

Ida Holm Berner
Tine Tjørnhøj-Thomsen



STATENS INSTITUT FOR
FOLKESUNDHED

Rødvin, gulerødder og sociale relationer

Kræftramte borgeres sundhedsopfattelser

Rødvin, gulerødder og sociale relationer

Kræftramte borgeres sundhedsopfattelser

Ida Holm Berner og Tine Tjørnhøj-Thomsen

Copyright © 2017

Statens Institut for Folkesundhed,
SDU

Grafisk design: Trefold

Uddrag, herunder figurer og tabeller,
er tilladt mod tydelig gengivelse. Skrifter, der omtaler,
anmelder, citerer eller henviser til nærværende
publikation, bedes sendt til
Statens Institut for Folkesundhed, SDU.

Elektronisk udgave: ISBN 978-87-7899-379-3

Statens Institut for Folkesundhed
Øster Farimagsgade 5A, 2. sal
1353 København K
www.si-folkesundhed.dk

Rapporten kan downloades fra
www.si-folkesundhed.dk

Forord

Denne rapport præsenterer resultaterne af en interviewundersøgelse, der belyser sundhedsopfattelser hos borgere, der har deltaget i kræftrehabilitering i Center for Kræft og Sundhed København (CKSK).

Undersøgelsen er baseret på tre fokusgruppeinterview med 11 mænd og kvinder i alderen 39-77. De repræsenterer et bredt udsnit af de borgere, der bruger CKSK.

Rapporten viser, at kræftramte borgere har en kompleks opfattelse af, hvad sundhed er og betyder for dem. De forbinder blandt andet sundhed med grøntsager, motion, livsnydelse og nære sociale relationer. De oplever endvidere, at det er vanskeligt at forholde sig til deres sundhed, når disse forskellige aspekter skal afvejes i forhold til hinanden.

Rapporten viser også, at værdien af sundhed er relativ og subjektiv for den enkelte borger. Fælles for de kræftramte borgere er, at de både ønsker et aktivt liv, hvor de er mobile og ved godt helbred, og et liv, hvor nydelse og livskvalitet er i højsædet.

Rapporten henvender sig til praktikere på kræftrehabiliteringsområdet, men også til praktikere, der arbejder med andre former for rehabilitering. Resultaterne peger på, at sundhedsprofessionelle, der arbejder med rehabilitering bør arbejde med sundhed i et bredt perspektiv, der for eksempel omfatter nydelse, socialt samvær og oplevelser i naturen.

Denne rapport understreger således behovet for, at de sundhedsprofessionelle arbejder aktivt med at oversætte og tilpasse KRAM-faktorerne til den enkelte borgers livssituation på en meningsfuld måde, der også indtænker nydelse og livskvalitet som centrale komponenter af borgernes hverdagsliv.

Vi vil gerne rette en stor tak til de kvinder og mænd, der har deltaget i undersøgelsen – og til de medarbejdere ved Center for Kræft og Sundhed, der har været behjælpelige med sparring og praktisk hjælp i forbindelse med undersøgelsen.

Med venlig hilsen

Anna Paldam Folker, forskningschef

Indhold

Indledning og baggrund 4

Om CKSK 4

Præmisser for undersøgelsen 4

Formål 5

Undersøgelsesspørgsmål 5

Læsevejledning 5

Metode 7

Fokusgruppeinterview 7

Sammensætning af informanter 7

Rekruttering 8

Analytisk tilgang 8

Kræft og perspektiver på sundhed 9

Eksistentiel rystelse og fokus på overlevelse 9

Sundhed kræver ressourcer 9

Risikovurdering og ansvar 10

Livssituation og timing 11

Fakta og sundhed 12

Sundhedsforståelser 13

Det brede sundhedsbegreb 13

Det decideret sunde

Det decideret sunde og hedonisme 16

Hedonismens egenværdi 19

Sociale relationer 23

Diskussion og praksisperspektiver 25

Sundhedsopfattelser og rehabilitering 25

KRAM i rehabilitering 26

Hedonismens potentiale 27

De sociale relationers udfordringer og muligheder 27

Et sprog om krop og sundhed 27

Referencer 29

Indledning og baggrund

Denne undersøgelse belyser sundhedsopfattelser hos kræftramte borgere, der har deltaget i rehabilitering i Center for Kræft og Sundhed København (CKSK). Undersøgelsen beskæftiger sig med de interviewede borgeres egne udlægninger af, hvad de forbinder med begrebet sundhed, og hvordan de forstår det i relation til deres eget liv. Dermed udforsker undersøgelsen sundhedsopfattelser hos kræftramte borgere ud fra et *lægmandsperspektiv* (Williams og Popay, 1994). Nogle undersøgelser peger på, at der kan være en sammenhæng mellem bestemte sundhedsopfattelser og manglende deltagelse i rehabilitering, sundhedstiltag og patientuddannelser set i bredt perspektiv (Ahlmærk, 2015). En af disse undersøgelser er det igangværende ph.d.-projekt *Mekanismer bag social ulighed i deltagelse i rehabilitering efter akut koronar syndrom*¹, ved Maria Pedersen, KU og Nordsjællands Hospital. Pedersen viser, at nogle af de kortuddannede patienter har en sundhedsopfattelse, der adskiller sig fra den dominerende, biomedicinske sundhedsopfattelse hos de sundhedsprofessionelle i den pågældende hjerterehabilitering (Pedersen *et al.*, 2017). Endvidere oplever de kortuddannede patienter, at deres sundhedsopfattelser er med til at ekskludere dem fra at deltage i hjerterehabilitering – blandet andet fordi de ikke kan se sig selv i den nye livsstil, som rehabiliteringen lægger op til (Ibid., 2017). Ovenstående har affødt en nysgerrighed i CKSK om, hvorvidt det samme gør sig gældende for kræftpatienter med kort uddannelse.

Om CKSK

CKSK betegner i deres forløbsbeskrivelse sig selv som:

Et selvstændigt center etableret i 2007 under Sundheds- og Omsorgsforvaltningen i Københavns Kommune. Centret har som kerneopgave at tilbyde rehabiliteringsindsatser med det formål at fremme den kræftramte borgers mulighed for at bevare et selvstændigt og meningsfuldt hverdags- og arbejdsliv trods de forandringer, som kræftsygdom og behandling medfører. CKSK har siden etableringen arbejdet i et tæt partnerskab med Kræftens Bekæmpelses rådgivning, og tilbuddene i centret er derfor udmøntet på to aktører.²

Denne orientering mod de kræftramte borgers hverdagsliv vidner om, at CKSK ønsker at arbejde ud fra og med et bredt sundhedsbegreb, der kan håndtere forskellige rehabiliteringsbehov – både de såkaldt psykosociale og de fysiske betingede behov. Konkret udføres rehabiliteringen i tværfaglige teams bestående af fysioterapeuter, sygeplejersker, ergoterapeuter og diætister. Endvidere er der også socialrådgivere og en socialpædagog tilknyttet CKSK. Deltagelse i rehabilitering kræver en henvisning fra behandlende afdeling, egen læge eller, som et nyt initiativ, fra Beskæftigelses- og Integrationsforvaltningen (BIF). Ved henvisning tildeles borgeren en sundhedsprofessionel kontaktperson. Herefter kontakter kontaktpersonen borgeren og laver en aftale om en indledende visitationsamtale. Ved denne samtale kortlægges borgers behov, og rehabiliteringsforløbet tilrettelægges ud fra borgerens oplevede problemer og behov.

Præmisser for undersøgelsen

Først og fremmest er der i CKSK en forventning om, at sundhedsopfattelser påvirker mødet mellem borger og kontaktperson, og dermed også borgernes deltagelse i rehabilitering. CKSK forestiller sig endvidere, at kortuddannede borgere og borgere med længere uddannelse har forskellige sundhedsforståelser. Disse antagelser ønsker CKSK udfoldet og udfordret i nærværende undersøgelse. En tredje præmis for undersøgelsen er, at CKSK har et igangværende projekt om lighed i rehabilitering³, som

¹ <https://www.nordsjaellandshospital.dk/afdelinger-og-klinikker/kardiologisk-nefrologisk-og-endokrinologisk-afdeling/om-afdelingen/Sider/forskning.aspx>

² http://www.kraeftcenter-kbh.dk/assets/1245/Faglig_vejledning_for_tildeling_af_rehabiliteringsindsatser_i_CKSK_jan_2016.pdf

³ <http://www.kraeftcenter-kbh.dk/projekter/social-ulighed1>

forholder sig undersøgende til kontaktpersonernes rolle i forhold til at øge ligheden i rehabilitering. I CKSKs ledelse er der en nysgerrighed efter, hvorvidt kontaktpersoner og kortuddannede borgere kan risikere at tale forbi hinanden, da det antages, at deres udgangspunkter for dialogen er forskellige. Ledelsen i CKSK har endvidere en forventning om, at det vil være lettere for kontaktpersonerne at møde de kortuddannede borgere i *øjnehøjde*, hvis CKSK får mere viden om deres sundhedsopfattelser.

Undersøgelsen tager således afsæt i to antagelser:

1. At social position påvirker eller bestemmer sundhedsopfattelser. Der er i CKSK en forventning om, at borgere med lav social position har sundhedsopfattelser, der umiddelbart udfordrer kontaktpersonernes forståelse af sundhed. Det forventes, at borgere, der *ligner* den sundhedsprofessionelle/kontaktpersonen, opfatter sundhed på tilnærmelsesvis samme måde som de sundhedsprofessionelle/kontaktpersonerne.
2. At kontaktpersonerne vil kunne kommunikere bedre med de kortuddannede, hvis de ved mere om denne gruppes sundhedsopfattelser. De kortuddannede positioneres således som en gruppe, der kræver en ekstra indsats sammenlignet med gruppen af borgere med længere uddannelser. Sidstnævnte antages at dele CKSKs syn på sundhed og forventes forholdsvis ubesværet at kunne relatere til kontaktpersonernes anbefalinger i forhold til KRAM-faktorer og andre sundhedsanbefalinger.

Dette projekt ønsker at bevare en åbenhed i undersøgelsen, og derfor sættes CKSKs antagelser indledningsvis i parentes. Opmærksomheden på antagelserne genoptages i diskussionsafsnittet, som perspektiverer dem i forhold til analysens resultater.

Formål

Ambitionen med denne undersøgelse er at udvide perspektivet på begrebet *sundhedsopfattelser* og belyse, hvordan forståelser af sundhed kommer til udtryk hos kræftramte borgere. Derfor tager undersøgelsen udgangspunkt i det, der kaldes *lægmandsperspektivet* (Popay *et al.*, 1998). Lægmand betyder almindelig person, og en lægmand er ikke, som eksempelvis en sygeplejerske eller fysioterapeut, faglig ekspert. Andre undersøgelser viser, at lægmænd har nuancerede og detaljerede syn på, hvad sundhed er (Blaxter, 1990). Der er derfor grund til at interessere sig for, hvordan lægmand opfatter sundhed, og hvordan de forstår og mobiliserer sundhed under alvorlig sygdom – i nærværende rapport specifikt under og efter en kræftsygdom.

Undersøgelsesspørgsmål

Formålet med undersøgelsen er at belyse, hvordan forståelser af sundhed kommer til udtryk hos kræftramte borgere. Mere specifikt undersøges følgende spørgsmål, hvor undersøgelsesmålene understøtter besvarelsen af hovedspørgsmålet:

Hovedspørgsmål

Hvilke grundidéer og forestillinger har kræftramte borgere om begrebet sundhed?

Underspørgsmål 1

Hvilke forhold påvirker kræftramte borgeres måde at tale om og forstå sundhed på?

Underspørgsmål 2

Hvordan påvirker kræftsygdommen, samt sygdoms- og behandlingsforløbet kræftramte borgeres måde at tale om og forstå sundhed på?

Læsevejledning

Metode

I dette afsnit beskrives og begrundes de metodiske valg samt processen, der ligger til grund for undersøgelsens resultater. Læseren får her et

indtryk af de rammer, som fokusgruppeinterviewene er foretaget under, og bliver introduceret for sammensætningen af informanterne.

Kræft og perspektiver på sundhed

Informanterne i denne undersøgelse forholder sig til sundhed ud fra den særlige livssituation, som kræftsygdommen har bragt dem i. Dette vilkår udfoldes og skrives frem med det formål at tydeliggøre, hvordan kræftsygdommen påvirker deres forståelser af sundhed, samt de praktiske valg i hverdagen, der vedrører forskellige aspekter af deres sundhed. Dette afsnit i undersøgelsen danner fundamentet for forståelsen af undersøgelsens øvrige resultater.

Sundhedsforståelser

De sundhedsforståelser, som kommer til udtryk i nærværende undersøgelse er både brede og komplekse. En central del af informanternes sundhedsopfattelser orienterer sig mod det, de blandt andet kalder *decideret sundhed*. I denne ordlyd ligger, at informanterne oplever, at nogle former for mad og bestemte aktiviteter er sunde på den *rigtige* måde. Det *decideret sunde* har mange sammenfald med KRAM-faktorerne, eksempelvis når informanterne betoner vigtigheden af at spise frugt og grøntsager.

I undersøgelsens resultater fremstår det klart, at informanterne vægter nydelse som et vigtigt element i deres sundhedsopfattelse. I undersøgelsen anvendes begrebet *hedonisme* (Nielsen, 2008:185) til at belyse, hvordan nydelse forbindes med livskvalitet og sundhed. Det at nyde har en høj værdi for informanterne og står nogle gange i konflikt med det *decideret sunde*. Undersøgelsen viser, hvordan informanterne balancerer deres valg mellem disse forskellige perspektiver.

Hedonismen optræder ikke kun som modsætning til det *decideret sunde*, men fremhæves af informanterne som et element i deres sundhedsforståelse, der er grundlæggende for deres trivsel og sundhed. Dette afsnit beskriver og undersøger de aktiviteter i informanternes hverdag, som er forbundet med nydelse, og som de mener, er afgørende for deres sundhed.

Informanterne vægter endvidere deres sociale relationer højt og beskriver, at deres netværk og nærmeste pårørende er afgørende for deres sundhed. Samtidigt påpeger informanterne, at de sociale relationer rummer en dobbelthed, da de både er en kilde til støtte og er en belastning.

Diskussion og praksisperspektiver

Dette afsnit samler undersøgelsens resultater og perspektiver dem i forhold til praksis på kræftrehabiliteringsområdet, samt andre beslægtede praksisområder.

Det antages, at undersøgelsens resultater har en relevans, der rækker ud over den specifikke målgruppe *kræftramte borgere*.

Metode

Fokusgruppeinterview

Undersøgelsen er baseret på tre fokusgruppeinterview med kræftramte borgere, der har deltaget i rehabilitering i CKSK. Fokusgruppeinterviewene er foretaget af Ida Holm Berner med assistance fra Mathilde Damm, projektmedarbejder ved CKSK.

Fokusgruppeinterview tilbyder en ramme, hvor informanterne kan diskutere med hinanden og kommentere hinandens synspunkter (Halkier, 2014). Dette er et centralt aspekt for undersøgelsen, fordi hensigten er at vise en bred vifte af perspektiver på sundhedsforståelser – samt kompleksiteten i disse.

Fokusgruppeinterviewene er foretaget i undervisningskøkkenet i CKSK og dermed inden for en kontekst, der er præget af sundhed, kræft og rehabilitering. Nogle af informanterne kender rummet fra madlavningsaktiviteter og forbinder det med mad og kræftrehabilitering. På væggene hænger der kunstmalerier, men også opslagstavler med plakater, hvor kostpyramider, kostråd og farverige grøntsager vidner om et fokus på kost og sundhed. Dette rammesætter diskussionerne om sundhed i fokusgruppeinterviewene. For eksempel giver det mulighed for at være eksplicit og inddrage konteksten: ”Se, der hænger en plakat med en kostpyramide, hvad tænker I på, når I ser den?” Derudover er rummet også valgt, fordi det minder mindst om et terapeutisk rum sammenlignet med de andre lokaler i CKSK. De fleste andre grupperum i bygningen indeholder et sofabord og behagelige dybe stole. Disse rums indretning og materialitet opfordrer til, at de personer, der indtræder i dem, skal sætte sig ned og forholde sig til hinanden – typisk gennem en samtale. Rummenes formål er at skabe et privat rum for en fortrolig samtale blandt to eller flere mennesker. Undervisningskøkkenet adskiller sig fra førnævnte rum, fordi det per definition er et

køkken og et værksted – et sted hvor det primære formål er at lave og spise mad sammen, og ikke (udelukkende) at tale om kræft. Derfor var undervisningskøkkenet befordrende for en afslappet og uformel stemning, som er et godt udgangspunkt for et vellykket fokusgruppeinterview (Ibid., 2014).

Med inspiration fra Gillian (Gillian, 2007) anvendte vi billeder til at få deltagerne til at reflektere over begrebet sundhed. Formålet var blandt andet at præcisere sundhed som begreb og at give informanterne konkrete billeder at tale ud fra. Billeder virker endvidere inspirerende, fordi de sætter associationer i gang hos informanterne. Vi har tilstræbt at vise forskelligartede billeder, som for eksempel illustrerer socialt samvær, naturen, arbejdsituationer, mad- og drikkevarer, familieliv og fritidsaktiviteter – for både at sætte informanternes tanker i perspektiv og give dem mulighed for at bevæge sig bredt omkring i deres tanker om sundhed.

Sammensætning af informanter

Emnet og informanternes livssituation taget i betragtning valgte vi et mindre antal deltagere i hver gruppe – nærmere bestemt fire personer. Vi forventede, at informanterne ville fortælle sygdomshistorier, og at det var nødvendigt at afsætte tid til dem. Derfor indgik vi en form for kompromis mellem fokusgruppeinterview og enkeltpersonsinterview. Med andre ord valgte vi på forhånd at give plads til sygdomsfortællinger, som ellers typisk ville passe bedre ind i formen for enkeltinterviews. Som analysen også vil vise, er kræftsygdommen en kontekst, der ufravigeligt rammesætter informanternes sundhedsforståelser, og derfor kan det være hensigtsmæssigt at have blik for informanternes sygdomshistorier, når de selv bringer dem op.

Herudover er de tre grupper sammensat på baggrund af flere hensyn. Som tidligere beskrevet er en af antagelserne for undersøgelsen, at borgere med lav social position har sundheds-

forståelser, der adskiller sig fra de sundhedsforståelser, som borgere med høj social position har. Som det vil fremgå, udfordrer undersøgelsen denne antagelse. Metodisk har der været to oplagte veje at gå – enten at blande informanterne på kryds og tværs eller at samle dem ud fra deres uddannelsesniveau. Vi har valgt at gøre begge dele. Derfor har en gruppe deltagere

kort eller ingen uddannelse, en gruppe har mellem lange eller lange uddannelser, mens den tredje gruppe er blandet. Herudover blev der oprindeligt efterstræbt en spredning i forhold til køn, alder og etnicitet. Desværre lykkedes det kun at rekruttere borgere med etnisk dansk baggrund. Herunder fremgår sammensætningen af informanterne.

Informant-nummer	Køn	Alder	Kræftform	Uddannelse	Arbejde
1	Mand	62	Nyrekræft	Ufaglært	Ledig
2	Kvinde	73	Lymfekræft	Handelsskole	Pensionist
3	Kvinde	76	Bughindekræft	Kontoruddannet	Pensionist
4	Mand	61	Prostatakræft	Journalist	Journalist på en avis
5	Mand	67	Prostatakræft	Jurist m.m.	Pensionist
6	Kvinde	54	Tarmkræft	Pædagog	Pensionist
7	Kvinde	43	Ikke oplyst	Pædagog	Kandidatstuderende
8	Mand	60	Halskræft	Ufaglært	Pedel
9	Mand	77	Prostatakræft	Historiker	Pensionist
10	Kvinde	39	Brystkræft	Akademiker	Arbejder med kultur
11	Kvinde	51	Brystkræft	SOSU-medhjælper	Ledig

Rekruttering

Informanterne er rekrutteret af Ida Holm Berner med hjælp fra frontmedarbejderne i CKSK. Det betyder, at nogle borgere er blevet adspurgte om deltagelse af Ida Holm Berner, mens andre er blevet adspurgte af deres kontaktpersoner.

Analytisk tilgang

Den analytiske proces er inspireret af Halkiers begreber *category zooming* og *positioning* (Halkier, 2011). Førstnævnte handler om at få øje på en tematik eller et aspekt, og nærstudere det ved at spørge, hvad der kendetegner det, og hvordan det er opbygget. Sidstnævnte undersøger, hvordan informanterne taler om og praktiserer sundhed med det formål at fremanalysere forskellige positioner i forhold til sundhed (Ibid., 2011). Konkret er analysen således bygget op om nogle af de centrale kategorier, som informanterne forbinder med sundhed – eksempelvis det *decideret sunde*, sociale relationer og hedonisme. Dernæst er *positionering* anvendt til at beskrive, hvordan informanterne gennem deres syn på sundhed placerer sig og handler forskelligt i forhold til kategorierne.

Kræft og perspektiver på sundhed

Et grundlæggende udgangspunkt for denne undersøgelse er, at informanterne alle er kræft-ramte. Nogle er erklæret sygdomsfri, mens andre er i aktiv behandling, og enkelte har fået at vide, at de sandsynligvis aldrig bliver helbredt. Når man spørger ind til deres syn på sundhed, er kræftsygdommen et vilkår, som nødvendigvis indrammer deres tanker om sundhed. Det betyder, at de for eksempel tænker over kostens betydning for deres sygdomsforløb: Bliver jeg mon rask, hvis jeg holder op med at spise kød og aldrig drikker rødvin igen? Deres forudgående viden om sundhed mobiliseres i en hvirvelstrøm af udsagn fra sundhedsprofessionelle, egne erfaringer og øvrige informationskilder – for eksempel bøger, foredrag, medier, alternativ behandling og venner og bekendtes gode råd. Informanterne forholder sig således til sundhed ud fra det perspektiv, at de er syge eller har været syge. De er fokuserede på at (over)leve, og de gør hver især, hvad de kan for at opretholde et liv med livskvalitet og mening.

I dette afsnit fremskrives de aspekter ved kræftsygdommen og behandlingsforløbet, samt den øvrige livssituation, der sætter rammerne for informanternes syn på sundhed. Denne kontekst er nødvendig for at forstå de sundhedsforståelser, som rapporten vil belyse og diskutere.

Eksistentiel rystelse og fokus på overlevelse

At få kræftdiagnosen har været en rystende oplevelse for alle informanterne. Diagnosen rører ved noget, som de fleste mennesker ikke tænker over i hverdagen – at livet har en ende, og at enden på livet kan være præget af sygdom og uvished:

I det øjeblik du får at vide, at du har cancer, der ændres dit liv, og det bliver aldrig det samme. Aldrig. Fra det øjeblik du får det at vide. Jeg opfattede det ligesom at få en dødsdom, og det har jeg også hørt fra mange andre. Lige som om at nu er der sat tid på. Nå, tak skal du have mand. Ja, vi har konstateret, at det er cancer, du har i halsen. Og så hørte jeg ikke mere.

(Mand i 60'erne, halskræft)

Chokket eller den indledende rystelse sætter grundtonen for en række efterfølgende overvejelser om livet, livskvalitet, mening og sundhed. Men som det allervigtigste i det tidlige behandlingsforløb står overlevelsen, og ikke mindst de anstrengelser, der er forbundet med at overkomme sygdommen og behandlingen.

Sundhed kræver ressourcer

Informanterne oplever, at det kræver ressourcer og overskud at forholde sig til sundhed og sundhedsforskrifter. Men overskud er vanskeligt at mobilisere, når informanterne i forvejen er svækket af krævende sygdoms- og behandlingsforløb:

Jeg synes, det er et lidt malplaceret begreb at bruge i sådan noget her. Fordi man jo er mega syg lige pludselig. Og sundhed, synes jeg, er et overskudsbegreb. Det er noget, man kan forholde sig til, hvis man har overskud til det. Det kræver faktisk ressourcer at være sund. Det kræver penge, tid og planlægning. Det kræver alt muligt. I min verden er det ikke nødvendigvis forbundet, at man er usund, og så får man kræft. Det synes jeg faktisk nogle gange er en lidt flabet betragtning. Jeg er helt med på, at man selv kan påvirke det og alt muligt, men jeg synes bare slet ikke, at det er noget, man tænker på, når man klynger sig til bordpladen. Når man virkelig er ude at skide og bare får pumpet ens krop fuld af gift, så tænker man virkelig ikke på at spise æbler og agurker. For mig er det først rigtigt nu, at jeg begynder at tænke over sådan noget med at blive ved med at træne og lægge mine madvaner om og sådan nogle ting. Så det er egentlig mit forhold til sundhed.

(Kvinde i 30'erne, brystkræft)

Udsagnet berører også spørgsmål vedrørende pligt og skyld. Det antydes, at informanterne kan opleve, at kræftsygdommen er deres egen skyld – at de ikke har levet sundt nok – og derfor er ekstra forpligtede til at tage ansvar for deres sundhed, for at blive raske igen.

En kræftsygdom er en tung belastning, uanset hvilken socioøkonomisk position informanterne befinder sig i. At gå fra viden om sundhed over til sunde handlinger i hverdagslivet er en udfordring for alle informanterne – også for de såkaldt ressourcestærke informanter:

Når man er en ressourcestærk person, så kan man indhente alle de her ting, man kan få. Tilbud om hjælp og støtte. Ting man kan få viden om. Men selvom man er en ressourcestærk person, så kan man jo godt, når man bliver udsat for sådan noget som det her, falde fra hinanden og ikke være ressourcestærk mere. Eller i hvert fald i en periode. Og så har man måske ikke overskud til at sætte sig ned, og være tovholder på sin egen sundhed.

(Kvinde i 40'erne, ukendt kræftform)

Risikovurdering og ansvar

Ydermere igangsætter kræftsygdommen en lavine af tanker om valg af sund livsstil, som kompliceres af, at det er vanskeligt og nærmest umuligt at finde vished for, om bestemte valg kan garantere bestemte udfald i forhold til sygdommen:

Og så er der, men hvad gør jeg selv? Hvad kan jeg selv? Hvad betyder det for mig og min sygdom? For det har selvfølgelig også et fokus. Og der er så to dele i det. Det ene er på den ene side, nå, men skal jeg nu gøre noget mere ved det? Vil det hjælpe mig, hvis jeg spiser flere gulerødder eller vil det ikke? Den anden del er den der motivation til at gøre noget for mig selv på det område, som jeg kæmper lidt med.

(Mand i 60'erne, prostatakræft)

Citatet viser en overvejelse, som er generel for alle informanterne. Kræftsygdommen aktualiserer deres sundhedsovervejelser i massiv grad,

fordi de leder efter forklaringer på kræftsygdommens opståen og forsøger at ramme en præcis risikovurdering, som kan bestemme det ansvar, de oplever, at de skal tage for deres egen sundhed.

Informanterne har alle individuelle behov, som er betinget af deres individuelle sygdoms- og behandlingsforløb, og som gør det vanskeligt at navigere i de almene og generelle sundhedsanbefalinger. Det, der almindeligvis fremstilles som sundt, er ikke nødvendigvis hensigtsmæssigt eller godt for mennesker, der har senfølger efter kræft. Det kan betyde, at nogle giver los eller giver op i forhold til at finde frem til de korrekte sunde valg.

De fleste informanter fortæller, at de tænker anderledes om sundhed, efter at de har fået kræft. Kræftdiagnosen påtvinger dem nogle overvejelser både om sundhed og livskvalitet:

Selvfølgelig skal man være bevidst om, hvordan man lever. Det skal man. Det er da utrolig vigtigt. Men som sagt, anden gang man får cancer, så begynder man at tænke over, er der nogen ting, du gerne vil nå, og nogle gange, skide være med det hele... man kan også blive skubbet lidt over. Lev for helvede. Du dør jo alligevel af det lort. Det er svært at kapere. Især når man får det flere gange. Man er jo helt væk. Også anden gang, for så tænker man, nu er det slut. Fordi man er blevet så gammel som man er. Man har måske nemmere ved at komme over det som ung, fordi man har flere kræfter.

(Mand i 60'erne, nyrekræft)

Citatet viser et paradoks, som udtrykkes af alle informanterne, nemlig balancegangen mellem de *rationelle* valg, der måske kan forlænge livet (her som en skærpet opmærksomhed på, hvordan man lever) og de *nydelsesfulde* valg, der øger livskvaliteten her og nu. I ovenstående tilfælde er det tydeligt, at alderen er med til at rammesætte forhandlinger mellem det fornuftige og det hedonistiske.

Livssituation og timing

Kræftsygdommen sætter endvidere betænkninger i gang omkring den aktuelle livssituation og fremtiden. Disse overvejelser har ofte forbindelse til arbejdslivet og informantens økonomiske situation. Kræftsygdommen fører almindeligvis en sygdomsperiode med sig, hvor informanten ikke arbejder. Nogle af informanterne har også oplevet, at de er blevet afskediget, eller at de er gået på pension i forlængelse af sygdomsforløbet. Det potentielle rehabiliteringsforløb kan derfor kollideres med en livssituation, der bærer præg af opbrud, og som påkalder sig informantens fulde opmærksomhed, energi og ressourcer:

Så på den måde har jeg også først været klar til at sige, nu ved jeg, hvad jeg skal. Ikke? Og faktisk lod jeg også mig selv fyre ved at sige... da jeg var til samtale, kunne jeg godt have trukket den, men jeg havde det bare sådan, nej, nu vil jeg vide det. For jeg er i en boble. Fordi det også er vigtigt, når man har fået sådan en pension, og man ved, at den får man resten af livet. Min økonomi ser godt ud. Så har man også ro og så kan man tænke på, hvad vil jeg så? Det der med at stå på et gymnastikhold eller gå på noget kursus, når det bare er noget andet... ikke fordi, det fylder selvfølgelig ikke det hele, men det er sådan, hvor er jeg? Og det har jeg fået svar på nu, og nu ved jeg, hvordan min fremtid ser ud. Nu er jeg begyndt at lave ret meget mere.

(Kvinde i 50'erne, pædagog)

Afklaringen af den økonomiske situation har ofte, som citatet illustrerer, øverste prioritet for informanterne. Det strukturelle og økonomiske skelet skal være på plads, før der er overskud til at forholde sig til andre ting – herunder også for eksempel fysisk træning. De erhvervs-mæssige og økonomiske facetter er væsentlige, fordi de rammesætter informanternes indgangsvinkel til rehabiliteringen. Hvor kontaktpersonen måske primært har fokus på rehabiliteringsbehovene, har informanterne måske opmærksomheden rettet mod andre områder af deres livssituation, og dette kan have forrang for lysten til at deltage i rehabilitering.

Borgeren kan altså have en forudgående livshistorie, som indeholder kriser og hårde oplevelser. I disse tilfælde kan kræftsygdommen opleves som en byrde oven i en eksisterende svær livssituation. I nedenstående eksempel indtræffer kræftsygdommen i kølvandet på en anden alvorlig sygdom, der har ført til, at informanten mister sit arbejde:

Fra at gå og kunne det hele. Have kæreste og barn. Ja, det har vi selvfølgelig stadigvæk. Fuldtidsjob og kunne det hele. Masser af venner og omgangskreds. Gode kollegaer. Til bare at være ingenting. Så det var en hård nød at knække... og så kom så det her med brystet forrige år.

(Kvinde i 50'erne, brystkræft)

Tabet af arbejdslivet og den deraf mistede struktur og mening i hverdagslivet er tidligere beskrevet af Handberg, der i et review-studie har bemærket dette som et aspekt, der i særlig grad påvirker kræftramte mænd (Handberg *et al.*, 2013). Ovenstående citat tyder dog på, at tabet af et meningsfuldt arbejdsliv i forbindelse med alvorlig sygdom kan opleves som en stor belastning for både mænd og kvinder, og på tværs af forskellige alvorlige sygdomme. Handberg finder, at kræftramte mænds rehabiliteringsbehov blandt andet retter sig mod at komme tilbage på arbejde og mod at genfinde en normalitet i hverdagen (Handberg *et al.*, 2015). Nærværende undersøgelse viser, at arbejdslivet også er vigtigt for kræftramte kvinder, samt at kræftramte kvinder også knytter deres identitet til arbejdslivet og derfor kan risikere at føle sig som *ingenting*, hvis de ikke længere kan arbejde.

Livssituationen betinger således informanternes perspektiv på sundhed og kræftsygdommen, og er et grundlæggende udgangspunkt for kræftrehabiliteringen. Især er de økonomiske vilkår og hverdagslivets struktur af afgørende betydning for informanternes livssituation. Disse aspekter spiller en væsentlig rolle for alle informanterne, da kræftsygdommen tilsidesætter og omformer det velkendte hverdagsliv og fylder det med aktiviteter, der relaterer sig til sygdommen. Hverdagslivet rummer desuden

en dobbelthet, da det på én og samme tid er præmis for kræftrehabiliteringen og er det mål, som kræftrehabiliteringen stiler mod. Det vil sige, at hensigten med kræftrehabiliteringen er at genskabe et fungerende hverdagsliv for den enkelte borger. Håndteringen af behandlings- og rehabiliteringsforløb skal derfor ses i lyset af det strukturelle, økonomiske og sociale udgangspunkt, som informanterne lever med, når de bliver diagnosticeret med kræft.

Fakta og sundhed

Sygdoms- og behandlingsforløbet giver også informanterne en personlig erfaring med de sygdoms- og sundhedsforståelser, der udgør fundamentet for kræftbehandlingen. Umiddelbart kan sundhedssystemet virke meget fokuseret omkring det biomedicinske sundhedsbegreb og en bestemt forståelse af evidensbegrebet, men medicin er en videnskab, der er under stadig udvikling, og som ikke er entydig i sine udmeldinger:

Der er også noget sjovt. Selvom man beskæftiger sig med sundhedssystemet, fordi... jo længere man kommer ind i sundhedssystemet, har jeg lagt mærke til, så opstår der alligevel de her tidspunkter, hvor fakta er sådan lidt... man ved ikke helt, hvad... virker det med akupunktur? Nu har de godkendt det.

(Kvinde i 40'erne, ukendt kræftform)

Ovenstående udsagn rejser en række spørgsmål, som har en generel interesse. Hvad stiller man op som patient, når man søger fakta om sygdommen og ønsker den bedste behandling eller de bedste midler mod bivirkninger? Hvad skal man stille op med de spørgsmål, som lægerne endnu ikke har fundet svar på og forholder sig usikre til? Materialet i nærværende undersøgelse viser, at nogle af informanterne forholder sig meget eksplicit til grænseområderne for fakta og viden, og konfronterer de sundhedsprofessionelle med disse spørgsmål, mens andre af informanterne i højere grad accepterer de udmeldinger og råd, som de sundhedsprofessionelle fremsætter.

Samlet set giver kræftsygdommen informanterne et ganske særligt perspektiv på sundhed. De er alle blevet alvorligt syge og har konfronteret deres egen dødelighed. De har været igennem – og befinder sig i – overvejelser omkring, hvordan de kan påvirke deres egen sundhed. De betænker i den forbindelse, hvor de kan finde viden om, hvad de kan gøre for at påvirke sygdomsforløbet- og udfaldet, samt hvordan de skal prioritere deres valg, og hvilke hensyn de skal tage – både for at få et aktivt og meningsfuldt liv nu og i fremtiden. I lyset af ovenstående kontekst udfolder det næste afsnit de mange nuancer i informanternes sundhedsopfattelser.

Sundhedsforståelser

Det brede sundhedsbegreb

Fokusgruppeinterviewene viser tydeligt, at informanterne har en bred og multifacetteret forståelse af, hvad sundhed er. Det kommer til udtryk ved, at de associerer alt fra gulerødder til et aktivt hverdagsliv og nære sociale relationer til sundhed. Sundhed defineres således ikke kun som KRAM-faktorer og grøntsager, men også som det at have et indholdsrigt og meningsfuldt liv i nært fællesskab med andre mennesker. Nogle af informanterne finder særlige betegnelser for den type af sundhed, som de forbinder med KRAM-faktorerne. De benævner for eksempel denne form for sundhed *klassisk sundhed* eller *decideret sundhed*, som illustreret i det følgende citat:

Men nu siger du sådan noget decideret sundhed, altså frugt og... og børnebørn og sådan noget. Nu har jeg taget sådan ét [et billede af flere personer], hvor jeg tænker på mit bagland. Det har jeg ikke kunnet undvære. Veninder og familie. Og jeg snakker meget om det. Og det gør jeg stadigvæk. For jeg er jo stadigvæk i behandling, så det har været det væsentligste for mig. Min baggrund.

(Kvinde i 70'erne, bughindekræft)

Som begreb er det *decideret sunde* interessant, fordi informanterne bruger det til at skelne mellem noget, de ser som sundt for legemet, isoleret set – eksempelvis de officielle kost anbefalinger – og alt det andet, de oplever, også er sundt for dem og som fremmer deres livskvalitet. Her fylder de sociale relationer i udpræget grad og nævnes igen og igen som en vigtig forudsætning for sundhed. Herudover forholder de fleste sig også kritisk til sundhed som begreb og problematiserer undervejs forskellige sider af begrebet:

Selvfølgelig er det vigtigt, men jeg synes, at det nogle gange bliver sådan lidt... det er lidt et af de der ord, når nu vi snakker om ord, som har et tomt indhold, indtil folk begynder at stoppe værdier ned i det. Og hvad betyder det så? Og det kan lynhurtigt både blive politisk og noget, man kan slå folk oven i hovedet med. Du spiser ikke nok gulerødder og broccoli. Og sådan noget... eller også kan det blive et ideal, man skal leve op til, fordi det står i alle glitterbladene, at man skal løbe en halvmaraton. Det er jo blevet enormt populært nu, at ledere og sådan nogle skal løbe mindst én maraton om året.

(Kvinde i 40'erne, ukendt kræftform)

Sundhed kan omhandle vidt forskellige aspekter fra kost til ekstrem sport, der booster selvbilledet hos den gode leder. Der kan således også være forskellige formål med sundheden, og budskabet om sundhed eller påbuddet om en sund livsstil kan komme fra forskellige kilder, som hver især tillægger begrebet forskellige værdier og moralske betydninger. For eksempel kan der være politiske budskaber om sundhed og de mere modeprægede sundhedstendenser, som typisk bliver formidlet i *glitterbladene*.

Betydningen af det aktive hverdagsliv går igen på tværs af alle informanternes udsagn. Struktur i hverdagen i form af arbejde eller andre rytmer og rutiner giver indhold og mening:

Når jeg vågner om morgenen, så er det jo ikke fordi, at jeg ikke har dårlige tanker eller tænker, at livet er noget lort, men på den anden side, som de sagde i gamle dage: Hvis arbejdet er sundt, så giv det til de syge. Og de vidste ikke, hvor ret de havde. For der er altså ikke noget som det, synes jeg. Så længe jeg kan og passer arbejdet. Det giver en ro og en fred og tanker på noget andet.

(Mand i 60'erne, prostatakræft)

Arbejdet har et flerfold af betydninger. Det hjælper til at opretholde hverdagslivets rytmer og indhold, og på den vis er arbejdet også en form for modtryk mod kræftsygdommen. Arbejdssituationen for informanten i ovenstående

citat er privilegeret, da han nyder sit arbejde og finder det styrkende og afledende fra sygdommen. Nogle af de andre informanter er gået på pension, mens to er på vej tilbage til deres arbejdsliv, og en enkelt søger om at få førtidspension. Dog søger de ligeledes indhold og mening i tilværelsen – hvilket et arbejdsliv for eksempel kan tilbyde, men som også kan findes andre steder:

Jeg synes en fællesnævner er, at vi alle sammen leder efter noget, der kan optage os, ud over at vi er syge og er optaget af det. At der er noget andet, der stadigvæk tiltrækker os og glæder os og giver os indhold. At vi stadig er engagerede i at leve med de ting, vi holder af, og at nyde og værdsætte det, og få noget tilbage af samme grund.

(Mand i 60'erne, prostatakræft)

Dette udsagn opsummerer et fællestræk hos informanterne: At de trods, og samtidig på grund af deres kræftsygdom, griber ud efter livet og på bedste vis forsøger at engagere sig i det. Kræftsygdommen kan ikke sættes i parentes, fordi den påkalder sig opmærksomhed, valg, tanker og håndtering.

Som det fremgår af det ovenstående, er sundhed et begreb, der har mange facetter for informanterne. At være sund som kræftramt omhandler både at forholde sig til KRAM-faktorerne og at have et aktivt og meningsfuldt liv, hvor sygdommen kan træde i baggrunden. Dog er der enkelte perspektiver i den brede sundhedsforståelse, der skiller sig ud og i særlig grad træder frem i informanternes udsagn. Disse perspektiver omhandler *decideret sundhed*, informanternes afvejninger mellem det *decideret sunde* og hedonisme, hedonismens iboende værdi og de sociale relationers betydning. Disse temaer vil blive udfoldet i de følgende afsnit.

Det decideret sunde

Kræftsygdommen giver informanterne anledning til at betænke KRAM-faktorerne, fordi de er generelle vejledninger, der mindsker risi-

koen for sygdom, og som kan understøtte behandlings- og rehabiliteringsforløbet. I konteksten af kræftsygdommen har informanterne mange overvejelser, der falder ind under KRAM-faktorerne – for eksempel angående hvad de skal spise og om, og hvordan de skal motionere. Denne dimension af sundhed kalder de for eksempel det *decideret sunde* og *klassisk sundhed*, og de oplever, at det er et aspekt, de skal tage stilling til i forbindelse med kræftsygdommen:

Det havde måske været noget andet, hvis man havde været storryger inden. Jeg har ikke rigtig haft noget, jeg skulle lave fuldstændig om på, på den måde. Fordi så var man selvfølgelig blevet tvunget til at forholde sig til det. Hvis man virkelig havde røget meget, drukket meget eller et eller andet.

(Kvinde i 30'erne, brystkræft)

Det *decideret sunde* er både håndgribeligt og komplekst for informanterne og et aspekt, som umiddelbart er nemt at handle i forhold til – hvis der vel at mærke er oplagt grund til forbedring. For eksempel taler alle informanterne, undtagen den enkelte, der ryger, om, at de ville holde op med at ryge, hvis de røg. Det bliver dog mere komplekst, når de skal finde ud af, hvad der skal til for, at det *decideret sunde* kan bidrage til deres sundhed – og endda måske være med til at sikre deres helbredelse. Er der en øvre grænse for hvor mange gulerødder, man bør spise? Og bliver det *decideret sunde* endnu sundere, hvis man driver det videre end de generelle anbefalinger og for eksempel fuldstændig undlader at røre alkohol og rødt kød? Den type af spørgsmål stiller informanterne under fokusgruppeinterviewene, og de påpeger samtidigt, at det er vanskeligt at få svar på til tale fra de sundhedsprofessionelle, fordi de, som informanterne oplever det, ikke vil eller tør bevæge sig ud over de generelle og evidensbaserede sundhedsanbefalinger. Det står endvidere hen i det uvisse, hvor den viden så kan opstøves, og dens kilder kan være problematiske. Informanterne leder efter faglige belæg og begrundelser og fortæller, at det er vanskeligt at navigere i eksempelvis alternative muligheder:

Hvis ikke der er evidens for det, så... der er ikke nogen... jeg har ikke prøvet eller har ikke fået nogen herude [i CKSK] til at løfte sløret for, at man kunne måske også prøve det der, for det har jeg hørt? Det må vi ikke. Fint nok. Men hvor går man så hen? Hvis man vil have en mere generel viden om de her ting? Så er man nødt til at tro på en eller anden. Finde et eller andet sted. Og så kan man henvende sig til én, der koster en formue, som så siger, du må ikke drikke mælk og spise ost eller hvad fanden de nu finder på [L griner og alle trækker på smilebåndet]. Fordi de har den lille ting.

(Mand i 60'erne, prostatakræft)

I den anden ende af spektret for det *decideret sunde* befinder der sig et ønske om moderation og balance, som for alle informanterne er af født af, at de mener, at der samfundsmæssigt er et overdrevent fokus på det *decideret sunde*. Informanterne associerer det *decideret sunde* til et tomt ideal, hvor man ukritisk jagter sundheden, som om den er en værdi i sig selv:

Jeg har det faktisk på samme måde. Jeg synes, at sundhed... det dér at du skal være fit og dit og dat, at det har taget alt for meget overhånd. Jeg synes, der er alt for lidt fokus på hjernen, på viden, og hvad hedder det? Jeg har en søster, der er sådan én, der løber hver dag og spiser gulerødder og er fuldstændig fanatisk. Og så siger jeg til hende, at jeg er begyndt på det der træningshold, og det var bare sådan, wow. Og så siger jeg, jeg kan kun gå... jeg kan ikke gå hver anden mandag, for der har jeg hjemmehjælp. Nå, men det kan jo være, at du kan lave en aftale med hjemmehjælpen? Så du også kan gå om mandagen. Det er alt, det fokuserer på. Så kan vi snakke Robinson, sådan noget ser jeg også. Men jeg synes også, at der er blevet alt for lidt tid til det der, uden at lyde højrøvet, sådan lidt filosofiske snakke og diskussioner. Jeg synes, at gulerødder har fået alt for meget plads.

(Kvinde i 50'erne, tarmkræft)

Informanterne udtrykker alle viden om KRAM-faktorerne og antyder også, at der måske er for meget fokus på dem. Når informanterne møder

CKSK kommer de med forskellige erfaringer med sundhed: De har set kampagner, læst artikler i bladene, set reklamer i fjernsynet osv. Den ophobning af fokus på sundhed og påbud om en bestemt sund livsstil kan medføre en mætning, og derfor kan oplevelsen af gentaget og øget fokus på sundhed virke direkte provokerende.

Dette fænomen, at sundhed bliver en form for ideologi, er beskrevet i bogen *The Wellness Syndrome* (Cederström og Spicer, 2015). Her kritiserer forfatterne, at wellness og sundhed er blevet et samfundsmæssigt imperativ – det vil sige at sundhed automatisk knyttes til det gode liv, og det moralsk gode eller korrekte (Ibid., 2015). Som ovenstående citat illustrerer, gør dette normative pres det vanskeligt for informanterne at stille sig kritiske over for sundhedstilbud og -anbefalinger, fordi de risikerer misbilligelse eller i værste fald stigmatisering. I rehabiliteringssammenhænge kan dette medføre følgende: At borgeren delvist følger de sundhedsprofessionelles råd, men reelt er forholdsvist uengageret i sin ændrede livsstil. Dette er problematisk af flere årsager. Dels kan de sundhedsprofessionelle tro, at deres tilbud er passende og relevante – ud fra en evidensbaseret KRAM-logik, som isoleret set har sin egen berettigelse. Dels kan borgeren have en række uopfyldte behov, som ikke "passer ind" i den herskende sundhedsforståelse, og som borgeren måske ikke tør artikulere, fordi disse behov bryder med gængse forståelser af sundhed og med den status og legitimitet, som evidensbegrebet har pådraget sig.

Informanternes oplevelse af det overdrevne fokus på *decideret sundhed* er uhyre vigtigt at bemærke, for den er en del af det udgangspunkt, informanterne møder CKSK med. Kritikken vedrører to perspektiver. Dels at det med sundhed tilsyneladende aldrig er (godt) nok. Der kommer, opleves det, altid en ny supergrøntsag eller noget nyt, man skal gøre. Dels at efterlevelsen af KRAM-faktorerne isoleret set ikke medfører livskvalitet eller trivsel. Alle informanterne tilkendegiver, at *decideret sundhed* bliver tom, formålsløs og overfladisk, når den

blot er sit eget mål og ikke meningsfuldt relateres til det enkelte menneskes livskontekst. Dette illustreres i nedenstående uddrag, hvor informanten karikerer en fitnesskultur og en ekstrem dyrkelse af sundhed, som alle informanterne tager afstand fra:

Jeg gider ikke sådan én, der står, kom så. 10 mere. Det gider jeg slet ikke, vel. Og da jeg kom derop... jeg går til sådan noget styrketræning for mig selv, og så kommer jeg ind, og der er høj musik, og der står sådan én, kom så. 10 mere. Hey hop hop. Det er lige sådan noget. Jeg kan slet ikke holde det ud [griner]. Og der fik jeg hende også til at skrive, at de skulle lade være med at spørge mig hele tiden, om jeg ville med på holdene. Jeg går til det her styrke, og jeg skal nok selv komme. Det ville hun så skrive ind, for så ved jeg... åh, nej, nu kommer hende dér og spørger igen. Jeg tror, jeg springer over, hvis det er hende, der er der. Men nu er jeg rigtig glad for det og synes, det er rigtig fedt. Egentlig synes jeg, at det er rigtig godt, samtidigt med at det er irriterende. Forstår du?

(Kvinde i 50'erne, tarmkræft)

Det *decideret sunde* har mange sammenfald med KRAM-faktorerne. Tankerne om kost bliver således ofte knyttet til gulerødder, agurker og æbler, mens diskussionerne om alkohol egenhændigt centrerer sig om rødvin. Når spørgsmålet om motion adresseres, er det typisk i form af, at der opleves at være et samfundsmæssigt krav om, at man skal være fit – mens rygning er et ikke-eksisterende tema for de informanter, der ikke ryger.

Samlet set er det *decideret sunde* en vigtig del af informanternes sundhedsopfattelser – ikke mindst fordi informanterne forholder sig til det fra to synsvinkler. De betragter på én og samme tid det *decideret sunde* som noget fornuftigt og nødvendigt, og som noget overfladisk og idealiseret, der associeres og forbindes til førnævnte *sundhedsideologi*. I forlængelse heraf risikerer de sundhedsprofessionelle også at blive ufrivillige – og uvidende – repræsentanter for det *sundhedsideologiske*, hvilket beskrivelsen fra

træningssalen i CKSK i ovenstående citat eksemplificerer. Dette har implikationer for mødet mellem borgeren og de sundhedsprofessionelle. I artiklen *Framing the clinical encounter for greater understanding, empathy, and success* fremsætter Tjørnhøj-Thomsen en teoretisk model for det kliniske møde mellem borger og sundhedsprofessionelle (Tjørnhøj-Thomsen, 2009). Her ekspliciteres de perspektiver, som henholdsvis borgere og sundhedsprofessionelle tager med sig ind i det kliniske møde. De sundhedsprofessionelle er for eksempel uddannede inden for bestemte faglige retninger, som er betinget af særlige sundheds- og sygdomsforståelser, procedurer osv. Den sundhedsprofessionelles specialiserede faglighed er selve grundlaget for eksempelvis god fysioterapeutisk praksis. Denne specialisering kan dog blive problematisk, når borgeren forbinder den med det *decideret sunde* i den *sundhedsideologiske* form. Informanternes forståelser af det *decideret sunde* giver således også anledning til at overveje nye teoretiske vinkler på, samt praktiske metodiske greb til, at forstå dynamikken omkring det kliniske møde mellem borger og sundhedsprofessionelle.

Det decideret sunde og hedonisme

Som vist i det foregående afsnit er det *decideret sunde* et centralt element af informanternes sundhedsopfattelse. De forbinder dog også sundhed med hedonisme – i denne sammenhæng defineret som nydelse. Det vil sige, at informanterne synes, at det (også) er sundt at nyde. Det hedonistiske knyttes for eksempel til mad og måltider, socialt samvær og sanselige eller kulturelle oplevelser. Disse modsatrettede vinkler på sundhed, det *decideret sunde* og det hedonistiske, skaber en friktion, der fører til, at alle informanterne foretager forhandlinger og afvejninger imellem det *decideret sunde* og hedonismen. I dette afsnit beskrives forhandlingerne i forhold til de temaer, som var mest fremtrædende i informanternes udsagn: rødvin, rygning, motion og kost.

Rødvin og rygning

Informanterne rangerer det *decideret sunde* og KRAM-faktorerne, og positionerer dem over for hinanden, når de fortæller om deres vaner. Rødvin bliver, for de ikke-rygende informanter, perspektiveret i forhold til rygning i den forstand, at det måske lidt for store forbrug af rødvin bliver mindre væsentligt, når de ikke ryger. På den måde legitimerer udøvelsen af *decideret sundhed* i form af ikke-rygning indtagelsen og nydelsen af rødvin:

3: *Jeg kan godt lide et glas vin. Jeg drikker måske også for meget vin. Til gengæld ryger jeg ikke [trækker på smilebåndet].*

1: *Man kan sgu ikke drikke for meget vin [alle griner].*

2: *Det skal være så sundt.*

3: *Ja. Ja... men decideret sundt er det jo nok ikke. For sygdommen. Men jeg har aldrig spurgt, for jeg vil ikke have svaret [griner].*

(3: kvinde i 70'erne, bughindekræft,

2: kvinde i 70'erne, lymfekræft

1: mand i 60'erne, nyrekræft)

Rødvin er et ernærings- og sundhedsmæssigt vanskeligt fænomen, da informanterne både er bevidste om, at det kun er tilnærmelsesvis *decideret sundt* i moderate mængder og sundhedsskadeligt i for store mængder. Rødvin kan dermed ses som et forbrugsprodukt, der befinder sig i skæringspunktet mellem hensynet til det *decideret sunde* og hedonismen, som er et centralt aspekt for informanternes livskvalitet. På tværs af fokusgruppeinterviewene kædes rødvin igen og igen sammen med god *mad*, *samvær* og *hygge*. Dermed er rødvinen med til at styrke oplevelsen af samhørighed, tryghed, nærhed og nydelse – ord som, ifølge Linnet, associeres til en kulturelt forankret forståelse af hygge (Linnet, 2011). Rødvinen kan også optræde som brobygger til en særlig *stemning*, som informanterne værdsætter. Her nydes rødvinen ikke kun for dens smag, men for dens virkning:

Nu lægger jeg den her ovenpå [lægger et billede af en gruppe mennesker, der spiser sammen, på det andet billede med et grøntsagsansigt,

alle griner]. Mens vi sad her, så tænkte jeg, at så kunne det ligesom kombineres. Det er mere samværet omkring maden. Mad er jo flere ting. Dels er det samværet med andre mennesker. Hvor vin, i hvert fald i min verden, indgår. Nu smager rødvin desværre bare surt på grund af de piller, jeg tager. Og så er jeg lidt på den. Men efter 3-4 glas, så bliver verden lys og let. Og når man sidder dér i samtale med folk, som man har kendt i årtier, eller hvad det nu måtte være, så viser det lidt om alle livets lyse sider, som har været. Den stemning kan jeg godt lide at være i.

(Mand i 60'erne, prostatakræft)

Citatet ovenfor illustrerer den sammenvævning af hensyn til og prioriteringer af det *decideret sunde* og det hedonistiske, som informanterne bevæger sig i mellem. Rødvinen indeholder således flere forskellige nydelsesmæssige aspekter for informanterne – dels det isoleret kulinariske, det sociale og det nærværstærkende.

Der er kun én af informanterne, der ryger.

Hans syn på det *decideret sunde* over for det hedonistiske er farvet af et langt liv med alvorligt misbrug af både alkohol og hårde stoffer. Hans udsagn rammesættes således af hans livserfaringer og rummer dermed noget unikt. Men til trods herfor giver udsagnet genklang blandt de andre informanter og indeholder dermed nogle generelle overvejelser om, hvornår og hvordan det kan opleves som legitimt at opretholde en vane, der i udgangspunktet er sundhedsskadelig. I nedenstående udsagn er dette eksemplificeret ved rygning:

Jo, men jeg ved jo godt, hvor tosset det er at ryge. Jeg har det personligt sådan, at jeg har haft et liv, der bare siger spar to til det hele. Jeg har fanden galeme prøvet mange ting, som ikke ret mange mennesker prøver. Nogensinde. Ved du hvad, jeg er 60 år. Jeg har 8 børn. Jeg har den dejligste familie derhjemme. Jeg har et dejligt job, og jeg har egentlig et fedt liv. Jeg behøver kraftedeme ikke mere. Jeg gider ikke at begynde at holde op med at ryge. Jeg har prøvet at holde op med at ryge så mange gange. Og en anden ting. Det er en kæmpe fornøjelse for mig at få mine cigaretter. Jeg kan ikke smage noget,

jeg kan ikke spise noget. Og så skulle jeg for fanden ikke kunne ryge. Men nu har jeg også en lille dum undskyldning for at gøre det. Normalt bliver sådan en cancer, som jeg har, udløst af nikotin og alkohol. Og jeg tænkte, nikotin og alkohol? Jeg har røget i 50 år og jeg har ligget i druk i 30. Ja, så tror da fanden, at man får cancer. Det er der ikke noget at sige til. Så siger de til mig, det har ikke noget med tobak og alkohol at gøre. Det har du fået af en HPV-virus. Nå, for helvede.

(Mand i 60'erne, halskræft)

For alle informanterne gør det sig gældende, at det ikke er mangel på viden, der afholder dem fra at gøre det *decideret sunde*. Herudover betinges forhandlingerne mellem det *decideret sunde* og det hedonistiske i høj grad af informanternes alder, livsførelse og livserfaringer – og ikke mindst af de årsagsforklaringer, som for eksempel læger og andet sundhedspersonale fremsætter, hvilket tydeligt fremgår af ovenstående citat. De ting eller handlinger, der giver nydelse for informanterne, værdsættes i endnu større udstrækning, når deres muligheder for at opnå nydelse er indskrænkede. I ovenstående citat understreges dette ved, at informanten har svært ved at spise og smage maden, og derfor sætter ekstra stor pris på nydelsen ved at ryge.

Træning og bevægelse

Informanterne er forskellige steder i deres rehabiliteringsforløb og har også forskellig tilknytning til og erfaring med træningen i CKSK. Nogle har trænet i almindelige fitnesscentre eller i andre tilbud til kræftramte. Endvidere har flere af informanterne dyrket holdsport og andre former for sport tidligere i deres liv. Disse forskelligartede indblik afspejler sig i den måde, de taler om træning på. Et påfaldende tema er dog deres erfaring med det, de kalder *kedelig træning*, og at den dårlige samvittighed er et grundlæggende element i deres motivation. I nedenstående udveksling bliver det tydeligt, at informanterne har følt sig forpligtede til at følge træningen i CKSK:

2: *Jeg har været meget flittig, og jeg kom hver gang, men jeg hadede det hver gang.*

Interviewer: *Træningen eller hvad?*

3: *Det eneste, der havde det godt, når jeg var færdig, det var min samvittighed [alle griner].*

2: *Det var det også hos mig.*

3: *Ej, hvor var det frygteligt.*

2: *Men jeg gjorde det.*

3: *Jeg gjorde det også, to gange om ugen. Uha...*

(**3:** kvinde i 70'erne, bughindekræft,

2: kvinde i 70'erne, lymfekræft)

Overvejelserne i forhold til den dårlige samvittighed udfoldes også i følgende udsagn:

Jeg gider ikke at gå til det der motion nede i det der skide center [et almindeligt fitnesscenter] fordi det er så røvedeligt. Jeg kan ikke holde det ud. Nu går jeg på arbejde, og jeg cykler ind på arbejde, og jeg styrter rundt derinde og sådan noget. Så må det være motion nok. Så er der nogen, der ikke synes, det er motion nok. Og så kan jeg sidde og slå mig selv oven i hovedet. Så det er en blanding af at gøre noget, der er fornuftigt, og hvad er fornuftigt? Det er sådan et sammensurium af, hvad man hører, og hvad folk siger, hvad andre mennesker... og hvordan man bliver påvirket og så den balance, der er i, at jeg kan holde det hele ud. Men det er da noget, jeg hele tiden spekulerer på. Skal jeg nu melde mig ud af det der skide sundt og spare 250 kroner om måneden, for jeg kommer jo alligevel ikke. Eller skal jeg virkelig blive ved med at betale for at bare... nu må jeg se at komme afsted. Sådan nogle balancegange. Og det synes jeg gælder det hele.

(Mand i 60'erne, prostatakræft)

Her stilles det *fornuftige* op imod overhovedet at kunne *holde det ud*. Informanternes indbyrdes drøftelser og udsagn viser også, at det ikke er tilstrækkelig motivation at *vide*, at træningen er sund. Selvom informanterne ved, at træningen er sund for deres krop, så trækker de hedonistiske hensyn ofte det længste strå, men dette har tydeligvis store konsekvenser for informanternes samvittighed. At træning, både i CKSK og i regulære fitnesscentre, opleves som kedelig peger på et afgørende perspektiv i forhold til

motion og træning, nemlig at den oplevede værdi af træning er relativ og subjektiv. Derfor tyder det på, at et træningsforløb kun opretholdes, hvis det virker meningsfuldt og givende for borgeren både fysisk, mentalt og socialt. Her er det bemærkelsesværdigt, at de to informanter, der har deltaget på mandeholdet – et trænings-tilbud i CKSK målrettet mænd – slet ikke nævner den samme dårlige samvittighed, men derimod understreger fællesskabet og glæden ved sammen at blive stærkere sammen. Disse informanter fremhæver træningen på mandeholdet som livsbekræftende og sjov:

Det er også sjovt at være ude og spille fodbold. Det er sjovt at lave de der ting, vi har lavet. Det har været skide godt. Også fordi at vi begynder at lære hinanden at kende, samtidigt med at det er sjovt. Vi ved nogle småting om hinanden, så det er jo en del af ens genopbygning. Og hvis man kan gøre det fedt og sjovt, så er det bare med at få det gjort.

(Mand i 70'erne, prostatakræft)

Dette citat står i skærende kontrast til de førnævnte udsagn om kedelig træning og dårlig samvittighed. Det bemærkelsesværdige er også, at forhandlingen mellem det *decideret sunde* og hedonismen falder bort, når udgangspunktet for træning er, at den er *sjov* og *fed* – og når den foregår i et hyggeligt socialt fællesskab. I forlængelse heraf bliver det også tydeligt, at informanterne nogle gange oplever træning som noget nydelsesfuldt, og at der tilsyneladende er bestemte rammer eller elementer i træningen, der kan understøtte oplevelsen af nydelse og sjov. Dette udfoldes yderligere i afsnittet *Hedonismens egenværdi*.

Kost og kager

Kosten er, ligesom rødvin, et element, der forbindes med det sociale samvær og hygge for alle informanterne. Dette medfører mange forhandlinger om sammensætningen af madvarer og måltider:

Jeg er ved at brække mig over bladene, for der findes næsten ikke andet end gør dit, gør dat,

træning. Altså... jeg slikker ikke, og jeg køber aldrig kage. Jeg elsker kage og også en flødeskumskage. Jeg køber det ikke, men spiser det, hvis det er der. Når jeg er i byen [alle griner]. Jeg er ikke fanatisk. Om morgenen der... jamen altså, jeg får et stykke ristet fransbrød om morgenen. Og det er hvidt brød. Jeg kan ikke lide mørkt brød. Jeg synes, det er surt. Og så går jeg hen på plejehjemmet og spiser til middag og får en god gammeldags middagsret, og om aftenen får jeg to stykker rugbrød med et eller andet på. Det er, hvad jeg får i løbet af en hel dag. Jeg kan ikke se, at jeg kan leve sundere. Og man skal også have varieret kost.

(Kvinde i 70'erne, lymfekræft)

Udsagnet eksemplificerer en strategi, der går igen hos alle informanterne, nemlig at de forsøger at skabe balance mellem det *decideret sunde* og det hedonistiske. Her trækker informanterne også på et gældende kostråd, der opfordrer til varieret kost. Dette bliver brugt til at legitimere indtagelsen af eksempelvis chokolade, kage og røde bøffer. De forbinder endvidere det at være *fanatisk* med at være blindt optaget af det *decideret sunde*. Dette leder dog ikke til, at informanterne slipper tøjlerne fuldstændigt og overgiver sig til rendyrket hedonisme. Derimod illustrerer ovenstående citat, at informanterne praktiserer det, Sassatelli kalder *tamed hedonism* (Sassatelli, 2001) – altså en form for behersket eller begrænset hedonisme, hvor de for eksempel nyder kager i det omfang, de mener, er foreneligt med den samfundsnorm, de oplever, er herskende vedrørende opfattelser af kost, madvarer og kager.

Ovenstående afsnit har vist, hvordan informanterne dels har et bredt sundhedsbegreb og dels i deres sundhedsopfattelser balancerer eller forhandler mellem to primære hensyn – at følge det *decideret sunde* eller at gøre det, de umiddelbart har lyst til, og som giver et nydelsesfuldt afkast med det samme og dermed styrker livskvaliteten i hverdagslivet.

Hedonismens egenværdi

I dette afsnit af undersøgelsen skal vi se nærmere på, hvad der kendetegner det lystdrevne,

og hvorfor det også fremstår vigtigt for informanterne. Hedonismens potentiale spreder sig for informanterne over flere områder, som strækker sig fra mad, til sanseoplevelser med kroppen og i naturen og over til socialt samvær. For eksempel knytter informanterne i udpræget grad nydelse sammen med hygge og socialt samvær.

Inden for filosofien skelnes der mellem forskellige former for hedonisme. Det er vanskeligt at finde en position eller betegnelse af hedonismen, der passer præcist på den måde, informanterne forstår og praktiserer hedonisme i forbindelse med deres kræftsygdom. Men i kritikken af hedonismebegreberne fremhæves det såkaldte *hedonistiske paradoks* (Nielsen, 2008:185), som kan være med til at definere den værdi, som informanterne oplever ved de hedonistiske valg. *Det hedonistiske paradoks* påpeger, at:

De fleste af de aktiviteter, der giver nydelse, udføres ikke primært for nydelsen, men for aktivitetens egen skyld. Eksempler på sådanne aktiviteter er arbejde, familieliv, sport, kreativ udfoldelse, venskaber osv. Dermed betvivles det, at vi rent faktisk søger nydelse (som det primære mål). (Ibid., 2008:185)

I informanternes livssituationer sker der dog det interessante, at disse umiddelbart trivielle aktiviteter opnår en ny status i forbindelse med kræftsygdommen. Disse aktiviteter bliver i kraft af deres association med det almindelige velfungerende og sygdomsfri liv yderst nydelsesfulde, fordi de bekræfter informanterne i, at de stadig er i stand til at leve. Herved oplever informanterne, at deres livskvalitet styrkes. Aktiviteter såsom familieliv, venskaber og arbejde udføres dermed ikke længere kun for *deres egen skyld*, men fordi de bliver et behageligt og meningsfuldt modtræk over for sygdom, bivirkninger, smerter osv. Ydermere beskriver informanterne også, at sådanne aktiviteter opleves som nydelsesfulde, fordi de kan være vanskelige at udføre eller opleve grundet sygdommen – og fordi informanterne lever med en erken-

delse af, at tiden er knap, og at det helt almindelige hverdagsliv er en væsentlig del af deres livskvalitet.

Det gør mig godt

At gøre noget godt for sig selv eller at have det godt med sig selv og gøre noget, der gør godt – disse formuleringer dukker op mange steder i fokusgruppeinterviewene. *Det gode*, som informanterne omtaler, kan have forskellige udtryk og omhandle forskellige former for mad, aktiviteter eller samvær med andre mennesker. Fællesnævneren er, at informanterne vælger nydelsen ved noget:

Jeg synes også, at det er mega vigtigt det dér med, at man skal have det godt med sig selv. Jeg synes også, at det er en del af ens sundhed, at man har lov og ret til at tage det dér glas rødvin, fordi at det har man lyst til. Eller tage det dér stykke chokolade, fordi man har lyst til det. Og så kan man tage den dér, du ved, artikel om sundhed og krølle den sammen og kaste den over skulderen.

(Kvinde i 40'erne, ukendt kræftform)

Dette udsagn beskriver det lille oprør mod det *decideret sunde*, som de andre informanter også fortæller om i forskellige varianter; et oprør som, oplever de, er nødvendigt, hvis der skal blive plads til nydelsen. I eksemplet ovenfor handler det om chokolade, men det kan også have et socialt omdrejningspunkt:

Jeg har skrevet, noget, der gør mig godt. Det er ikke fordi, det er sundt. At jeg kan gøre nogle ting, som jeg også gjorde, før jeg blev syg. Komme ud til veninder, være med i en biografklub. Det gør mig godt. Og selvom det ikke er sund mad, så er det jo vigtigt for ens velvære.

(Kvinde i 70'erne, bughindekræft)

Informanterne taler ofte det nydelsesfulde, det hyggelige og velværet op imod det fornuftige, som for eksempel den *decideret sunde* mad. De bruger begreber som *velvære*, *livskvalitet* og *at have det godt*, som afspejler aspekter af deres sundhedsopfattelser, men som de ikke oplever

som legitime sammenlignet med KRAM. Bemærk, at informanten i det ovenstående siger, at: *Det ikke er fordi, det er sundt.* Denne frakobling af *decideret sundhed fra det gør mig godt* kan være problematisk i det henseende, at informanternes hedonistiske valg risikerer at fremstå illegitime, og måske endda forbindes med dårlig samvittighed, fordi disse aktiviteter og handlinger ikke bidrager til *decideret sundhed*.

Det går igen hos informanterne, at det har stor betydning for dem at gøre ting, som de også gjorde, før de blev syge. På den måde rammesætter sygdommen deres sundhedsforståelse og handlinger. En af konsekvenserne heraf er, at en almindelig social aktivitet som for eksempel en biografklub i kontekst af kræftsygdommen både fremstår som egenomsorg og et vigtigt hedonistisk element.

Krop og sanselighed

Oplevelserne under sygdoms- og behandlingsforløbene giver så mange angstprovokerende, smertelige, udmattende og livsafkræftende erfaringer med kroppen, at informanterne higer efter sanselige oplevelser, der er behagelige, frydefulde og grundlæggende befordrende for livsglæden. Sådanne oplevelser eller positive kropserfaringer kan også være en måde at modarbejde sygdommen på ved at bekræfte, at kroppen stadig er et rart sted at være, at den stadig kan fungere og bringe nydelse:

Men ellers sådan noget med at bruge nogle penge på at lave positiv opmærksomhed om sin krop, altså massage, zoneterapi og akupunktur og sådan noget. Det har jeg så ikke selv haft råd til. Men hvis jeg har, så har jeg prøvet at prioritere det. Der er også noget i Krop og Kræft [rehabiliteringstilbud i regi af Rigshospitalet]. Der fik man også massage. Og det synes jeg simpelt hen bare er så godt. Når man er så smadret. Og så at få noget positiv opmærksomhed på sin krop i stedet for alt det dér... så det er i hvert fald også noget, jeg efterlyser. At man på en eller anden måde kunne gøre noget mere af. Det synes jeg i hvert fald er vigtigt. Motion er jo også en positiv ting at gøre for sin krop og kost. Men

jeg synes også, at der er brug for noget berøring og sådan noget.

(Kvinde i 30'erne, brystkræft)

Undersøgelsen viser, at informanterne har forskellige behov i relation til deres krop. Den fysiske træning og andre indsatser i rehabiliteringen, der har til hensigt at styrke kroppen, retter sig blot mod én dimension af de kropslige behov, nemlig at genfinde funktionsniveau, mobilitet osv. Berøring i form af for eksempel massage opfylder et helt andet behov. Informanterne understreger, at de har brug for at fortælle kroppen noget andet, end at den er smadret. De har brug for at vise den omsorg:

Og ens forhold til ens krop er vel egentlig også med til at gøre, at det påvirker ens sundhed. Er man i krig med ens krop eller accepterer man, at man har den krop, man har, og samarbejder med den?

(Kvinde i 40'erne, ukendt kræftform)

*Samarbejdet er her knyttet til det at holde det ud, og behovet for at nyde kobler sig på ønsket om at opleve behag i den krop, der har været igennem kræftbehandling. Informanterne knytter omsorg for kroppen eller *positiv opmærksomhed* på kroppen til velvære og heling efter behandlingen. For nogle fremstår motion og træning som en modsætning til at *samarbejde med kroppen* eller at *gøre noget godt for sig selv*. Mens andre oplever, at træningen kan være en livsbekræftende aktivitet og endda også være nydelsesfuld. Træningen opleves som nydelses- og meningsfuld, når informanterne mærker, at de bliver stærkere og tryggere ved deres forandrede krop, samtidigt med at de støtter hinanden i et fællesskab med andre, der har de samme sygdomserfaringer:*

Vi træner sammen og laver noget sammen. Det gør, at vi er mere åbne over for hinanden og kommer ud af vores skaller, som vi måske har haft, før vi startede her. Det at møde nogle, som har de samme problemer, det er en befrielse. Og hver gang jeg er gået herfra, så har jeg virkelig følt mig næsten høj og lykkelig og glad. Det har givet mig et positivt skub.

(Mand i 70'erne, prostatakræft)

Endvidere er det helt centralt for alle informanterne, at de behagelige og sanselige oplevelser med kroppen er vigtige for deres velbefindende og livskvalitet. Og her er det tankevækkende, at det sanselige kan tage mange former og er individuelt betinget:

Der må jeg lige sige, at nu for eksempel før jeg fik det der duttelut dér [henviser til kræftsygdommen]... jeg elskede simpelthen at tage sådan 5 minutter i solarium, fordi det gav mig sådan et boost af energi, hvor jeg bare kunne det hele et par dage efter, og jeg var bare fyr og flamme. Til at jeg så, det må man ikke. Og nu har jeg selvfølgelig heller ikke gjort det siden, jeg blev opereret, og jeg savner det der boost og kick af lige at blive blændet godt igennem. Og når jeg så har snakket med folk, jamen det må du ikke. Det går ikke og bla bla.

(Kvinde i 50'erne, brystkræft)

Dette udsagn viser en generel udfordring blandt informanterne, som består af lysten til at gøre noget sanseligt dejligt for kroppen, der strider imod generelle sundhedsanbefalinger. Det fænomenologiske begreb *egenkroppen* (Thøgersen, 2010) kan anskues som omdrejningspunktet for bedre at forstå informanternes forskelligartede behov. Begrebet understreger, at informanternes kroppe ikke kun er fysiske legemer, men også er subjektivt oplevede kroppe. På den måde har kroppen to dimensioner, der er i spil på samme tid: Kroppen er noget, informanterne *har*, og noget, *de er*.

Natur, leg og nærvær

Naturen nævnes af mange af informanterne som et frirum, hvor de lader op og samler energi. Naturen forbindes med en form for stille og bekymringsfri nydelse, hvor roen eller legen er det centrale indhold i oplevelsen:

Jeg har også haft meget glæde af, og det er så noget helt andet, men jeg har altid vinterbadet. Eller i mange år. Og det har jeg virkelig holdt fast i, selvom lægerne har sagt, at jeg ikke måtte eller kunne. Det har jeg bare gjort hver dag hele

forløbet. Men det er også det der med at holde fast i nogle ting. Når man bliver så afskåret fra sit arbejde, så er det også noget med holdepunkter. Og være en lille smule civil ulydighed, for det kan godt være lidt... du må ikke få sol, og du må ikke dit og dat. Det har jeg bare været fuldstændig kold overfor. Jeg synes bare, at der er noget livsglæde, man bliver nødt til at finde et sted. Man kan ikke bare lade være med at gøre alt. Der er også nogle, der drikker noget rødvin og... der må jeg bare sige, at jeg synes, man skal have lidt civil ulydighed. Det er også bare et eksempel på at holde fast i nogle ting, selvom man... at have sin egen fornuft og have sig selv med i det.

(Kvinde i 40'erne, ukendt kræftform)

Her sætter informantens lighedstegn mellem vinterbadning og livsglæde, og hun mobiliserer livsglæden som et greb – en måde at holde fast i livet på. Dette går på tværs af alle informanternes udsagn. De andre informanter søger livskvalitet og livsglæde med den samme intention, og for mange af dem indgår naturen som en vigtig dimension i dette. Informanterne taler om, at det giver en særlig ro at være i naturen og fysisk at være til stede i en rumlig kontekst, der er sanselig, levende og dynamisk gennem årstidernes skift, dyreliv m.m.

Disse erfaringer er i tråd med forskellige teorier om naturens betydning for menneskers trivsel. *Attentive restoration theory* (Kaplan og Kaplan, 1989) viser for eksempel, at naturen har en opbyggende og beroligende virkning på mennesker, fordi den tillader mennesker at være til stede med en såkaldt *spontan opmærksomhed* – som står i kontrast til den *rettede opmærksomhed*, som typisk er i spil, når man er på arbejde eller kognitivt skal løse problemer. Kaplan og Kaplan argumenterer for, at det moderne liv i byerne udmatter *den rettede opmærksomhed*, og at ophold i naturen, hvor den *spontane opmærksomhed* har lettere ved at opstå, kan genoprette menneskers evne til at være i den *rettede opmærksomhed* (Ibid., 1989). Der kan måske drages en parallel til informanternes behandlings- og rehabiliteringskontekst, hvor de oplever at skulle forholde sig til en række af svære beslutninger og i kontrast her

til fremstiller naturen som et bekymringsfrit rum, hvor de kan gøre ting og være til uden at være bekymret:

Jeg har valgt en skov, fordi når jeg er ude i en skov og naturen – men specielt i en skov, så falder jeg ligesom til ro. Og så har jeg taget den hér, for man skal også lave noget fjollet engang i mellem, som at løbe igennem en bunke blade og gøre sådan noget dér. Det skal ikke alt sammen være så seriøst. Og det laver jeg nogle gange med min søn. Han har meget været et fokus-punkt for mig. Han har været til hjælp, uden at han har taget opvasken eller sådan noget.

(Kvinde i 40'erne, ukendt kræftform)

Leg og natur fremsættes som modsætning til behandling og det alvorlige og bekymringerne i forbindelse med sygdommen. Naturens materialitet lægger op til leg, ro og fjolleri, på trods af sygdommen. Der er således et stort potentiale i at indtænke naturen som led i kræftrehabiliteringen i CKSK.

Sociale relationer

De sociale relationer er i denne sammenhæng informanternes nærmeste – ægtefæller, børn, nære familie og nære venner. De sociale relationer har, ifølge informanterne, to dimensioner. Dels støtte og omsorg, som kan være lavpraktisk og logistisk orienteret. Dels samværet og hyggen, som tjener til at fastholde en normalitet, mening og livskvalitet. Begge dimensioner er afgørende i forhold til informanternes rehabilitering. De sociale relationer er nemlig ikke kun en ressource, men også en udfordring, der kræver særlig håndtering af informanterne. Sociale relationer og familierelationer vedrører dermed ikke kun positive dimensioner som støtte, omsorg og hygge, men også – og derfor – potentielle konfliktflader og belastninger (Pedersen og Tjørnhøj-Thomsen, 2013).

Støtte og omsorg

Alle informanterne fortæller, at det har været afgørende og livsnødvendigt at have nære sociale relationer omkring sig under sygdoms- og behandlingsforløbet:

Jeg kan starte med denne her. Og det er fordi, at jeg tænker på, at jeg har en dejlig kone, og det er guld værd. Hun siger, at hun elsker mig. Og når man har en situation som det her, så er det altså en rigdom at have nogle, der deler det med én. Nu kan jeg godt se, at han ligger og sover som en sten, og hun ligger med alle bekymringerne, men der var ikke noget billede, der var bedre til at demonstrere det dér med nærhed, og at der simpelthen er nogen i nærheden, der støtter og tager fra. Det er altså en sand gave.

(Mand i 60'erne, prostatakræft)

Informanterne har behov for og ønsker støtte eller omsorg, men det kan være vanskeligt at få støtten på den måde, de ønsker den. En stor del af udfordringen angår kommunikationen om sygdom og helbredelse med de nærmeste sociale relationer, såsom ægtefælle og børn, men gælder også øvrige familiemedlemmer, kollegaer og netværk:

Men det er som om, at folk godt kan lide at snakke det op. De vil gerne gøre én glad eller noget. Og jeg er lige nøjagtig ligeså glad eller ligeså sur eller ked af det, uanset hvad. Eller det der, nu skal du huske at spise grøntsager. Nu skal du huske at... og så skal du også. Det gider jeg ikke at høre på. Det var værst i starten. Hver gang folk kom, havde de tre gode historier med. Jeg behøver ikke at blive opmuntret på den måde.

(Kvinde i 50'erne, tarmkræft)

Et fællestræk for informanterne er, at der ofte er en uoverensstemmelse mellem deres følelsesmæssige situation og deres pårørendes håndtering af situationen. Disse udfordringer har nogle af informanter lært at tackle, men det kan kræve tid og erfaring at finde konstruktive håndteringsmetoder:

Jeg har lært, at jeg på den måde er nødt til at tage sagen i egen hånd. Jeg ved jo godt, hvis der er nogle, der sådan siger dét, jeg umiddelbart synes er de forkerte ting, så må jeg fortælle dem, hvorfor jeg synes, det er forkert. Det kan ikke nytte noget, at jeg skælder dem ud. Sådan synes jeg, at jeg gennem årene har lært, at jeg

må tage teten i den forstand. Og så lærer folk det efterhånden.

(Mand i 60'erne, prostatakræft)

Andre informanter har lagt en bevidst strategi i forhold til de nære sociale relationer og nøje overvejet, hvordan informationer om sygdommen skal deles og med hvem, og hvordan der kan sikres en balance mellem den støttende omsorg og det hyggelige samvær, hvor sygdommen træder i baggrunden:

Jeg har allieret mig med nogle udvalgte mennesker, som jeg vidste, at jeg kunne regne med, og så har jeg kørt en meget åben kommunikation. Lavet nogle simple fælles opdateringer. Jeg er ikke på Facebook, men jeg har lavet det til mine venner. Ja, så har jeg sådan fået det overstået og har meget sagt til folk, når vi skal drikke kaffe på fredag, så orker jeg ikke at snakke om sygdom. Nu ved du hvor jeg er med det hele. Læs mailen [griner]. Jeg gider ikke at sige det én til gang.

(Kvinde i 30'erne, brystkræft)

Normalitet og frirum

At bevare og have adgang til normaliteten i de sociale relationer er afgørende for informanterne og ligger dem stærkt på sinde. Det kan dog være vanskeligt at være sammen, uden at implikationerne af kræftsygdommen gør mødet akavet og svært. Informanterne fortæller, at det hyggelige sociale samvær er afgørende for deres livskvalitet, og beskriver flere centrale kendetegn ved denne type samvær:

Jeg synes også, de ting er gode. Men jeg forbinder det med, når man inviterer en veninde eller nogle venner over, og man sidder og spiser og drikker. Man bliver ikke fulde, men man kommer [...] for du kan have lige så mange nissehuer og lys, men dét der... og det gør man tit, når man siger, kommer du ikke lige over og spiser? Og det er rigtig lækkert, når det er god mad. Men når man inviterer én over at spise, og så drikker man rødvin, [...] og måske sætter man noget bluesmusik på.

(Kvinde i 50'erne, tarmkræft)

Denne hygge kan være vanskelig at mobilisere, hvis den ene part er trist og optaget af det alvorlige ved sygdommen. Det er således en udfordring at skabe rammer for hyggelige socialt samvær, når de tilstedeværende også skal kunne yde støtte og omsorg i forbindelse med selve behandlingsforløbet. Dog kan det, som nedenstående udsagn viser, være muligt at springe imellem den ene og den anden dimension under ét møde:

En af dem, jeg kender, som også har været uhelbredeligt syg i lang tid, indtil der kom noget medicin, han var HIV-positiv. Når han og jeg er alene, så kombinerer vi jo. Vi kan hoppe ind og ud af det. Prøv lige at hør her. Der er dét problem. Sådan og sådan. Hvad synes du, jeg skal gøre ved det? Han er læge, så han kan så komme med nogle konkrete kommentarer til et problem. Jeg synes sagtens, man kan være i den situation og så være i den hjælpende.

(Mand i 60'erne, prostatakræft)

Begge dimensioner kan tilsyneladende kombineres, men det kræver en indsats, som informanterne mener er vanskelig at mobilisere. Informanterne efterlyser derfor hjælp og støtte fra CKSK til at håndtere denne udfordring, og betoner samtidigt, at begge dimensioner af de sociale relationer er vigtige, men kan være svære at rumme på samme tid.

Diskussion og praksisperspektiver

Ifølge nærværende undersøgelse er det ikke ud dannelse eller andre socioøkonomiske markører, der betinger informanternes sundhedsopfattelser. Derimod udspringer informanternes sundhedsopfattelser af en kompleks sammen vævning af erfaringer fra sygdomsforløbet og forskellige former for viden om sundhed, som mobiliseres individuelt, men på baggrund af overvejelser, der centrerer sig om ganske ensartede tematikker.

Dermed afkræfter undersøgelsen også flere af de antagelser og præmisser, som er skitseret i indledningen. Det lader til, at informanternes sundhedsopfattelser påvirker deres møde med CKSK og deres møde med den tildelte kontaktperson, da informanternes opfattelser af sundhed er et led i deres samlede livssituation. Den interessante forskel mellem informanterne består i, hvordan sundhedsopfattelser kommer til udtryk i og praktiseres i den enkelte informants liv, og hvordan dette bæres med ind i kræftrehabiliteringen. Undersøgelsen har vist, at informanterne har en – måske overraskende – bred sundhedsopfattelse, som spænder vidt fra for eksempel grøntsager til aktive og meningsfulde hverdagsliv. Inden for bredden er der dog nogle perspektiver, der er særligt fremherskende: det *decideret sunde*, forhandlingerne mellem det hedonistiske og det *decideret sunde*, det hedonistiske som egenværdi, samt den dobbelte betydning af de sociale relationer.

Alle informanterne navigerer mellem det *decideret sunde* og det hedonistiske – og udfører aktiviteter, fordi de udelukkende har et nydelsesmæssigt formål. Dernæst udtrykker de, at det kræver meget af dem at håndtere de sociale relationers dimensioner: dels støtte og omsorg,

dels samvær og hygge, i forbindelse med sygdoms- og rehabiliteringsforløbet.

Undersøgelsens resultater giver anledning til en skærpet opmærksomhed på fem perspektiver, der med fordel kan gøres til genstand for refleksion blandt praktikere, der arbejder med kræftrehabilitering og andre former for rehabilitering. Disse perspektiver er: *sundhedsopfattelser og rehabilitering*, *KRAM i rehabilitering*, *hedonismens potentiale*, *de sociale relationers udfordringer og muligheder* og *et sprog om krop og sundhed*.

Sundhedsopfattelser og rehabilitering

Selvom kræftsygdomme giver informanterne i denne undersøgelse nogle særlige vilkår i forhold til for eksempel behandling og senfølger, så er der klare paralleller til, hvordan andre patientgrupper forholder sig til sundhed i forbindelse med et forestående rehabiliteringsforløb. Dette ses blandt andet i Pedersens artikel (Pedersen *et al.*, 2017), hvor kortuddannede hjertepatienter fortæller, at de vægter livskvalitet og samhørigheden med deres sociale netværk højt, og nogle gange højere end at følge de sundhedsanbefalinger, som de møder hos de sundhedsprofessionelle i forbindelse med behandling og rehabilitering (Ibid., 2017). Dette fund går igen i nærværende undersøgelse, men ikke som et særskilt aspekt blandt de kortuddannede borgere. Tværtimod synes der at være nogle generelle og overordnede betænkninger hos alvorligt syge mennesker, når de skal forholde sig til rehabilitering og bliver konfronteret med, at de har muligheder og ansvar for at påvirke deres egen sundhed.

Først og fremmest skaber det samfundsmæssige fokus på sundhed en klangbund for overvejelserne om sundhed. Informanterne oplever et normativt pres for at være sunde, men de tager samtidigt afstand fra ekstrem dyrkelse af sundhed. Derudover går det også igen, at de oplever, at det sunde liv, som det defineres af de sundhedsprofessionelle, kan være svært foreneligt med *det gode liv*, som det defineres og leves blandt lægmænd. Et andet tema, der også

hyppigt viser sig, er en indirekte kritik af formålet med rehabilitering og sundhed, for hvad skal rehabiliteringen føre til, og hvem definerer, hvornår målet er nået? Et eksempel herpå kan være, at de sundhedsprofessionelle for eksempel vægter fysisk træning højt, mens borgerne vægter mobilitet og en velfungerende hverdag, og måske hellere vil opnå disse ved at gå en tur hver dag i stedet for at træne i maskiner. Dernæst understreges det også igen og igen, at *man skal jo dø af noget*. Dette udsagn rummer også en kritik af sundhed som mål i sig selv, samt en kritik af de sundhedsbudskaber, der tager afsæt i forskellige risikofaktorer. Informanterne giver i forlængelse heraf udtryk for, at uanset hvor sundt man lever, vil døden med sikkerhed indtræffe på et eller andet tidspunkt. De sundhedsprofessionelle, der arbejder med rehabilitering, bør derfor medtænke, at det *decideret sunde* primært har en instrumentel værdi for de borgere, de møder. Informanterne oplever, at det *decideret sunde* er et middel til at opnå noget andet – for eksempel at være i stand til at gå en tur med hunden eller at have overskud nok til at lave mad.

I en rehabiliteringskontekst bliver det således relevant at overveje og være opmærksom på sundhedsbegrebets forskellige indhold og betydninger, blandt andet fordi de sundhedsprofessionelle almindeligvis har magten til at definere, hvilken form for sundhed der nyder fremme i relationen mellem borgeren og den sundhedsprofessionelle.

KRAM i rehabilitering

Informanterne forbinder KRAM med pligt, samvittighedskvaler og autoritet, men også med rationalitet, viden og fakta. KRAM-budskaberne fremstilles som det modsatte af sanselighed, og hensynet til KRAM kolliderer ofte med ønsket om nydelse og hygge og med informanternes ønsker om meningsfulde og indholdsrigt liv. Dermed er det nærliggende at spørge, om et for smalt fokus på KRAM-faktorerne risikerer at gøre kræfttramte borgere yderligere bekymrede og give dem mere dårlig samvittighed, end de måske i forvejen har?

KRAM-faktorerne er udtænkt som generelle sundhedsråd, men informanterne befinder sig i individuelle situationer med individuelle behov, og de forholder sig til KRAM med nogle særlige forudsætninger, der er farvede af kræftsygdommen. De spørger for eksempel sig selv: Lever jeg længere, hvis jeg udelukkende spiser kål og drikker grøn the? De efterlyser også eksperter eller viden, der kan give klare svar på, hvad der kan være fornuftigt at gøre. Tilsyneladende er der behov for, at de sundhedsprofessionelle sætter større fokus på at hjælpe kræfttramte borgere med at oversætte og relatere KRAM til den enkelte borgers liv på en meningsfuld måde. Dette behov understreges yderligere af, at alle informanterne er udfordrede, når de skal vurdere, om KRAM-faktorerne påvirker deres sygdomsudsigter i negativ eller positiv grad – samt hvordan disse hensyn skal vægtes over for ønsket om livskvalitet. Et for stort fokus på KRAM kan medføre, at borgerne oplever, at deres sygdomsforløb blot bliver endnu en anledning til, at samfundet kan kræve, at de skal ændre livsstil. Det er således grundlæggende vigtigt, at den sundhedsfaglige tilgang til KRAM-faktorerne oversættes og meningsfuldt relateres til den enkelte borgers livssituation, sådan at borgerne ikke opfatter rehabiliteringen som endnu en bølge i en uendelig strøm af påbud om sunde vaner.

Der ligger således en udfordring i at tænke den institutionelle sundhedsforståelse sammen med borgerens forståelse af sundhed. En KRAM-domineret tilgang til rehabilitering kan endvidere medføre en vis silotænkning, hvor indsatserne i rehabiliteringen splittes ud på forskellige faggrupper, der får ansvaret for specifikke elementer af KRAM-faktorerne. Dette medfører en faglig specialisering, som umiddelbart fremstår værdifuld, men som også kan være et irritationsmoment for informanterne, når de for eksempel gentagne gange opfordres til at deltage i nye og flere træningstilbud. Det er derfor afgørende, at den faglige viden og ekspertise, som de sundhedsprofessionelle besidder, relateres individuelt til den enkelte borger og tilpasses borgerens ønsker og behov. Et ek-

sempel på dette kunne være, at fysioterapeuterne er bevidste om at tilbyde og opfordre til forskellige typer af træning og bevægelse, eller helt undlader at tale om træning. I forlængelse heraf er der også et stærkt behov for en større faglig bevidsthed om, samt fokus på, at borgerens kroppe har forskellige dimensioner – og at kroppen ikke reduceres til en materiel genstand, som skal genoptrænes.

Hedonismens potentiale

Det nydelsesfulde er ikke blot relevant at forholde sig til, fordi det positioneres over for det *decideret sunde*, men også fordi informanterne vægter det højt som et perspektiv i sig selv. En ny undersøgelse fra TrygFonden og Tænketa-ken Mandag Morgen viser, at et bredt udsnit af den danske befolkning mener, at livskvalitet og det at *nyde livet* er afgørende elementer for deres sundhed (TrygFonden og Tænketa-ken Mandag Morgen, 2017). Disse resultater er i tråd med fundene i nærværende undersøgelse og er med til at understrege betydningen af livskvalitet og nydelse, som endvidere forstærkes ved alvorlig sygdom som eksempelvis kræft. Nærværende undersøgelses fund kalder på nye refleksioner over, hvordan det hedonistiske kan få plads i rehabiliteringen. Informanterne har mange konkrete bud på dette, for eksempel nye aktiviteter eller blot et fokus i træningen, der har øje for en positiv opmærksomhed på kroppen. Derudover taler de udpræget om naturens gavnlige og beroligende virkning. En tværgående betragtning er, at informanterne fremhæver, at glæde og mening er to uvurderligt vigtige elementer for dem under deres rehabiliteringsforløb – og et fokus på eller udgangspunkt i disse begreber må forventes at have en regulær sundhedsfremmende virkning på kræftramte borgere. I sidste instans kalder dette på overvejelser om en ny tilgang til kræftrehabilitering, der gør KRAM-faktorerne meningsfulde og relevante, og ydermere har fokus på hygge, nydelse, den sanselige krop, sociale fællesskaber, naturen og bekymringsfri glæde.

De sociale relationers udfordringer og muligheder

Det nuværende fokus på pårørende i CKSK bærer præg af, at de pårørende er belastede og skal klædes på til både at passe på sig selv og den kræftramte⁴. Nærværende undersøgelse viser, at denne tilgang bør suppleres af et flerdimensioneret blik på den pårørende, da de pårørende er centrale aktører for den kræftramte på to særskilte måder: Dels yder de praktisk hjælp, støtte og omsorg i håndteringen af sygdommen. Dels bidrager de til at opretholde det almindelige samvær og relationen, som den var forud for sygdommen. I denne dobbelthed ligger flere konkrete opgaver og udfordringer. Informanterne fortæller, at deres pårørende og nære sociale relationer ofte selv tager initiativ til at yde praktisk hjælp og støtte, hvilket i udgangspunktet påskønnes af informanterne. Nogle gange kan hjælpen dog tage en form eller tilbydes på et tidspunkt, der opleves som uhensigtsmæssigt for informanterne. Dette medfører, ud fra informanternes oplevelser, at det bliver vanskeligt at sætte kræftsygdommen i parentes og indgå i relationen med normaliteten i fokus. Men denne dimension er uhyre vigtig, fordi det afslappede sygdomsfri samvær, hvor der er plads til hygge og livsglæde, er grundlæggende meningsgivende og motiverende for informanterne. I forlængelse af dette efterlyser informanterne også vejledning i, hvordan de kan håndtere kommunikationen med deres nære relationer om denne dobbelthed. Dette peger på, at rehabiliteringen måske skal orientere sig mere mod det relationelle som supplement til indsatsen rettet direkte mod den kræftramte og den pårørende hver for sig.

Et sprog om krop og sundhed

En af informanterne i denne undersøgelse siger, at sundhed er et tomt begreb, som kan fyldes af forskellige betydninger. Som undersøgelsen viser, har informanterne talrige associationer til sundhed som begreb. Begge dele peger på en konkret udfordring ved sproget om sundhed. For hvis der kan være så forskelligartede forståelser af, hvad sundhed er, hvordan kan borgere og sundhedsprofessionelle så forstå,

⁴ <http://www.kraeftcenter-kbh.dk/projekter/samspil-med-paaroerende>

hvad hinanden mener, når de bruger ordet *sundhed*? Dette bør give anledning til overvejelser om sprogbruget. En måde at håndtere kompleksiteten kunne være at undlade at bruge ordet *sundhed* i så vid udstrækning, og i højere grad lade borgerne definere, hvad de har behov for, samt hvad de ønsker at kalde disse behov. Under alle omstændigheder bør det overvejes, hvilke implikationer sprogbruget har for det praktiske arbejde med borgerne og deres sundhed. Det samme gør sig gældende for talen om *kroppen*. Her kunne praksisfeltet lade sig inspirere af et begreb som for eksempel *egenkroppen* eller andre begreber fra for eksempel kropsfænomenologien, der kunne være med til at skærpe opmærksomheden på, at borgerne både *er* og *har* kroppe med de implikationer, der følger af dette.

Referencer

- Ahlmark, N. (2015). *Control and recognition in diabetes management – Social practices and meanings surrounding diabetes management in training and everyday life of Arab immigrants in Denmark*. National Institute of Public Health, University of Southern Denmark.
- Cederström, C. og Spicer, A. (2015). *The Wellness Syndrome*. Polity Press. Cambridge, UK.
- Gillian, R. (2007). *Visual Methodologies. An Introduction to the Interpretation of Visual Materials*. Sage Publications, Thousand Oaks, London, New Dehli.
- Halkier, B. (2011). *Methodological Practicalities in Analytical Generalization*. Qualitative Inquiry 17(9) 787 –797. SAGE Publications.
- Halkier, B. (2014). *Fokusgrupper*. 2. udgave, 4. oplag, Samfundslitteratur. Frederiksberg C.
- Handberg, C., Nielsen, C.V. og Lomborg, K. (2013). *Men's reflections on participating in cancer rehabilitation: a systematic review of qualitative studies 2000-2013*. European Journal of Cancer Care 23(2), October 2013.
- Handberg, C., Lomborg, K., Nielsen, C.V. og Midtgaard, J. (2015). *Understanding male cancer patients' barriers to participating in cancer rehabilitation*. European Journal of Cancer Care, July 2015.
- Juul Jensen, M. E., (2008): "Hedonisme". I *Filosofisk leksikon – den vestlige verdens erkendelsesteori, metafysik, etik, logik, videnskabsteori og samfundstænkning*. Michelsen, K. (red.), Harnow Klausen, S. (red.) og Posselt, G. (red.). Gyldendal. Nordisk Forlag A/S, København.
- Kaplan, R. og Kaplan, S. (1989). *The Experience of Nature: A Psychological Perspective*. Cambridge University Press, USA.
- Pedersen, M., Overgaard, D., Andersen, I., Baastrup, M. og Egerod, I. (2017). *Experience of exclusion: A framework analysis of socio-economic factors affecting cardiac rehabilitation participation among patients with acute coronary syndrome*. European Journal of Cardiovascular Nursing 1-9.
- Pedersen, P. V. og Tjørnhøj-Thomsen, T. (2013). "Barnløse og socialt udsattes perspektiver på forældreskab, familie og fællesskab". I Steffensen, V. (red.), Overgaard Mogensen, H. (red.) og Fog Olwig, K. (red.). *Sociale relationer: Et Antropologisk perspektiv*. Samfundslitteratur, København.
- Popay, J., Williams, G. Thomas, C. og Gatrell, T. (1998). *Theorising Inequalities in Health: The Place of Lay Knowledge*. Sociology of Health & Illness, Volume 20, Issue 5:619-644.
- Sassatelli, R. (2001). "Tamed Hedonism: Choice, Desire and Deviant Pleasures". I Gronow, J. (red.) og Warde, A. (red.). *Ordinary Consumptions*. S. 93-106. Routledge, London.
- Thøgersen, U. (2010). *Krop og Fænomenologi. En introduktion til Maurice Merleau-Pontys filosofi*. Academica, Danmark.
- Tjørnhøj-Thomsen, T. (2009). *Framing the clinical encounter for greater understanding, empathy, and success*. The Hearing Journal. Volume 62, Issue 8, s. 38-40 og s. 42-43.
- Trolle Linnet, J. (2011). *Money can't buy me hygge*. Social Analysis, Volume 55, Issue 2, s. 21-44. Berghan Journals.
- TrygFonden og Tænk tanken Mandag Morgen (2017). *Mellem broccoli og bajere – forebyggelse ifølge danskerne*.
- Williams, G. og Popay, J. (1994). "Lay knowledge and the privilege of experience". I Gabe, J. (red.), Kelleher, D. (red.) og Williams, G. (red.). *Challenging Medicine*. London: Routledge.