de uigennemskuede fordomme og deres herredømme, der gør os døve over for den sag, der taler i overleveringen (Gadamer 2007, s. 257).

Ifølge Dahlager og Fredslund (2013) er forforståelse altid tilstedeværende og nødvendige for forståelsen. De argumenterer med udgangspunkt i Gadamer for, “[...] at vi hverken kan eller bør glemme dét, vi i forvejen mener at vide om det fænomen, vi vil undersøge og forstå” (Dahlager & Fredslund 2013, s. 157). Dette som følge af at forforståelser skal anskues som et aktivt element i forståelsen af et fænomen.

## 6.2 Metodiske principper for filosofisk hermeneutisk forskning

Eksisterende forskning indenfor den filosofiske hermeneutik retter, med udgangspunkt i Gadamer, et fokus mod forskernes forforståelser, samt på hvordan disse bringes i spil gennem hele forskningsprocessen. Som følge af at Gadamer anlægger et filosofisk snarere end forskningsmetodisk sigte, har forskerne Dahlager og Fredslund udarbejdet fire konkrete metodiske principper til udfoldelse og håndtering af forskeres forforståelser. Følgende afsnit vil omhandle en kort redegørelse for hver af de fire principper, samt hvordan disse kommer til udtryk i specialet.

### *At bevidstgøre egen forforståelse*

Med udgangspunkt i Gadamer og hans brud med den traditionelle forståelse af forholdet mellem subjekt og objekt, argumenterer Dahlager og Fredslund for relevansen i, at man som forsker aktivt forholder sig til, hvilke forforståelser man bringer med ind i sin undersøgelse (Dahlager & Fredslund 2013). Dahlager og Fredslund præsenterer, med inspiration fra Kirsti Malterud og med afsæt i Gadammers begrebsverden, en afgrænsning og definition af begrebet forforståelse til anvendelse i forskningsmæssig sammenhæng (ibid.). Denne lyder som følger:

Forforståelsen afgrænses i en forskningsmæssig sammenhæng til at omfatte det faglige perspektiv, de antagelser (erfarings-, empirisk eller teoretisk baserede), den teoretiske referenceramme, den metodiske tilgang samt den erkendelsesinteresse, som er bestemmende for forskerens forståelseshorisont, og som er relevant for forskerens problemstilling. Forforståelsen og forståelseshorisonten medbestemmes af forskerens situation, herunder placering i det videnskabelige felt. [...] Forskerens forforståelser udvikles gennem hele forskningsprocessen (Dahlager & Fredslund 2013, s. 165).

Forskernes forforståelser påvirker ifølge Dahlager og Fredslund (2013) hele forskningsprocessen lige fra valg af problemstilling og udformning af problemformulering, over de metodiske og teoretiske valg, til de konkrete spørgsmål man stiller til feltet og den fortolkning, man foretager i analysen af sit materiale. Som følge heraf er det derfor relevant, at vi er bevidste om det afgørende i de forforståelse, vi bringer med ind i specialet. Ud fra dette forstår vi en bevidstgørelse af egne forforståelser som værende afgørende for, om vi er i stand til at være lydhøre over for feltet, og den sag vi undersøger. Ifølge den filosofiske hermeneutiske er

hvert gruppe medlem præget af individuelle situationer, hvilket samtidig vil betyde, at hvert gruppe medlem bringer forskellige forforståelser ind i undersøgelsen. Ved at bringe disse forforståelser i spil gennem drøftelser i gruppen, er det lykkedes os at identificere overlappende forforståelser og udvide horisonten af egne forforståelser. Vores situation i denne konkrete forskningsproces er formet af, at vi alle tre har en baggrund med sundhedsfaglige uddannelser. To af gruppens medlemmer er uddannet sygeplejersker, hvorfor de har et indgående kendskab til sundhedsvæsenet, mens det tredje medlem er uddannet inden for ernæring og sundhed. Disse forskellige situationer har betydning for vores måde at anskue verden og de spørgsmål, vi er optagede af. Desuden har vores videre uddannelse inden for sundhedsfremme betydning for vores forståelse af sundhed, som vi anskuer ud fra et bredt sundhedsbegreb. Disse forhold er alle af betydning for vores forforståelse.

*At sætte sin forforståelse på spil og derigennem sætte sin forståelseshorisont i bevægelse*

Som nævnt udgøres forståelseshorisonten af forforståelser, som kan være svære at gøre sig bevidste om. Ifølge Dahlager og Fredslund er det forskerens forståelseshorisont, der sætter grænserne for, hvad der kan undersøges, og hvilken viden der kan frembringes (Dahlager & Fredslund 2013). Derfor argumenterer de ved dette andet metodiske princip for, at man som forsker aktivt forsøger at sætte sin forforståelse på spil og sin forståelseshorisont i bevægelse. Dette med henblik på at udfordre sine forforståelser og udvide grænserne for sin forståelseshorisont. En identificering af specialegruppens forforståelser er blevet til gennem drøftelser og diskussioner gruppe medlemmerne imellem, hvor de individuelle forforståelser er blevet sat i spil med andre forståelseshorisonter, for på denne måde at udfordre ubevidste individuelle forforståelser. Desuden har den læste litteratur med relevans for specialet også været med til at udfordre vores forforståelser. Endvidere har vi drøftet specialets fokus og problemstilling med vores vejleder på Roskilde Universitet (RUC) og kontaktperson på CKSK, og derigennem ligeledes sat vores forståelseshorisont i bevægelse. En bærende forforståelse vi kom frem til i gruppen, var, at sårbare borgere i kræftrehabiliteringsforløb på CKSK har været mere udsatte og sårbare overfor de ændringer, som COVID-19 pandemien har medført, set i forhold til ikke sårbare borgere. Hvorfor vi fandt det interessant at undersøge de sårbare borgers oplevelser, og endvidere få problemstillingen belyst ud fra et sundhedsprofessionelt perspektiv. Denne forforståelse har haft betydning for udarbejdelsen af specialets problemformulering og valg af metodiske fremgang.

### *Om at sætte sig i den andens sted*

Når man, som i dette speciale, studerer andre mennesker, er det afgørende, at man søger forståelse for disse menneskers og deres situation, som er den de taler ud fra (Dahlager & Fredslund 2013). For at påvirke denne forståelsesproces må man indkredse den situation, der er i fokus i den givne forskningssammenhæng. For at forstå denne situation, kan der anvendes teori, der siger noget om den givne kontekst. Dahlager og Fredslund argumenterer for, ” [...] at det er oplagt at anvende teorien som et redskab til at stille nye spørgsmål til teksten og dermed åbne teksten for nye fortolkning.” (Dahlager & Fredslund 2013, s. 171). På denne måde kan man gå ‘bag om’ empirien og undersøge denne i sammenhæng med den hermeneutiske situation, og dermed forsøge at opnå en forståelse for, hvorfor der bliver sagt eller gjort, som der gør. Det pointeres dog endvidere, at en teori har en horisont, og dermed en begrænset forklaringsværdi. Hvorfor det er vigtigt at diskutere teoriens horisont, og hvilke muligheder og begrænsninger denne indeholder for forståelse (ibid.). Med afsæt i dette princip har vi i specialet anvendt relevant teori til at åbne op for andre mulige spørgsmål til empirien og fortolkningsmuligheder. Endvidere har vi eksplicit forholdt os til de udvalgte teories grænser for forståelse, som følge af den forståelseshorisont teoriene har.

### *Om spørgsmålets struktur*

Dahlager og Fredslund (2013) beskriver, hvorledes åbenhed inden for den filosofiske hermeneutik er fundamentalt for forståelsen. Denne åbenhed kan imødekommes ved, at man stiller spørgsmål og går i dialog med det, man ønsker at undersøge. De argumenterer for, hvordan et spørgsmål på én og samme tid, kan være med til at åbne op for nye fortolkninger samtidig med, at det samme spørgsmål har begrænsninger som følge af dets horisont (ibid.). For at kunne efterleve dette fjerde metodiske princip og udvise åbenhed over for feltet, har vi valgt at anvende semistrukturerede interviews i vores empiriindsamling. Idet vi anser dette for en metode, hvor der er fokus på at få besvaret nogle konkrete spørgsmål, men samtidig er en åbenhed overfor, hvad informanterne ønsker at finde vigtigt.

## **7.0 Metode**

I de nedenstående afsnit præsenteres specialets metodiske valg med hensyn til forskningsdesign, kvalitetskrav, forskningsstrategi, rekruttering af informanter, generering af empiri gennem semistrukturerede interviews, transskription samt etiske overvejelser og specialets analy-



sestrategi. De metodiske redegørelser har til hensigt at skabe transparens, i specialets anvendte metodiske greb.

## 7.1 Det kvalitative forskningsdesign

I dette afsnit redegøres for specialets kvalitative forskningsdesign samt, hvorfor denne type design findes relevant at anvende. Afsnittet er baseret på et bredt grundlag af litteratur, der tilsammen udgør specialets forståelse af et kvalitativt forskningsdesign.

Det kvalitative forskningsdesign indplacerer sig indenfor den humanvidenskabelige tradition. Denne er kendetegnet ved at have en fortolkende tilgang til det fænomen, der søges viden om (Thisted 2015). I den humanvidenskabelige tradition søges der viden om menneskelige fænomener eller den menneskelige verden. Den humanvidenskabelige tilgang indebærer en dobbelthed, idet den undersøger den menneskelige verden, men samtidigt undersøges dette af mennesker, som er en del af denne verden (ibid.). Denne dobbelthed bliver ligeledes udfoldet indenfor den filosofiske hermeneutik, idet Gadamer, ifølge Dahlager og Fredslund, som nævnt hævder, at det udforskende subjekt og det udforskede objekt ikke kan adskilles, da begge indgår i den hermeneutiske cirkel (Dahlager & Fredslund 2013).

Den kvalitative forskning undersøger, hvordan noget *gøres*, eller hvordan et fænomen *opleves* eller *fremtræder* for den enkelte. På baggrund heraf er man som forsker optaget af at beskrive, forstå og fortolke den enkeltes erfaringer med fænomenet og disse erfaringers kvaliteter (Brinkmann & Tanggaard 2020a). Dette betyder også, at de kvalitative undersøgelser er velegnede til at undersøge fænomener i deres kontekst, hvorved den efterfølgende beskrivelse, forståelse og fortolkning af fænomenet medfører en øget forståelse for dette (Justesen & Mik-Meyer 2010). Indenfor den kvalitative forskning udvælges informanterne ud fra deres individuelle bidrag og ikke på baggrund af deres repræsentativitet. Informanternes individuelle bidrag til undersøgelsen kan sige noget interessant om fænomenet, og flere forskellige individers bidrag kan medvirke til en mere nuanceret forståelse af fænomenet (Bjerg 2013). Vi fandt det kvalitative forskningsdesign relevant for specialet, da vi i henhold til problemformuleringen var interesseret i at undersøge henholdsvis sårbare borgeres og medarbejderes oplevelser og forståelser af kræftrehabilitering under COVID-19 pandemien. Ved at udvælge to forskellige grupper af informanter, var der mulighed for, at deres individuelle bidrag kunne give et mere nuanceret billede af den givne problemstilling. På baggrund af ovenstående anså

vi det kvalitative forskningsdesign som oplagt til at imødekomme specialets filosofisk hermeneutiske position.

### **7.1.1 Filosofisk hermeneutiske kvalitetskrav**

I følgende afsnit redegøres for Dahlager og Fredslunds tre udarbejdede kvalitetskrav, til filosofisk hermeneutisk fortolkning. Disse kvalitetskrav bygger på en fortolkning af de klassiske positivistiske kvalitetsbegreber; reliabilitet, validitet og generaliserbarhed, der ofte anvendes til vurdering af videnskabelig viden. Dahlager og Fredslunds tre kvalitetskrav er; *pålidelighed og redelighed, gyldighed* samt *fortolknings omsættelighed til andre situationer*.

*Pålidelighed og redelighed* er ifølge Dahlager og Fredslund en kontinuerlige bevidstgørelse og eksplicitering af forskerens forforståelse. Denne bevidstgørelse opnås gennem åbenhed, følsomhed og fleksibilitet igennem hele forskningsprocessen. Dette medfører, at forskeren får gjort sin forforståelse, situation og horisont tydelig, så det forskende subjekt synliggøres og baggrunden for forskningens resultater er gennemskuelige. Endvidere betyder det, at den samme forsker ikke vil kunne opnå de samme resultater ved en eventuel gentagelse af undersøgelsen, da forskeren vil bygge videre på den i forvejen opnåede forståelse. Derfor er det heller ikke muligt for en anden forsker at opnå samme resultat, idet den anden forsker vil have en anden forforståelse, situation og horisont, hvorudfra han eller hun laver sin forskning (Dahlager & Fredslund 2013; Fredslund 2013).

*Gyldighed* indebærer ifølge Dahlager og Fredslund de redegørelser og argumentationer, der foregår løbende i forskningsprocessen og for alle dens trin. Dette medfører, at læseren opnår kendskab til de metodiske valg, der er truffet i forskningsprocessen og de forudsætninger, som forskningen beror på. Disse redegørelser og argumentationer fremmer den mulige horisontsammensmeltning, der kan opstå mellem læsers og forskers horisont. Dette kvalitetskrav rummer en vurdering af, hvordan den producerede viden er opnået, og hvordan denne viden kan placeres i forhold til den eksisterende viden på området (Dahlager & Fredslund 2013; Fredslund 2013).

*Fortolknings omsættelighed til andre situationer* er ifølge Dahlager og Fredslund en bedømmelse af om forskningens fund kan omsættes, så de kan fremstå som vejledende for, hvad der vil kunne ske i en anden lignende situation. Dette kvalitetskrav bygger på en vurde-

ring af forskelle og ligheder mellem de to situationer eller kontekster, man har til hensigt at sammenligne (Dahlager & Fredslund 2013; Fredslund 2013).

Ovenstående kvalitetskrav vil i diskussionsafsnittet blive anvendt i relation til specialets fund til en vurdering af specialets forskningsmetoder, samt en bedømmelse af den frembragte viden, gyldigheden af denne, samt dens omsættelighed til andre situationer.

### **7.1.2 Forskningsstrategi**

I dette afsnit vil vi redegøre for specialets abduktive forskningsstrategi, der indebærer, hvordan forholdet mellem empiri og teori skal forstås.

Den abduktive forskningsstrategi er kendetegnet ved, at forskeren tager afsæt i et fænomen, hvorudfra der er opstået en undren. Denne undren fører til en undersøgelse, hvor man ønsker at forstå sin undren ved hjælp af teori. Derfor er der ved den abduktive forskningstilgang en konstant vekslen mellem empiri og teori. Denne vekselvirkning anvendes til at finde frem til teori, der kan forklare forskerens undren og empiriske fund, hvorfor analysen kan anses som en dialog mellem teori og empiri, hvor teorien medvirker til en fortolkning af de empiriske fund (Järvinen & Mik-Meyer 2017). Vi valgte at anvende den abduktive forskningsstrategi, da vi havde en formodning om, at den ændrende kræftrehabilitering på CKSK, som følge af COVID-19 pandemien, har haft en særlig betydning for de sårbare borgere. Denne formodning udsprang af vores fælles forforståelse, som vi ønskede at undersøge nærmere. Der har derfor i forskningsprocessen været en vekselvirkning mellem denne forforståelse, vores viden om feltet, faglige viden og genererede empiri. Denne vekselvirkning blev ligeledes anvendt i udvælgelsen af teori, da vi i udgangspunktet for teorivalget til analysen, har taget afsæt i vores empiri.

## **7.2 Empirigenerering**

I de følgende afsnit præsenteres specialets metodiske tilgange til empirigenereringen, herunder rekruttering af informanter, udformningen og udførelsen af semistrukturerede interview samt den efterfølgende transskription.

## 7.2.1 Rekruttering og præsentation af informanter

I det følgende vil der blive redegjort for rekrutteringsprocessen til brug for specialets undersøgelse. For at kunne besvare specialets problemformulering rekrutterede vi henholdsvis informanter fra målgruppen sårbare borgere, samt informanter fra gruppen af medarbejdere, der til dagligt arbejder med sårbare borgere.

Rekrutteringen af borgere er sket i samarbejde med personalet på CKSK. Vores tilknyttede kontaktperson på CKSK fungerede i denne forbindelse som gatekeeper til de resterende medarbejdere på centeret. I samarbejde med vores kontaktperson sendte vi et dokument ud til de medarbejdere, der fungerer som kontaktpersoner for borgere i kræftrehabiliteringsforløb, herunder også sårbare borgere. Dokumentet indeholdt en kort beskrivelse af specialet samt en præcisering af, hvilken målgruppe af borgere vi var interesserede i at tale med, dette gennem opstillede inklusionskriterier (se bilag 2). Personalet vendte derefter tilbage til vores kontaktperson, hvis de havde nogle borgere, der opfyldte inklusionskriterierne og ønskede at stille op til et interview. På denne måde fungerende medarbejderne på CKSK ligeledes, som gatekeepere til borgerne. De opstillede inklusionskriterier for borgerne lød på, at de skulle være tilknyttet CKSK og have deltaget i et kræftrehabiliteringsforløb under COVID-19 pandemien. Endvidere skulle borgerne som minimum opfylde to ud af syv opstillede kriterier for sårbarhed (se bilag 2). Herudover indgik medarbejdernes professionelle helhedsvurdering af den enkelte borger ligeledes i vurdering af, om den enkelte borger kunne kategoriseres som værende sårbar. Dette for at imødekomme en horisontsammensmeltning mellem medarbejdernes og specialegruppens forståelse af betegnelsen sårbare borgere. Noget af det som medarbejderne eksempelvis anså som en disponerende faktor for sårbarhed, var om borgeren led af komorbiditet. Denne faktor inkluderede vi som en del af vores inklusionskriterier. Derudover skulle borgerne kunne tale og forstå dansk eller have eksempelvis familie, der kunne bistå med tolkning i forbindelse med et interview. Denne proces resulterede i, at vi gennem en rekrutteringsperiode på i alt ti uger fik henvist tre informanter fra gruppen af sårbare borgere, der alle ønskede at stille op til interview. Ved hver henvisning kontaktede vores kontaktperson os skriftligt, som kortfattet beskrev den enkelte informant samt videregav dennes kontaktoplysninger. Herefter stod vi selv for at kontakte vedkommende, hvor vi præsenterede os selv, interviewets formål samt omfanget af deres deltagelse (se bilag 3). Endvidere blev der ved denne første henvendelse til borgerne, aftalt interviewform samt tid og sted for afholdelse af interviewet.

Rekrutteringen af medarbejdere på CKSK skete ligeledes i samarbejde med vores kontaktperson, der også her fungerede som gatekeeper. Undervejs i rekrutteringsprocessen fandt vi frem til, at vi ønskede at tale med fire medarbejdere, hvilket blev formidlet til vores kontaktperson. Inklusionskriterierne for denne gruppe af informanter var, at de skulle være ansat på CKSK og have kontakt til borgere i deres daglige arbejde. Eksklusionskriterier var administrative medarbejdere og andre medarbejdere, der ikke i det daglige havde kontakt til borgere. Med udgangspunkt i disse kriterier tog vores kontaktperson kontakt til sine kollegaer, hvilket resulterede i en informantgruppe bestående af i alt fire medarbejdere, herunder en socialfaglig sygeplejerske.

Da vi ikke selv var direkte med i rekrutteringen af informanter, var det vigtigt, at vi havde nogle tydelige inklusions- og eksklusionskriterier, der sikrede at vi fik informanter, der kunne være med til at besvare specialets problemformulering. Nedenfor præsenteres informanterne fra henholdsvis målgruppen sårbare borgere og gruppen af medarbejdere. Af etiske årsager, herunder et hensyn til informanternes anonymitet, vil vi ikke præsentere de enkelte informanter, men udelukkende nogle overordnede fællestræk.

### **7.2.1.1 Samlet præsentation af informanter fra målgruppen sårbare borgere**

Fælles for de tre informanter fra målgruppen sårbare borgere var, at de alle tilfældigvis er mænd over 60 år. Alle tre borgere havde endvidere udelukkende kendskab til kræftrehabilitering, under COVID-19 pandemien, idet ingen af dem havde været tilknyttet CKSK i tiden før til pandemien.

### **7.2.1.2 Samlet præsentation af informanterne fra gruppen af medarbejdere**

Fælles for de fire informanter fra gruppen af medarbejdere var, at de alle er sundhedsprofessionelle med forskellige faglige baggrunde. De fire medarbejdere havde været ansat på CKSK gennem en længere årrække, hvorfor de alle havde erfaringer med kræftrehabiliteringen før COVID-19 pandemien. På baggrund heraf ansås medarbejderne som primær kilde til at udvide forståelsen af, hvordan pandemien har ændret og påvirket kræftrehabiliteringsarbejdet på CKSK.

## 7.2.2 Semistrukturerede interview

Med udgangspunkt i det kvalitative forskningsdesign, valgte vi at anvende semistrukturerede interviews til generering af empiri. Dette gjorde vi, da vi ønskede at undersøge vores informaners oplevelser og forståelser af kræftrehabilitering under COVID-19 pandemien. Formålet med et semistruktureret interview er ifølge Kvale og Brinkmann (2015) at få en forståelse af interviewpersonens livsverden ud fra subjektets eget perspektiv.

Udgangspunktet for de enkelte interviews var en semistruktureret interviewguide, der blev udarbejdet specifikt til henholdsvis borgerne (se bilag 4) eller medarbejderne (se bilag 5). For medarbejderne blev der dog udarbejdet en interviewguide til hver af de to afholdte interviews, hvilket vil blive udfoldet yderligere nedenfor. De forskellige interviewguides blev alle struktureret ud fra samme grundform. Denne grundform indeholdt indledningsvis en briefing til informanten. Herudover er interviewguiderne opdelt i følgende tre kolonner; tema, forskningsspørgsmål og interviewspørgsmål (se bilag 4 og 5). Kolonnen 'tema' indeholdt de overordnede områder vi ønskede at undersøge, mens der i kolonnen med forskningsspørgsmål fremgik en udfoldelse af disse temaer i mere konkrete, dog stadig forholdsvis overordnede spørgsmål. På baggrund af forskningsspørgsmålene blev der i kolonnen 'interviewspørgsmål' udarbejdet enkle og konkrete spørgsmål, hvilket var dem interviewerens kunne stille informanten. Essensen i det semistrukturerede interview er ifølge Kvale og Brinkmann (2015), at tilgangen tilbyder informanten en mulighed for at forme interviewet. Dette som følge af at det semistrukturerede interview giver plads til at forfølge informantens fortællinger, hvorfor denne type interview kan åbne op for flere perspektiver og aspekter, end dem forskeren havde forestillet sig, da interviewguiden blev udarbejdet (ibid.; Tanggaard & Brinkmann 2020b). Interviewguiden skal dermed sikre en vis grad af struktur samtidig med, at den skal give plads til informanternes perspektiver og oplevelser. Endvidere kan interviewguiden hjælpe interviewerens med sætte samtalen i gang igen, hvis denne skulle gå i stå (Heldbjerg, Damgaard-Hansen, Hansen & Kråkenes 2009).

Det er værd at pointere, at interviewet som metode ikke kan anses som en neutral teknik, hvor man kan opnå upåvirkede svar fra informanten. Interviewet må ifølge Tanggaard og Brinkmann derimod betragtes som en aktiv interaktion mellem to eller flere personer (Tanggaard & Brinkmann 2020b). Denne pointe er desuden en af årsagerne til, at vi har været eksplicitte omkring vores forforståelse, da vi var opmærksomme på, at de spørgsmål vi stillede, ud-

sprang et sted fra og leder fokus et bestemt sted hen. I udformningen af vores interviewspørgsmål forsøgte vi endvidere ikke at lade vores forforståelse være for styrende, hvilket også er i overensstemmelse med Dahlager og Fredslunds (2013) fjerde metodiske princip om spørgsmålets struktur.

### **7.2.2.1 Udførelsen af de kvalitative semistrukturerede interviews**

I dette afsnit vil der blive præsenteret de forskellige måder, hvorpå vi har udført de semistrukturerede interviews. Grundet COVID-19 pandemien er interviewene blevet udført på forskellig vis alt efter, hvad der har været muligt, og hvad informanterne har ønsket.

Samlet set blev der afholdt fem semistrukturerede interviews. Ved dem alle deltog der to interviewere fra specialegruppen, henholdsvis en som interviewer og en som med-interviewer. Alle interviews blev endvidere lydoptaget, dette med accept fra hver enkelt informant. Til udførelsen af de semistrukturerede interviews, valgte vi at anvende forskellige interviewformer, herunder; *individuelle interviews* og *gruppeinterview*, der blev afholdt som enten *ansigt-til-ansigt interview*, *telefoninterview* eller *videointerview*. Følgende to afsnit vil præsentere, hvorledes interviewene blev afholdt ud fra en opdeling af interviews afholdt med sårbare borgere og interviews afholdt med medarbejdere.

#### **7.2.2.1.1 Sårbare borgere**

I alt blev der afholdt tre interviews med informanter fra målgruppen sårbare borgere og alle tre blev udført som individuelle interviews. Fordelen ved denne type interviews er, at informanten kan drøfte følsomme emner, som de måske ikke ville ønske at drøfte i en gruppesituation (Christensen, Nielsen & Schmidt 2013). Denne interviewform gav mulighed for at få en detaljeret viden om den enkelte borgers oplevelser og erfaringer med kræftrehabilitering under COVID-19 pandemien. De individuelle interviews med de sårbare borgere blev endvidere udført som enten ansigt-til-ansigt eller telefonisk interviews.

Ansigt-til-ansigt interviewet, er den mest almindelige interviewform. Interviewformen indebærer en kropslig tilstedeværelse, der giver adgang til ikke-sproglig information såsom kropssprog og ansigtsudtryk (Kvale & Brinkmann 2015). Denne interviewform blev anvendt til et interview med en enkelt borger. Borgeren ønskede et ansigt-til-ansigt-interview, idet han på grund af senfølger efter kræftbehandling havde problemer med at gøre sig forståelig over en telefonforbindelse. Under dette interview fulgte vi CKSK-retningslinjer for borgerbesøg,

hvorfor der blev anvendt mundbind under hele interviewet og holdt to meters afstand. For de to andre borgere blev der udført telefoninterviews, dette ligeledes på baggrund af borgernes egne ønsker. Ved at anvende denne interviewform udsatte vi ikke borgerne for potentiel smitтерisiko med ny coronavirus. Telefoninterviewet gav dog i praksis nogle begrænsninger, da det eksempelvis ikke gjorde det muligt at aflæse mimik og kropssprog. Ved denne interviewform havde vi kun adgang til det sagte, hvorfor interviewererne i disse interviewsituationer rettede stor opmærksomhed herpå.

#### **7.2.2.1.2 Medarbejdere**

I alt blev der afholdt to interviews med informanterne fra gruppen af medarbejdere. Dette som henholdsvis et individuelt interview og et gruppeinterview. Vi anvendte den individuelle interviewform i interviewet med den socialfaglige sygeplejerske og med de andre medarbejdere, valgte vi at benytte os af et gruppeinterview. Interviewene med medarbejderne blev endvidere udført som enten ansigt-til-ansigt eller video interviews.

Den individuelle interviewform, valgte vi til interviewet med den socialfaglige sygeplejerske, da vi havde en formodning om, at hun, qua hendes stillingsbetegnelse, ville have nogle særlige forståelser af og oplevelser med de sårbare borgere. Ved at vælge et individuelt interview havde vi mulighed for at få viden om dette, uden at det samtidig ville præge de andre medarbejdere. Det individuelle interview med den socialfaglige sygeplejerske blev endvidere udført som et online videointerview. Denne interviewform kan anses som en fusion af interviewformerne ansigt-til-ansigt interview og telefoninterview. Valget af denne interviewform skete på baggrund af at interviewer og informant befandt sig to forskellige steder i landet. Denne interviewform giver mulighed for ikke-sproglig information, hvilket gør interaktionen sammenlignelig med et ansigt-til-ansigt interview. Der vil dog stadig være en vis distance, da man ikke sidder i samme rum, og man ikke har mulighed for at observere hele personens kropssprog (Janghorban, Roudsari & Taghipour 2014).

Vi valgte gruppeinterview med de resterende medarbejdere, da denne interviewform kan fremme, at informanterne, der i dette tilfælde er en del af samme netværk, kan uddybe hinandens perspektiver på grund af afledte erfaringer og oplevelser. Et gruppeinterview kan bidrage til, at der kan opstå en dialog informanterne imellem og ikke blot mellem interviewer og den enkelte informant. Derudover kan det også give et større indblik i organisationskulturen (Heldbjerg et al. 2009), herunder medarbejdernes syn på og forståelse af eksempelvis rehabi-



literingsaktiviteter og arbejdsvilkår på CKSK før og under COVID-19 pandemien. Gruppeinterviewet bestod som nævnt af tre medarbejde, hvilket kan anses som en relativ lille gruppe. Fordelen ved en lille gruppe er, at alle informanterne kan få lov til at komme til orde. Desuden bliver bearbejdningen af data også lettere at håndtere, da man her nemmere kan skelne, hvem der har sagt hvad og til hvem. En ulempe ved en lille gruppe er, at det kan gøre det sværere at få samtalen til at flyde mellem informanterne, hvilket vi dog ikke oplevede. Derudover er formatet mere skrøbeligt, hvis der er en informant, der ikke byder ind, da dette vil gøre erfaringsudvekslingen mindre (ibid.). Gruppeinterviewet blev udført som et ansigt-til-ansigt interview, da det var muligt at udføre det under nogle forhold, der var forsvarlige i forhold til COVID-19 situationen. Vi anså det desuden, som en stor fordel at anvende denne interviewform til gruppeinterviewet, da der er flere deltagere, der skal kunne komme til orde. Ved at være fysisk til stede sammen, havde alle deltagere mulighed for at aflæse hinandens kropssprog og mimik og dermed give plads til hinanden.

### **7.3 Transskription**

I dette afsnit præsenteres den del af undersøgelsesprocessen, hvor den indsamlede empiri fra interviewsituationerne transformeres til tekstmateriale, hvilket er en forberedelse til den efterfølgende analyseprocessen.

Transskription er en proces, hvor der sker en transformation fra en form til en anden. I denne del af undersøgelsesprocessen skifter lydoptagelserne fra interviewet form fra tale til skrift. Dette resulterer i tekstmateriale, som er det materiale, der skal analyseres på i specialets analyseproces. Transskription er en tids- og ressourcekrævende proces, hvor det er vigtigt, at man følger en transskriptionsprocedure, så alle transskriptioner bliver udarbejdet ens. Transskriptionsprocedureren dikterer, hvor detaljeret transskriptionen skal være. Der findes ingen konkret transskriptionsprocedure, som man kan følge, man skal i stedet selv finde frem til, hvilke detaljer der er vigtige for ens analyseproces (Kvale & Brinkmann 2015). I transskriptionsprocessen deltog alle medlemmer af specialegruppen og arbejdede ud fra en fælles transskriptionsprocedure om fuld transskription. Dette betød i denne sammenhæng, at alt det sprogligt sagte blev nedfældet, hvorfor eksempelvis ord som ”øh” og ”arh”, er indskrevet i transskriptionsmaterialet. Desuden er ikke-sproglig information, i form af eksempelvis grin ligeledes skrevet ind (se skema 1).

Skrivemåde	Betydning
...	Kortere pause
()	Udbrud/handlinger såsom (grin eller suk)
[ ]	Forklaringer såsom [kræft, red.] eller [der bliver talt i munden på hinanden]
‘ ‘	Taleudtryk eller udtalelser såsom <i>så sagde jeg ‘hent kaffen’</i> eller <i>så tænkte jeg ‘gad vide om de vil deltage?’</i>
ORD I VERSALER	Der bliver sprogligt lagt et ekstra tryk på dette ord
!	Et udråb eller en særlig markering ved udsagnet
Eh, øh	Samme slags udtryk

Skema 1: *Transskriptionsprocedure*

Som følge af etiske hensyn til de deltagende informanter, der måtte kende til hinanden qua deres tilknytning til CKSK, er alle informanter anonymiseret i transskriptionerne. Informanternes identitet er sløret ved, at alle navne er erstattet med et pseudonym, i form af enten et opdigtet navn eller eksempelvis “medarbejder 1”. På denne måde forsøgte vi at anonymisere det transskriberede materiale, således at informanternes udtalelser ikke kan ledes tilbage til dem. Herudover valgte vi for læsevenlighedens skyld at tilpasse de citater, vi havde udvalgt til analysen ved at rette grammatik og slettet overflødige fyld- og taleord. Citaterne i analysen blev på denne måde rettet fra direkte talesprog til mere læsevenligt sprog. Endvidere er alle empiricitater modsat andre citater i specialet, udelukkende skrevet i kursiv dette for at gøre dem mere læsevenlige.

Specialets fire individuelle interviews havde en varighed på imellem 17-45 minutter og resulterede i henholdsvis 13, 26, 30, og 47 siders transskription. Specialets gruppeinterview havde en varighed på 69 minutter og resulterede i 53 siders transskription.

### 7.3 Etiske overvejelser

I dette afsnit vil vi redegøre for de etiske overvejelser, der er gjort i forbindelse med specialets interviewundersøgelse. Afsnittet omhandler forskningsetiske overvejelser med udgangs-

punkt i Kvale og Brinkmann (2015). Dette med udgangspunkt i deres fremførte fire principper; *informeret samtykke, fortrolighed, konsekvenser og forskerens rolle*.

*Informeret samtykke* indebærer, at de rekrutterede informanter informeres om undersøgelsens formål, hvordan data behandles og om eventuelle risici og fordele ved at deltage i undersøgelsen. Dette er med til at sikre informanternes autonomi, ved at de selv skal træffe det endegyldige valg om at deltage i undersøgelsen, samtidig med at samtykket indeholder en mulighed for at trække sig fra undersøgelsen igen (ibid.). Forud for interviewene med de sårbare borgere blev informanterne informeret om specialets formål samt deres bidrag til dette (se bilag 4). Informanterne blev desuden informeret om, at de ville blive anonymiseret i specialet, samt at interviewene ville blive optaget. Herefter blev de spurgt, om de fortsat ønskede at deltage. Medarbejderne på CKSK havde inden interviewet fået tilsendt skriftligt materiale omhandlende specialets formål (se bilag 2). Ved selve interviewet blev der for både borgerne og medarbejdende indhentet et mundtligt samtykke efter den indledende briefing, således at informanterne endnu en gang havde mulighed for at trække sig, hvis de alligevel ikke ønskede at deltage. Der var ingen informanter, der trak sig.

*Fortrolighed* er et etisk princip, som skal sikre informanternes anonymitet og privatliv ved, at uddrag fra empirien ikke kan lede tilbage til informanten (ibid.). I transskriberingen af interviewene blev alle informanterne som nævnt anonymiseret, således at deres udtalelser og eventuelle citater i specialet ikke kan ledes direkte tilbage til dem som enkelte personer. En af medarbejderne besidder dog en særlig funktion på CKSK, som vi ønskede at fremhæve, hvorfor det kan være muligt for personer med indgående kendskab til centeret at koble hendes udtalelser til hende. Dette skrev vi med den pågældende medarbejder omkring, hvilket hun var indforstået med og indvilgede i. Ved selve interviewsituationen blev det igen bragt op, hvor det endnu en gang blev bekræftet, at vi måtte nævne hendes funktion i specialet. Derudover er det kun specialegruppen, vejleder og censor, der får adgang til de fulde transskriptioner af empiri. Efter endt mundtligt forsvar af specialet, vil transskriptionerne og lydfileerne fra interviewene blive slettet.

I en kvalitativ undersøgelse skal det ifølge Kvale og Brinkmann (2015) gøres klart, hvilke mulige *konsekvenser* der kan være ved at deltage i undersøgelsen. Derfor skal risikoen for konsekvenser gøres så lille som mulig. Dette etiske princip er udarbejdet på baggrund af et nytteetisk perspektiv, og derfor skal summen af fordele ved deltagelse i undersøgelsen overgå

de eventuelle risici, der er ved at deltage i undersøgelsen. For at kunne forsvare denne opvejning af fordele og konsekvenser skal forskeren være reflekterende, ikke kun i forhold til de informanter som deltager i undersøgelsen, men også overfor den gruppe som informanterne repræsenterer (ibid.). I dette speciale har vi reflekteret over og drøftet de forskellige fordele og konsekvenser ved informanternes deltagelse i vores undersøgelse. Vi har set isoleret på de to grupper og fundet frem til, hvorfor det kan forsvares at indsamle empiri fra begge grupper. For borgerne på CKSK søgte vi deres oplevelser og erfaringer med kræftrehabilitering under COVID-19 pandemien, hvilket kan være et følsomt emne. Vi mener dog, at disse ting kan opvejes af specialets formål, som er at få viden om netop denne gruppes rehabilitering under COVID-19 pandemien for at blive klogere på, hvad denne gruppe finder meningsfuldt i en sådan situation. For medarbejderne er de potentielle fordele ved at deltage i undersøgelsen, at de bidrager med viden om et af deres arbejdsområder, der kan være med til at give et større indblik i, hvordan kræftrehabiliteringen har været påvirket og ændret af COVID-19 pandemien, og hvilken betydning dette har haft. Derudover skulle medarbejderne ikke tage fat i lige så følsomme oplevelser, som borgerne skulle, idet fokus var på deres arbejde og deres erfaringer hermed. Desuden kan der argumenteres for, at et forskningsinterview kan være en positiv oplevelse for både informanten og interviewer. Intervieweren får adgang til informanternes historie, mens informanterne uforpligtende får mulighed for at fortælle om deres livssituation uden at der er en forventning om gensidighed (Christensen, Nielsen & Schmidt 2013).

*Forskerens rolle* har betydning for kvaliteten af den videnskabelige viden, som den kvalitative forskning frembringer. Forskeren er et levende, talende og handlende menneske, hvorfor forskeres rolle også indebærer al forskerens viden, erfaring, ærlighed og fairness. Derfor er det også vigtigt, at man som forsker tydeliggør sine metoder, således at læseren af den publicerede viden kan se, hvordan forskeren er nået frem til resultaterne. Dette viser gennemsigtighed, hvilket også er vigtigt at vise, i forhold til om forskningen skulle være sponsoreret eller på anden måde være påvirket enten oppefra eller nedefra (Kvale & Brinkmann 2015). Igennem specialet har vi vist gennemsigtighed i måden, hvorpå vi har fremstillet og redegjort for vores metodiske fremgang, således at læsere af vores speciale kan gennemskue, på hvilken baggrund vi er kommet frem til vores fund. Specialet er lavet i et samarbejde med CKSK, men deres åbenhed overfor samarbejdet har gjort, at vi som specialegruppe har kunne arbejde med den problemstilling, som vi fandt mest interessant, og derfor har specialet ikke været styret af ønsker fra centeret.

## 7.4 Hermeneutisk analysemetode

I det følgende afsnit vil specialets analysemetode blive præsenteret. Vi har valgt en hermeneutisk analysemetode, da den findes velegnet i forhold til specialets videnskabsteoretiske position.

Gadamer har ikke selv fremstillet en specifik analysemetode, da han mente, at forståelse ikke kan opnås ved hjælp af en stringent metode (Fredslund 2013). Vi mener dog i specialegruppen, at vi er nødsaget til at anvende en stringent analysemetode, for at kunne sikre gennemsigtighed i specialet. Derfor har vi valgt at tage udgangspunkt i Dahlager og Fredslunds (2013) udlægning af den filosofiske hermeneutisk analysemetode, som indeholder følgende fire trin; *helhedsindtryk*, *identificering af meningsbærende enheder*, *operationalisering*, samt *rekontekstualisering og hermeneutisk fortolkning*. Dahlager og Fredslunds filosofisk hermeneutiske analysemetode indeholder en de- og rekontekstualisering af det empiriske materiale, hvor enkeltdele udtages af helheden for nærmere analyse og efterfølgende sammensættes på ny, således at der opstår en ny forståelse. Den nye forståelse opstår i mødet mellem forskerens horisont og informantens horisont, hvorved der i deres møde opstår en ny forståelse af fænomenet (ibid.). Udover de- og rekontekstualisering tager den hermeneutiske analysemetode også udgangspunkt i den hermeneutiske cirkel, hvor vi medbragte vores forforståelse, hvorfor vi som specialegruppe må anses som en aktiv del af analysen.

Analysemetodens første trin *helhedsindtryk* indebærer, at den indsamlede empiri læses eller høres som en helhed, så man som forsker kan danne sig et helhedsindtryk af empirien. I denne proces efterstræber man at tilbageholde sine forforståelser, så de ikke bliver lagt ned over empirien. I stedet forholder man sig åbent til denne og betragter informanternes udsagn som sande (ibid.). I denne første del af analyseprocessen gennemlæste vi transskriptionerne hver for sig, hvor vi hver især dannede os et helhedsindtryk af den indsamlede empiri. Vi bestræbte os på at tilbageholde vores forforståelser, hvorfor vi forholdt os åbent til informanternes udsagn og tog deres udsagn for pålydende.

*Identificering af meningsbærende enheder* er det trin af analysemetoden, hvor der sker en dekontekstualisering af empirien. Det centrale i dette trin af analyseprocessen er at have fokus på, hvad teksten siger og ikke sætte spørgsmålstegn ved, hvorfor den siger dette. På baggrund af denne identificering af meningsbærende enheder sker der en meningskategorisering,

hvor hver meningsbærende enhed tildeles en kategori (ibid.). I fællesskab tildelte vi udsagn fra empirien nogle kategorier, vi fandt relevante for specialets problemformulering. Disse blev anvendt i den følgende analyseproces.

I analyseprocessens tredje trin, *operationalisering*, gennemgås de meningsbærende enheder og deres tilhørende kategori for at finde frem til, om nogle af kategorierne skal slås sammen eller inddeles i flere underkategorier. Denne operationalisering medfører, at der findes frem til nogle overordnede temaer (ibid.). I denne fase af analyseprocessen så vi nærmere på de meningsbærende enheder og deres tildelte kategori for at undersøge, om nogle kategorier skulle slås sammen eller skilles ad og opdeles yderligere. Efterfølgende blev kategorierne samlet i nogle overordnede temaer, vi fandt relevante at analysere på, for at kunne besvare specialets problemformulering. Temaerne og dertilhørende meningsbærende enheder fremgår af nedenstående skema.

<b>Temaer</b>	Alle står mere alene	Betydningen af det fysiske fremmøde	Teknologi
<b>Meningsbærende enheder</b>	Øget ansvar for egen sundhed/rehabilitering	Ønske om fysisk fremmøde	Manglende IT-kompetencer
	Ændrede arbejdsvilkår	Ønske om at tale med ligesindede	Omlægning til digitale aktiviteter
		Den fysiske træning	

Skema 2: Temaer og meningsbærende enheder

*Analysemetodens fjerde og sidste trin er rekontekstualisering og hermeneutisk analyse.* I denne del af analyseprocessen er der igen fokus på, hvad empirien siger, men også på, hvordan det empirien siger kan forstås (ibid.). En måde hvorpå der kan opnås en ny forståelse og fortolkning af empirien, er ved at stille spørgsmål til denne med afsæt i en teoretisk forståelseshorisont. Teori påvirker forskerens forståelseshorisont, men er også med til at sætte grænserne for forståelseshorizonten, da den enkelte teori kun indeholder en vis forståelse og dermed har en grænse. På denne måde bliver empirien genstand for analyse, og der opstår en ny forståelse af fænomenet. Dette betyder, at man i denne del af analyseprocessen opnår en ny forståelse af empirien, og ser denne i dens helhed og dens kontekst. På denne måde bevæger

man sig, ifølge Dahlager og Fredslund (2013), fra enkelt del til helhed, fra tekst til kontekst og fra empiri til teori. I denne del af analyseprocessen rekontekstualiserede vi vores indsamlede empiri for at forstå den i dens helhed og kontekst, og opnå en ny forståelse af kræftrehabilitering for sårbare borgere under COVID-19 pandemien på baggrund af vores teoretiske referenceramme.

## 8.0 Teori

I følgende kapitel præsenteres specialets teoretiske afsæt, som har til formål at udvide vores forståelseshorisont omkring den kontekst, vi undersøger. Med afsæt i den filosofiske hermeneutik pointerer Dahlager og Fredslund (2013), at teorier har horisonter, hvorfor det er vigtigt at forholde sig til, hvilken horisont teorien skaber, idet det har betydning for den forståelse, man kan opnå om given problemstilling. Teorien indeholder en forklaringsværdi, der gør det muligt at sige noget om et givent fænomen, ud fra teoriens horisont og præmisser. Det er dog vigtigt at gøre sig bevidst om, at aspekter der ligger uden for teoriens forklaringsværdi, ikke kan belyses ved hjælp af denne (ibid.). Dette er årsagen til, at vi har valgt at inddrage flere teoretiske perspektiver, da det giver mulighed for en større forståelse af specialets problemstilling.

På baggrund af vores interesse for social ulighed i sundhed, samt specialets empiriske fund, finder vi det relevant at inddrage teori, der kan bidrage til at udvide vores forståelseshorisont omkring øget lighed i sundhed i relation til et sundhedsfremmeperspektiv. Afsnittet vil indledningsvis redegøre for begreberne *equity* og *equality* i relation til sundhed, da disse findes anvendelige til at udfolde den danske betegnelse 'lighed i sundhed'. Dette gøres ud fra definitioner af henholdsvis WHO og Margaret Whitehead. Herudover vil Don Nutbeams udlægning af begrebet *health literacy* blive præsenteret med henblik på at kunne analysere, hvilke kompetencer vores informanter medbringer til kræftrehabiliteringen. Efterfølgende præsenteres et koncept om *e-health literacy*, der er udviklet af en dansk-australsk forskergruppe (Norgaard, Furstrand, Klokke, Karnoe, Batterham, Kayser & Osborne 2015). Dette findes anvendeligt til at udfolde vores forståelseshorisont omhandlende betydningen af den ændrede kræftrehabilitering til overvejende teknologiske aktiviteter. Afslutningsvis redegøres for Aaron Antonovskys salutogenetiske tilgang, samt for hans teori omhandlende *oplevelse af sammenhæng*. Formålet med dette er at bidrage til en øget forståelse af, hvad både medarbejdere og sårbare borgere på CKSK finder betydningsfuldt i kræftrehabiliteringen under COVID-19 pandemi-

en. Teorierne er alle udvalgt på baggrund af deres anvendelighed til at besvare specialets problemformulering og udgør i denne sammenhæng et sundhedsfremmeperspektiv. Den teoretiske referenceramme er udvalgt på baggrund af den indsamlede empiri, og vil desuden blive præsenteret i det omfang, det findes relevant for specialet.

## 8.1 Lighed i sundhed set ud fra ‘equity’ og ‘equality’

I følgende afsnit vil der blive redegjort for begreberne *equity* og *equality*, som de ses anvendt i relation til sundhedsfremme. Med afsæt i specialets filosofiske hermeneutiske forankring, anerkender vi, at der findes forskellige definitioner af disse begreber. Derfor vil følgende teoretiske afsæt vil tage udgangspunkt i definitionerne fra WHO og Margaret Whitehead. Tilsammen vil disse begrebsdefinitioner danne rammen for specialets forståelse af equity og equality.

For at kunne bidrage til at nuancere den danske betegnelse *lighed i sundhed* anvendes de engelske begreber equity og equality, som de ses anvendt i relation til et sundhedsperspektiv. Begrebet equality kan på dansk oversættes til betegnelsen lighed, hvorimod der ikke tilsvarende findes et dansk ord eller en direkte dansk betegnelse for begrebet equity. WHO definerer equity som fairness (Nutbeam 1998), hvorfor den nærmeste danske betegnelse må være retfærdighed. WHO beskriver equality som lige chancer og muligheder for individer til at tilgå sundhed, samt bidrage til en udvikling af denne og drage fordel heraf (WHO 2011). Ud fra denne beskrivelse kan man blandt andet anskue det danske sundhedsvæsens opbygning ud fra en equality tilgang. Dette ses eksempelvis i Bekendtgørelse af sundhedslovens § 2, der beskriver, at der skal sikres let og lige adgang til sundhedsvæsenet (LBK nr. 903 af 26/08/2019). Equality omhandler således en tilgang, hvor alle har lige muligheder og får det samme.

WHO definerer equity som: “[...] the absence of avoidable or remediable differences among groups of people, whether those groups are defined socially, economically, demographically, or geographically” (WHO u.å.b). På baggrund af dette forstår vi equity som værende muligt at opnå, gennem et fravær af undgåelige uligheder og forskelle blandt befolkningsgrupper. Endvidere beskriver WHO i rapporten ‘Health Promotion Glossary’ fra 1998 at: “Equity in health means that people’s needs guide the distribution of opportunities for well-being” (Nutbeam 1998, s. 7). Ud fra disse to definitioner fra WHO forstår vi derfor equity som en forståelse af lighed, der sætter fokus på en retfærdig fordeling af ressourcer, som er afstemt efter



individuelle behov. Derfor kan det siges, at equity bygger på mere end blot en universel og lige fordeling af ressourcer, hvilket ud fra vores forståelse er kendetegnet ved equality. Af WHO's 'Ottawa Charter for Health Promotion' fra 1986 fremgår det, at et sundhedsfremmeperspektiv har fokus på at opnå 'equity in health' (WHO 1986), og det beskrives som værende et primært mål inden for sundhedsfremme (Green, Cross, Woodall & Tones 2019).

Med et afsæt i WHO's 'Health for All policy' uddyber den britiske professor i folkesundhed Margaret Whitehead, i en artikel omhandlende principper og koncepter for equity, det engelske begreb yderligere. Ifølge Whitehead (1992) ligger der i betegnelsen equity, til forskel for equality, en både moralsk og etisk dimension. Dette qua det faktum at equity refererer til både unødvendige og undgåelige forskelle, der anses som værende uretfærdige. Whitehead definerer equity in health således:

Equity in health implies that ideally everyone should have a *fair opportunity* to attain their full health potential and, more pragmatically, that none should be disadvantaged from achieving this potential, if it can be avoided [...] Equity is therefore concerned with creating equal *opportunities* for health, and with bringing health differentials down to the lowest level possible (Whitehead 1992, s. 433-434).

Whitehead understreger endvidere, at det er vigtigt at gøre sig klart, at ikke alle forskelle i sundhed kan anses som uretfærdige. Ifølge Whitehead (1992) vil der altid være uundgåelige naturlige variationer mellem forskellige individer, hvilket også gør sig gældende når man taler om menneskers sundhed. Dette kan eksempelvis være det forhold, at flere ældre end unge oplever at få hjerte-kar-sygdomme, eller at det kun er mænd og ikke kvinder, der bliver diagnosticeret med prostatakræft. Med equity in health betegnelsen er fokus, ifølge Whitehead (1992), ikke på, at alle mennesker skal opnå fuldstændig lighed i sundhed, da dette hverken er muligt eller ønskværdigt. Derimod er fokus rettet imod uretfærdige uligheder mellem mennesker, som er mulige at undgå. Med udgangspunkt i dette har Whitehead opstillet tre definitionspunkter for, hvorledes man kan arbejde med equity i sundhedsvæsenet:

- equal access to available care for equal need,
- equal utilization for equal need
- equal quality of care for all (Whitehead 1992, s. 434).

Det findes relevant at inddrage disse punkter til at belyse vores empiri, da CKSK er del af sundhedsvæsenet, og vi ønsker at få en forståelse af de oplevelser, der har været med rehabiliteringstilbuddene under COVID-19 pandemien.

Whitehead (1992) undlader i sin artikel om equity bevidst at definere betegnelsen equality, ud fra et ønske om at skrive i tråd med dokumenter fra WHO, samt en anerkendelse af at nogle sprog blot opererer med en samlet betegnelse for disse begreb inden for sundhed. I specialet har vi valgt at definere equality, til brug for analytisk skelnen mellem de to begreber for at bringe nuancerne frem i, hvorledes lighed i sundhed kan anskues. Vi har valgt at anvende Whiteheads udlægning af equity, idet hun kommer med nogle konkrete ideer til, hvordan man kan arbejde med equity i sundhedsvæsenet.

Ovenstående definitioner har ført os frem til følgende forståelse af begreberne equity og equality. Med begrebet equality peges der på en lige adgang til sundhed, herunder sundhedsvæsenet, og på lige muligheder, hvor alle skal tilbydes det samme. Hvis man derimod gerne vil opnå lighed i sundhed set ud fra et equity perspektiv, skal alle ikke nødvendigvis have det samme. Med equity peges der på, at det er både retfærdigt og nødvendigt at behandle forskelligt for at kunne behandle lige. Vi er klar over, at man ikke kan eliminere ulighed i sundhed fuldstændig, og der vil være forskelle i folks sundhedsstatus, men vi er interesserede i at se på, hvorledes alle kan få adgang til sundhedsydelser, der kan sætte dem i stand til at opnå deres 'fulde potentiale' indenfor sundhed. På baggrund af en identificeret social ulighed på kræftområdet (Olsen, Kjær & Dalton 2019; Pedersen, Ingholt & Tjørnhøj-Thomsen 2015), ønsker vi at undersøge oplevelserne med de rehabiliteringstilgange, der har været på CKSK under COVID-19 pandemien, samt hvordan disse kan anskues gennem begreberne equity og equality.

## **8.2 (E-)Health Literacy**

Følgende afsnit vil indledningsvis give en beskrivelse af betegnelsen *health literacy*, dette primært med afsæt i Don Nutbeam, WHO og Sundhedsstyrelsen. Efterfølgende redegøres for en videreudvikling heraf i form af *e-health literacy*, som er udarbejdet af Norgaard et al. (2015). Denne er opstået på baggrund af den teknologiske udvikling indenfor sundhedsområdet.

Begrebet health literacy blev første gang anvendt i 1970'erne. Der er så vidt vides ikke et tilsvarende dansk begreb (Madsen, Højgaard & Albæk 2009), hvorfor det er den engelske betegnelse, der vil blive benyttet. Literacy bliver dog af Nationalt Videncenter for Læsning beskrevet som ” [...] vores kompetence til at afkode, forstå og anvende bogstaver, tal, diagrammer, grafer, tegning, billeder og andre symboler som et middel til at forstå verden og til at udtrykke os” (Nationalt Videncenter for Læsning u.å.). Der har gennem tiden været to overordnede udviklinger i definition af health literacy; klinisk orienterede definitioner og sundhedsfremmende definitioner. Disse to orienteringer er dog begge blevet indarbejdet i de senere definitioner af health literacy, således at health literacy anses som kompetencer i flere niveauer (Madsen, Højgaard & Albæk 2009). Dette er WHO's definition et eksempel på:

Health literacy represents the cognitive and social skills which determine the motivation and ability of individuals to gain access to, understand and use information in ways which promote and maintain good *health*. [...] Health literacy implies the achievement of a level of knowledge, personal skills and confidence to take action to improve personal and community health by changing personal *lifestyles* and *living conditions*. Thus, health literacy means more than being able to read pamphlets and make appointments. By improving people's access to health information, and their capacity to use it effectively, health literacy is critical to *empowerment* (Nutbeam 1998, s. 10).

Den australske professor i folkesundhed, Don Nutbeam, har været med til at udarbejde denne definition for WHO (ibid.). Den kan anses som et opgør med den mere klassiske forståelse af health literacy, også kaldet funktionel health literacy, der primært har fokuseret på, om individer har kunnet læse og forstå sundhedsmateriale såsom medicinlabeler, mødekort og recepter (Nutbeam 2000). Nutbeam anser dette som en fundamental, men dog snæver forståelse af health literacy, hvor fokus er på at måle individers færdigheder i stedet for at fokusere på, hvad disse færdigheder sætter individet i stand til at gøre. Nutbeams tilgang til menneskers sundhed bygger på en forståelse af, at individets sundhed ikke blot afhænger af individuelle karakteristika og livsstil, men også i høj grad er præget af forskelle i sociale, økonomiske og miljømæssige omstændigheder (ibid.). Denne tilgang til sundhed findes relevant, idet vores forståelse af sundhed bygger på både fysiske, psykiske og sociale forhold, samt samfundsmæssige og ydre forhold. Nutbeam (2000) arbejder på baggrund af sin sundhedsforståelse, med en health literacy tilgang, hvor der er fokus på, hvad viden om og forståelse af sundhed sætter mennesker i stand til at gøre. Han har derfor udarbejdet en health literacy model, der

inddeler health literacy i tre niveauer, der oversat til danske betegnes som: *funktionel health literacy*, *interaktiv health literacy* og *kritisk health literacy*. Funktionel health literacy bliver beskrevet på følgende måde:

[...] 'functional health literacy' reflects the outcome of traditional health education based on the communication of factual information on health risks, and on how to use the health system. Such action has limited goals directed towards improved knowledge of health risks and health services, and compliance with prescribed actions. [...] Generally such activities will result in individual benefit, but may be directed towards population benefit [...] Typically such approaches do not invite interactive communication, nor do they foster skills development and autonomy (Nutbeam 2000, s. 265).

Funktionel health literacy er ifølge Nutbeam det laveste niveau. Han argumenterer for, at højere niveauer af literacy medfører mulighed for større autonomi og personlig empowerment<sup>1</sup> (ibid.). Det andet niveau, interaktiv health literacy, beskrives således:

[...] 'interactive health literacy' [...] is focussed on the development of personal skills in a supportive environment. This approach to education is directed towards improving personal capacity to act independently on knowledge, specifically to improving motivation and self-confidence to act on advice received. Again, much of this activity will result in individual benefit, rather than population benefit (Nutbeam 2000, s. 265).

Ifølge Nutbeam (2000) vil disse to første niveauer primært gavne individet, mens det sidste niveau, kritisk health literacy, i høj grad også kan være med til at gavne samfundet. Kritisk health literacy bliver beskrevet på følgende måde:

[...] 'critical health literacy' reflects the cognitive and skills development outcomes which are oriented towards supporting effective social and political action, as well as individual action [...] This type of health literacy can be more obviously linked to population benefit, alongside benefits to the individual. Health education in this case would be directed towards improving individual and community capacity to act on these social and economic determinants of health (Nutbeam 2000, s. 265).

---

<sup>1</sup> Empowerment: Evnen til at få kontrol over og tage ansvaret for sit eget liv og sin situation, fx i relation til arbejde, familie og politisk indflydelse (Den Danske Ordbog u.å.).

Disse tre niveauer af health literacy, viser ifølge Nutbeam at forskellige niveauer, giver afsæt for forskellige måder at forstå sundhed og anvende sundhedsinformation. Derudover lægger det også op til forskellige måder at undervise i sundhed på. At forbedre menneskers health literacy kræver altså mere end blot formidling af sundhedsinformation – funktionel health literacy – selvom dette også er et vigtigt element. For at udvikle menneskers health literacy, skal der ifølge Nutbeam (2000) fokuseres på en mere individcenteret kommunikation og samfundsrettet uddannelse således, at fokus ikke kun er på det enkelte individs risikofaktorer. Health literacy kan i lyset af denne fremstilling, anses som afgørende for individets mulighed for at tage kontrol over eget liv og de forhold, som påvirker dets sundhed.

Nutbeam argumenterer yderligere for, at health literacy afhænger af mere generelle niveauer af literacy. Dårlig literacy begrænser individets personlige, sociale og kulturelle udvikling, hvilket kan forhindre udviklingen af health literacy og dermed påvirke individets sundhed. Der er altså tale om forskellige trin i udviklingen af det enkelte individs health literacy, der skal gøre den enkelte i stand til at tilegne sig og kritisk anvende information om sundhed. Undersøgelser har vist, at der er en sammenhæng mellem niveauet af health literacy og socioøkonomisk status, såsom uddannelsesniveau (Norgaard, Furstrand, Klokke, Karnoe, Batterham, Kayser & Osborne 2015), indkomst, materielle goder eller typen af arbejde (Madsen, Højgaard & Albæk 2009). Hvilket vil sige, at en lavere socioøkonomisk status kan relateres til et lavere niveau af health literacy. Desuden kan alle være i risiko for lav health literacy i perioder med for eksempel uventet eller svær sygdom (ibid.), hvilket kræft må anses som. Vi finder det derfor interessant at bruge denne teori til at udfolde vores empiri, idet vores fokus er på sårbare borgere, der er defineret ud fra socioøkonomiske faktorer, som samtidig er ramt af en uventet og svær sygdom i form af en kræftdiagnose. Hvorfor de sårbare borgere måske i endnu højere grad er disponerede for et lavt niveau af health literacy. Denne teori findes anvendelig til at få en forståelse for både de sårbare borgeres samt medarbejdernes udgangspunkt og kompetencer for at kunne begå sig i kræftrehabiliteringen under COVID-19 pandemien.

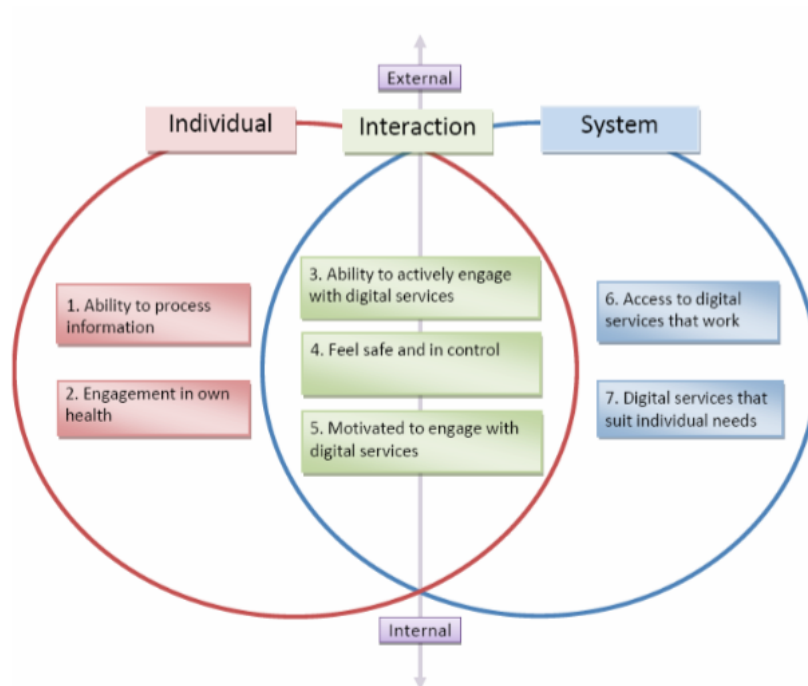
Siden Nutbeams udlægning af health literacy er der sket en stor teknologisk udvikling, hvilket også gør sig gældende indenfor sundhedsområdet. Dette kan siges at åbne op for en ny dimension af health literacy, hvor det er nødvendigt at tilegne sig teknologiske færdigheder for, at kunne være en aktiv bruger af sundhedsvæsenet. Det er ikke længere nok at kunne tilegne sig viden ved at læse, undersøge, forstå og derefter bruge denne viden kritisk. Den tek-

nologiske udvikling i forhold til sundhedstilbud, åbner op for en ny dimension af health literacy, hvor det også er nødvendigt at tilegne sig teknologiske færdigheder for at kunne deltage. Da udgangspunktet for health literacy er, at man skal kunne tilegne sig kompetencer, kan man argumentere for, at teknologiske færdigheder også hører herindunder, idet det ikke længere er nok at kunne læse og forstå, man skal også kunne anvende de konkrete teknologier, for at opnå sundhed. Informanterne i dette speciale, både borgere og medarbejder, beskriver teknologiske udfordringer i omlægning af CKSK's tilbud til onlinetilbud, finder vi det interessant at belyse denne problemstilling ud fra et e-health literacy udgangspunkt. En gruppe forskere fra Danmark og Australien har i artiklen "The e-health literacy framework: A conceptual framework for characterizing e-health users and their interaction with e-health systems" fra 2015, udarbejdet en ramme, der kan bruges i arbejdet med at forstå menneskers interaktion med sundhedsteknologier i relation e-health literacy. Dette rammearbejde er blevet udviklet gennem workshops med borgere med kroniske sygdomme og professionelle inden for forskellige professioner med relation til sundhed og eller teknologi, samt på baggrund af en bred teknologi forståelse (Norgaard et al. 2015). Norgaard et al. (2015) præsenterer syv domæner, der er af betydning for individets oplevelser af teknologiske sundhedssystemer.

- 1) *Ability to process information* omhandler individets mulighed for at omsætte information, fra at anerkende behovet for og finde information, til at læse og forstå, til processen med at vurdere og anvende information til ens egen situation (Norgaard et al. 2015, s. 531).
- 2) *Engagement in own health* inkluderer basal viden om ens egen sundhedstilstand, hvordan man tilgår sundhedssystemet, samt tilgang til sundhed i form af vilje og ansvar. Alle disse forhold indebærer, at individet har en interesse i at lære om og administrere deres sundhed (Norgaard et al. 2015, s. 531).
- 3) *Ability to actively engage with digital services* omhandler ikke blot basal viden og færdigheder tilknyttet brugen af digitale tjenester, men også et vigtigt element af, hvordan man behandler information og data i udformningen af digitale medier, således at de evner det kræver at bruge disse teknologier i sundheds kontekst også er inkluderet (Norgaard et al. 2015, s. 531).
- 4) *Feel safe and in control* vedrører, at man føler sig tryk og stoler på de teknologiske systemer, herunder at man eksempelvis kan stole på informationskilden samt. Desuden vægtes oplevelsen af sikkerhed og kontrol over egne data højt. Endvidere fremhæves behovet for personlig kontakt, som et element for at kunne føle tryghed (Norgaard et al. 2015, s. 531-532).

- 5) *Motivated to engage with digital services* omhandler incitamenter til at anvende e-health (sundhedsteknologier). Fokus er på fordele ved brug og holdninger såsom nysgerrighed, mod, nydelse og en følelse af nærhed og komfort som en motiverende faktor for anvendelse. Hvis individet bliver presset til at anvende teknologien, kan der opstå en følelse af fremmedgørelse (Norgaard et al. 2015, s. 532).
- 6) *Acces to digital services that work* berører tilgængeligheden af teknologien både i bogstavelig forstand, at man har udstyret til at tilgå teknologien, såsom eksempelvis en smartphone eller computer, men også i mere overført betydning i forhold til, at teknologien skal være brugervenlig, og der skal være adgang til hjælp såsom manualer (Norgaard et al. 2015, s. 532).
- 7) *Digital services that suit individual needs* omhandler fokus på, at systemet skal matche den individuelle brugers behov samtidig med, at der også skal være en erkendelse af, at der vil være mennesker, der ikke ønsker at benytte sig af teknologien (Norgaard et al. 2015, s. 532-533).

Disse syv domæner udgør det, som Norgaard et al. (2015) kalder *the e-health literacy framework* (eHLF), hvilket er illustreret i nedenstående figur, der viser interaktionen mellem individet og systemet.



Figur 2: *The e-health literacy framework* (eHLF) af Norgaard et al. (2015, s. 534).

Som det fremgår af figur 2, omhandler de første to domæner (1 + 2) i høj grad individets kompetencer. De er derfor placeret på individets side af figuren. De to sidste domæner (6 +7) omhandler i høj grad karakteristikaene ved sundhedsteknologier, hvorfor disse er placeret på systemets side af figuren. Det tredje aspekt af figuren er, hvor aspekterne af e-health literacy udfolder sig, idet det er her interaktionen mellem individ og system foregår. Det er her, at domænerne 3-5 kommer i spil, da individets engagement i teknologien og den information, man kan få her, handler om mere end bare tekniske færdigheder. De domæner der på figuren er placeret i den øverste del, relaterer sig ifølge Norgaard et al. (2015) til overvejende eksterne kompetencer, eksempelvis læsefærdigheder og adgang til teknologi. Derimod er de domæner der relaterer sig til de mere indre kompetencer, såsom motivation og engagement, placeret i den nederste del.

Denne model tilbyder ifølge Norgaard et al. (2015) en ny måde at forstå interaktionen og relation mellem individ og system i forhold til en health literacy tilgang. Med afsæt i de syv domæner argumenterer Norgaard et al. (2015) for, at en forståelse for brugerne og deres kompetencer er nødvendig, for en succesfuld implementering af teknologiske løsninger. Endvidere bliver det beskrevet, hvordan disse syv domæner er relevante i udviklingsprocessen af sundhedsteknologier, idet de anses som relevante for planlægning, design og udvikling (ibid.). I specialet vil vi anvende eHLF til at udvide vores forståelse for de sårbare borgeres interaktion med de digitale tilbud fra CKSK. Derudover vil der blive analyseret på, hvad der er blevet tilbudt af digitale aktiviteter, og om disse aktiviteter har været brugbare for borgerne.

### **8.3 Oplevelse af sammenhæng**

Aaron Antonovsky (1923-1994) var amerikansk-israelsk professor indenfor medicinsk sociologi (Støier 2017; Antonovsky 2000). Med udgangspunkt i den salutogenetiske tilgang udviklede Antonovsky i 1979 begrebet *sense of coherence (SOC)*, som oversat til dansk betegnes *oplevelse af sammenhæng (OAS)*. Denne teori vil vi anvende i specialets analyse til at beskrive, hvad de kræftramte borgere og medarbejderne i CKSK finder meningsfuldt for kræftrehabiliteringen, samt hvordan de håndterer og begriber rehabiliteringen under COVID-19 pandemien. Nedenfor vil vi redegøre for den salutogenetiske tilgang, som er udgangspunktet for Antonovskys teori, oplevelse af sammenhæng, og derudover vil vi redegøre for selve teorien og dens dertilhørende nøglebegreber.



Den salutogenetiske tilgang har betydning for Antonovskys syn på sundhed, som han mener kan anskues ud fra et kontinuum, hvor den ene pol er godt helbred, og den anden pol er dårligt helbred (Antonovsky 2000). I denne forbindelse fokuserer Antonovsky på, hvilke faktorer der gør sig gældende for, hvor man som individ befinder sig på dette kontinuum på et givent tidspunkt. Hans fokus er dog særligt rettet mod de faktorer, der gør, at individet bevæger eller befinder sig i den sunde end af kontinuummet. Det vil sige, hvilke mestringsressourcer individet anvender mod de stressfaktorer, som individet stilles overfor, og hvordan disse mestringsressourcer kan fremme individets effektive tilpasning til det omgivne miljø. Dette betyder også, at man ikke kun fokuserer på et individs sygdom, men på hele individets historie, hvor dets sygdom er en del af livshistorien. Dette fokus på hele individets historie gør det heller ikke muligt for den salutogenetiske tilgang at komme med løsninger på individets komplekse og fintmaskede liv, men tilgangen muliggør en dybere forståelse for og viden om, hvilke faktorer der gør, at individet bevæger sig mod eller befinder sig i den sunde ende af kontinuummet (ibid.). Denne tilgang er noget, dette speciale kan spejle sig i, idet der ikke blot fokuseres på borgernes kræftsygdom, men på hele deres kræftrehabiliteringsforløb og de erfaringer de bringer med sig ind i dette. Vi ønsker ikke at komme med en løsning på, hvorledes kræftrehabilitering burde foregå, dette har vi ikke kompetencerne til, men vi ønsker en større forståelse for, hvordan de sårbare borgere mestrer deres kræftrehabiliteringsforløb under COVID-19 pandemien. Ved at have denne åbne tilgang, er der mulighed for at få et indblik i, hvordan informanternes ressourcer er bestemmende for deres evner til at tilpasse sig ændringerne i rehabiliteringsforløbene på CKSK. Samt få en forståelse af deres placering og mulige bevægelse på kontinuummet fra godt til dårligt helbred. På baggrund af den ovenfor nævnte interesse for den salutogenetiske tilgang, udviklede Antonovsky teorien OAS, som han definerede på følgende måde:

*Oplevelsen af sammenhæng er en global indstilling, der udtrykker den udstrækning, i hvilken man har en gennemgående, blivende, men også dynamisk følelse af tillid til, at (1) de stimuli, der kommer fra ens indre og ydre miljø, er strukturerede, forudsigelige og forståelige; (2) der står tilstrækkelige ressourcer til rådighed for en til at klare de krav, disse stimuli stiller; og (3) disse krav er udfordringer, det er værd at engagere sig i (Antonovsky 2000, s. 37).*

Efter udarbejdelsen af denne definition, udviklede Antonovsky, på baggrund af empirisk arbejde, tre nøglebegreber: *begribelighed*, *håndterbarhed* og *meningsfuldhed*, hvilke han anså som kernekomponenterne i OAS.

*Begribelighed* henviser til i, hvilken udstrækning individet opfatter indre eller ydre stimuli, som værende kognitivt forståelige, sammenhængende og struktureret, eller om individet forstår stimuliene som værende kaotiske, uordnet og uforklarlige. Hvis individet oplever stærk begribelighed, vil stimuliene være forudsigelige og kunne forklares, mens hvis individet oplever svag begribelighed, så vil stimuliene opfattes som værende uforståelige (ibid.).

*Håndterbarhed* kan defineres som i hvilken udstrækning individet er i besiddelse af ressourcer, der er tilstrækkelige til at kunne klare de krav, der stilles af det stimuli, som individet udsættes for. Ressourcer kan både være individets egne, men også nærtstående andres ressourcer, som kan hjælpe individet til at føle det kan håndtere de udfordringer der opstår og ikke føler disse som værende uretfærdige (ibid.).

*Meningsfuldhed* skal forstås som i hvilken udstrækning individet føler at livet er følelsesmæssigt forståeligt, hvorfor individet lægger energi og engagement i disse udfordringer. Der opstår for individet et motivationselement, som medfører engagement, hvilket betyder at individet finder mening med det stimuli det udsættes for og gør sit bedste for at klare sig igennem det (ibid.).

De ovenstående tre nøglebegreber anser Antonovsky (2000) for at være dynamisk og uløseligt forbundet. På trods af denne forbundethed, rangerer han ikke de tre begreber som lige vigtige. Antonovsky anser meningsfuldhed som værende mest centralt, da dette nøglebegreb indeholder en motivationsdel, som kan føre individet til større forståelse af stimuli og nødvendige ressourcer til at håndtere dette. Begribelighed anser Antonovsky for at være det næst vigtigste nøglebegreb, da forståelse er vigtigt for graden af håndterbarhed. Dette betyder dog ikke at håndterbarhed ikke spiller en rolle, men hvis individet ikke tror, at det har de nødvendige ressourcer til rådighed, så får det betydning for meningsfuldheden og dermed individet forsøg på at mestre situationen. Derfor vil alle tre nøglebegreber i deres helhed have betydning for den endelige oplevelse af sammenhæng og dermed mestring af situationen (ibid.). I specialets analyse vil vi anvende Antonovskys deskriptive teori til at undersøge, hvordan både borgere og medarbejdere oplever kræftrehabiliteringsforløbene under COVID-19 pandemien, og hvordan den ændrede rehabilitering påvirker deres OAS.

## 9.0 Analyse

I dette afsnit vil vi analysere vores indsamlede empiri ud fra vores teoretiske referenceramme, som vi har redegjort for i teoriafsnittet. Vi har opdelt analysen i tre overskrifter på baggrund af de overordnede temaer (se skema 2). Overskrifterne lyder som følger: *Alle står mere alene*, *Det betydningsfulde fremmøde* og *Udfordringerne ved øget brug af teknologi*. For hver overskrift vil både borgernes og medarbejdernes oplevelser og forståelser komme til udtryk. I analysen er der lagt vægt på det, der fremstår som mest betydningsfuldt for informanterne i relation til kræftrehabiliteringen under COVID-19 pandemien.

### 9.1 Alle står mere alene

Både de borgere og de medarbejdere, vi har talt med, giver udtryk for, at de som følge af COVID-19 pandemien står mere alene. For borgerne har det betydet, at de har skulle tage et større ansvar for egen rehabilitering, mens det for medarbejderne primært er kommet til udtryk som en højere grad af monofaglighed i deres arbejde.

#### 9.1.1 Tværfaglighedens trange kår

Da rehabilitering som nævnt er en helhedsorienteret indsats (Sundhedsstyrelsen u.å.; Vibe-Petersen & Trier 2013), arbejder medarbejderne på CKSK i tværfaglige teams. Dette giver den enkelte medarbejder mulighed for at kunne spare med kollegaer, som har andre kompetencer og kvalifikationer inden for dele af sundhedsområdet end dem selv. Medarbejderne oplever dog, at deres arbejde som følge af nedlukningen er blevet mere monofagligt, idet de ikke har de samme muligheder for at spare med deres kollegaer, hvilket fremgår af citaterne nedenfor:

M2: *[...] jeg tror, at det at vi ikke har været samlet herinde fysisk, sådan tværfagligt, at det har gjort at det bliver mere sådan monofagligt rehabiliteringsforløb de har fået tilbudt ehm... borgerne... og det tror jeg ikke er godt (bilag 10, s. 46).*

M3: *Jeg tror det er rigtig hvad [M2] siger, at man får ikke det helt tværfaglige syn på borgeren, som man måske ville have, [hvor, red.] en anden havde sagt 'gud har du tænkt på at vedkommende kunne måske også være med i Stærke Fællesskaber' eller et eller andet (bilag 10, s. 48).*

Ifølge medarbejderne er det fysiske samvær centralt for den tværfaglige udveksling, og for at de får givet gode ideer videre til hinanden. Det manglende tværfaglige samarbejde har derfor medført, at medarbejderne ikke har kunne sparre med hinanden om den enkelte borger og de rehabiliteringstilbud, der kunne være relevante for borgeren. Dette aspekt understreges endvidere af M2, der i nedenstående citat beskriver hendes afsavn til den tværfaglige tilgang, der modsat den monofaglige tilgang, gav mulighed for et bredt fagligt blik på borgerne.

*[...] det at vi sidder i tværfaglige teams gør jo også, at vi får et bredt blik på det enkelte menneske herinde [...] Og den har du ikke når du sidder derhjemme og foretager alle, hvad hedder det, opkaldene alene. Så den der tværfaglige sparring har jeg virkelig savnet (bilag 10, s. 42).*

Med udgangspunkt i medarbejdernes udtalelser kan den øgede monofaglighed have resulteret i, at den enkelte medarbejder har stået mere alene med ansvaret for at give borgerne et helhedsorienteret rehabiliteringsforløb.

Foruden udfordringer med det tværfaglige samarbejde, har der desuden ikke være det samme udbud af aktiviteter som før pandemien. Dette som følge af at nogle hold midlertidigt er blevet nedlagt, og andre hold har ændret form, idet de er blevet omlagt til digitale hold i stedet for fysiske. Disse ændringer har bevirket, at de i nogle tilfælde har tilbudt kortere rehabiliteringsforløb end ellers:

*M2: Jeg har oplevet mine kollegaer også været frustrerede over, ikke at have noget at tilbyde dem [borgerne, red.] [...] Altså, det er i hvert fald den snak der har foregået nede i teamet 'jeg har ikke noget at tilbyde [...] Så nu lukker jeg bare forløbet ik' (bilag 10, s. 38).*

Dette udsagn støtter hendes kollegaer op om, og den socialfaglige sygeplejerske kan ligeledes bekræfte, at det har været svært at tilbyde borgerne den samme kræftrehabilitering som før pandemien.

*[...] Men altså jeg tror, at der er nogen, som vi godt kunne have givet et eller andet tilbud, som de kunne have sagt ja til. Som de ikke har fået fordi, vi ikke har kunnet tilbyde det (bilag 9, s. 23).*

De ovenstående citater fra medarbejderne viser, at de ikke på samme måde som før COVID-19 pandemien har haft mulighed for at tilbyde borgerne relevante rehabiliteringstilbud, hvilket skaber en stor frustration hos dem.

Problemstillingerne omhandlende monofaglighed og det manglende omfang af aktiviteter kan anskues i lyset af begreberne equity og equality. Det at medarbejderne ikke har kunnet arbejde tværfagligt på samme måde som før tidligere, kan have resulteret i, at der er nogle rehabiliteringstilbud, som måske er blevet overset af den enkelte medarbejder. Ses dette ud fra WHO og Whitehead, kan der argumenteres for, at flere fagligheder på samme problemstilling, giver en større mulighed for at tilbyde borgeren præcis det, denne har behov for, hvilket kan ses som en equity tilgang. Når medarbejderne under COVID-19 pandemien, derimod har været nødsaget til at arbejde mere monofagligt, kan det anses som en equality tilgang. Dette antages som følge af, at medarbejdernes monofaglige tilgang til borgerne i høj grad har være præget af deres specifikke sundhedsfaglige baggrund, hvilket kan have indsnævret blikket på brede og helhedsorienterede rehabiliteringsforløb for borgerne. Hvorfor man kan have en formodning om, at borgerne selv har skulle være mere opsøgende. Behovet for at tilbyde borgerne specifik rehabilitering, i form af en equity tilgang kommer også til udtryk hos medarbejderne, der er opmærksomme på, at sårbare borgere kan have behov for flere eller andre tilbud. Den socialfaglige sygeplejerske understreger dette i nedenstående citat, hvor hun tager udgangspunkt i problemstillingen omhandlende ulighed i sundhed: “[...] *det er virkelig noget med at kigge på, at ulighed i sundhed er jo ikke det samme som, at vi alle sammen skal have det samme*” (bilag 9, s. 11).

Det begrænsede tværfaglige samarbejde og udbud af aktiviteter har resulteret i, at borgere tilknyttet CKSK under COVID-19 pandemien, ikke har fået samme mulighed for et helhedsorienteret rehabiliteringsforløb, som borgere før pandemien havde mulighed for at få tilbudt, hvorfor borgere under pandemien selv har måtte tage et større ansvar.

### **9.1.2 Et øget ansvar på den enkelte borger**

På grund af nedlukning og den ændrede kræftrehabilitering er de sårbare borgere endt med at stå mere alene, og har skulle taget mere ansvar for eget forløb. De tre borgere, vi har talt med, var alle tilkøbet fysisk træning som led i deres kræftrehabilitering. Som følge af COVID-19 pandemien og nedlukningen af CKSK, har borgerne ikke længere kunne møde ind i centeret

og træne, hvorfor flere derfor har modtaget hjemmetræningsøvelser i stedet for. Adspurgt til om de tilsendte hjemmeøvelser har fungeret for borgeren Ole, svarer han følgende: *“Ja, det har det, men det er bare lidt kedeligt (griner) [...] Og man skal også motivere sig selv ikk [...] Det er jo nogle gange det sværeste”* (bilag 6, s. 7). Borgeren Bent fortæller i følgende uddrag, at han ikke får trænet hjemme, selvom han har fået tilsendt hjemmetræningsøvelser:

*B: Aarh [...] Det bliver ikke rigtigt til noget, du ved [...] Det er nemmere at gøre det sådan nogle steder, hvor man skal gøre det, ikk.*

*S: Jo, så er man lidt mere motiveret for det, når man kommer over på centeret*

*B: Selvfølgelig*

*S: Hvor det er det, der foregår*

*B: Det er klart, ja, ja, helt klart (bilag 7, s. 31-32).*

Under interviewet med Bent fortæller han, at han inden CKSK lukkede ned, derimod fik trænet i alt 4-5 gange henne i centeret. I ovenstående citat begrundet Bent dette med, at han er mere motiveret for at træne, når han befinder sig et sted, hvor ‘han skal gøre det’. Det kan derfor tolkes således, at Bent motiveres til træning ved at være fysisk til stede på centeret, hvor det forventes, at han deltager i træning. Ligeledes kan hans udsagn ses som et udtryk for, at når han er på centeret, bliver han støttet i at få trænet, hvorimod der ikke er nogen hjemme hos ham selv, der kan støtte ham i, at få trænet. Dermed har Bent som følge af nedlukningerne, fået pålagt et større individuelt ansvar for sin egen træning, hvilket ikke er noget, der motiverer ham til at træne.

Ses dette fra et health literacy perspektiv med udgangspunkt i Nutbeams tre niveauer, kan Bent anses for at være på det første niveau, funktionel health literacy, idet han har opsøgt hjælp på CKSK, og har deltaget i træning ude på centeret. Han har dog ikke fået opbygget kompetencerne i form af motivation til selvstændigt at handle på det materiale, han har fået tilsendt af centeret, hvilket er det, der ifølge Nutbeam afspejler niveauet af interaktiv health literacy. Dette niveau er betinget af, at udviklingen af personlige kompetencer skal ske i støttende miljøer, hvilket ikke har været muligt for Bent, da centret har været lukket ned, og han derfor selv har skulle stå for at få trænet. Ser man derimod på borgeren Ole, har han, modsat Bent, erfaringer fra tidligere med at træne. Ole fortæller i interviewet, at han tidligere har lavet øvelser hjemme og svømmet på eget initiativ, på grund af en dårlig ryg. Ole har derfor haft et andet udgangspunkt for at kunne tage ansvar for egen træning hjemme, end Bent har

haft. Så selvom Ole, ligesom Bent ikke finder det motiverende at træne alene derhjemme, får han det gjort, hvilket kan anses som, at han har kompetencer inden for den interaktive del af health literacy, der gør ham i stand til at handle selvstændigt og finde motivation til at følge de anvisninger, han har modtaget fra centeret.

Ole og Bents forskellige niveauer af health literacy kan ligeledes ses i relation til Antonovskys teori om OAS. For Ole er øvelserne begribelige og håndterbare, da han er bekendt med øvelserne og har kendskab til den gavn, han får af disse øvelser. Dette medvirker til en højere grad af meningsfuldhed, hvilket gør, at han får lavet hjemmeøvelser, selvom motivationslementet for træningen ville være højere, hvis han ikke selv skulle stå for sin træning. Ses der derimod på Bents health literacy ud fra Antonovskys begreber, påvirker det hans begribelighed og håndterbarhed i forhold til træningsøvelserne således, at han ikke i samme udstrækning som Ole kan forstå og begribe, hvordan han skal håndtere sin træning. Bent giver udtryk for, at han ikke tidligere har erfaring med hjemmetræningsøvelser, hvorfor han har brug for det, Antonovsky beskriver som 'nærtstående andres ressourcer', til at støtte og motivere ham til at få trænet, og dermed gjort det håndterbart. Dette influerer på hans meningsfuldhed, da Bent ikke har motivation for eller finder engagement i at udføre træningsøvelserne på egen hånd, hvorfor han ikke får dem lavet. Dog finder han ligesom Ole motivation i at skulle udføre træningen på CKSK. Som følge af at centeret var lukket for fysisk fremmøde, fik Bent ikke den nødvendige hjælp til at gøre hans træning håndterbar. Dette taler også ind i Nutbeams forståelse af health literacy, hvor han argumenterer for, at udviklingen af kompetencer skal ske i et støttende miljø, for at et individ kan opnå et højere niveau af health literacy og dermed tage større ansvar for egen sundhed.

Ole og Bents udtalelser viser desuden, at gruppen af sårbare borgere er en heterogen gruppe, hvilket vi også er bekendte med fra baggrundslitteraturen (Olsen, Kjær & Dalton 2019; Pedersen, Ingholt & Tjørnhøj-Thomsen 2015). Dette betyder, at borgerne i denne 'gruppe' har brug for noget forskelligt i deres rehabiliteringsforløb. Hvorfor det i denne sammenhæng findes relevant at inddrage begreberne equity og equality. Behovet for et fokus på at kunne tilbyde forskellige indsatser i forbindelse med den enkelte borgers rehabiliteringsforløb bliver her tydeligt. Det kan derfor anskues som værende velegnet at udforme rehabiliteringsforløbene ud fra en equity tilgang, hvilket COVID-19 pandemien dog har besværliggjort.

## 9.2 Det betydningsfulde fremmøde

I empirien træder det tydeligt frem, at det fysiske fremmøde har en stor værdi for borgerne. Medarbejderne deler til dels denne forståelse, men samtidig pointerer de også, at der er nogle sårbare borgere, der ikke ønsker fysisk fremmøde. Derudover vurderer medarbejderne ud fra et fagligt skøn, hvilke borgere det er forsvarligt at lade møde ind på centeret i forbindelse med COVID-19 pandemien.

Ud fra vores interview med medarbejderne er det blevet tydeligt, at der er flere nuancer til det at være en sårbar borger. Dette bekræftes blandt andet ved det forhold, at der både er sårbare borgere, som ønsker og har et stort behov for at møde fysisk op på centeret, men samtidig er der også en gruppe af sårbare borgere, der ikke ønsker at møde op på centeret. Dette forhold fortæller henholdsvis medarbejder 3 og den socialfaglige sygeplejerske om på følgende måde:

*[...] Der er nogle af dem, som slet ikke vil herind, som ikke magter det og måske endda også får angst af at se, at der er flere mennesker herinde (bilag 10, s. 21).*

*[...] Altså nogle af dem kan også have svært ved at være på et hold med andre mennesker, der kan have svært ved at komme ud, og nogle er det simpelthen bare fordi, at de ikke er vant til det (bilag 9, s. 10).*

På baggrund af de ovenstående citater er vi opmærksomme på, at der ifølge medarbejderne er en gruppe af sårbare borgere, som ikke ønsker at møde op på centeret. De borgere vi har haft kontakt til, udtrykker dog alle tre et ønske om at møde ind i centeret, hvorfor vi i specialet udelukkende vil forfølge aspektet omkring borgere, som ønsker fysisk fremmøde. Vigtigheden af det fysiske fremmøde for de sårbare borgere underbygges af den socialfaglige sygeplejerske på følgende måde: *“Men selvfølgelig tror jeg generelt, at den her gruppe ville have bedre af, at man kan mødes, og at man kan tilbyde dem noget håndgribeligt” (bilag 9, s. 23).*

### 9.2.1 Borgerne savner at kunne møde ind i centeret

De tre borgere anser det som noget essentielt i deres rehabiliteringsforløb, at de fysisk kan møde ind i centeret. Ole beskriver det således:



O: *Jeg har bare savnet noget mere kontakt, ikk. Altså det ... fordi man er jo lukket inde jo. Jeg er jo kun mig selv [...] så det havde været rart at komme ud, og det havde været rart at komme ud og få talt med nogle andre ikk*

*[...]*

L: *Så du ville godt have deltaget på noget i centeret?*

O: *Ja, det ville jeg meget gerne have gjort, enten noget samtale eller noget fælles øvelser eller et eller andet ikk (bilag 6, s. 6).*

Af interviewuddraget med Ole får vi indblik i, at han finder det meget meningsfuldt for sin rehabilitering at møde ind på centeret. Dette i særdeleshed som følge af at han udtrykker, at han bare gerne ville have kunnet møde ind til 'et eller andet'. Lignende behov finder vi hos borgeren Per, som nåede at deltage på et træningshold med fysisk fremmøde, førend det blev lukket ned på grund af COVID-19. På interviewtidspunktet modtager Per udelukkende telefonopkald fra sin kontaktperson på CKSK, hvilket fremgår af nedenstående interviewuddrag:

L: *Okay så nu er det mere... kun snak med din kontaktperson?*

P: *Ja (Sukker)*

L: *Okay. Men ville du gerne gå til noget mere træning tror du?*

P: *Ja ja (bilag 8, s. 7).*

På baggrund af den måde Per udtrykker sig på, hvor han sukker, da han bliver spurgt ind til, om han i sin kræftrehabilitering nu udelukkende har mulighed for at snakke med sin kontaktperson, tolker vi det således, at dette ikke er nok for ham. Endvidere understøttes denne tolkning af, at han senere i interviewet giver udtryk for et ønske om fysiske fremmøde på CKSK, idet han glæder sig til at komme tilbage på centeret for at træne: "*Men jeg glæder mig til at komme tilbage til træning, fordi jeg savner at træne og sådan*" (bilag 8, s. 11). Den tredje borger, Bent, udtrykker ønsket om fysisk fremmøde på følgende måde: "*Hvis der havde været åbent derover [...] Så havde jeg fået trænet*" (bilag 7, s. 33). Ud fra disse citater ses der et tydeligt ønske om fysisk fremmøde i centeret. Borgernes ønske om fysisk fremmøde udspringer ikke blot af et behov for træning, men bundet ligeledes i et ønske om socialt samvær. Centeret bliver af borgerne desuden anset som et sted, hvor de kan tale med professionelle og andre i samme situation. Undervejs i interviewene blev borgerne spurgt ind til, om det var vigtigt for dem at få rehabilitering. Til dette svarer Ole:

O: *Ja, det var meget vigtigt, ja [...] Altså jeg har jo ikke nogen og sådan tale intenst med, eller hvad skal man sige sådan tæt med til dagligt vel [...] Så derfor er det vigtigt og rart at man har nogle andre voksne, som man kunne snakke med ikk [...] Det er fint nok at man kan snakke med sine børn, men øh. Ja, det er alligevel ikke helt det samme*

L: *Nej, de har ligesom noget. Det er ligesom en særlig ting, altså det hele handler jo om kræft nede i centeret, så det er det alle kan tage udgangspunkt i og...*

O: *Og ja, det er nemlig det og det er også det der gør at ... jeg er mere tryk, når jeg kommer derned og får talt med nogle ikk [...] De ved jo nøjagtigt, hvad det er, det drejer sig om ikk og kender ens ... eller kender de der følelser som folk har ikk (bilag 6, s. 12).*

Denne interviewsekvens viser et andet vigtigt aspekt af borgernes rehabilitering, som adskiller sig fra det tidligere nævnte aspekt omhandlende deres træning. Af citatet fra Ole får vi indblik i, at rehabilitering for ham ikke blot drejer sig om at genvinde den fysiske funktions- evne, men ligeledes om at møde og tale med mennesker der forstår den situation, han står i. Dette aspekt kommer også til udtryk hos borgeren Per, da han adspurgte til, hvad det har betydning for ham at være tilknyttet CKSK, svarer: *“Ja altså, hvad kan man sige, snakke med folk, med mennesker, og du ved træning og alt ... ja”* (bilag 8, s. 3).

Set i lyset af OAS's teoretiske begreber kan det tolkes således, at en meningsfuld og motive- rende del af rehabilitering for Ole og Per er det sociale aspekt, og det at kunne tale med både ligesindede og professionelle omkring deres kræftrehabiliteringsforløb i centeret. Dette kan tolkes som, at centeret kan tilbyde et bestemt 'rum', hvor der er fokus på kræft og dertilhø- rende problematikker. Det kan derfor anses således, at Ole og Per nemmere kan håndtere de- res kræftrehabilitering, når de kan møde op på CKSK, fordi der her er rum for at kunne snak- ke med andre om de oplevelser, der er vigtige for dem i forbindelse med deres kræftforløb. Tilsyneladende er det sociale samvær i centeret endvidere i høj grad medvirkende til at gøre træningstilbuddene meningsfulde for de to borgere. Hvorfor man kan have en formodning om, at nedlukningen af centeret har påvirket borgernes oplevelse af sammenhæng således, at den er blevet svagere. Borgernes mangel på fysiske fremmøde i centeret kan tolkes som et udtryk for, at de står uønsket alene med deres rehabilitering, og måske i deres kræftforløb generelt set. Denne formodning understøttes af en af borgernes pårørende: *“ [Bent, red.] har været helt alene, jeg måtte jo ikke følge med! [...] Så han har været helt 'on his own' i det forløb, altså indtil jeg måtte komme over på hospitalet og se til ham [...]”* (bilag 7, s. 6).

Det omtalte behov for at møde andre med forståelse for ens situation, er en af medarbejderne, ligeledes blevet præsenteret for af nogle af sine borgere:

M1: *Jeg synes der er mange der siger, at de mangler det her sådan, at mødes med nogle der også er i kræftbehandling. Altså nogle der er ligestillede, og som man kan spejle sig i eh... det synes jeg der er rigtig mange der siger [...] Som, at det kunne måske være, det var lettere når vi havde fremmøde-hold, altså det har vi også nu, men hvor man måske sad og hyggede sig lidt bagefter eller snakkede med tre eller (bilag 10, s. 46-47).*

De omlægninger der har været på CKSK som følge af nedlukningerne, har ført til andet end blot manglende fysisk træning. Det har yderligere resulteret i uopfyldte behov hos borgerne, i form af manglende social kontakt, hvilket endvidere er noget den socialfaglige sygeplejerske oplever. I nedenstående citat udtrykker hun, hvorledes centerets café før COVID-19 pandemien har fungeret som opholdssted for eksempelvis sårbare borgere:

*Selvom du ikke havde en aftale, måtte du gerne komme derind [i caféen, red.]. Vi har haft nogle, for eksempel af mine der sådan har holdt lidt til i sofaen i flere timer, nogle dage om ugen, fordi det bare har været det sted, de har hørt til [...] Så det der med, at de ikke kommer ind i centeret og mødes med nogle andre mennesker. Bare sidde og drikke en kop kaffe, det kan også være guld værd for den her gruppe [sårbare borgere, red.], fordi det kan være den relation, de har i en hel uge. Og nogle gange får man en speciel relation med en anden på holdet eller et eller andet. Det tror jeg har en betydning vi faktisk ikke sådan lige kan måle og veje. [...] det at der, når man kommer ind i caféen, at der er nogen, som siger, fordi man lærer dem at kende, siger 'Hej Ole'. Så det at blive set og hørt, det er jo ubeskriveligt vigtigt. Så det står jeg lige nu og tænker på, at det er en, det tror jeg er en kæmpe mangel for alle, men også for denne her gruppe [sårbare borgere, red.] (bilag 9, s. 24).*

Med afsæt i Whiteheads tre punkter omhandlende equity i sundhedsvæsenet, kan man anskue ovenstående ud fra det første punkt, *equal access to available care for equal need*, der omhandler et fokus på, at alle borgere bør have mulighed for at tilgå tilbud, der passer den enkelte. Dette lader til at have været vigtigt aspekt i kræftrehabiliteringsforløbene på CKSK inden COVID-19 pandemien. Medarbejdernes udtalelser tyder på, at der inden nedlukningerne har været en bred sundhedsforståelse, idet der også har været en stor opmærksomhed på, at det sociale samvær var en vigtig del af borgernes forløb. Denne brede sundhedsforståelse er også

noget af det, WHO lægger vægt på i deres definition af sundhed. Nedlukningerne og det begrænsede tværfaglige samarbejde blandt medarbejderne på CKSK, har ledt til en mindre nuanceret vurdering af borgerne, samtidig med at de ydre omstændigheder ikke har gjort det muligt at tilbyde socialt samvær. Dette har bevirket, at der er blevet arbejdet ud fra en mere snæver sundhedsforståelse på CKSK, hvor fokus i højere grad har været på de fysiske aspekter. Det er i hvert fald dette, der kommer til udtryk i vores borgerinterview, hvor det Ole og Bent er blevet tilbudt, har været nogle fysiske træningsøvelser, de kunne lave hjemme. Derudover har den ene borgers kontaktperson lavet nogle indkøb for ham og givet noget kostvejledning, hvilket han satte stor pris på. Der har dog ikke i særlig høj grad været mulighed for at imødekomme borgernes behov for fremmøde og det sociale samvær. COVID-19 pandemien har dermed resulteret i, at borgerne på flere måder bliver mødt af en mindre helhedsorienteret indsats, og ender med at stå mere alene i deres rehabiliteringsforløb.

### **9.2.2 Det betydningsfulde i fremmødet fra et medarbejderperspektiv**

At det fysiske fremmøde på CKSK er betydningsfuldt for de sårbare borgere, er som nævnt noget medarbejderne er opmærksomme på. Til spørgsmålet om hvorvidt COVID-19 pandemien har medført en forringelse af rehabiliteringen for de sårbare borgere, svarer den socialfaglige sygeplejerske således:

*Ja, det har været det her med, at man ikke har kunnet tilbyde, altså, samvær, som nogle af dem kan have brug for, bare at mødes med nogen, eller at man kan gå med dem nogle steder hen. Eller at de har kunne komme ind og snakke face-to-face (bilag 9, s. 21).*

I citatet påpeges meningsfulde områder af det rehabiliterende arbejde med sårbare borgere, som ifølge den socialfaglige sygeplejerske går tabt, når muligheden for fysisk fremmøde ikke er til stede. Manglen på differentierede rehabiliteringstilbud og fysisk samvær er endvidere noget, medarbejderne giver udtryk for besværliggør deres arbejde. De foretrækker ligesom borgerne at mødes ansigt til ansigt, samt finder stor meningsfuldhed i det fysiske fremmøde, hvilket en medarbejder udtrykker på følgende måde.

*M1: Øhm, men der er mange, eller der er nogle der ønsker fremmøde [...] Og altså, det kan jeg faktisk bedst lide, så, fordi ellers så bliver det for diffust for mig, det der med og helt, ja*

*[...] Ja, med det. Det er også en måde selv for, at jeg selv har styr på dem, jeg har kontakt med*

*L: Ja få sat ansigt på*

*M1: Ja lige præcis, det er så simpelt som det (bilag 10, s. 27).*

Ud fra ovenstående uddrag kan det udledes, at medarbejder 1 bedst kan lide at få sat ansigt på de borgere, hun arbejder med. Uden det fysiske fremmøde oplever medarbejderen dels, at kontakten til borgeren bliver diffus, men ligeledes at hun har en oplevelse af ikke at have styr på sine borgerkontakter. Dette kan tolkes således, at hun mister noget af følingen med sine borgere, idet hun kun har deres ord at gå ud fra. Hun har ikke mulighed for at lave en helhedsvurdering af borgerens tilstand, hvor det nonverbale og den fysiske fremtoning, indgår i den samlede vurdering af borgerens tilstand. Med afsæt i Antonovskys begreb om begribelighed kan det, anses således at det fysiske møde med borgeren, bidrager til medarbejderens oplevelse af begribelighed, idet det fysiske helhedsindtryk giver mulighed for at få en samlet forståelse for borgeren og dennes situation. Hvis der derimod ikke er mulighed for fysisk fremmøde, kan det, med afsæt i Antonovsky, bidrage til en lavere grad af begribelighed for borgerens situation. Dette kan påvirke medarbejderens oplevelse af håndterbarhed, idet en manglende helhedsvurdering af borgerens situation ikke giver medarbejderen mulighed for at udnytte sine ressourcer og tilbyde borgeren det, denne har behov for. Dette bidrager til, at medarbejderen oplever, at hun ikke kan udføre sit arbejde tilfredsstillende, hvilket må formodes at bidrage til en svækket oplevelse af meningsfuldhed i arbejdet med kræftrehabilitering. Set ud fra en equity tilgang kan det manglende fysiske fremmøde og den dertilhørende manglende helhedsvurdering give anledning til, at det er sværere for medarbejderen at tilbyde kræftrehabilitering ud fra en equity tilgang. Idet manglen på borgerens fysiske fremtoning kan gøre det svært for medarbejderen at opspore andre mulige problemstillinger hos borgeren, som der kan tages hånd om i centeret og på den måde tilbyde mere tilpassede aktiviteter til de enkelte borgere.

### **9.2.3 Omsorgens utilsigtede konsekvenser**

Som nævnt i indledningsafsnittet har CKSK ikke været fuldstændig nedlukket, idet det varetager en kritisk samfundsmæssig funktion. Det har derfor som nævnt været medarbejderne, der ud fra et fagligt skøn skulle vurdere, hvilke borgere der skulle tilbydes fysisk fremmøde i centeret. I interviewet med medarbejderne er vi blevet opmærksomme på, at der er en disso-

nans mellem borgerens ønske om fysisk fremmøde og medarbejderne vurdering af, om dette skal tilbydes. Medarbejderne på CKSK fremstår meget beskyttende overfor deres borgere og i særdeleshed de sårbare borgere, hvilket kommer til udtryk i følgende interviewuddrag:

M3: *Men nogle gange så har jeg tænkt, at nogle af de sårbare, blandt andet ham [navn på borgeren, red.] som Ida skal snakke med, han ville gerne herind [...] Og han skal under ingen omstændigheder smittes med noget som helst! Så ham har jeg simpelthen nærmest nægtet at komme herind*

M2: *Mmh*

S: *Det har også nogle gange for jer været et fagligt skøn om, hvem kan vi tilbyde et fysisk fremmøde*

M3: *Ja altså det ville det virkelig være, altså en infektion og en lungeinfektion så kunne det gå grueligt galt, altså (bilag 10, s. 51).*

Medarbejderen vurderer risikoen for den enkelte borger ud fra sit faglige skøn og træffer en beslutning på baggrund af dette, selvom det lader til at være imod borgerens ønske. Medarbejderens beskyttelse af den sårbare borger forstår vi udelukkende som en omsorg overfor borgeren, som udspringer af hendes faglige viden og skøn. Derfor kan det også anses som, at medarbejderen finder en anden meningsfuldhed i rehabiliteringsforløbene end borgeren. Anskues dette ud fra et health literacy perspektiv, kan man formode at medarbejderne med udgangspunkt i deres uddannelse og erfaringer inde for sundhedsvæsenet, har et højt niveau af health literacy. Det samme gør sig nødvendigvis ikke gældende for de sårbare borgere, idet forskning viser en sammenhæng mellem socioøkonomisk position og health literacy niveau, hvor der ved en lav socioøkonomisk position er set en sammenhæng med lavt niveau af health literacy (Madsen, Højgaard & Albæk 2009; Norgaard et al. 2015). Desuden kan alvorlig sygdom, såsom kræft, også føre til et lavere niveau af health literacy (Madsen, Højgaard & Albæk 2009). Det er derfor ikke usandsynligt, at medarbejderne har en oplevelse af, at deres sårbare borgere har et lavere niveau af health literacy. Derfor kan det formodes, at medarbejderne påtager sig et større ansvar for denne gruppe, ud fra en vurdering af, at borgere ikke selv har en stor nok forståelse for egen sundhedssituation. Det kan derfor tolkes således, at medarbejderne forsøger at beskytte borgerne ved at træffe beslutninger på deres vegne ud fra, hvad de anser som det bedste for borgerne. Ser man på denne problemstilling ud fra Antonovskys teori om OAS kan borgerne og medarbejderne anses som havende forskellig oplevelse af sammenhæng. Medarbejderne har en anden og større begribelighed af

COVID-19 situationen end borgerne, idet borgernes begribelighed kan være begrænset af, at de står med en kræftdiagnose, og derfor kan have svært ved samtidig at skulle forstå hele situationen med COVID-19 pandemien. Derudover har medarbejderne en højere grad af håndterbarhed i form af flere ressourcer end borgerne, grundet deres sundhedsfaglige uddannelse og erfaring indenfor sundhedsvæsenet. Dette resulterer i forskelle i, hvad de hver især finder meningsfuldt. For medarbejderne anses det som meningsfuldt, at borgerne ikke bliver smittet med COVID-19 og risikerer at blive alvorligt syge, hvorimod det er meningsfuldt for borgerne at få socialt samvær. Der er således divergerende oplevelser hos medarbejdere og borgere om, hvad der opfattes som meningsfuldt, under de omstændigheder som pandemien har skabt for kræftrehabiliteringen på CKSK. Idet medarbejderne træffer beslutninger på borgernes vegne uden at inddrage dem, kan det ud fra vores vurdering resultere i, at borgerne mister noget autonomi i forhold til egen kræftrehabilitering.

På baggrund af interviewuddraget kan det endvidere tolkes således, at der er divergerende sundhedsforståelser mellem medarbejder og borger. Medarbejderen udviser en klinisk sundhedsfaglig forståelse baseret på en risikovurdering, hvorimod borgeren, som ønsker at møde ind i centeret og træne, må formodes at have en anden forståelse af, hvad der vil gavne ham og hans sundhed. Såfremt det er medarbejderens sundhedsforståelse og faglige vurdering af borgerens situation som bliver udslagsgivende, ender det med, at han ikke får fysisk træning, i hvert fald ikke så længe at man på centeret ikke tillader hans fysiske fremmøde. Det at der kan identificeres forskellige sundhedsforståelser, påpeger relevansen af at anskue sundhed som mere end blot fravær af sygdom, hvilket er den forståelse der kan identificeres hos borgeren. Endvidere giver den socialfaglige sygeplejerske i nedenstående citat, ligeledes udtryk for at beskytte de sårbare borgere, med begrundelse om at de i forvejen er belastet:

*Og så vil jeg sige jeg har jo, altså virkelig ledt efter nogle af mine borgere I kunne få lov at interviewe, jeg har bare ikke kunne finde det! Altså jeg har jo masser af dem, men hver gang jeg har tænkt 'vedkommende kunne være her', så har de haft måske et eller andet ekstra omkring ørerne. De skulle til ekstra undersøgelse, eller, altså det at de tilhører den her gruppe gør jo også at det kan være lidt belastende at spørge dem [...] Fordi nogle af dem kunne jeg også forestille mig, de ville sige 'ja!' når jeg spørger dem, men de ville egentlig føle, det ville egentlig være en belastning for dem [...] Så det har faktisk været rigtig svært. Ja. Jeg har ikke kunne finde nogen. Og det er lidt ærgerligt men... ja. Og det kan også godt være fordi*

*jeg kender dem, så kommer jeg til at passe på bedre på dem, eller for meget på dem, det ved jeg ikke (griner) (bilag 9, s. 3-4).*

Ved at beskytte sine borgere på denne måde kan det anses således, at hun fratager dem muligheden for at få en stemme, selvom hun gør det i en omsorg for sine borgere. Dette kan være problematisk, idet vi antager, at sårbare borgere har sværere ved at råbe op og stå på deres ret, hvilket blandt andet er noget, den socialfaglige sygeplejerske nævner: “ [...] *jamen de er bare nogle der har måske lidt sværere ved lige og råbe op!*” (bilag 9, s. 8). Det at borgerne ikke bliver tilbudt muligheden for at ytre sig om deres forløb, er interessant set i lyset af Whiteheads tanker om equity i sundhedsvæsenet. Med udgangspunkt i det tredje punkt *equal quality of care for all*, kan man have en formodning om, at en forudsætning for at opnå denne lige kvalitet i sundhed for alle vil være, at borgerne selv har mulighed for at ytre sig om deres behov og ønsker, og dermed få indflydelse på kræftrehabiliteringen.

### **9.3 Udfordringerne ved den øgede brug af teknologi**

Ingen af de tre borgere vi har talt med, har deltaget på digitale aktiviteter som en del af deres rehabilitering under COVID-19 pandemien. De har dog alle tre anvendt deres telefon til telefonsamtaler med eksempelvis deres kontaktperson.

#### **9.3.1 Borgernes it-kompetencer og adgang til teknologi**

De tre borgere har forskellige forudsætninger for at kunne benytte sig af de online aktiviteter, som CKSK tilbyder. To af borgerne, Bent og Ole, har adgang til en computer, mens den sidste borger, Per, giver udtryk for, at han ikke har en computer. Dog fortæller de alle, at de har teknologiske løsninger, der gør det muligt for dem eksempelvis at tjekke e-Boks og herigenem blandt andet modtage træningsprogrammer. På trods af dette giver de alle tre udtryk for, at computere ‘ikke er noget for dem’. Borgeren Ole udtrykker, at ‘computer-halløj’ ikke er noget for ham. Han nævner dog eksempler på områder, hvor han godt kan formå at anvende det, dette for eksempel til at tjekke e-Boks for at se, om han er blevet indkaldt til COVID-19-vaccine. Yderligere fortæller Ole, at han anvender en kamerafunktion til at se sine børn og børnebørn, når de taler sammen i telefonen. I nedenstående citat besvarer Ole et spørgsmål om, hvorfor han mener, at online-tilbud ikke er noget for ham:



*Hmm... ja det, det ved jeg ikk? [...] jeg er nok ikke så god til alt det der computer-halløj... det er nok snarere det [...] Ja, jeg har da en computer og jeg kan da også finde ud af at læse mails og sådan noget og... men eh, jeg ved det ikke, [...], jeg ved ikke hvorfor, det kan jeg ikke svare dig på fordi [...] jeg har egentlig ikke tænkt over det der online dér, næ. Jeg snakker jo også med min... min ene datter på Messenger ikk (bilag 6, s. 19).*

Per er i sit rehabiliteringsforløb under COVID-19 pandemien blevet tilbudt online-træning, men har ikke ønsket at deltage, da han hverken ejer en computer eller har kompetencerne til at modtage rehabilitering på denne måde: *“Jeg er blevet tilbudt online-træning, men kan ikke finde ud af det”* (bilag 8, s. 5-6). Desuden fortæller han, at han foretrækker den personlige kontakt: *“Nej, nej, hellere den personlige [kontakt, red.] kan jeg lide og sådan, men det der computer det er ikke mig sådan noget”* (bilag 8, s. 11).

Gennem interviewet med Bent får vi kendskab til, at han ikke er blevet tilbudt at deltage i nogle af de online fællesskaber, som udbydes af CKSK. Da vi spørger ind til, om han ville have været interesseret i at deltage, hvis han var blevet det tilbudt, svarer han blot: *“Nej”* (bilag 7, s. 37). Af dette udledes det, at Bent ligesom de to andre borgere, ikke har interesse i at benytte teknologiske løsninger som del af sin kræftrehabilitering. Det findes derfor relevant at inddrage teori omhandlende e-health literacy, til at få en dybere forståelse for, hvorfor borgerne ikke ønsker at engagere sig i de teknologiske tilbud, som CKSK tilbyder under COVID-19 pandemien. Norggard et al. (2015) præsenterer i sin model *e-health literacy framework* (eHLF) syv domæner, der har betydning for individets oplevelser af teknologiske sundhedssystemer og muligheden for en succesfuld interaktion. Flere af disse domæner findes relevante til at få en forståelse for borgernes modstand overfor de teknologiske tilbud. Oles udtalelse ovenfor kan anses som et udtryk for, at han ikke er komfortabel med de online tilbud, som CKSK tilbyder, samt at han ikke har tiltro nok til egne kompetencer. Dette på trods af at han ellers giver udtryk for, at han anvender teknologiske løsninger i samværet med sin familie. Denne manglende tiltro på egne kompetencer taler ind i Norggaard et al. (2015) fjerde punkt fra eHLF, som omhandler brugerens følelse af tryghed i anvendelsen af den sundhedsteknologiske løsning. De andre informanter udtrykker sig ikke eksplicit om utryghed ved at anvende de teknologiske tilbud, men de fortæller, at de ikke anvender teknologien til dagligt, hvorfor det kan formodes, at de heller ikke føler sig trygge ved at benytte sig af disse tilbud. Endvidere inddrages punkt seks fra eHLF, der blandt andet omhandler, hvorledes individet i bogstavelig forstand, har adgang til de teknologiske løsninger. Med afsæt i at

Per ikke ejer en computer, er det umuligt for ham at deltage i de digitale tilbud, som CKSK tilbyder, hvorfor han heller ikke kan opnå en succesfuld interaktion med disse. Yderligere beskriver Norgaard et al. (2015) i det syvende punkt, hvorledes de digitale løsninger skal kunne matche individuelle behov. Dette med en samtidig anerkendelse af, at nogle individer slet ikke ønsker at bruge teknologiske løsninger. Ser vi på dette ud fra borgernes citater, kan det være udfordrende at matche de teknologiske tilbud til deres individuelle behov, hvis ingen af dem rent faktisk ønsker at anvende teknologi i første omgang.

Dette henleder endvidere vores opmærksomhed på equity og equality, idet disse teknologiske løsninger er et tilbud til alle de borgere, der er tilknyttet CKSK, hvilket taler ind i en equality tilgang. Det er dog ikke alle borgere, der har mulighed for at benytte sig af disse tilbud, hvilket er noget medarbejderne på centeret er opmærksomme på:

M1: *Det lykkes ikke, det, det siger de bare 'det duer ikke'. Det har jeg selvfølgelig andre der kan, men lige præcis den her gruppe der har jeg ikke erfaringer med, at de har mod på det.*

*Har I det?*

M3: *Nej, nej*

M2: *Nej, det er fuldstændig det samme*

M1: *Det duer ikke altså [...] Det kunne bare være at de ikke har en computer. [...] det er der faktisk rigtig mange af dem her [sårbare borgere, red.] der ikke har, eller en tablet [...] Så jeg taler hen over hovedet til dem.*

S: *Så de har ikke ressourcerne eller midlerne til det?*

M2: *Det er sådan nogle it-kompetencer måske ik', som der ikke helt er, til at skulle sidde i Teams [Microsoft Teams, red.].*

M1: *Ja (bilag 10, s. 28).*

De to medarbejderes udtalelser peger på, at de sårbare borgere både kan have udfordringer i forhold til at have adgang til de digitale løsninger, men samtidig også kan mangle kompetencerne til at anvende teknologierne. Dette er ligeledes noget den socialfaglige sygeplejerske har lagt mærke til:

*Eh så det, der er klart, jeg tror også, at der er nogen i den sårbare gruppe, der har betalt en ekstra pris, fordi de netop ikke duer til, måske kan de ikke teknikken, eller måske er det ikke for dem at lave en relation ved at sidde ved en skærm. Helt klart har de mistet noget (bilag 9, s. 19).*

Dette er interessant set i lyset af equity, da formålet med equity ifølge WHO og Whitehead er, at der skal skabes lige muligheder for sundhed. Her ses dog en udfordring i kræftrehabiliteringen på CKSK, idet der på grund af nedlukningerne kun periodevist har været alternativer til hjemmetræningsøvelser og onlinetræning. Man kan derfor have en formodning om, at dette kan have skabt en øget ulighed i sundhed. De borgere som har erfaring med og kompetencer inden for IT, vil have bedre forudsætninger for at anvende de digitale tilbud, og vil dermed kunne modtage rehabilitering. Hvorimod de borgere, der ikke har adgang eller kompetencerne, må vente med at modtage rehabilitering til centeret åbner op igen, og der bliver mulighed for fysisk fremmøde på holdene. Medarbejderne er tydeligvis opmærksomme på denne problematik med, at en del af de sårbare borgere, qua deres manglende digitale kompetencer, ikke får den rehabilitering, de har behov for. Dette skaber som nævnt en frustration hos medarbejderne da de grundet omstændighederne, ikke har nogle alternative løsninger.

### **9.3.2 Hvad er det der tilbydes, og hvordan tilbydes det?**

I denne del af analysen vil vi ud fra vores indsamlede empiri analysere på borgernes erfaringer med digitale rehabiliteringstilbud, og hvilke udfordringer medarbejder ser som værende begrænsende for de sårbare borgers deltagelse i sådanne forløb.

I nedenstående uddrag fortæller borgeren Ole, hvorfor et online træningshold ikke har været noget for ham på trods af, at han har nogle IT-kompetencer:

*O: Men det har jeg så heller ikke haft behov for vel... altså for de der øvelser kan jeg sagtens selv ik.*

*S: Mmh. Så du tænker ikke, at hvis nu du deltog i noget online, at det kunne give dig noget, noget af det sociale som du måske også føler at du har lidt afsavn mod?*

*O: Det kunne det! Ja det kunne nemlig godt være at, man kunne bruge det [...] Det kunne godt være... jeg vil i hvert fald overveje det, hvis jeg får det tilbudt, så vil jeg da overveje det (bilag 6, s. 20).*

Ovenstående uddrag kan knyttes til punkt fem i eHLF, som omhandler motivation for at engagere sig i digitale aktiviteter. Ifølge Norgaard et al. (2015) skal det, der tilbydes borgerne være motiverende at deltage i set ud fra, hvilke fordele der er for dem ved at deltage. Ole udtrykker, at han ikke anser de digitale tilbud som værende relevante for ham og begrundet dette med, at han 'sagtens selv kan finde ud af træningsøvelserne'. Han åbner derimod op for, at hvis han blev tilbudt at deltage i digitale aktiviteter med fokus på sociale aspekter og mulighed for interaktion mellem deltagerne, at dette kunne være noget, der ville have hans interesse.

Dette giver anledning til at formode, at det dels har betydning, hvilke tilbud der udbydes, men også, hvordan disse tilbud bliver præsenteret for borgerne. Gennem interview med medarbejderne får vi kendskab til et mislykket online tilbud ved navn 'Stærke fællesskaber'. Tilbuddet som før nedlukningen bestod af fælles madlavning og efterfølgende fællesspisning, var rettet mod enlige borgere. Som følge af COVID-19 pandemien blev holdet omlagt til at være online, hvilket ifølge nedenstående citat fra medarbejder 2, ikke var et format der passede denne gruppe af borgere:

*Jamen, vi har jo lige haft, i samarbejde med Kræftens Bekæmpelse der har vi noget der hedder Stærke fællesskaber, og det er for enlige [...] der mødes de, under normale omstændigheder om et måltid, hvor de laver mad sammen og spiser sammen, og hvor de prøver at faciliterer et netværk, så de kan gå ture sammen og sådan nogle ting. Og det skulle de så prøve for første gang her i sidste uge, hvor de havde otte deltagere på listen, de måtte overtale fem af dem til at deltage online, det skulle være online [...] Og på dagen der var der kun to, der var online fremmødt og de måtte aflyse det, fordi det var simpelthen ikke det de havde brug for, den her gruppe [...] Den her gruppe, de har brug for at mødes med andre [...] Så det synes jeg bare var et godt eksempel på, hvornår online bare slet ikke fungerer [...] Det var, det var helt tydeligt (bilag 10, s. 29).*

De andre medarbejdere tilsluttede sig dette udsagn. I interviewet med den socialfaglige sygeplejerske, fortæller hun ligeledes om, hvordan onlinetilbuddet Stærke Fællesskaber ikke lykkedes med de borgere, det var tiltænkt:

*[...] altså vi har også haft særlige tilbud til, altså der er jo tilbud, der lige var startet dengang corona kom, der hed Stærke Fællesskaber, som I måske hører om. Som var en social-*

*rådgiver fra os, og vi deler jo hus med Kræftens Bekæmpelse, så der var en medarbejder derfra, der lavede sådan en gruppe for netop sårbare, der kunne komme ind og lave noget mad sammen og være sammen med nogle andre. Man skulle bo alene, det var ligesom kriteriet. Ehm, men det kunne man jo så ikke, når man ikke kunne mødes [...] Og det har de lige prøvet nu at gøre online, men det, det lykkedes simpelthen ikke. Det, det kunne man ikke med den her gruppe (bilag 9, s. 19).*

Ud fra medarbejdernes beskrivelse bliver det fremlagt således at årsagen til, at det pågældende tilbud ikke lykkedes, skal findes hos borgerne og deres manglende kompetencer til at benytte sig af digitale aktiviteter. Man kan dog stille spørgsmålstejn ved om årsagen til, at det mislykkedes, udelukkende skal findes i borgernes mangel på kompetencer, eller om der også kan ligge noget i den måde, hvorpå tilbuddet var udformet. Man kan have en formodning, om at dette tilbud ikke er noget, der uden videre kan omlægges til et digitalt format. Det primære formål med dette 'hold' var oprindeligt at skabe et sted for enlige, hvor de kunne opnå social kontakt (Center for Kræft & Sundhed København u.å.g), hvilket er svært på samme måde at facilitere med et digitalt format.

Desuden kan denne problematik ses i lyset af eHLF, hvor man ud fra punkt seks kan spørge til, hvorvidt borgerne overhovedet har adgang til teknologiske løsninger eller kan formå at integrere dem i en madlavnings- og spiseprocess. Dette eksempelvis fra borgernes køkkener eller spiseborde, med udgangspunkt i at tilbuddet Stærke Fællesskaber involverer madlavning og fællesspisning. Et andet aspekt der er interessant at se på, er borgernes egen motivation for at deltage, hvilket netop bliver belyst i punkt fem, i eHLF af Nørgaard et al. (2015). Man kan her stille spørgsmålstejn ved, hvorvidt borgerne føler sig motiverede for at deltage i et digitalt socialt tilbud, hvor det formodes, at præmissen er madlavning og fællesspisning, og om det borgerne anser som meningsfuldt, forsvinder i den givne kontekst. Dette underbygges endvidere af, at der på dagen for afholdelse blot var to ud af otte tilmeldte borgere, der "mødte" op. Anskues dette ud fra Antonovskys begreb om meningsfuldhed, kan man pege på, at det grundlæggende element ved selve tilbuddet, det at man skal være fælles og opleve nærhed, er begrænset i den digitale udformning af tilbuddet. Hvorfor det meningsfulde i selve tilbuddet bliver fjernet og borgernes motivation for at deltage kan siges at forsvinde, idet Antonovsky argumenterer for, at motivationen findes i det meningsfulde. Endvidere kan man undre sig over, om lignende tilbud i så fald havde fungeret for ikke-sårbare borgere. Det kan

formodes, at idet holdet er bygget op omkring fælles madlavning og fælles spisning, ville det mislykkes som online format for alle grupper af borgere.

Et andet aspekt der er værd kort at nævne i denne sammenhæng, er at man med online tilbud med kamerafunktion kommer tættere på borgeren, idet man gennem kamerafunktion både kan se borgeren, men også får et indblik i dennes hjem. Dette kan være forbundet med skam, hvis nu borgeren ikke synes om at lade andre komme ind i sit hjem på den måde. I nedenstående citat fra den social faglige sygeplejerske beskriver hun aspekter heraf, hvilket kan understøtte denne formodning:

*Mange af de nye, de har altså ikke, de er ikke meget for det der med, med video. Altså, det er sådan noget med, at 'jeg vil hellere sidde her, hvor du ikke kan se mig', jeg er ikke rigtig lykkes med det. [...] Som [nogle sårbare borgere, red.] synes, at det er fint i telefonen, ikk. Altså at man sådan lidt på en måde kan gemme sig eller, jeg spørger jo selvfølgelig heller ikke helt ned i detaljen [...] Fordi jeg må jo respektere, at sådan er det (bilag 9, s. 13-14).*

Det kan være en del af en mulig forklaring på, hvorfor ikke alle borgere ønsker at deltage online. I dette ligger der, at man ikke blot blindt forfølger præmissen om, at de sårbare borgere manglende deltagelse skyldes, at de ikke kan finde ud af teknologien. I specialet afgrænser vi os dog fra at forfølge dette forhold yderligere i analysen, da det ikke er noget vores andre informanter har udtryk eksplicit.

### **9.3.3 Den telefoniske kontakt – et nødvendigt onde eller en fordel?**

De tre borgere fortæller alle, at de har haft telefonisk kontakt med medarbejdere fra CKSK under nedlukningerne. To af borgerne, Bent og Ole, udtrykker dog, at de ikke er begejstrede for den telefoniske kontakt, men benytter sig af tilbuddet, når der ikke er andre alternativer. I interviewet bliver Bent spurgt ind til, om han har fundet det udfordrende at tale meget i telefon med sin kontaktperson, hvortil han svarer følgende: *"Nej, det gør jeg ikke [...] Jeg er ikke telefonist, jeg gider ikke at snakke i telefon"* (bilag 7, s. 39). I citatet udtrykker Bent en manglende lyst til at snakke i telefon, hvilket han understreger med, at han 'ikke er telefonist'. Desuden fremgår det af citatet, at Bents manglende lyst ikke skyldes, at han oplever det som værende udfordrende med telefonopkald. Noget lignende beretter Ole, der ser den telefoniske

kontakt som et acceptabelt alternativ, så længe diverse restriktioner forhindrer, at han kan møde fysisk op på CKSK:

*L: Og hvordan har det synes du, været de her, altså snakke med din kontaktperson eller vejleder, hvordan har det været at gøre telefonisk, har det været bedre eller dårligere?*

*O: Det er selvfølgelig dårligere ikk, altså... jeg er jo, hører jo til en type, jeg kan godt lide at se folk i øjnene ikk [...] Eh... men eh... det er jo bedre end ingenting og snakke med dem i telefonen ikk [...] Det har jo været et nødvendigt onde ikk, altså det, eller onde, ja, det ved jeg ikke, om man kan kalde det, men i stedet for, at man, når man ikke kan mødes fysisk, så kan man jo gøre det i telefonen, ikk [...] Normalt er jeg jo ikke så meget for at snakke i telefon, men [...] Det er fordi, jeg er jo lidt af den gamle skole, hvor... jeg kan bedst lide at se folk i øjnene [...] (bilag 6, s. 27-28).*

Borgerne udtrykker eksplicit, at de ikke er meget for at tale i telefon, men i stedet foretrækker det fysiske møde. Det er derfor interessant at analysere på deres oplevelser af den telefoniske kontakt ud fra teorien om OAS. For borgerne har den telefoniske kontakt været det mulige alternativ til fysisk fremmøde og onlineaktiviteter, hvorfor deres accept af denne interaktionsform kan anskues ud fra begrebet begribelighed. Dette er udtrykt ved, at borgerne har en forståelse for, at deres rehabilitering ikke kan være på andre måder, under de omstændigheder, som pandemien har medført. Derved bliver det begribeligt for borgerne at måtte acceptere brugen af telefonkontakt. Desuden har de kompetencerne til at anvende denne form for teknologi, hvilket også gør det håndterbart for dem at interagere på denne måde. Det kan derfor anses som værende meningsfuldt for dem at få den telefoniske kontakt, selvom de har en modvilje mod denne kontaktform, idet det har været deres mulighed for at have kontakt til centeret. Man kan have en formodning om, at dette vil se anderledes ud, når centeret åbner op igen, og der bliver mulighed for fysisk fremmøde, hvor det meningsfulde for de borgere vi har talt med, så vil være at møde fysisk op og ikke længere blot klare samtalerne over telefon. Igennem interviewene med medarbejderne på CKSK blev vi opmærksomme på, at de havde en anden opfattelse af den telefoniske kontakt med borgerne. Medarbejder 3 fortæller, at hun har ringet oftere til borgere under nedlukningerne, samt at mange af borgerne, efter hendes vurdering, er positive overfor den telefoniske kontakt.

*Men ellers så tror jeg der er mange der er glade for at få samtalerne over telefonen og sådan noget [...] Og så har man ringet en ekstra gang, fordi man har fornemmet at de er ensomme og så siger man 'jeg ringer sgu også til dig i næste uge' ik' (bilag 10, s. 26).*

Den sundhedsfaglige sygeplejerske fortæller ligeledes om en hyppigere telefonkontakt, og giver udtryk for, at nogle af hendes borgere er positive overfor en telefoniske kontakt:

*Så helt klart, altså hyppigere kontakt til nogen, og stort set også kun telefonkontakt. Jeg tilbyder videokontakt, men dem jeg allerede havde som var mine gamle borgere, de har siger 'Jamen, det er der jo ingen grund til, det fungerer jo fint per telefon' (bilag 9, s. 13).*

Til spørgsmålet om, hvorvidt der er nogle områder af det rehabiliterende arbejde, der har fungeret bedre som følge af pandemien, fortæller den socialfaglige sygeplejerske endvidere, at hun håber, at hendes kollegaer har fået mod på at etablere relationer til borgerne gennem telefon:

*Jeg håber, at der er nogen [medarbejdere, red.], der også har øvet sig lidt på at sige 'Jeg kan ikke gøre, som jeg plejer bare ringe og sige, 'kan du komme på torsdag kl. 13?'. Jeg er nødt til at prøve at etablere en kontakt, fordi jeg skal tage den indledende samtale, som det hedder, i telefonen.' [...] Så det kunne være min fantasi, at der måske er nogen, der er blevet lidt mere bevidste på, at det kan godt lade sig gøre i en telefon. Jeg synes i hvert fald, ikke fordi jeg ikke havde gjort det inden, men jeg er blevet mere bekræftet i, som jeg sagde, at man kan godt starte et forløb op på telefon. Det kan sagtens lade sig gøre, hvis man er obs. Selvfølgelig er der nogen, man ikke har kunnet skabe kontakt til, men det var der også inden corona (bilag 9, s. 20).*

Den socialfaglige sygeplejerskes håb om, at hendes kollegaer er blevet bekræftet i det anvendelige i den telefoniske kontakt, er noget, vi kan se, gør sig gældende for medarbejder 3. I nedenstående uddrag udtrykker hun positive erfaringer med at anvende telefonkontakt som led i hendes arbejde. Hun beskriver dels de fordele, der kan være for nogle borgere ved denne form for kontakt, samt fortæller, at det er nogle erfaringer hun vil tage med sig fremadrettet.

*M3: Nogle er ikke så glade for at komme herind og det er krævende at komme herind [...] så har jeg kunne klare det over telefonen og måske fulgt hyppigere op på nogle af de der ting*



*ik', end jeg ellers ville have gjort, fordi borgeren skal herind og måske også skal have kørsel. Så jeg synes noget af det, der har det været legalt og i højere grad at ringe og det synes jeg faktisk har været en fordel for mig nogle gange*

*[...]*

*S: Så for nogle ting har det faktisk gjort det lettere at følge op eller hvad man skal sige*

*M3: Ja man kan sige det har i hvert fald gjort det legalt, det er okay at have vejledninger som en telefonkonsultation og det, det er i hvert fald noget jeg vil tage med mig (bilag 10, s. 39).*

Medarbejderne er positivt stemt over for den telefoniske kontakt. De oplever det både som noget, borgerne har været glade for, men også som noget der har været en fordel i deres arbejde. Dette i en sådan grad at det for en medarbejder er noget, hun ønsker at tage med i sit videre arbejde. Dette kan tolkes således, at hun overvejer at lave flere vejledninger som telefonkonsultation, idet hun har en oplevelse af, at nedlukningerne har været med til at legalisere brugen af telefonopkald. Ses dette i lyset af Antonovskys teori om OAS, kan det anskues således, at medarbejdernes positive tilgang til telefonkontakt kan bunde i en stærk begribelighed i forhold til COVID-19 pandemien og de begrænsninger, denne medfører. Denne begribelighed kan formodes at bero på et højt niveau af health literacy, qua deres sundhedsfaglige uddannelse. Som følge heraf finder medarbejderne alternative måder at løse deres arbejdsopgaver på. Dette gør de blandt andet ved at anvende telefonisk kontakt i udførelsen af deres arbejde, hvilket viser en stor håndterbarhed, da de har ressourcerne til at finde alternative løsninger til de udfordringer, der opstår i deres arbejde. Det kan tolkes som værende meningsfuldt for medarbejderne at vejlede telefonisk, hvorfor det kan formodes at være noget, de vil fortsætte med, eftersom de anser det som en fordel i deres arbejde. Dette står i kontrast til nogle af de interviewede borgers udsagn, der som nævnt understreger ønsket om fysisk fremmøde. Borgernes reelle behov risikerer i denne sammenhæng at blive overset, idet medarbejderne oplever en arbejdsform, der er hensigtsmæssig for dem selv, men glemmer spørgsmålet om, hvorvidt der også er noget, der hensigtsmæssigt for alle borgerne, og i særdeleshed om det er vejen frem for alle borgerne.

## 10.0 Diskussion

I dette afsnit vil vi henholdsvis diskutere specialets fund, metode og kvalitet.

### 10.1 Diskussion af fund

I følgende afsnit vil vi diskutere analysens fund, da dette kan være med til at belyse specialets problemstilling yderligere. Derudover findes relevant at påpege at specialets fund, ikke blot bidrager til en øget forståelse for forholdene under COVID-19 pandemien, men også rækker ud over denne særlige kontekst. Derfor finder vi det relevant at diskutere, hvorvidt flere af specialets fund ikke blot er sigende for COVID-19 pandemien, men i høj grad også kan være forhold der gør sig gældende, når der ikke længere er pandemi.

#### 10.1.1 Har det overhovedet været muligt for CKSK at gøre det på andre måder?

COVID-19 pandemien var uventet, hvorfor vi er opmærksomme på at alle, herunder også medarbejderne på CKSK, har været nødsaget til at skulle omstille sig hurtigt, hvilket vi formoder, at de har gjort efter bedste evne. Grundet pandemiens usikkerheder og myndighedernes overordnede bestemmelser har det været svært for medarbejderne at navigere i. De har haft begrænsede muligheder for at kunne tilbyde kræftrehabilitering, som de plejer, hvilket har skabt en frustration hos medarbejderne. De medarbejdere vi har interviewet, er dog opmærksomme på, at den ændrede kræftrehabilitering kan have haft nogle konsekvenser for især de sårbare borgeres rehabiliteringsforløb.

Medarbejderne har under nedlukningerne opdaget et nyt potentiale i den telefoniske kontakt, hvorfor der bliver nævnt overvejelser om fremover at foretage flere vejledninger telefonisk. Dette står dog i kontrast til det, de borgere vi har talt med, fortæller om deres holdninger til telefonisk kontakt. De er meget tydelige omkring, at telefonsamtaler er et nødvendigt onde under nedlukningen, og at de har et stort ønske om at møde fysisk op på centeret, når dette åbner op igen. Det kan derfor diskuteres, hvorvidt idéen om øget telefoniske kontakt er til gavn for både borgere og medarbejdere. Dette peger på, at der er flere nuancer i forståelsen af brugen af den telefoniske kontakt, hvor denne kontaktform ikke opleves ligeså meningsfuld, som det fysiske fremmøde. Man kan have en formodning om, at det kan svække nogle borgeres OAS, hvis det bliver kutyme med flere telefoniske vejledninger fremover.

Derudover kan aspektet af medarbejdernes og sårbare borgernes forskellige sundhedsforståelser ligeledes diskuteres. Denne problematik er ikke kun unik for pandemien, dette er også et forhold der er fremført i rapporten '*Rødvin, gulerødder og sociale relationer - Kræfttramte borgernes sundhedsopfattelser*' (Berner & Tjørnhøj-Thomsen 2017). Der bør i kræftrehabiliteringsarbejdet derfor være en opmærksomhed på at de forskellige sundhedsforståelser indeholder forskellig betydning alt efter, om man er borger eller medarbejder. Som det findes i analysen, er medarbejdernes sundhedsforståelser blevet mere snævre som konsekvens af pandemien og nedlukningerne. Dog har borgernes behov for eksempelvis socialt samvær ikke ændret sig på grund af pandemien, hvorfor de fortsat har et behov for, at deres rehabiliteringsforløb er bygget op omkring en bred sundhedsforståelse. Dette kommer til udtryk ved, at borgerne finder en stor meningsfuldhed i det fysiske fremmøde på centeret, idet de her blandt andet får mulighed for kontakt og socialt samvær med ligesindede i forbindelse med deres kræftrehabilitering. Dette sociale samvær kan dog endvidere berøre andre aspekter af livet og ikke blot indenfor kræftrehabiliteringen. Ifølge Berner & Tjørnhøj-Thomsen (2017) kan der også ligge en grundlæggende meningsfuldhed og motiverende del i samvær, hvor man som kræfttramt oplever sig sygdomsfri og mærker stemninger som hygge og livsglæde. Dette samvær er dog som nævnt blevet problematisk grundet COVID-19 pandemien.

### **10.1.2 Borgerne får frataget noget ansvar og tillagt noget andet**

I analysen træder det tydeligt frem, at medarbejderne udviser en stor omsorg for deres borgere. Det kan diskuteres om denne omsorg ubevidst fratager borgerne noget autonomi. Dette skal ses i lyset af, at borgerne ikke får lov til at komme ind på centeret på trods af et stort ønske herom. Dette er interessant i forhold til, at et af specialets analysefund er, at borgerne får tillagt et større ansvar for egen rehabilitering, i form af selv at skulle administrere den fysiske genoptræning hjemme. Det er ikke alle borgerne, der formår at leve op til dette ansvar, da de ikke har kompetencerne eller motivationen herfor. Hvis de ikke formår at tage dette ansvar på sig, kan det diskuteres, hvorvidt borgerne får det optimale ud af deres rehabilitering. Vi er velvidende om, at denne diskussion ikke er enkel, i særdeleshed fordi de kræfttramte borgere er en særlig udsat gruppe i forhold til at blive smittet med COVID-19 (Statens Serum Institut 2021; Sundhedsstyrelsen 2020b). Derfor har medarbejderne stået i et krydspres, i forhold til at skulle beskytte borgerne mod smitte, men samtidigt har de også skulle varetage borgernes ønsker og behov for rehabilitering på bedst mulig vis. Dette kan lede til en diskussion af, hvem der skal bestemme dette forhold: Har borgeren en stor nok viden om de risici, der er

forbundet med smitte? Er ønsket om fremmøde blot større end frygten for smitte? Skal det være en fælles beslutning? Eller er det udelukkende medarbejderens ansvar at bestemme, hvem der kan få lov at møde op på CKSK? Dette er interessant set ud fra et health literacy perspektiv, idet fokus her er på uddannelse og udvikling af kompetencer. Hvis medarbejderne blot træffer beslutninger på borgernes vegne uden at inddrage dem, opnår borgeren ikke nye kompetencer, og de får dermed ikke udviklet deres health literacy. Der kan endvidere argumenteres for, at borgernes health literacy har en betydning for deres muligheder for at tage ansvar for egen rehabilitering. Vi er i vores analyse kommet frem til, at et lavere niveau af health literacy er disponerende for en lavere grad af 'mulighed' for at tage ansvar for egen sundhed. Hvilket understøttes af Nutbeams (2006) udlægning af de tre niveauer for health literacy, hvor individet ved opnåelsen af et højere niveau af health literacy vil opnå større individuelle fordele såsom øget selvstændighed. Derfor kan man argumentere for, at det er endnu vigtigere, at netop de sårbare borgere modtager den støtte, de har behov for under deres rehabiliteringsforløb.

Desuden er det ligeledes interessant at medarbejderne i en omsorg for deres borgere, ikke vil belaste dem yderligere i en i forvejen belastet situation ved at bede dem tage stilling til, om de ønsker at deltage i et interview. Dette resulterer i en manglende mulighed for borgerne til selv at beslutte, hvorvidt de ønsker at ytre sig. Dette er især interessant da et interview ifølge Christensen, Nielsen & Schmidt (2013), kan give mulighed for en positiv oplevelse for informanten. Idet denne får mulighed for at fortælle om sine egne erfaringer, uden en forventning om gensidighed, hvilket er noget mange mennesker værdsætter (Christensen, Nielsen & Schmidt 2013). Borgeren Bent bliver eksempelvis spurgt ind til, om han mener, at der har været nogen fordele ved den måde, der har været rehabilitering på over fra CKSK under COVID-19 pandemien. Til dette svarer Bent: *“Ja, nu er I jo her, jo”* (bilag 7, s. 42), hvilket understreger, at Bent fandt det positivt at deltage som informant. Endvidere får borgeren Ole gennem interviewet et nyt syn på, hvordan de digitale tilbud kan give mulighed for socialt samvær. Dette kan understøtte, at informanterne kan få noget positivt ud af at deltage i interviews. Derudover anfægter det medarbejderens umiddelbare holdning til, at det at deltage i et interview for borgerne ikke nødvendigvis er en yderligere belastning. Interviewet kan desuden anses som en mulighed for borgerne til at få indflydelse og blive hørt. Hvorfor det kan diskuteres, hvorvidt den manglende mulighed for de sårbare borgere til at ytre sig, kan føre til en øget ulighed i sundhed. Hvis dette er den gængse tilgang til de sårbare borgere, kan man forestille sig, at deres stemmer kommer til at mangle, når rehabiliteringen skal evalueres og

udvikles. Man kan have en formodning om, at det måske i højere grad vil være de bedre stillede borgere, der får lov til at sætte dagsordenen, idet de kan anses som værende bedre til at klare "belastninger" i form af eksempelvis interviews.

### **10.1.3 Betydningen af nedgangen i den fysiske aktivitet både for borgerne og den sociale ulighed i sundhed**

De tre interviewede borgere fortæller alle, at de som følge af COVID-19 pandemien generelt har oplevet en nedgang i deres fysiske aktivitet. Borgerne Per og Bent har i høj grad oplevet dette, idet deres mulighed for fysisk træning på CKSK, er ophørt grundet nedlukningerne. De er ikke motiverede for at træne hjemme med udgangspunkt i udleverede øvelser, og desuden ønsker de heller ikke at deltage i de digitale tilbud grundet begrænsede IT-kompetencer. Borgeren Ole oplever en generel indskrænkelse af sin fysiske udfoldelse, idet han, både grundet sin kræftdiagnose, men også grundet nedlukninger som følge af COVID-19, ikke kan foretage sig de fysiske aktiviteter han plejer. Ifølge seniorforsker Julie Midtgaard øger et ophør eller en nedgang i niveauet af fysisk aktivitet, den i forvejen forhøjede risiko for udvikling af negative senfølger blandt kræftoverlevende (Midtgaard 2013). Endvidere understreger Midtgaard (2013), at det grundet de komplikationer der kan opstå som følge af en kræftbehandling, er vigtigt at fysisk træning for kræftoverlevende sker i samspil med professionelle. Det at de tre borgere som følge af COVID-19 pandemien er blevet mere inaktive, kan i lyset af Midtgaard (2013), anses som bidragende til en større social ulighed i sundhed. Dette som følge af, at det, ifølge Midtgaard (2013), ofte er de ressourcestærke borgere, som i forvejen er optaget af sundhed, der er mere fysisk aktive end sårbare borgere. Det kan derfor diskuteres, om der grundet nedlukningerne er sket en større ulighed i sundhed, som følge af de udleverede hjemmetræningsøvelser samt en omlægning til digitale tilbud. Sidst nævnte i særdeleshed på baggrund af de sårbare borgeres manglende kompetencer til og motivation for at anvende digitale løsninger i deres kræftrehabilitering qua deres e-health literacy. Deres manglende kompetencer indenfor e-health literacy kan endvidere, anses som havende betydning for deres OAS i forbindelse med deres rehabiliteringsforløb. Da de manglende kompetencer gør, at de ikke kan deltage i de aktiviteter, der udbydes af CKSK, hvorfor meningsfuldheden i deres kræftrehabiliteringsforløbet mindskes. Desuden understreger denne problematik, behovet for en equity orienteret tilgang i kræftrehabiliteringen og muligvis rehabiliteringen generelt, idet der er stor forskel på, hvad den enkelte har behov for, for at genvinde funktionsevne og mestre sin situation.

I analysen fandt vi frem til at medarbejdernes arbejde er blevet udfordret af det manglende tværfaglige arbejde, samt den manglende mulighed for at lave en helhedsvurdering af borgeren i og med, at de ikke møder borgerne så ofte som tidligere. Man kan argumentere for at denne del af problematikken på nogle punkter ville kunne imødekommes, ved brug af en kamerafunktion på en smartphone eller lignende, men som vi har analyseret frem og diskuteret, er gruppen af sårbare borgere for nogens vedkommende karakteriseret ved ikke at have kompetencerne til eller motivationen for at anvende teknologiske løsninger. De teknologiske udfordringer for denne gruppe omhandler ikke blot det træningsmæssige aspekt, men kan også skabe nogle udfordringer i forhold til medarbejdernes mulighed for at lave en helhedsvurdering af borgerens tilstand. De sårbare borgeres manglende kompetencer vil formodentlig, også her kunne have en negativ indvirkning på deres forløb. Desuden kan man diskutere, om de ikke er endnu dårligere stillede, idet de ikke har kompetencerne til eller ønsker om videoopkald, men samtidig qua deres health literacy niveau, måske heller ikke har de bedste forudsætning for at kunne handle selvstændigt ud fra deres sundhedstilstand. Det kan formodes at de måske ikke er lige så kritiske eller opmærksomme på ændringer i deres tilstand, og samtidig kan de også risikere ikke have nogen i deres nærmeste omgangskreds, der kan påvirke dem. Denne formodning udspringer af de kriterier der er opstillet for sårbarhed indledningsvist i specialet, hvor et af kriterierne er at bo alene, da det er noget der er disponerende for øget sårbarhed.

## **10.2 Diskussion af metode**

Følgende afsnit omhandler en diskussion af betydningen af det eksterne samarbejde med CKSK, informantgruppen bestående af sårbare borgere der tilfældigvis alle er mænd over 60 år samt specialets kvalitet.

### **10.2.1 Betydningen af det eksterne samarbejde med CKSK**

Som nævnt indgik specialegruppen fra begyndelsen et eksternt samarbejde med CKSK. Dette samarbejde har blandt andet betydet at specialet blev tildelt en med en kontaktperson fra CKSK, der som beskrevet fungerede som gatekeeper, til at få etableret kontakt til mulige informanter. Denne kontakt vurderede vi som fordelagtigt for specialet, taget COVID-19 pandemien og de dertilhørende nedlukninger i betragtning, i forhold til muligheden for at få rekrutteret informanter. Desuden vurderede vi at mulige informanter, både blandt medarbejderne og målgruppen af sårbare borgere, i højere grad ville være motiverede for at deltage, såfremt de blev kontaktet af en velkendt person fra CKSK. Imod forventning erfarede vi dog, at

det var vanskeligt at rekruttere tilstrækkeligt med informanter fra målgruppen sårbare borgere gennem vores gatekeeper. På trods af en rekrutteringsperiode på ti uger, endte vi ud med blot at få adgang til tre borgere. Dette begrundede medarbejderne med et hensyn til, at de ikke ønskede at belemre deres sårbare borgere, men derimod beskytte dem mod yderligere belastninger. Det kan derfor diskuteres, om vi kunne have rekrutteret flere informanter fra målgruppen, ved at supplere den anvendte rekrutteringsmetode med én eller flere alternative tilgange.

Et eksempel på en tilgang vi har diskuteret indledningsvist, er invitationsopslag henvendt direkte til sårbare borgere, i form af sedler vi selv ville hænge op eller lægge på udvalgte steder inde på CKSK. Denne tilgang vurderede vi dog som værende uholdbar, idet borgerne som følge af COVID-19 pandemien havde begrænset adgang til centeret, hvorfor det ville være de færreste der kunne få adgang til at læse opslagene. En anden tilgang vi har diskuteret, tager afsæt i en mulighed vi blev tilbudt om at deltage i nogle af de motionshold, der blev afholdt på CKSK med mulighed for fysisk fremmøde. Disse hold var henvendt til borgere, der havde særligt brug for fysisk genoptræning. Ved at have deltaget på motionsholdene kan man argumentere for, at vi ville have haft mulighed for at henvende os direkte til borgerne og muligvis rekruttere informanter på denne måde. Vi fravalgte dog denne mulighed af etiske årsager, da vi havde svært ved at forsvare, hvordan vi skulle få henvendt os til de sårbare borgere, der måtte deltage på motionsholdet, uden at virke stigmatiserende og eventuelt bringe borgerne i forlegenhed, ved at udvælge nogle og ikke andre på holdet. Dette er et centralt dilemma, der kan opstå i en forskningsproces, hvor man som forsker kan frygte at komme til at stigmatisere informanter, således at disse vælges fra, hvilket kan bevirke en yderligere stigmatisering, da deres "stemmer" dermed udelukkes. Det kan derfor diskuteres, om vi ved at fravælge muligheden for at rekruttere gennem en deltagelse på motionsholdene, af frygt for at komme til at stigmatisere borgerne, risikerer selv at bidrage til en yderligere stigmatisering. Derudover kan der argumenteres for, at vi ved at anvende en gatekeeper fra CKSK, kunne drage fordel af den tillidsfulde relation, vi formoder der kan være mellem en sårbar borger og dennes kontaktperson. Dette kan have bevirket, at vi fik nogle borgere i tale, som vi ellers ikke ville kunne få adgang til.

Foruden elementet med gatekeeperen og som led i den indgåede samarbejdsaftale, har det eksterne samarbejde med CKSK endvidere betydet, at det færdige speciale vil blive tilsendt medarbejderne på centeret. Specialet får derfor mulighed for at få en reel og konkret indfly-

delse på det felt, vi har samarbejdet med. Denne aftale har dog samtidigt ført til en indskrænkelse af dele af specialet, som følge af vores bevidsthed om at medarbejderne skulle læse det færdige speciale. De dele vi har følt os nødsaget til at indskrænke, vedrører primært vores etiske overvejelser om borgernes anonymitet. Dette som følge af at de medarbejdere der har været med til at udvælge informanterne, er kontaktpersoner for og har et indgående kendskab til de sårbare borgere. Det har derfor været ekstra udfordrende, men også ekstra vigtigt for os, at forsøge at anonymisere borgerne i en så høj grad, at deres udtalelser ikke kunne ledes tilbage til dem. Dette har bevirket, at vi bevidst har undladt at inddrage eksempelvis specifikke interviewuddrag, hvori det informanten omtalte, var meget særpræget. Herudover medsender vi ikke bilagene med de transskriberede interviews til CKSK.

### **10.2.2 Informantgruppen bestående af sårbare borgere der alle er mænd over 60 år**

I forlængelse af ovenstående diskussion finder vi det relevant at diskutere den gruppe af borgere, som vi fik adgang til. Dette i særdeleshed i forhold til at gruppen bestod af tre informanter, der tilfældigvis alle sammen var mænd over 60 år. At informanterne kan karakteriseres som værende ‘ældre’, finder vi relevant at forholde os til, idet specialet blandt andet undersøger den øgede digitalisering af kræftrehabiliteringen. Ifølge Rossen et al. (2019) er individer der rapporterer sig ikke-parate til at anvende teknologi i deres kræftrehabilitering, blandt andet kendetegnet ved at være ældre, set i forhold til de individer som rapporterer sig parate. Med afsæt heri kan det derfor diskuteres, om aldersaspektet har været med til at definere de erfaringer, informanterne har med brugen af teknologi i deres kræftrehabilitering. I så fald foreligger der en mulighed for, at yngre sårbare borgere ikke, i samme omfang som ældre sårbare borgere, oplever problemer med at anvende teknologi i deres kræftrehabilitering. Dette antages endvidere som følge af at yngre generationer i dag, er vokset op med en højere grad af teknologi i hverdagen, hvorfor det må formodes, at de derfor er mere fortrolige ved brugen af teknologi end ældre generationer.

Endvidere finder vi det interessant at diskutere betydningen af informanternes køn, på baggrund af det “særlige” ved, at vi tilfældigvis har fået tre mænd i tale. Gennem interview med medarbejderne, samt i litteraturen (Høybye et al. 2009) er vi blevet opmærksomme på, at kvinder med brystkræft, betegnes som en ressourcestærk gruppe, hvorfor de blandt andet ofte er talstærkt repræsenteret i undersøgelser. Det kan derfor karakteriseres som værende “sær-



ligt”, at vi i specialet har fået andre repræsentanter, samt en mindre ressourcestærk gruppe i tale. Ifølge rapporten ‘*Kommune, kend din mand! - Guide til bedre inddragelse af mænds sundhed i kommunen*’ har mænd i forhold til kvinder, en 30 % højere dødelighed af kræft, og er sammenlignet med kvinder eksempelvis ikke lige så gode til at ‘passe deres rehabilitering’ (Nordentoft & Madsen 2020). Dette aspekt findes ligeledes repræsenteret hos CKSK, hvor færre mænd end kvinder bliver henvist til kræftrehabilitering (Vibe-Petersen, u.å., s. 40), og hvor mænd bliver karakteriseret som en målgruppe, det er nødvendigt at have en særlig opmærksomhed på (Center for Kræft & Sundhed København, u.å.d). Endvidere er der, på trods af at holdene på CKSK generelt er blandede i relation til køn, oprettet særlige tilbud til mænd, udelukkende på baggrund af deres køn, disse er dog nedlukket under COVID-19 pandemien (Center for Kræft & Sundhed København, u.å.d; Center for Kræft & Sundhed København, u.å.e). Til forskel herfra findes der hold for borgere diagnosticerede med brystkræft, hvilket ikke retter sig udelukkende mod det kvindelige køn, men er baseret på kræfttype (Center for Kræft & Sundhed København, u.å.f). Ovenstående taler ind i FN’s verdensmål 2030 om mænds sundhed, der i en rapport af WHO bliver præciseret ud fra et fokus på at nedbringe den sociale ulighed i sundhed, mellem mænd og kvinder, gennem øget ligestilling mellem kønnene (WHO 2018). Hvorfor det kan anses som særligt vigtigt også at få denne gruppe i tale, da man for at kunne skabe lighed i sundhed, må kende til den enkeltes behov. Med afsæt i ovenstående kan der argumenteres for, at gruppen af mandlige informanter har betydet, at specialet har fået en ikke blot “særlig” men også “særlig eftertragtet” gruppe i tale. Hertil skal det understreges at specialets undersøgelse beror på besvarelser fra tre mandlige borger informanter, hvilket kan siges at være en forholdsvis lille gruppe i forhold til at kunne sige noget mere generelt. Til gengæld får vi qua det metodiske valg om at afholde semistrukturerede interviews en vis dybde i informanternes besvarelser, da vi gennem denne metodiske tilgang, havde mulighed for at tale grundigt med dem.

### **10.2.3 Specialets kvalitet**

Diskussionen af specialets kvalitet vil ske ud fra Dahlager og Fredslunds (2013) kvalitetskrav til filosofisk hermeneutisk fortolkning. Der er redegjort for disse kvalitetskrav i specialets afsnit 7.1.2, hvorfor kvalitetskravene i dette afsnit blot vil blive sat i forhold til specialet.

Pålidelighed og redelighed ses i specialets tydelige bevidsthed om og eksplicitering af den fælles forforståelse. Vi kan dog ikke udelukke at denne fælles forforståelse ikke er fuldt ud

ekspliciteret, da alle besidder en tavs viden, hvorfor vi ikke kan opnå fuld bevidsthed om denne viden. Denne fælles forforståelse, som vi har kunnet bevidstgøre os om og har kunnet eksplicitere, har vi udfordret i bestræbelserne på at opnå en ny forståelse af de sårbare borgere og medarbejderes oplevelser med kræftrehabiliteringen under COVID-19 pandemien. Vi har i empiriindsamlingen forholdt os åbent og nysgerrigt til informanternes udsagn, og vi har i den efterfølgende analyse behandlet disse udsagn med følsomhed. I tråd med Dahlager og Fredslunds (2013) udlægning af Gadamer anerkender vi endvidere, at fortolkningsmuligheder er mangfoldige, hvorfor vi ikke anser dette speciales fortolkning som værende en universel og absolut sandhed. Vi anser vores fortolkning som værende én måde at forstå COVID-19 pandemiens indflydelse på kræftrehabiliteringen på, og det er ikke muligt for andre forskere at opnå præcis de samme resultater som os, da de vil have en anden forforståelse, situation og horisont. Specialets gyldighed vurderes, som værende høj på baggrund af de redegørelser og argumentationer der er foretaget løbende igennem hele forskningsprocessen. På denne måde har vi introduceret læserne for samtlige trin i forskningsprocessen, så disse er gennemskuelige, og det er tydeligt, hvilke forudsætninger undersøgelsen beror på. Denne løbende redegørelse og argumentation mener vi, danner god mulighed for, at der kan ske en horisontsammensmeltning mellem læser og specialet. Derudover mener vi, at specialets resultater og den viden der er opnået, placerer sig i tråd med eksisterende forskning indenfor kræftrehabilitering, men at vi samtidigt har fundet frem til perspektiver, der er nye. Disse nye perspektiver mener vi kan skabe en opmærksomhed på, hvordan det har været at være sårbar borger i kræftrehabilitering under COVID-19 pandemien, og hvordan sundhedsprofessionelles arbejde med de kræftramte har været påvirket heraf. Disse resultater henleder vores opmærksomhed på det sidste kvalitetskrav, omsættelighed til andre situationer. Vi mener at specialets resultater, der anskuer kræftrehabiliteringen i lyset af COVID-19 pandemien, kan give et perspektiv på, hvad man bør være opmærksom på i en anden lignende situation. Dette kunne eksempelvis være, hvis Danmark blev ramt af en anden og ny epidemi eller pandemi. Derudover formoder vi, at vores resultater vil kunne sættes i relation til andre typer af rehabiliteringsforløb, hvor der ligeledes kan skabes opmærksomhed på visse forhold, der har gjort sig gældende under COVID-19 pandemien. Derudover mener vi også, at det kan bidrage til et mere generelt perspektiv på vigtigheden af borgerinddragelse, og på hvordan brugen af digitale løsninger kan være udfordrende.

## 11.0 Konklusion

Formålet med specialet har været at bidrage med et sundhedsfremmende perspektiv, på problematikken omhandlende den ændrede kræftrehabilitering, som følge af COVID-19 pandemien. Fokus har været på den betydning, det har haft for de sårbare borgere, med baggrund i en faglig interesse for den eksisterende sociale ulighed i sundhed inden for kræftområdet. På baggrund af de oplevelser og forståelser sårbare borgere og medarbejdere på CKSK har af kræftrehabiliteringen under COVID-19 pandemien er det tydeligt, at pandemien har haft en betydning på flere områder for begge parter. For både medarbejdere og de sårbare borgere kan det konkluderes, at de har oplevet udfordringer med kræftrehabiliteringen under COVID-19 pandemien. Pandemien har medført en særlig kontekst for kræftrehabiliteringen på CKSK. Dette i særdeleshed som følge af at rehabiliteringen er blevet omlagt, fra aktiviteter med mulighed for fysisk fremmøde til overvejende digitale tilbud og øvelser til hjemmetræning, idet centeret i høj grad har været nødsaget til at holde lukket.

For medarbejderne har det betydet, at de ikke har kunnet udføre deres arbejde på samme måde som tidligere. Inden pandemien har CKSK's tilgang til rehabilitering været præget af en bred sundhedsforståelse, ud fra en helhedsorienteret rehabiliteringsindsats og en equity orienteret tilgang, hvor der i højere grad har været tilbud rettet mod borgernes individuelle behov. Pandemien har derimod medført en mere snæver sundhedsforståelse og equality orienteret tilgang til rehabilitering, idet medarbejderne ikke i samme omfang som tidligere har kunnet arbejde tværfagligt eller tilbyde målrettede hold. En sådan tilgang kan virke hæmmende for at mindske den sociale ulighed i sundhed, idet der ikke er mulighed for på samme måde at tilbyde det, den enkelte har behov for, for at opnå sundhed. Desuden har medarbejderne haft sværere ved at danne sig et helhedsorienteret billede af borgeren samt tilbyde borgerne et bredt syn på deres rehabiliteringsmuligheder. Dette har tilsammen påvirket kvaliteten af den rehabilitering, de har kunnet tilbyde, hvilket har været en frustration for dem.

For de sårbare borgere har COVID-19 pandemien betydet, at de ikke har haft de samme muligheder for rehabilitering, idet flere af de tilbud centeret har haft til rådighed, primært har bestået af øvelser til hjemmetræning eller digitale aktiviteter, hvilket de har haft svært ved at benytte sig af. Specialets fund peger på, at udfordringerne med de digitale tilbud kan skyldes både individuelle forhold hos borgeren, såsom deres kompetencer indenfor eHealth Literacy,

men også selve udformningen af de digitale tilbud, samt hvordan disse præsenteres for den enkelte borger. Ud fra specialets fund og litteratur på området, kan omlægningen til digitale tilbud, risikere at skabe en øget social ulighed i sundhed, da det i høj grad er de sårbare borgere, der ikke 'ønsker' at gøre brug af disse tilbud. Dette understøttes endvidere ved at medarbejderne i nogle tilfælde føler, at de har måtte lukke forløbene tidligere end ellers, da de ikke føler, at de har haft noget at tilbyde de sårbare borgere.

Et vigtigt element i de sårbare borgeres rehabilitering er det fysiske fremmøde og sociale samvær, som CKSK under normale omstændigheder kan tilbyde. Dette har nedlukningerne som følge af COVID-19 pandemien dog sat en stopper for, hvilket har medført, at et vigtigt og meningsfuldt aspekt for borgerne i deres rehabilitering nu mangler. Denne manglende meningsfuldhed for borgerne i deres rehabiliteringsforløb, har betydet, at de ikke har fået det optimale ud af deres forløb, hvilket har resulteret i en svækket OAS. Dette kommer til udtryk ved, at en borger eksempelvis ikke finder det begribeligt og håndterbart at lave træningsøvelser hjemme, da han ikke selv har kunnet finde motivationen herfor, eller ved at borgerne har manglet kontakten til ligesindede, professionelle og centeret generelt.

Det kan endvidere konkluderes, at COVID-19 pandemien har betydet at borgerne er kommet til at stå med et større ansvar for deres eget rehabiliteringsforløb. Dette stiller større krav til borgernes niveau af health literacy, idet det kræver flere kompetencer og indre motivation at leve op til. Fundene peger på at borgere med lavere niveauer af health literacy, ikke i samme omfang som borgere med højere niveauer af health literacy formår at tage dette ansvar. Borgernes health literacy niveau bliver derfor af endnu større betydning når mere af ansvaret for deres rehabiliteringsforløb, bliver placeret hos dem selv. Et andet interessant fund i denne sammenhæng, der er kommet frem gennem analysen og diskussionen, er, at medarbejdernes omsorg for de sårbare borgere utilsigtet kan resultere i en øget ulighed i sundhed. Dette som følge af at medarbejderne i deres beskyttelse af de sårbare borgere, både fratager borgerne muligheden for at træffe egne beslutninger samt få en stemme i deres kræftrehabiliteringsforløb. Hvis medarbejderne som udgangspunkt træffer beslutningerne for denne gruppe af borgere, mister borgerne den læring, der kan ligge i refleksionsprocessen over de forskellige valgmuligheder.

Ved at anskue den ændrede kræftrehabilitering i lyset af et sundhedsfremmeperspektiv, kan det konkluderes at borgernes rehabiliteringsforløb er blevet forringet, i det de står mere alene

som følge af den ændrede kræftrehabilitering på CKSK. Borgerne får i lavere grad udført deres fysiske genoptræning og mangler psykosociale aktiviteter, hvilket vi formoder kan påvirke deres generelle sundhed negativt set ud fra en bred forståelse af sundhed. Hvilket vi ser potentielt kan øge den eksisterende sociale ulighed i sundhed.

## 12.0 Perspektivering

Med afsæt i specialets konklusion og fokus på COVID-19 pandemiens indflydelse på den kommunale kræftrehabilitering på CKSK, finder vi det relevant at perspektivere til, hvorledes specialet kan ses i forhold til fremtidige og samfundsmæssige implikationer. COVID-19 pandemien er og har været en særlig situation, hvorudfra der formentlig vil kunne drages divergerende konklusioner. Når pandemien en dag er slut og verden går videre, vil det være fra et nyt udgangspunkt. Det formodes at erfaringerne fra tiden under pandemien, kan tages med i det videre arbejde indenfor eksempelvis sundhedsvæsenet.

I vores speciale har vi anlagt et særligt fokus på gruppen af sårbare borgere, hvorimod pandemien har ramt alle. Vi finder det derfor relevant at påpege, at man i et videre arbejde med problemstillingen omkring kræftrehabilitering under COVID-19 pandemien, med fordel kunne rette fokus på andre borgere, som ikke nødvendigvis kan karakteriseres som værende sårbare. Ud fra dette kunne det være interessant at undersøge flere 'grupper' fra CKSK, således at man kunne få et bredt indblik i, om der eksempelvis generelt har været udfordringer med de digitale tilbud under COVID-19 pandemien. Dette er endvidere interessant set i lyset af, at der er sket en øget digitalisering af sundhedsvæsenet de seneste år, blandt andet i form af flere velfærdsteknologier (Findsen 2019). Man kan derfor formode, at denne problemstilling gør sig gældende på tværs af sundhedsvæsenet samt have indflydelse på andre end blot de sårbare borgere. I denne sammenhæng anser vi desuden specialet som en vigtig kommentar til den herskende problemstilling om, at teknologiske løsninger i højere og højere grad tænkes, at skulle løse fremtidige problemer i sundhedsvæsenet.

Et interessant aspekt vi blev opmærksomme på undervejs i specialet, var endvidere at medarbejdernes omsorg for borgerne i nogle tilfælde så ud til delvist at fratage de sårbare borgere deres autonomi. Vi finder det derfor oplagt at påpege relevansen af at undersøge dette fund yderligere. Det kunne eksempelvis gøres ved at lave interviews med sårbare borgere, hvor

man kunne spørge ind til, om de oplever at have medindflydelse på eget rehabiliteringsforløb. Ligeledes kunne man spørge til, om de eksempelvis ønsker mere indflydelse eller om de anser det for en fordel, at der er nogle andre, der tager ansvaret for deres forløb. Desuden kunne det være interessant at præsentere denne problemstilling for medarbejderne på CKSK for at finde ud af, om det er noget de er opmærksomme på og i så fald, hvilke tanker der ligger bag denne beskyttelse af borgerne.

## 13.0 Litteraturliste

Antonovsky, A. (2000). *Helbredets mysterium*. Oversættelse af Lev, A. (1. udg., 7. opl.). København: Hans Reitzels Forlag

Berner I. H. & Tjørnhøj-Thomsen T. (2017). *Rødvin, gulerødder og sociale relationer - Kræftfrakte borgeres sundhedsopfattelser*. Statens Institut for Folkesundhed. Lokaliseret d. 27. maj 2021 på: [https://www.sdu.dk/sif/-/media/images/sif/sidste\\_chance/sif/udgivelser/2017/rdvingulerdderogsocialerelationerkræftfrakteborgeressundhedsopfattelse.pdf](https://www.sdu.dk/sif/-/media/images/sif/sidste_chance/sif/udgivelser/2017/rdvingulerdderogsocialerelationerkræftfrakteborgeressundhedsopfattelse.pdf)

Bjerg, O. (2013). Metoder og erkendelsesteori. I: Vallgård, S. & Koch, L. (red.): *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab* (4. udg., s. 42-60). København: Munksgaard.

Brinkmann, S. & Tanggaard, L. (2020a). Kvalitative metoder, tilgange og perspektiver: en introduktion. I: Brinkmann, S. & Tanggaard, L. (red.): *Kvalitative metoder – en grundbog* (3. udg., s. 15-29). Hans Reitzels Forlag.

Brinkmann, S. & Tanggaard, L. (2020b). Interviewet: samtalen som forskningsmetode. I: Brinkmann, S. & Tanggaard, L. (red.): *Kvalitative metoder – en grundbog*. (3. udg., s. 33-63) Hans Reitzels Forlag.

Center for Kræft & Sundhed København (2021). *Den aktuelle situation i Center for Kræft og Sundhed*. Lokaliseret d. 7. april 2021 på: <https://kraeft.kk.dk/artikel/den-aktuelle-situation-i-center-kraeft-og-sundhed>

Center for Kræft & Sundhed København (u.å.a). *Centrets historie*. Lokaliseret d. 7. april 2021 på: <https://kraeft.kk.dk/artikel/centrets-historie>

Center for Kræft & Sundhed København (u.å.b). *Medarbejdernes kompetencer*. Lokaliseret d. 25. maj 2021 på: <https://kraeft.kk.dk/artikel/medarbejdernes-kompetencer>

Center for Kræft & Sundhed København (u.å.c). *Tilbud – til patienter, pårørende og efterladte*. Lokaliseret d. 25. maj 2021 på: <https://kraeft.kk.dk/indhold/borgere>

Center for Kræft & Sundhed København (u.å.d). *Særlige målgrupper*. Lokaliseret d. 28. maj 2021 på: <https://kraeft.kk.dk/artikel/saerlige-maalgrupper>

Center for Kræft & Sundhed København, (u.å.e). *Mænds Mødested i Elefanthuset*. Lokaliseret d. 28. maj 2021 på: <https://kraeft.kk.dk/artikel/maends-moedested-i-elefanthuset>

Center for Kræft & Sundhed København, (u.å.f). *Hold for brystopererede*. Lokaliseret d. 28. maj 2021 på: <https://kraeft.kk.dk/artikel/hold-brystopererede>

Center for Kræft & Sundhed København (u.å.g). *Stærke fællesskaber - for dig, der bor alene*. Lokaliseret d. 31. maj 2021 på: <https://kraeft.kk.dk/artikel/staerke-faellesskaber-dig-der-bor-alene>

Christensen, U., Nielsen, A. & Schmidt, L. (2013). Det kvalitative forskningsinterview I: Vallgård, S. & Koch, L. (red.): *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab* (4. udg., s. 61-89). København: Munksgaard.

Dahlgren, L. & Fredslund, H. (2013). Hermeneutisk analyse - forståelse og forforståelse. I: S. Vallgård, & L. Koch (red.): *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab* (4. udg., s. 157-181). København: Munksgaard.

Dahlgren, G. & Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health*. Lokaliseret d. 26. april på: <https://core.ac.uk/download/pdf/6472456.pdf>

Dalton, S. O., Hansen, H. P., Johansen, C., Malik-Høegh, S., Mikkelsen, T. B., Olsen J., Møller, K., Rix, B. A. (2010). *Rehabilitering efter brystkræft, tyk- og endetarmskræft og prostatakræft - en medicinsk teknologivurdering*. København: Sundhedsstyrelsen, Monitorering & Medicinsk Teknologivurdering. Medicinsk Teknologivurdering - puljeprojekter; vol. 10, no. 3.



Eikemo, T.A., Bambra, C., Huijts T. & Fitzgerald, R. (2017). The First Pan-European Sociological Health Inequalities Survey of the General Population: The European Social Survey Rotating Module on the Social Determinants of Health. I: *European Sociological Review*, vol. 33, no. 1, s. 137–153.

Findsen, K. A. (2019). *Robotter frem for varme hænder?* SDU. Lokaliseret d. 29. maj 2021 på:

[https://www.sdu.dk/da/nyheder/forskningsnyheder/robotter\\_eller\\_varme\\_haender](https://www.sdu.dk/da/nyheder/forskningsnyheder/robotter_eller_varme_haender)

Fredslund, H. (2013). Den filosofiske hermeneutik – fra filosofi til forskningspraksis. I: Nygaard, C. (red.): *Samfundsvidenskabelig analysemetode* (2. udg., s. 75-101). Samfundsvidenskab

Gadamer, H-G. (2007). *Sandhed og metode. Grundtræk af en filosofisk hermeneutik*. Oversættelse af Jørgensen, A. (2. udg., 2. opl.). Hans Reitzels Forlag.

Green, J., Cross, R., Woodall, J. & Tones, K. (2019). *Health Promotion – Planning and Strategies*. (4. udg.) Sage

Heldbjerg, G., Damgaard-Hansen, H., Hansen, L. S. & Kråkenes, A. (2009). *Kulturforståelse og forandring*. (1. udg., kap. 2, s. 37-47 & kap. 3, s. 49-74). Samfundslitteratur.

Høybye, M. T., Dalton, S. O., Christensen, J., Ross, L., Kuhn, K. G. & Johansen, C. (2009). Social and psychological determinants of participation in internet-based cancer support groups. *Supportive Care in Cancer (SUPPORT CARE CANCER)* vol. 18, no. 5, s. 553-560

Janghorban, R., Roudsari, R. L. & Taghipour, A. (2014). Skype interviewing: The new generation of online synchronous interview in qualitative research. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 9:1, 24152

Järvinen, M. & Mik-Meyer, N. (2017) Kvalitative analysetraditioner i samfundsvidenskabelig forskning. I: Järvinen, M. & Mik-Meyer, N (red.): *Kvalitativ analyse - syv traditioner* (1. udg., s. 9-26). Hans Reitzels Forlag.

Justesen, L. & Mik-Meyer, N. (2010). Videnskabsteori, perspektiver og kvalitative metoder. I: Justesen, L. & Mik-Meyer, N. (red.): *Kvalitative metoder i organisations- og ledelsesstudier* (1. udg., s. 11-36). Hans Reitzels Forlag.

Kræftens Bekæmpelse (2020, juni). *Kræft i Danmark*. Lokaliseret d. 7. april 2021 på: [https://www.cancer.dk/dyn/resources/File/file/0/8830/1599042887/kraeft-i-danmark\\_2020.pdf](https://www.cancer.dk/dyn/resources/File/file/0/8830/1599042887/kraeft-i-danmark_2020.pdf)

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Interview*. (3. udg., 1. opl., kap. 2, s. 45-73; kap. 4, s. 105-126; kap. 8, s. 197-218 & kap. 10, s. 235-248). København: Hans Ritzels Forlag.

LBK nr. 903 (2019). *Bekendtgørelse af sundhedsloven*. Sundheds- og Ældreministeriet. Lokaliseret d. 29. maj 2021 på: <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2019/903>

Madsen, M. & Stranberg-Larsen, K. (2013). Den epidemiologiske forskningsmetode. I: Vallgård, S. & Kock, L.: *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab* (4. udg., s. 243-282). København: Munksgaard.

Madsen, M. H., Højgaard, B. & Albæk, J. (2009) *Health literacy – Begrebet, konsekvenser og mulige interventioner*. Sundhedsstyrelsen. Lokaliseret d. 29. maj 2021 på: <https://www.sst.dk/~ /media/18DDC88AE81F46C7815E28218443B311.ashx>

Midtgaard, J. (2013). Fysisk træning. I: Johansen, C. (red.): *Kræft - senfølger og rehabilitering*. (1. udg., 1. opl.). Hans Reitzels Forlag

Nationalt Videncenter for Læsning (u.å.). *Literacy.dk*. Lokaliseret d. 27. april 2021 på: <https://literacy.dk/>

Nordentoft, I. S. & Madsen, S. A. (2020). *Kommune, kend din mand! - Guide til bedre inddragelse af mænds sundhed i kommunen*. Forum for Mænds Sundhed 2020

Norgaard, O., Furstrand, D., Klokke, L., Karnoe, A., Batterham, R., Kayser, L., & Osborne, R. H. (2015). 'The e-health literacy framework: A conceptual framework for characterizing

e-health users and their interaction with e-health systems'. *Knowledge Management & E-Learning*, vol. 7 no. 4, s. 522–540.

Nutbeam, D. (1998). *Health Promotion Glossary*. World Health Organization.

Lokaliseret d. 22. april 2021 på:

<https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf?ua=1&fbclid=IwAR1xSO22wFuAndmEoU0oLjYIcIdVob9Nb081Aq36CimZASq6MjwIQHBRi2Y>

Nutbeam, D. (2000). Health Literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, vol. 15 no. 3, s. 259-67.

Olsen, M. H., Kjær, T. K. & Dalton, S. O. (2019, februar). *Hvidbog – Social ulighed i kræft i Danmark*. Kræftens Bekæmpelses Center for Kræftforskning (1. opl.).

Ottosen, J. & Ancher-Jensen, M. (2021, 5. februar). *Tidslinje over coronakrisen: Hvad skete der og hvornår?*

Lokaliseret d. 3. marts 2021 på: <http://thinkeuropa.dk/politik/tidslinje-over-coronakrisen-hvad-skete-der-og-hvornaar>

Pedersen, P. V., Ingholt, L. & Tjørnhøj-Thomsen, T. (2015). *Når man har sagt A, må man også sige B: Om social ulighed i kræftrehabilitering*. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.

Ringgaard, K. F. & Kroer, L. (2020). *Pakkeforløb for kræft*. Kræftens Bekæmpelse. Lokaliseret d. 7. april 2021 på: <https://www.cancer.dk/hjaelp-viden/kraeftbehandling/pakkeforloeb-ventetider/pakkeforloeb/>

Rossen, S., Kayser, L., Vibe-Petersen, J., Ried-Larsen, M. & Christensen, J.F. (2019). 'Technology in exercise-based cancer rehabilitation: a cross-sectional study of receptiveness and readiness for e-Health utilization in Danish cancer rehabilitation'. *ACTA ONCOLOGICA*, vol. 58, no. 5, s. 610–618.

Statens Serum Institut (2021): *Om covid-19*. Lokaliseret d. 27. april 2021 på:  
<https://covid19.ssi.dk/om-covid19>

Støier, L. (2017) At blive syg – reaktioner og mestrings. I: Hjortsø, M. & Malling, C.: *Sygeplejebogen 1 – Profession og patient* (5. udg., 1. opl., s. 115-132). Gads Forlag

Sundhed.dk (u.å.). *Find behandler. Center for Kræft og Sundhed København*. Lokaliseret d. 15. februar 2021 på: <https://www.sundhed.dk/borger/guides/find-behandler/?hideNewSearch=1&orgId=47844>

Sundhedsdatastyrelsen (u.å.) *Begrebsbasen*. Lokaliseret d. 26. maj 2021 på:  
<https://sundhedsdata.iterm.dk/#results>

Sundhedsstyrelsen (2010). *Rehabilitering efter brystkræft, tyk- og endetarmskræft og prostatakraft – en medicinsk teknologivurdering*. Lokaliseret d. 8. april 2021 på:  
<https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2010/Publ2010/EMM/Rehabilitering/MTV-Rehabilitering-efter-brystkræft-tyk--og-endetarmskræft-og-prostatakræft---uden-bilag.ashx>

Sundhedsstyrelsen (2017). *Vidensopsamling på senfølger efter kræft hos voksne*. Lokaliseret d. 3. marts 2021 på: <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2017/Vidensopsamling-p%C3%A5-senf%C3%B8lger-efter-kr%C3%A6ft-hos-voksne.ashx?la=da&hash=C1B585526C3D3339E416B0CFC32152AF4FFD8F46>

Sundhedsstyrelsen (2018). *Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft*. Lokaliseret d. 3. marts 2021 på: <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2018/Forløbsprogram-for-rehabilitering-og-palliation-i-forbindelse-med-kræft.ashx?la=da&hash=9AB5675047D12F8CF7AFBDD149A7CC5976D45773>

Sundhedsstyrelsen (2019). *Ulighed i sundhed*. Lokaliseret d. 8. april 2021 på:  
<https://www.sst.dk/da/viden/ulighed-i-sundhed/ulighed-i-sundhed>

Sundhedsstyrelsen (2020a): *Historie*. Lokaliseret d. 8. april 2021 på:  
<https://www.sst.dk/da/om-os/maal-og-opgaver/historie>

Sundhedsstyrelsen (2020b): *Personer med øget risiko ved COVID-19 – Fagligt grundlag*. Lokaliseret d. 27. april 2021 på: <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2020/Corona/Haandtering-af-COVID-19/Personer-med-øget-risiko/Personer-med-øget-risiko-ved-COVID-19-Fagligt-grundlag.ashx?la=da&hash=18DA603035A48EA9E44DE91737CB7BD240F1C4A8>

Sundhedsstyrelsen (2020c). *Social ulighed i sundhed og sygdom - Udviklingen i Danmark i perioden 2010-2017*. Lokaliseret d. 31. maj 2021 på <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2020/Ulighed-i-sundhed/Social-ulighed-i-sundhed-og-sygdom-tilgaengelig.ashx?la=da&hash=CB63CAD067D942FE54B99034085E78BE9F486A92>

Sundhedsstyrelsen (2021): *Sådan smitter ny coronavirus*. Lokaliseret d. 27. april 2021 på:  
<https://www.sst.dk/da/corona/Forebyg-smitte/Saadan-smitter-ny-coronavirus>

Sundhedsstyrelsen (u.å.). *Rehabilitering*. Lokaliseret d. 19. maj 2021 på:  
<https://www.sst.dk/da/viden/rehabilitering>

Thisted, J. (2015). Den humanvidenskabelige tradition. I: Thisted, J.: *Forskningsmetoder i praksis – Projektorienteret videnskabsteori og forskningsmetodik* (1. udg., s. 48-64). København: Munksgaard

Thuesen, J., Rossau, H. K., Frausing, S., Tang, L. H. & Mikkelsen, T. B. (2017). *Kræftrehabilitering i Danmark – kortlægning af praksis på hospitaler og i kommuner*. REHPA, Videncenter for Rehabilitering og Palliation Syddansk Universitet og Region Syddanmark

Trier, K. (2018). *Kræftrehabilitering. Vurdering af rehabiliteringsbehov og tildeling af indsatser i Center for Kræft og Sundhed København*. Faglig vejledning.

Lokaliseret d. 20. maj 2021 på:

[https://kraeft.kk.dk/sites/kraeft.kk.dk/files/2018\\_faglig\\_vejledning\\_cks.pdf](https://kraeft.kk.dk/sites/kraeft.kk.dk/files/2018_faglig_vejledning_cks.pdf)

Udesen, C.H., Skaarup, C., Petersen, M.N.S. & Ersbøll, A.K. (2020): *Social ulighed i sundhed og sygdom - udvikling i Danmark i perioden 2010-2017*. Udarbejdet af Statens Institut for Folkesundhed, SDU for Sundhedsstyrelsen Lokaliseret d. 11. april 2021 på:

<https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2020/Ulighed-i-sundhed/Social-ulighed-i-sundhed-og-sygdom-tilgaengelig.ashx?la=da&hash=CB63CAD067D942FE54B99034085E78BE9F486A92>

Vibe-Petersen, J. (u.å.). *Rehabilitering af patienter med kræft*. Lokaliseret d. 26. maj 2021 på:

[https://www.sundhed.dk/content/cms/17/103417\\_rehabilitering-af-patienter-med-kraeft---jette-vibe-petersen.pdf](https://www.sundhed.dk/content/cms/17/103417_rehabilitering-af-patienter-med-kraeft---jette-vibe-petersen.pdf)

Vibe-Petersen, J. & Trier, K. (2013). Erfaringer fra Københavns Kommune. I: Johansen, C. (red.): *Kræft - senfølger og rehabilitering*. (1. udg., 1. opl.). Hans Reitzels Forlag

Whitehead, M. (1992). 'The concepts and principles of equity in health'. *International Journal of Health Services*, vol. 22, no. 3, s. 429-445.

WHO (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. World Health Organization, Europe.

Lokaliseret d. 26. april 2021 på:

[https://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0004/129532/Ottawa\\_Charter.pdf](https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf)

WHO (2011). *Gender mainstreaming for health managers: a practical approach*. World Health Organization. Lokaliseret d. 29. maj 2021 på:

[http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44516/9789241501071\\_eng.pdf;jsessionid=AA9451AA1E2CC7DECDB2CC8C27D3C8BE?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44516/9789241501071_eng.pdf;jsessionid=AA9451AA1E2CC7DECDB2CC8C27D3C8BE?sequence=1)

WHO (2018). *The health and well-being of men in the WHO European Region: better health through a gender approach*. World Health Organization, Europe. Lokaliseret d. 28. maj 2021

på: <https://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/the-health-and-well-being-of-men-in-the-who-european-region-better-health-through-a-gender-approach-2018>

WHO (2020a). *Basic documents: forty-ninth edition (including amendments adopted up to 31 May 2019)*. World Health Organization. Lokaliseret d. 21. maj 2021 på:

[https://apps.who.int/gb/bd/pdf\\_files/BD\\_49th-en.pdf](https://apps.who.int/gb/bd/pdf_files/BD_49th-en.pdf)

WHO (2020b, marts). *WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020*. World Health Organization. Lokaliseret d. 27. april 2021 på: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>

WHO (u.å.a). *Health Promotion*. World Health Organization. Lokaliseret d. 8. april 2021 på: [https://www.who.int/health-topics/health-promotion#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/health-promotion#tab=tab_1)

WHO (u.å.b). *Equity*. World Health Organization. Lokaliseret d. 22. april 2021 på: [https://www.who.int/healthsystems/topics/equity/en/?fbclid=IwAR2Z2sJDNmquwrT006fl-bRRCDLjCgJhE\\_db7vFP99dBfM6k8oOn5oR7J9Y](https://www.who.int/healthsystems/topics/equity/en/?fbclid=IwAR2Z2sJDNmquwrT006fl-bRRCDLjCgJhE_db7vFP99dBfM6k8oOn5oR7J9Y)