

Kandidatspeciale 10. semester

FORSLAG TIL FORANDRING AF NAVIGATORTILBUDDETS UDBREDELSESSTRATEGI

- Praksisrettede anbefalinger målrettet
Kræftens Bekæmpelse

Specialegr.: 19gr10307
Michelle Poulsen
Sidsel Lund Laursen
Sofie Kristensen

Vejleder: Lone Jørgensen
Anslag: 284.952
Referencesystem: Harvard
Afleveringsdato: 6/6-2019

10. semester
Kandidatspeciale i Folkesundhedsvidenskab
Aalborg Universitet, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet
Institut for Medicin og Sundhedsteknologi

Resumé

Titel: Forslag til forandring af navigatortilbuddets udbredelsesstrategi – praksisrettede anbefalinger målrettet Kræftens Bekæmpelse

Baggrund: I Danmark er overlevelsen af et stort antal kræftsygdomme forbundet med social ulighed. Denne sociale ulighed kan søges mindsket gennem opsporing af patienter i risikogruppen samt en aktiv indsats målrettet denne gruppe. Navigatortilbuddet målrettet socialt sårbare patienter med kræft, der udbydes af Kræftens Bekæmpelse er et eksempel på en sådan indsats. Trods potentiale ift. forbedrede patientforløb bliver tilbuddet dog anvendt i begrænset omfang, hvorfor det bør tilstræbes at øge tilslutningen hertil.

Formål: At undersøge hæmmende og fremmende faktorer ift. udbredelsen af navigatortilbuddet, og på baggrund heraf udlede praksisrettede anbefalinger til forandring af navigatortilbuddets udbredelsesstrategi.

Metode: En systematisk litteratursøgning udføres mhp. at afdække litteratur vedr. udbredelse og implementering af patientnavigation. Derudover foretages to empiriske undersøgelser hhv. en spørgeskemaundersøgelse blandt sundhedsprofessionelle på udvalgte afdelinger, der behandler patienter med kræft på Aalborg Universitetshospital samt en interviewundersøgelse med sygeplejersker fra disse afdelinger. Den teoretiske referenceramme udgøres af Everett Rogers' teori *Diffusion of Innovations*.

Resultater: På baggrund af litteraturstudiet, de empiriske undersøgelser samt Rogers' teori opstilles en række praksisrettede anbefalinger til Kræftens Bekæmpelse vedr. forandring af navigatortilbuddets udbredelsesstrategi og samarbejdet med de sundhedsprofessionelle. Det anbefales at udbrede navigatortilbuddet vha. foregangsmænd på afdelingerne, mundtlige oplæg med fokus på succeshistorier og informationsmateriale til patienterne. Endvidere anbefales, at tilbuddets målgruppe identificeres med hjælp fra sundhedsprofessionelle mhp. at opstille klare kriterier herfor. Derudover kan henvisningsprocessen med fordel simplificeres. Yderligere anbefales det at styrke samarbejdet med sygehuset ved at organisationen gøres mere synlig og tilgængelig på sygehuset.

Konklusion: De praksisrettede anbefalinger er forslag til, hvordan udbredelsesstrategien kan forandres mhp. at øge udbredelsen af kendskabet til navigatortilbuddet og dermed anvendelsen heraf. Specialet indikerer desuden, at der er behov for yderligere forskning på området.

Abstract

Title: Changing the dissemination strategy regarding navigatortilbuddet – practice-oriented recommendations for Kræftens Bekæmpelse

Background: In Denmark, the survival of a large number of cancer diseases is associated with social inequality. Detection of at-risk patients and targeted strategies are important in preventing and minimizing this inequality. An example of such a strategy is navigatortilbuddet, a programme by Kræftens Bekæmpelse targeting socially vulnerable cancer patients. Despite great potential the utilization of the programme is limited and efforts to increase the usage of the programme is needed.

Aim: To investigate barriers and facilitators in relation to dissemination of navigatortilbuddet and on this basis derive practice-oriented recommendations to change the dissemination strategy of navigatortilbuddet.

Method: A systematic search for literature will be carried out to cover literature on dissemination and implementation of patient navigation. In addition, two empirical studies are carried out: a survey among health professionals at selected wards who treat patients with cancer at Aalborg University Hospital and an interview study with nurses from these wards. The theoretical framework consists of Everett Rogers' theory of Diffusion of Innovations.

Results: Based on the literature study, the empirical studies and Rogers' theory, a number of practice-oriented recommendations are put forward to guide Kræftens Bekæmpelse regarding the change of navigatortilbuddet's dissemination strategy and the collaboration with the health professionals. It is recommended that navigatortilbuddet is disseminated with the help of pioneers at the wards, by oral presentations highlighting success stories and forwarding information material for the patients. Furthermore, it is recommended that the target group of navigatortilbuddet should be identified and defined with the help of health professionals in order to establish clear referral criteria. Additionally, simplification of the referral process is recommended as are strengthening of the collaboration with the hospital by making the organization more visible and accessible at the hospital.

Conclusion: The practice-oriented recommendations are suggestions for how the dissemination strategy can be changed in order to increase the awareness and the use of navigatortilbuddet. The thesis also indicates that further research is needed.

Forord

Følgende speciale er udarbejdet på kandidatuddannelsen i Folkesundhedsvidenskab, Aalborg Universitet. Specialet er forfattet fra februar 2019 til juni 2019 af Michelle Poulsen, Sidsel Lund Laursen og Sofie Kristensen.

*“Nu er timen til ende,
og fra skole vi gå.
Hvad vi lærte derhenne,
skal vi nok huske på.”*

Sådan starter en gammel dansk folkeskolesang som vi i højere grad end nogensinde før kan relatere til. Afleveringen af dette speciale markerer nemlig afslutningen på en lang rejse inden for uddannelsessystemet. Vi glæder os dog og ser frem til de nye, ukendte tider, der er os i vente - og hvis der er noget specialeskrivningen har lært os, så er det, at man kan klare det meste med en god indstilling, hårdt arbejde og gode snacks - en erfaring, vi er sikre på gavner os i vores rejse uden for universitetets trygge rammer.

Vi siger stor tak til vores specialevejleder Lone Jørgensen for grundig og konstruktiv vejledning, der altid har efterladt os med en god følelse i maven. Derudover siger vi stor tak til sundhedspersonalet på de afdelinger, der ønskede at deltage - specialet var ikke blevet til uden jer! Vi håber, specialet vil gøre nytte i *den virkelige verden*; at vi kan inspirere til forandring.

Vi vil ligeledes benytte lejligheden til at takke vores kære, der med en til tider lettere utålmodig, men omsorgsfuld indstilling har støttet os udi vores færd i specialeskrivningen.

God læselyst!

Michelle, Sidsel og Sofie

Læsevejledning til specialet

Dette speciale er opbygget med udgangspunkt i Aalborg-modellen for problembaseret læring. Problembaseret læring sigter mod at udvikle kompetencer til løsning af problemer samt håndtering af viden, kommunikation og samarbejde (Holgaard *et al.*, 2016). Ved en problembaseret tilgang opsøges et problem, som afdækkes ift. hvorfor det er vigtigt at arbejde med det specifikke problem, hvem der har interesse i arbejdet, og hvad der tidligere er gjort ved problemet. Derved søges at forstå problemet i en større sammenhæng og derigennem bygge bro mellem teori og praksis (Holgaard *et al.*, 2016).

Specialets opbygning følger derfor Aalborg-modellen (se fig. 1), hvor det initierende problem indledningsvist beskrives. Dette efterfølges af en problemanalyse, hvor der foretages en grundig undersøgelse og dokumentation af problemet. Med afsæt i problemanalysen opstilles en problemafgrænsning samt en problemformulering. Problemformuleringen er styrende for den efterfølgende problembearbejdning, som først indeholder en beskrivelse af og begrundelse for de anvendte metoder til bearbejdning af problemet. Efterfølgende beskrives specialets teoretiske referenceramme, hvorefter selve problembearbejdningen foretages. Slutteligt diskuteres resultaterne og de anvendte metoder, hvilket danner grundlaget for konklusionen.

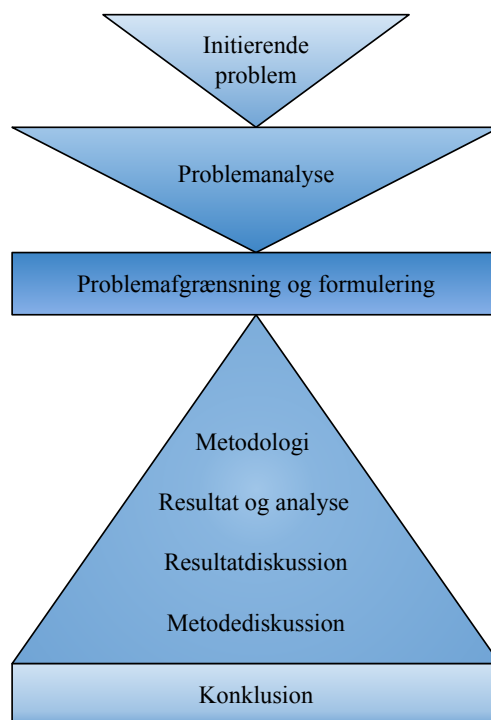


Fig. 1: Illustration over specialets disposition (Holgaard *et al.*, 2016)

Indholdsfortegnelse

1. Initierende problem.....	1
2. Problemanalyse.....	2
2.1 <i>Social ulighed i forekomst og overlevelse af kræft</i>	2
2.1.1 Faktorer af betydning for uligheden i kræftdødelighed.....	3
2.1.2 Håndtering af social ulighed.....	4
2.2 <i>Navigatortilbud til socialt sårbare kræftpatienter</i>	5
2.2.1 Effekter af patientnavigation	7
2.2.2 Udbredelsen af navigatortilbuddet	10
2.3 <i>Navigatortilbuddets hovedaktører</i>	11
2.3.1 Kræftpatienter som aktører.....	13
2.3.2 Sygehuset som henvisende instans.....	15
2.3.3 Opsamling ift. forandringspotentiallet.....	17
2.4 <i>Afgrænsning</i>	17
3. Problemformulering.....	18
4. Metode	19
4.1 <i>Operationalisering af udbredelse</i>	19
4.2 <i>Litteraturstudie</i>	20
4.2.1 Indledende litteratursøgning.....	20
4.2.2 Systematisk litteratursøgning	20
4.2.3 Relevansscreening af litteratur	21
4.2.4 Kvalitetsvurdering	24
4.3 <i>Empiriske undersøgelser</i>	24
4.3.1 Videnskabsteori	25
4.3.2 Metodologi	28
4.4 <i>Spørgeskemaundersøgelse</i>	28
4.4.1 Udarbejdelse af spørgeskema	29
4.4.2 Udformning af spørgsmål.....	31
4.4.3 Validering af spørgeskemaet	33
4.4.4 Rekruttering af respondenter	36
4.4.5 Databehandling og -analyse	36
4.4.6 Ethiske overvejelser.....	39
4.5 <i>Individuelle interviews</i>	40
4.5.1 Det semistrukturerede interview.....	40
4.5.2 Rekruttering af informanter.....	41
4.5.3 Udformning af interviewguide	42
4.5.4 Udførsel af interview	43
4.5.5 Transskribering.....	43
4.5.6 Analysestrategi	44
4.5.7 Verifikation og rapportering	44
4.5.8 Ethiske overvejelser.....	45
4.6 <i>Teoretisk referenceramme</i>	46
4.6.1 Everett M. Rogers' teori <i>Diffusion of Innovations</i>	46
5. Resultater og analyse	49

5.1 Litteraturstudiet	49
5.1.1 Kritisk vurdering	53
5.1.2 Analyse af udvalgte studier	54
5.2 Analyse af spørgeskemaundersøgelsen.....	61
5.2.1 Spørgeskemaundersøgelsens svarprocent	61
5.2.2 Resultater for hele studiepopulationen	62
5.2.3 Resultater for sundhedsprofessionelle med kendskab til navigatortilbuddet	65
5.2.4 Opsummering	66
5.3 Analyse af interviewundersøgelsen.....	67
5.3.1 Manglende erfaring med navigatortilbuddet	67
5.3.2 Faktorer med betydning for udbredelsen.....	71
5.3.3 Udfordringer ift. identificering af målgruppen.....	76
5.3.4 Forslag til ændring af navigatortilbuddets udformning.....	80
5.3.5 Opsummering	82
6. Resultatdiskussion - specialets forandringsforslag	84
6.1 Udbredelsesstrategi	84
6.2 Forhold vedrørende navigatortilbuddets udformning	87
6.3 Forhold vedrørende navigatortilbuddets implementering.....	89
6.4 Forslag til alternativ udformning og implementering	91
6.5 Praksisrettede anbefalinger for forandring.....	93
7. Metodediskussion	96
7.1 Litteraturstudiet	96
7.1.1 Søgestrategi	96
7.1.2 Genfindning.....	97
7.1.3 Anvendte studier samt tjeklister til kvalitetsvurdering.....	97
7.2 Spørgeskemaundersøgelsen	98
7.2.1 Spørgeskemaets udformning	99
7.2.2 Rekruttering af respondenter	101
7.3 Interviewundersøgelsen	102
7.3.1 Transparens.....	103
7.3.2 Gyldighed	103
7.3.3 Overførbarhed.....	105
7.3.4 Analysestrategi	105
7.4 Diskussion af teoretisk referenceramme.....	106
7.5 Samlet vurdering af specialets metoder	106
8. Konklusion	108
9. Referenceliste	109
10. Bilagsfortegnelse	118

1. Initierende problem

I 2018 var der på verdensplan ca. 9,6 mio. dødsfald relateret til kræft (World Health Organization, 2018). I Danmark levede ca. 285.000 personer i 2015 med en kræftdiagnose (Kræftens Bekæmpelse, 2018b), mens der blev registreret ca. 42.000 nye tilfælde af kræft i 2016 og 2017 (Sundhedsdatastyrelsen, 2017). Ifølge en cost-of-illness-analyse foretaget af Syddansk Universitet udgør de totale samfundsmæssige kræftrelaterede omkostninger 11,6 mia. kroner over en femårig periode, hvorfor kræft er en omkostningstung sygdom for samfundet (Kruse and Hostenkamp, 2016). Kræft er tillige forbundet med adskillige individuelle konsekvenser såsom udtalt træthed, smerter, depressive symptomer (Harrington *et al.*, 2010) samt udvikling af visse andre sygdomme, eksempelvis knogleskørhed og demens (Khan *et al.*, 2011). Herudover forekommer der social ulighed i kræft (Kogevinas and Porta, 1997; Dalton *et al.*, 2008; Eriksen, 2018), hvilket i Danmark bl.a. kan observeres som en højere risiko for at udvikle visse kræfttyper samt lavere sandsynlighed for at overleve en kræftdiagnose blandt personer med lav socioøkonomisk position sammenlignet med personer med høj socioøkonomisk position (Dalton *et al.*, 2008). Kræft udgør derfor en omkostningsfuld folkesundhedsmæssig problemstilling med konsekvenser for individ såvel som samfund.

Socialt sårbare patienter med kræft, eksempelvis patienter med ingen eller svagt netværk, enlige, patienter uden for arbejdsmarkedet eller med ingen eller lav uddannelse, oplever i højere grad end andre patienter deres kræftforløb som vanskeligt og har derfor særligt brug for støtte ift. koordinering og information (Nissen, 2015; Lund *et al.*, 2017; Scheuer, Thomsen and Rix, 2018). Ifølge en spørgeskemaundersøgelse foretaget af Kræftens Bekæmpelse blandt patienter med kræft angiver 43 % af patienterne at have brug for psykosocial støtte under deres kræftforløb, mens 92 % har haft behov for hjælp og støtte fra deres familie, venner eller bekendte (Petersen *et al.*, 2018). Social sårbarhed kan således være forbundet med praktiske såvel som psykosociale udfordringer i kræftforløbet, hvilket Kræftens Bekæmpelse har forsøgt at imødekomme ved at iværksætte navigatortilbuddet til socialt sårbare patienter med kræft. Deltagelse i navigatortilbuddet indebærer, at patienten får tilknyttet en navigator, hvis funktion er at støtte patienten ved eksempelvis at deltage i møder, skabe overblik i kræftforløbet og lytte til patienten. En evaluering af tilbuddet viser, at tilknytning af en navigator er associeret med bedre trivsel, øgede sundhedskompetencer samt at patienter med kræft føler sig mindre belastede. Gennem tre år er navigatortilbuddet dog kun benyttet af 268 patienter på landsplan af i alt 406 henviste patienter (Scheuer, Thomsen and Rix, 2018). Dette forekommer som forholdsvis få set i relation til prævalensen og incidensen af kræfttilfælde i Danmark samt den forholdsvis brede definition for tilbuddets målgruppe af socialt sårbare patienter. På baggrund af disse betragtninger antages det derfor, at flere patienter med kræft

kunne have gavn af navigatortilbuddet. Således fremgår et forandringspotentiale ift. at optimere brugen af navigatortilbuddet for, at flere socialt sårbare patienter med kræft får den nødvendige støtte og hjælp i deres kræftforløb.

2. Problemanalyse

Problemanalysen tager udgangspunkt i ovenstående initierende problem og vil indeholde en analyse af problemstillingen mhp. at forstå problemets omfang og centrale forhold, der er af betydning herfor. Viden fra denne analyse benyttes til at belyse et forandringspotentiale ved specialets problem, der med udgangspunkt i problemafgrænsningen og problemformuleringen, analyseres yderligere i den efterfølgende problembearbejdning.

2.1 Social ulighed i forekomst og overlevelse af kræft

Social ulighed i sundhed beskriver overordnet det forhold, at der for visse sociale faktorer, herunder eksempelvis uddannelsesniveau, indkomst, tilknytning til arbejdsmarkedet og miljørelaterede forhold, eksisterer ulighed i forekomsten af visse sygdomme og konsekvenserne heraf. Disse sociale faktorer er dermed bidragende årsager til sygdom og død som følge af differentiell eksponering eller differentiell sårbarhed. Dette betyder hhv., at de kan være direkte årsager til sygdom og død pga. forskellig eksponering eller påvirke individets sygdomsrisiko indirekte ved at bidrage til forskel i sårbarhed overfor sygdomsårsager såvel som ulighed i muligheder for håndtering af et sygdomsforløb og konsekvenser heraf (Diderichsen, Andersen and Manuel, 2011; Diderichsen, Hallqvist and Whitehead, 2019; Olsen, Kjær and Dalton, 2019). I forlængelse af ovenstående definition defineres social ulighed i kræft *“som en systematisk sammenhæng mellem befolkningsgruppers socioøkonomiske position og et kræftrelateret mål”* (Olsen, Kjær and Dalton, 2019, p. 18). Denne beskrivelse dækker således over social ulighed i kræft udtrykt ved en social gradient, hvilket betyder, at uligheden kan observeres som en gradvis ulighed på tværs af befolkningen, der er afhængig af socioøkonomiske forhold (Hvass *et al.*, 2012; Sundhedsstyrelsen, 2017). Denne måde at anskue social ulighed på står i kontrast til social dikotomi, der vedrører den ulighed, der kan observeres mellem en gruppe af socialt udsatte individer f.eks. narkomaner eller hjemløse og resten af befolkningen (Hvass *et al.*, 2012; Sundhedsstyrelsen, 2017). Det er væsentligt at skelne mellem disse typer af social ulighed, idet de har forskellige udgangspunkter for og størrelsesorden af den observerede ulighed.

I Danmark er påvist en social gradient for samtlige dele af kræftforløbet, hvilket betyder, at der kan observeres sociale forskelle ift. bl.a. incidens, behandling og overlevelse af kræft (Olsen, Kjær and Dalton, 2019). I et dansk registerbaseret kohortestudie fandt Dalton *et al.* (2008), at der var

statistisk signifikant højere incidens af tre forskellige typer af hoved-halskræft samt mave-, bugspytkirtel-, livmoderhals-, nyre-, blære- og lungekræft for personer med lavt uddannelsesniveau eller lav indkomst sammenlignet med personer med højere uddannelse eller middelindkomst. Disse kræfttyper er således socialt skævt fordelt i befolkningen, hvilket illustrerer, hvorledes der er en sammenhæng mellem socioøkonomiske forhold og øget risiko for visse kræfttyper. Endvidere dokumenteres i studiet af Dalton *et al.* (2008), at 1- og 5-års overlevelsen som følge af en kræftdiagnose er statistisk signifikant lavere for personer med lav socioøkonomisk position målt ved laveste uddannelsesniveau og indkomst for samtlige af de undersøgte kræfttyper, dvs. 20 af de større kræfttyper (Dalton *et al.*, 2008). Viden om de sociale determinanter og tilknyttede risikofaktorer, der har størst betydning for uligheden i sygelighed og dødelighed, er central ift. at målrette forebyggelsen heraf (Diderichsen, Andersen and Manuel, 2011). I det følgende beskrives faktorer af betydning for uligheden i kræftdødelighed, idet social ulighed i særdeleshed er associeret hermed.

2.1.1 Faktorer af betydning for uligheden i kræftdødelighed

Der er for social ulighed i kræftdødelighed identificeret en række faktorer, der er associeret med lavere socioøkonomisk position, og derfor kan være betydende for den observerede lavere overlevelse i denne gruppe. Dette omfatter bl.a. barrierer relateret til at opsøge læge ved mistanke om symptomer på kræft pga. frygt for, hvad lægen potentielt måtte finde (Hvidberg *et al.*, 2015). Endvidere identificerede Hvidberg *et al.* (2015) signifikant flere negative associationer relateret til kræft blandt personer med lav socioøkonomisk position, herunder at kræftbehandling er værre end selve kræftsygdommen, et ønske om ikke at vide, såfremt personen havde kræft samt at en kræftdiagnose er en dødsdom. Således er der risiko for, at personer med lavere socioøkonomisk position diagnosticeres senere med kræft sammenlignet med personer med højere socioøkonomisk position, hvilket er observeret for visse kræfttyper (Lyratzopoulos *et al.*, 2013; Olsen, Kjær and Dalton, 2019). Kræftstadiet på diagnosetidspunktet har endvidere betydning for overlevelsen, idet et tidligere stadie øger muligheden for helbredelse (American Joint Committee on Cancer, 2010; Olsen, Kjær and Dalton, 2019). Ved en gennemgang af danske studier vedr. social ulighed i kræft udgivet mellem 2008-2018 finder Olsen, Kjær og Dalton (2019), at der er social ulighed ift. tiden, der går fra første lægekontakt til udredning eller behandlingsstart i forbindelse med et kræftforløb. Eksempelvis finder Hansen *et al.* (2008), at høj husstandsformue for kvinder og højt uddannelsesniveau for mænd er associeret med mindre forsinkelse af kræftdiagnosen i mødet med den primære og sekundære sundhedssektor sammenlignet med hhv. kvinder, der er mindre velstillede og mænd med lavere uddannelsesniveau. Endvidere har andre danske studier

identificeret ulighed i henvisning til og brug af rehabilitering blandt patienter med kræft (Holm *et al.*, 2013; Moustsen *et al.*, 2015). Udover faktorer relateret til sundhedssystemet er endvidere en række individuelle risikofaktorer identificeret som værende af mulig betydning for den eksisterende sociale ulighed i kræftdødelighed. I et review af Woods, Rachet og Coleman (2006) sammenfattes eksisterende evidens for mulige årsager til social ulighed i kræftoverlevelse, herunder faktorer relateret til patienten. Disse omfatter bl.a. tilstedeværelse af komorbiditet og højrisikoadfærd samt psykosociale faktorer som manglende social støtte og depressive symptomer (Woods, Rachet and Coleman, 2006). Der er således identificeret tre forskellige overordnede grupper af faktorer, der kan være af betydning for social ulighed i kræftdødelighed: stadie ved diagnosticering, faktorer relateret til sundhedsvæsenet og patientkarakteristika.

Den observerede ulighed i kræft som en social gradient observeret for kræftrelaterede mål kan jf. ovenstående tilskrives en forskel i eksponering for eller sårbarhed over for forskellige sygdomsårsager, hvorved effekten af disse årsager varierer mellem socioøkonomiske grupper. Sårbarhed kan defineres på to forskellige måder (Spiers, 2000), hvor den ene definition tager udgangspunkt i risikofaktorer såsom svagt netværk, ingen eller lav uddannelse, manglende tilknytning til arbejdsmarkedet, etnisk minoritet eller få sundhedskompetencer (Lund *et al.*, 2017). Den anden definition har derimod fokus på sårbarhed som et selvoplevet fænomen, hvorfor sårbarheden vurderes ud fra den enkelte persons oplevelser og ikke ud fra en persons karakteristika (Spiers, 2000). Disse to måder at skelne mellem social sårbarhed kan relateres til to forskellige positioner vedr. opfattelsen af sundhed, hhv. sundhedsfundamentalisme og -relativisme. Med disse to positioner introducerer Wackerhausen (1994) to sundhedsbegreber, hvor sundhed kan anskues ud fra hhv. en almengyldig biomedicinsk forståelse eller som en socialt konstrueret størrelse. Denne distinktion finder ligeledes sted i skelnen mellem socialt sårbare defineret ud fra nogle bestemte risikofaktorer eller et selvoplevet fænomen. I disse forståelser er indlejret to modpoler inden for den begrebslige opfattelse af social sårbarhed, og det er derfor vigtigt at skelne herimellem for at forstå, hvorledes disse opfattelser adskiller sig fra hinanden bl.a. ift. hvem, der opfattes som socialt sårbare, og hvilken betydning dette har for tiltag målrettet denne gruppe.

2.1.2 Håndtering af social ulighed

Ifølge Whitehead (2007) kan social ulighed håndteres på forskellige niveauer, herunder via strategier målrettet individer, lokalsamfund, leve- og arbejdsvilkår samt makropolitisk forhold. Det fremhæves endvidere, at individrettede strategier mhp. undervisning og adfærdsændringer sjældent er tilstrækkelige til at drive den nødvendige forandring for at mindske social ulighed i sundhed (Whitehead, 2007). Størstedelen af de danske sundhedspolitiske programmer målrettet ulighed i

sundhed har dog været orienteret mod at fremme sundheden hos sårbare og udsatte grupper gennem nedbringelse af risikofaktorer som følge af individuel sundhedsadfærd (Vallgård, Diderichsen and Jørgensen, 2014). Ifølge Whitehead (2007) er dette dog ikke tilstrækkeligt, idet der bør gribes ind på flere niveauer for effektivt at håndtere de bagvedliggende sociale årsager til sygdom og død. I tråd med dette har Kræftens Bekæmpelse (2018) oplyst en række anbefalinger til, hvorledes den sociale ulighed i kræft fra politisk side kan søges håndteret via strategier målrettet individuelle risikofaktorer, såvel som aktører på tværs af sundhedsvæsenet. Dette indbefatter bl.a. en anbefaling om, at *"... sygehusene har procedurer og personale, som identificerer socialt sårbare patienter så tidligt som muligt og sørger for en bedre individuel tilpasset behandling"* (Eriksen, 2018). Således bør den sociale ulighed bl.a. søges mindsket gennem en aktiv indsats fra sundhedsprofessionelle på sygehusene til identificering af socialt sårbare patienter, så de tilbydes ydelser, der bl.a. kan fremme kræftoverlevelsen. Et eksempel på denne form for indsats er navigatortilbuddet udviklet af Kræftens Bekæmpelse, hvor et eksternt samarbejde med bl.a. sygehusene skal sikre identifikation og henvisning af socialt sårbare kræftpatienter til tilbuddet om at modtage støtte fra en navigator i kræftforløbet (Kræftens Bekæmpelse, 2017; Scheuer, Thomsen and Rix, 2018).

2.2 Navigatortilbud til socialt sårbare kræftpatienter

I Danmark er navigatortilbuddet en indsats målrettet socialt sårbare kræftpatienter, der har til formål at styrke patientens handlekompetencer, støtte patienten emotionelt, give patienten større forståelse for og sikre fremmøde til behandlingen gennem tilknytning af såkaldte navigatore (Nissen, 2015). En navigator udgør i det danske tilbud en frivillig lægmand, der uddannes i patientnavigation af Kræftens Bekæmpelse. Rekrutteringen af frivillige navigatore tager udgangspunkt i kompetencer som indlevelsesevne, empati og selvstændighed samt evner ift. at skabe struktur og overblik, være opsøgende og vedholdende. Derudover fremhæves en fordel i at have livserfaring, tidligere arbejdet med målgruppen og en sundheds-, socialfaglig eller pædagogisk baggrund (Nissen, 2015; Kræftens Bekæmpelse, 2019). Som udgangspunkt varer et navigatorforløb i Danmark seks måneder (Scheuer, Thomsen and Rix, 2018), hvor der er mulighed for op til ca. tre timers støtte ugentligt fra en tilknyttet navigator (Kræftens Bekæmpelse, 2018a). Støtten består især i at hjælpe patienten med at navigere i sundhedsvæsenet, skabe overblik i behandlingsforløbet, deltage som bisidder ved møder samt bidrage med informativ, praktisk og emotionel støtte (Scheuer, Thomsen and Rix, 2018). Støtten er således hovedsageligt af praktisk og social karakter. Specielt social støtte har vist sig at være væsentlig for kræftpatienter, da denne form for støtte bl.a. kan bidrage til ændret sundhedsadfærd eksempelvis i form af øget fysisk aktivitet eller rygestop (Tay *et al.*, 2013), øget livskvalitet (Applebaum *et al.*, 2013) samt nedsat mortalitet blandt kræftpatienter (Tay *et al.*, 2013).

For at blive tilknyttet navigatortilbuddet skal patienter henvises hertil (se fig. 2 Inklusion). Ifølge en informationsfolder til fagprofessionelle vedr. navigatortilbuddet involverer henvisningsprocessen, at de fagprofessionelle efter vurdering af, at en patient er i målgruppen, skal kontakte projektkoordinatoren i Kræftens Bekæmpelse. Hvis projektkoordinatoren vurderer, at patienten er i målgruppen og der er ledige navigatore, skal de sundhedsprofessionelle forhøre patienten om tilbuddet kunne have interesse og derefter indhente patientens samtykke til, at dennes kontaktoplysninger videregives til projektkoordinatoren. Efterfølgende kontakter projektkoordinatoren patienten for at vurdere, hvorvidt patienten vil have gavn af at få en navigator tilknyttet (Kræftens Bekæmpelse, 2017). Socialt sårbare patienter med kræft karakteriseres i navigatortilbuddet ved at være patienter, som har svært ved at håndtere eget sygdomsforløb pga. manglende ressourcer. Uddybende fremhæves, at der i vurderingen af patienternes sociale sårbarhed ligeledes indgår faktorer som eksempelvis at være enlig, ufaglært, uden for arbejdsmarkedet samt med manglende eller svagt netværk (Scheuer, Thomsen and Rix, 2018). Informationsfolderen til fagprofessionelle vedr. navigatortilbuddets målgruppe fremhæver desuden, at tilbuddet fortrinsvist er målrettet patienter, hvor førnævnte faktorer er gældende (Kræftens Bekæmpelse, 2017). Tilbuddet er dermed målrettet den sociale gradient i kræftbehandling og -overlevelse og overvejende positioneret med reference til en fundamentalistisk opfattelse af social sårbarhed pga. fastsatte risikofaktorer og karakteristika for målgruppen. Det kan derfor problematiseres, hvorvidt en relativistisk forståelse af social sårbarhed kan rummes af tilbuddets opstillede rammer, herunder fordi der er risiko for, at de sundhedsprofessionelle fokuserer på de oplistede karakteristika fremfor patientens individuelt oplevede sårbarhed. Dermed er det muligt, at en andel af patienter med kræft, som oplever stor sårbarhed i forbindelse med deres kræftforløb, ikke favnes af tilbuddet. Der er således risiko for, at nogle patienter med kræft karakteriseres som sårbare uden en oplevelse af at være det, mens andre ikke karakteriseres som værende sårbare, selvom de oplever en sårbarhed i deres kræftforløb.

Med udgangspunkt i tilbuddets målgruppe er der tale om en højrisikostrategi, idet tilbuddet er målrettet personer i særlig høj risiko (Vallgård, Diderichsen and Jørgensen, 2014), herunder specifikt socialt sårbare patienter med kræft. Denne gruppe patienter har højere risiko for at modtage en suboptimal behandling i samtlige dele af kræftforløbet (Nissen, 2015) og tillige risiko for lavere overlevelse som følge af en kræftdiagnose (jf. afsnit 2.1). Navigatortilbuddets formål er at styrke patientforløbet gennem patientnavigation og er dermed et eksempel på patientrettet forebyggelse. Heri ligger, at forebyggelsesbehovet er hos personer, der allerede er syge samt at forværring af sygdommen og udvikling af relaterede komplikationer søges hindret (Sundhedsstyrelsen, 2005; Vallgård, Diderichsen and Jørgensen, 2014), hvorfor det rummer

elementer af både sekundær og tertiær forebyggelse. Forebyggelsen foregår endvidere i tilknytning til sundhedsvæsenet med patienten som aktiv deltager og kan involvere elementer af eksempelvis sundhedsfremme (Sundhedsstyrelsen, 2005). Navigatortilbuddets sundhedsfremmende sigte involverer tilførsel af ressourcer til patienten via social støtte under navigatorforløbet mhp. at understøtte og forøge patientens trivsel, sundhedskompetencer og sociale netværk (Nissen, 2015; Scheuer, Thomsen and Rix, 2018). Dette skal bidrage til, at patienten opnår højere livskvalitet med og efter kræft samt endvidere øge patientens empowerment gennem hjælp til selvhjælp, så patienten får bedre mulighed for at kunne agere selvstændigt efter navigatorforløbet (Scheuer, Thomsen and Rix, 2018). Navigatortilbuddet udgør således et supplement til den typiske forebyggelse af social ulighed i Danmark, da tilbuddets sigte er bredere end forebyggelse af livsstilsfaktorer, idet der fokuseres på sociale forhold hos patienten. Med tilbuddets element af social støtte og understøttelse af patientens sociale netværk søges således i tillæg at håndtere interpersonelle forhold. Manglende social støtte kan ifølge Link og Phelan (1995) betegnes som en distal risikofaktor, hvilket er en bagvedliggende årsag til sygdom i modsætning til mere proksimale risikofaktorer som eksempelvis livsstilsfaktorer. Link og Phelan (1995) fremhæver endvidere, at disse distale faktorer bør tillægges mere opmærksomhed i folkesundhedsarbejdet for at maksimere sundhedsudbyttet på længere sigt. Fokus på social støtte til den socialt sårbare patient med kræft indgår dermed som en mere langsigtet form for forebyggelse og sundhedsfremme, idet patienten tilføres ressourcer, hvilket ifølge Link og Phelan (1995) endvidere kan have betydning for udviklingen og håndteringen af andre sygdomme. Navigatortilbuddet kan dermed potentielt have mere langsigtede positive effekter for patienten pga. fokus på patientens sociale omstændigheder og derigennem tilegnelse af ressourcer.

2.2.1 Effekter af patientnavigation

Navigatortilbuddet er baseret på konceptet patientnavigation, der oprindeligt er udviklet i USA som en strategi til at støtte patienter i sundhedsvæsenet (Freeman and Rodriguez, 2011). Der eksisterer betydelig international forskningslitteratur om anvendelsen af navigators ift. kræft samt mulige effekter heraf (Wells *et al.*, 2008; Paskett, Harrop and Wells, 2013), men omfanget af litteratur vedrørende effekten for kræftbehandling er begrænset sammenlignet med eksempelvis litteratur vedr. patientnavigations betydning for kræftscreening og diagnostik (Scheuer, Thomsen and Rix, 2018). I det følgende redegøres kort for en række internationale studier, der afdækker centrale effekter af patientnavigation ift. patienter med kræft, herunder tilslutning til behandling og screening, kræftoverlevelse, livskvalitet og tilfredshed med behandling. Efterfølgende redegøres for hvilke effekter, der er påvist af det danske navigatortilbud.

I et amerikansk studie af Percac-Lima *et al.* (2015) dokumenteres en gavnlig effekt på fremmødet til aftaler i sundhedsvæsenet ved anvendelse af navigatorer, som telefonisk kontakter patienter med kræft. Af studiet fremgår, at udeblivelsesprocenten i kontrolgruppen var 17,5 %, hvorimod den for gruppen af patienter, som havde en navigator tilknyttet, var 10,2 % (Percac-Lima *et al.*, 2015). Dette indikerer således, at patientnavigation kan medvirke til, at patienter med kræft i højere grad tilslutter sig deres behandling. I studiet af Percac-Lima *et al.* (2015) inkluderes dog ikke udelukkende kræftpatienter, som kan karakteriseres som socialt sårbare, hvorfor udbyttet kan differentiere fra, hvad der opnås i det danske navigatortilbud. Endvidere fremgår af et review, at fremmødet og gennemførelsen af screeninger for kræft var signifikant højere blandt patienter, som havde haft en navigator tilknyttet sammenlignet med patienter uden en navigator (Paskett, Harrop and Wells, 2013). I Danmark får patienterne dog først en navigator tilknyttet såfremt kræft mistænkes (Scheuer, Thomsen and Rix, 2018), hvorfor denne effekt er mindre aktuel for navigatortilbuddet i dets nuværende udformning.

Udover ovenstående effekter af patientnavigation er ligeledes undersøgt, hvorvidt patientnavigation kan have en effekt på livskvalitet og tilfredshed med behandling for patienter med kræft. I forhold til livskvalitet registreres i et amerikansk randomiseret kontrolleret studie ingen effekt af patientnavigation på livskvaliteten fra baseline til tre måneders opfølgning for nydiagnosticerede patienter med bryst- eller tyktarmskræft (Hendren *et al.*, 2012). Dette understøttes i et systematisk review af Tho og Ang (2016), der illustrerer, at patientnavigation med sygeplejersker ligeledes ikke bidrager til forbedring af livskvaliteten blandt de patienter med kræft, der havde haft en navigator tilknyttet sammenlignet med patienter, der ikke havde.

Af et systematisk review og metaanalyse af Wells *et al.* (2018) fremgår endvidere, at der er divergerende effekter på tilfredshed med behandling som følge af patientnavigation. Af reviewet og metaanalysen fremgår, at navigators kan have en positiv effekt på tilfredsheden med kræftbehandlingen for patienter med kræft, mens andre studier ingen forskel finder (Wells *et al.*, 2018). At der ikke observeres nogen effekt på livskvalitet og tilfredshed i studierne af Hendren *et al.* (2012) og Wells *et al.* (2018) kan muligvis skyldes, at målgruppen i studierne ikke udelukkende har været socialt sårbare, men derimod patienter med kræft generelt. Dette understøttes i studiet af Fiscella *et al.* (2012), der udelukkende finder en statistisk signifikant forskel i tilfredshed med behandlingen mellem patienter med kræft, som har tilknyttet navigators og patienter som ikke har, når der stratificeres for uddannelsesniveau. Heraf fremgår, at patientnavigation bidrager til signifikant højere tilfredshed med kræftbehandlingen for patienter med lavere uddannelse end gymnasium sammenlignet med patienter uden navigators tilknyttet (Fiscella *et al.*, 2012). Dette

indikerer, at tilknytning af navigatorer kan bidrage til positive effekter såsom øget tilfredshed blandt patienter med kræft, som har et lavt uddannelsesniveau.

Effekter af det danske navigatortilbud

I 2013 blev det danske navigatortilbud pilottestet tre forskellige steder i Danmark via tre af Kræftens Bekæmpelses kræftrådgivninger, hvorefter det i 2015 blev udbredt på landsplan via ti kræftrådgivninger (Scheuer, Thomsen and Rix, 2018). Tilbuddet er derfor fortsat relativt nyt i Danmark og udbyttet ikke fuldt ud afdækket. Kræftens Bekæmpelse udgav dog i 2018 en evaluering af det landsdækkende navigatortilbud, som det var udrullet i 2015-17, hvor mulige effekter for patienter blev undersøgt. Denne evaluering viser bl.a., at 67 % af patienterne bedre kunne overskue og følge op på møder med sygehuset eller kommunen (Scheuer, Thomsen and Rix, 2018), hvilket understøttes af ovenstående fund fra Percac-Lima *et al.* (2015) og Paskett, Harrop og Wells (2013). Den danske evaluering belyser endvidere, at navigatorforløbet kan bidrage til øget trivsel blandt kræftpatienterne, da majoriteten af patienterne har en høj trivselsscore ved seks måneders opfølgning (Scheuer, Thomsen and Rix, 2018). Endvidere finder et dansk pilotstudie af Kjær *et al.* (2017), at patientnavigation kan bidrage til, at patienterne oplever mindsket stress, færre bekymringer samt øget overblik over behandlingen og symptomer. Resultaterne er dog udledt på baggrund af blot fire informanter, hvorfor konklusionerne er usikre. Studiet af Kjær *et al.* (2017) og evalueringen af navigatortilbuddet inddrager ikke en kontrolgruppe, hvilket ligeledes betyder, at det ikke med sikkerhed kan afgøres, at fundene skyldes patientnavigation.

Opsummerende har international litteratur vist divergerende resultater ift. effekterne af patientnavigation. Endvidere kan resultater fra forskellige studier være svært overførbare eller sammenlignelige med det danske navigatortilbud udbudt af Kræftens Bekæmpelse, idet patientnavigation ofte er implementeret forskelligt ift. eksempelvis typen af navigator, kontekst og målgruppe. Der er ikke foretaget dansk videnskabelig forskning, der specifikt vedrører Kræftens Bekæmpelses navigatortilbud, men der er gennemført en evaluering af tilbuddet samt forskning omhandlende andre former for patientnavigation. På baggrund af den internationale og danske litteratur fremgår, at patientnavigation formentlig kan have en positiv effekt på socialt sårbare patienters evne til at overskue og fremmøde til aftaler i sundhedsvæsenet samt deres trivsel og tilfredshed. Disse positive effekter fremhæver potentialet ved patientnavigation til at forbedre visse forhold i patienters kræftforløb, hvorfor det er vigtigt at sikre, at flest mulige i målgruppen henvises til og får nytte af tilbuddet. I denne henseende er det derfor relevant at afdække udbredelsen af navigatortilbuddet for at undersøge, om det når ud til og accepteres af målgruppen.

2.2.2 Udbredelsen af navigatortilbuddet

Den nuværende udrulning af navigatortilbuddet er udviklet på baggrund af et metodeudviklingsprojekt og en projektbaseret udrulning på landsplan, der hhv. forløb fra 2013-2014 og 2015-2017 (Nissen, 2015; Scheuer, Thomsen and Rix, 2018). I løbet af den landsdækkende udrulning fra 2015-2017 blev i alt 406 patienter henvist til navigatortilbuddet, hvoraf 268 patienter gennemførte et navigatorforløb. Af de inkluderede patienter var 45 (17 %) af disse tilknyttet Region Nordjylland (Scheuer, Thomsen and Rix, 2018), som er fokus i indeværende speciale grundet eksternt samarbejde med Kræftrådgivningen Aalborg. Ifølge tal fra Kræftrådgivningen Aalborg, der administrerer navigatortilbuddet for patienter tilknyttet Region Nordjylland, har 23 patienter i 2018 og 2019 (pr. 20/2-19) deltaget i navigatortilbuddet i Region Nordjylland, mens seks henviste patienter ikke blev inkluderet i tilbuddet (se tabel 1). Dette skyldtes, at patienterne enten var ukontaktbare, ikke havde behov/ønske om at deltage samt var uden for målgruppen. Baggrundsvariablene køn og henvisningssted viste ingen sammenhæng med patienternes manglende deltagelse (Kræftrådgivningen Aalborg - upubliceret, 2018, 2019a).

Antallet af kræftpatienter, som kunne være kvalificerede til at modtage tilbuddet, fremgår ikke af litteraturen, men opgørelser over antallet af nye kræfttilfælde viser, at der i Region Nordjylland var ca. 4000 nye kræfttilfælde pr. år fra 2011-2015 (NORDCAN, 2017). Ydermere er andelen af socialt sårbare i den danske befolkning ikke afdækket, men tages der udgangspunkt i *80-20 problemstillingen* ses, at 20 % af befolkningen vil være dårligere stillet end resten af befolkningen (Iversen, 2013). Dermed kan antallet af inkluderede kræftpatienter sammenholdes med det mulige antal kvalificerede, hvorved tilslutningen til navigatortilbuddet forekommer lav. Det kan således tyde på, at en væsentligt større andel af kræftpatienter i Region Nordjylland kunne have gavn af navigatortilbuddet.

Endvidere fremgår af tabel 1, at flere kvinder end mænd henvises til tilbuddet i Region Nordjylland samt at mange af patienterne henvises fra sygehuset sammenlignet med andre instanser, der samlet dækker over kræftrådgivningen, kommune, kræftlinjen og egen eller pårørendes henvendelse. Disse tendenser for køn og henvisningsinstans fremgår ligeledes på landsplan ifølge evalueringen af navigatortilbuddets nationale udrulning fra 2015-2017 (Scheuer, Thomsen and Rix, 2018).

Tabel 1: Oversigt over henviste patienter med kræft til navigatortilbuddet i Region Nordjylland i 2018 og 2019 (pr. 20/2-19) (Kræftrådgivningen Aalborg - upubliceret, 2018, 2019a)

	2018	2019	I alt
Køn (deltagere)			
Mænd	4	3	7
Kvinder	12	4	16
Total	16	7	23
Ikke modtaget tilbud trods henvisning	4	2	6
Henvist fra (alle)			
Sygehus	7	5	12
Anden instans*	13	4	17
Total	20	9	29

* Anden instans dækker over: kræftrådgivning, kommune, kræftlinjen og egen el. pårørendes henvendelse.

Ifølge en repræsentant fra Kræftrådgivningen Aalborg var der pr. 20/2-19 11 navigatore tilknyttet rådgivningen, mens der var fire igangværende navigatorforløb (Kræftrådgivningen Aalborg - upubliceret, 2019b). Der er således i Region Nordjylland ultimo februar 2019 ikke mangel på navigatore, men i stedet mangel på henviste patienter i målgruppen. Det fremgår endvidere af opgørelser, der sammenligner karakteristika for inkluderede patienter i 2015-2017 med patienter fra 2018, at patientgruppen i 2018 udgøres af færre kortuddannede og færre med komorbiditet sammenlignet med patientgruppen i 2015-2017 (Kræftens Bekæmpelse - upubliceret, 2018). Disse karakteristika er bl.a. en del af beskrivelsen af målgruppen, socialt sårbare kræftpacienter, hvorfor det er muligt, at målgruppen i mindre grad nås i den nuværende udrulning af tilbuddet sammenlignet med i de initierende projektførøb.

Trods høj incidens og ulighed i kræftoverlevelsen fremgår af ovenstående, at hvervningen af kræftpacienter til navigatortilbuddet er lav samt at visse dele af målgruppen muligvis nås i mindre grad på nuværende tidspunkt sammenlignet med i de initierende projektførøb. Endvidere fremgår, at den lave deltagelse i Region Nordjylland ikke er forårsaget af mangel på navigatore, men at det muligvis skyldes, at få kræftpacienter henvises samt at nogle af de henviste patienter ikke ønsker at deltage eller ikke er relevante for tilbuddet.

2.3 Navigatortilbuddets hovedaktører

I det følgende beskrives de vigtigste aktører for udbredelsen af navigatortilbuddet mhp. at forstå og fremanalysere mulige udfordringer relateret hertil. Udbredelse forstås i det følgende som det, at der blandt hovedaktørerne er kendskab til navigatortilbuddet samt at det anvendes. Af fig. 2 fremgår

hovedaktørerne med betydning for navigator tilbuddets udbredelse, som undersøges i det følgende mhp. at identificere mulige forandringspotentialer for implementeringen af navigator tilbuddet.

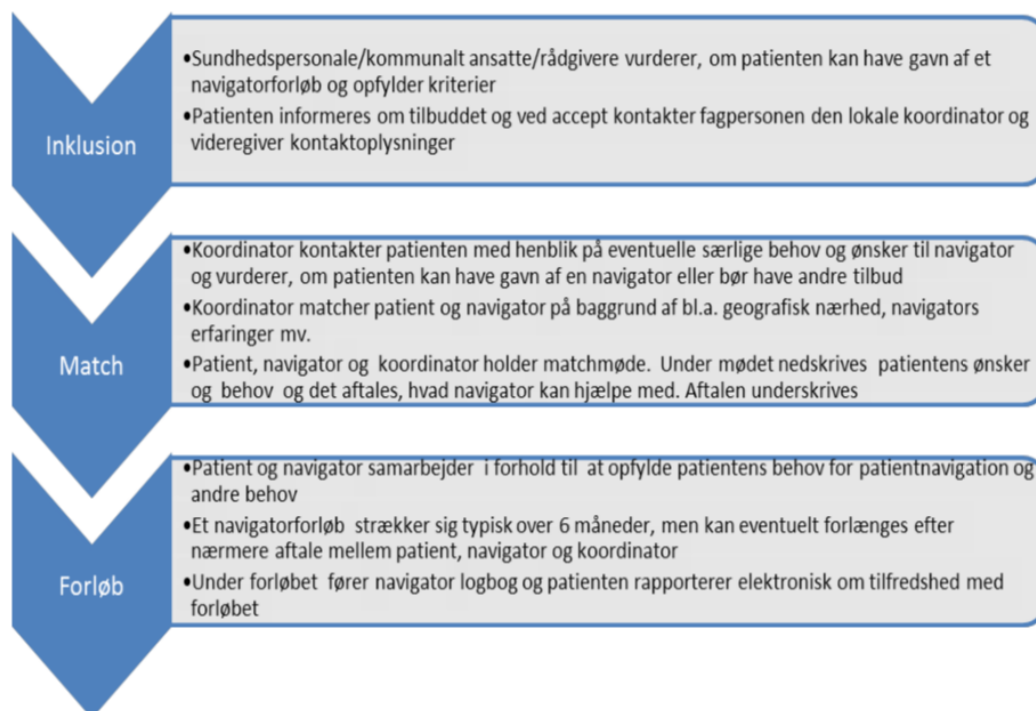


Fig. 2: Navigator tilbuddets hovedaktører og tilknyttede funktioner (Nissen, 2015, p. 13)

I fig. 2 indgår aktører i relation til hvervning af patienter til navigatorforløb, projektkoordinatorer for forløbene samt patienter og navigatore. Udbredelsen af navigator tilbuddet vil afhænge af disse aktører, herunder om de kender til og ønsker at anvende tilbuddet, eller om tilbuddet er forbundet med barrierer og udfordringer, der svækker udbredelsen. Figuren inkluderer sundhedspersonale, kommunalt ansatte og rådgivere som centrale for hvervning af patienter til tilbuddet, men da majoriteten af patienter som omtalt henvises fra sygehus fokuseres i det følgende alene på sygehuset som henvisende instans. Endvidere har projektkoordinatorer ansat ved Kræftens Bekæmpelse ansvaret for bl.a. den endelige inklusion af patienter, ansættelsen af navigatore samt matchning mellem patienter og navigatore til navigatorforløbene (Scheuer, Thomsen and Rix, 2018). Koordinatorfunktionen beskrives ikke yderligere i det følgende, da denne instans er en fast del af navigator tilbuddet, der er ansat i relation til tilbuddet, mens henvisende instanser, patienter og navigatore er foranderlige uafhængige aktører, hvis tilknytning ikke er givet. Fokus på andre aktører end projektkoordinatorerne skal dog ikke forstås som en underkendelse af deres rolle for udbredelsen af navigator tilbuddet. Koordinatorfunktionen indebærer samarbejde med henvisende instanser mhp. at orientere om og udbrede kendskabet til navigator tilbuddet (Scheuer, Thomsen and

Rix, 2018), hvorfor denne funktion er særlig vigtig ift. at sikre hvervning via eksterne samarbejdspartnere. Dette arbejde er derfor essentielt for udbredelsen af navigatortilbuddet, og udfordringer ift. udbredelsen via eksterne samarbejdspartnere vil derfor muligvis kunne føres tilbage til det arbejde, der er udført under koordinatorfunktionen.

Som det fremgår af afsnit 2.2.2 har der foreløbigt ikke været problemer med at rekruttere navigatører til navigatortilbuddet i Region Nordjylland, og i metodeudviklingsprojektet blev det fastsatte mål om antal navigatører ligeledes opnået (Nissen, 2015). Dette indikerer, at udbredelsen og brugen af navigatortilbuddet ikke begrænses af mangel på navigatører i Danmark. I det følgende analyseres derfor alene mulige barrierer hos patienterne samt forhold vedr. sygehuset som hovedansvarlig for hvervning af patienter i målgruppen, der kan have betydning for udbredelsen af tilbuddet.

2.3.1 Kræftpatienter som aktører

En række årsager kan ligge til grund for, at patienter med kræft ikke har eller ikke ønsker en navigator tilknyttet. I rapporten *Navigatorprogram for kræftpatienter* samt evalueringen af navigatortilbuddet udarbejdet af Kræftens Bekæmpelse fremhæves, at patienternes fravær til navigatortilbuddet eksempelvis kan skyldes manglende behov for en navigator samt at patienterne er for syge, hvorfor de ikke vil have gavn af tilbuddet (Nissen, 2015; Scheuer, Thomsen and Rix, 2018). Endvidere beskrives i rapporten, at tilfredsstillende støtte fra familie eller kommune ligeledes kan være årsag til, at patienterne ikke ønsker en navigator (Nissen, 2015). Dette understøttes af Berezowska, Passchier og Bleiker (2019) og Kjær *et al.* (2017), som finder, at tilstedeværelsen af et støttende netværk eksempelvis familie og venner medvirkede til, at patienterne ikke ønskede en navigator. Ydermere viser studiet af Kjær *et al.* (2017) vedr. patientnavigation til nydiagnosticerede lungekræftpatienter, at den hyppigste årsag til at disse kræftpatienter ikke ønskede en navigator var, at de ikke mente at kunne få gavn af denne. Det tyder på, at hvervningen af kræftpatienter ikke er optimal ift. at identificere patienter, som ønsker at anvende tilbuddet eller som kunne have gavn heraf. Idet patientnavigation er et *tilbud* til patienter med kræft, foregår forebyggelsen ud fra liberalistiske principper, hvor individet har frihed til selv at træffe beslutninger (Vallgård, Diderichsen and Jørgensen, 2014). I relation til det frie valg kan manglende anvendelse af tilbuddet endvidere skyldes, at deltagelse i navigatortilbuddet er et uægte mål for den enkelte patient, som ikke selv mener at have behov for ekstra støtte. Uægte mål er ifølge Steen Wackerhausen mål, der ikke opstår og udspringer fra individet selv i modsætning til

ægte mål (Wackerhausen, 1994). Dermed har patienterne selv et ansvar ift. at vurdere, om de finder deltagelse i tilbuddet relevant, og de er derfor berettigede til at fravælge det, hvilket ud fra det liberalistiske princip bør accepteres.

Som tidligere beskrevet betragtes navigator tilbuddet som en højrisikostrategi, hvilket medfører en risiko for utilsigtede konsekvenser i form af stigmatisering af risikogruppen (Vallgård, Diderichsen and Jørgensen, 2014). Stigmatisering er ifølge Benoit, Shumka and Barlee (2010) kendetegnet ved, at en person bliver identificeret som anderledes på grund af specifikke uønskede karakteristika, hvilket kan medvirke til en følelse af skyld eller diskrimination for denne person. Stigmatisering og dertilhørende konsekvenser kan dermed betragtes som en utilsigtet konsekvens, hvilket af Merton (1936) beskrives som uforudsete positive eller negative effekter af et tiltag. Dermed kan frygten for at blive stigmatiseret som følge af tilslutning til gruppen af socialt sårbare potentielt udgøre en barriere for patienter med kræft ift. at deltage i navigator tilbuddet.

Andre hyppige årsager blandt patienter med kræft ift. ikke at anvende navigators er eksempelvis manglende motivation samt fravær af fysiske eller psykosociale problemer hos patienterne (Berezowska, Passchier and Bleiker, 2019). Ydermere kan utryghed ift. deling af personlig information med fremmede, følelse af tilbuddet som tidskrævende og intet ønske om en professionel sørgende, afholde patienter fra at anvende patientnavigation (Kjær *et al.*, 2017). Dermed har patienterne forskellige individuelle årsager relateret til ikke at anvende navigator tilbuddet. Derudover finder Berezowska, Passchier og Bleiker (2019), at 86 % af kræftpatienterne ikke konsulterede med en navigator, fordi patienterne ikke var blevet inviteret til en sådan konsultation. Dette understøttes af Kjær *et al.* (2017), som ligeledes finder, at 50 % af de kvalificerede kræftpatienter ikke informeres om tilbuddet om patientnavigation. Manglende overlevering af viden om eller henvisning til navigator tilbuddet fra henvisende instanser kan således være centralt ift. at patienter ikke hverves til tilbuddet. I forhold til navigator tilbuddets målgruppe af socialt sårbare patienter med kræft er dette særligt problematisk, idet denne gruppe defineres ved at mangle ressourcer til at klare deres sygdomsforløb. Det betyder, at denne gruppe eksempelvis kan mangle sundhedskompetencer, herunder health literacy, der bl.a. omfatter individets kognitive og sociale færdigheder ift. at kunne tilegne, forstå og omsætte sundhedsinformationer for at bevare og fremme et godt helbred (Nutbeam, 2000). Manglende sundhedskompetencer er socioøkonomisk skævt fordelt i den danske befolkning (Bo *et al.*, 2014), hvorfor navigator tilbuddets målgruppe endvidere formodes at være begrænset ift. selv at opsøge og tilegne sig informationen vedr.

navigatortilbuddet. Det kan derfor tyde på, at der ligeledes er visse organisatoriske udfordringer relateret til udbredelsen af navigatortilbuddet.

Opsummerende fremkommer af ovenstående, at en række faktorer relateret til den enkelte kræftpatient har betydning for, om denne gør brug af navigatortilbuddet. Endvidere fremgår, at en omkringliggende faktor, henvisning af kræftpatienter, ligeledes har betydning for anvendelsen af navigatortilbuddet. I forhold til sidstnævnte ses et forandringspotentiale, da denne faktor er afgørende for, at patienter med kræft i det hele taget får kendskab til navigatortilbuddet og tilslutter sig dette.

2.3.2 Sygehuset som henvisende instans

En af hovedaktørerne ift. udbredelsen af navigatortilbuddet er som omtalt sygehuset, idet intentionen er, at patienter med kræft henvises til tilbuddet af de sundhedsprofessionelle, de har kontakt med. Udfordringer relateret til sygehuset som henvisende instans vil derfor kunne have betydning for manglende tilslutning til navigatortilbuddet. Overordnet set vil problemer relateret til hvervningen fra sygehuset bl.a. kunne skyldes manglende kendskab til tilbuddet blandt de sundhedsprofessionelle, så de ikke kan henvise patienter hertil samt manglende villighed eller grundlag for at henvise patienter.

Manglende kendskab blandt de sundhedsprofessionelle som årsag til lav tilslutning til navigatortilbuddet understøttes af udtalelser fra en navigator, der mener, at for få sundhedsprofessionelle på sygehusene har kendskab til navigatortilbuddet. Ifølge denne navigator skyldes dette med stor sandsynlighed, at regionens ledelse og sygehusledelserne ikke har kendskab til eller informerer om tilbuddet, hvorved denne viden ikke når ud i resten af organisationen. Konkret på sygehusene overleveres viden om navigatortilbuddet ofte til afdelingssygeplejerskerne, som pga. travlhed kan glemme at overlevere denne viden til det resterende personale (Lindstrøm, 2015). Derfor eksisterer et muligt forandringspotentiale ift. strategien vedr. udbredelsen af kendskabet til navigatortilbuddet på sygehusene, idet denne instans er afgørende for hvervningen af patienter.

Begrænset tilslutning til navigatortilbuddet kan ligeledes skyldes, at viden om navigatortilbuddet ikke bliver anvendt af de sundhedsprofessionelle. Ifølge organisationsteoretikeren Ikujiro Nonaka (1994) er der fire former for læring, der kan præge organisationer: socialisering, eksternalisering, internalisering og kombineret. Internalisering er en af de vigtigste læringsprocesser i en organisation og indebærer at gøre udefrakommende viden til egne erfaringer (Nonaka, 1994; Jacobsen and Thorsvik, 2014). Hvis det i sygehusregi formåedes at internalisere viden om

navigatortilbuddet i organisationen, ville dette formentlig kunne bidrage til at udbrede kendskabet og anvendelsen af tilbuddet yderligere. Internalisering afhænger af, at der nedskrives rutiner for, hvornår og hvordan de sundhedsprofessionelle bør tilbyde patienterne navigatortilbuddet, samt at de sundhedsprofessionelle derefter tilpasser denne viden til deres egen viden.

I et mixed methods studie af Rocque *et al.* (2017) undersøges og evalueres implementeringen af patientnavigation til patienter med kræft i deres sidste tid. På baggrund af semistrukturerede interviews med navigatorene blev forskellige barrierer og facilitatorer for implementeringen på forskellige niveauer identificeret. På systemniveau blev barrieren *mangel på støtte fra interessenter* identificeret, hvoraf det fremgår, at navigatorene kan møde modstand fra de sundhedsprofessionelle. I tillæg hertil fremhæves *støtte fra lægen* som en af facilitatorerne for en vellykket implementering (Rocque *et al.*, 2017). På baggrund af disse resultater kan en vanskelighed ved udbredelsen af navigatortilbuddet via sygehusene muligvis være, at de sundhedsprofessionelle ikke støtter projektet. Dette kan skyldes, at de ikke finder tilbuddet relevant, professionelt eller effektivt samt at de frygter, at tilbuddet rækker ind i deres arbejdsopgaver. Kommunikationsproblemer i overleveringen af information omkring navigatortilbuddet kan ligeledes være en medvirkende årsag til, at de sundhedsprofessionelle ikke støtter tiltaget. Kommunikationsproblemer kan let opstå pga. den kompleksitet, der ligger i de kommunikationsprocesser, der finder sted, når en modtager skal afkode og fortolke den information, som en afsender har kommunikeret (Jacobsen and Thorsvik, 2014). Misforståelser i kommunikationen kan dermed opstå som følge af, at afsenderen af information omkring navigatortilbuddet ikke formår at formulere eller udtrykke sig således, at modtageren, de sundhedsprofessionelle, forstår informationen på samme måde, som afsenderen tiltænkte dette. Dette kan dermed muligvis forårsage, at de sundhedsprofessionelle ikke anerkender tilbuddet og derfor ikke henviser patienter hertil. Derudover kan ovennævnte kommunikationsproblemer formentlig ligeledes resultere i, at de sundhedsprofessionelle ikke formår at identificere målgruppen, såfremt overleveringen af informationen herom er uforståelig for de sundhedsprofessionelle. I relation til dette konkluderes i evalueringen af navigatortilbuddet fra 2018, at henvindingen af patienter til tilbuddet med fordel kunne optimeres, da en del af de henviste patienter ikke havde lyst til at deltage eller ikke var i målgruppen (Scheuer, Thomsen and Rix, 2018).

Opsummerende ses, at flere forskellige vanskeligheder hos sygehuset kan være betydende for, at navigatortilbuddet ikke anvendes i tilstrækkeligt omfang. Dette kan skyldes manglende kendskab til tilbuddet blandt sundhedsprofessionelle samt utilfredsstillende henvinding af patienter fra sygehuset. Ydermere kan de sundhedsprofessionelles manglende støtte til tilbuddet resultere i, at

navigatortilbuddets udbredelse begrænses. Der er således flere forandringspotentialer i sygehusregi mhp. at øge kendskabet til og anvendelsen af navigatortilbuddet.

2.3.3 Opsamling ift. forandringspotentialiet

På baggrund af ovenstående afsnit om navigatortilbuddets hovedaktører fremkommer flere forandringspotentialer ift. faktorer, der er relateret til både patienterne med kræft og sygehuset som henvisende instans. Blandt henviste patienter med kræft er der identificeret flere mulige årsager til, at de ikke benytter sig af tilbuddet. Disse årsager omfatter bl.a., at patienterne ikke har behov for støtte, er for syge, mangler motivation eller føler, at de ikke tilhører målgruppen. Derudover påvirker den organisatoriske årsag, manglende henvisning, selvsagt ligeledes berettigede patienters deltagelse i navigatortilbuddet. De patientrelaterede årsager til manglende anvendelse af tilbuddet er således sekundære til de årsager, der vedrører sygehuset som henvisende instans, da patienterne nødvendigvis skal have kendskab til tilbuddet, førend de kan afslå deltagelse heri. Derfor vælges at fokusere på sygehuset som henvisende instans og mulige forandringspotentialer, der er tilknyttet denne aktør. Dette omfatter en række organisatoriske faktorer, herunder at de sundhedsprofessionelle ikke har kendskab til eller ikke støtter op om tilbuddet, hvilket medfører, at de ikke informerer om og henviser hertil. Den lave anvendelse af navigatortilbuddet kan i tillæg skyldes, at hvervningen af patienter ikke er tilfredsstillende, da nogle henviste patienter med kræft ikke tilhører målgruppen eller ikke har lyst til at deltage. Dette indikerer et forandringspotentialt ift. at undersøge, hvorledes hvervningen kan optimeres med fokus på sygehuset som den væsentligste instans for denne aktivitet.

2.4 Afgrænsning

Med afsæt i ovenstående analyse af problemstillingen afgrænses specialet til en videre analyse af, hvorledes forhold vedr. sygehuset som henvisende instans kan optimeres mhp. at forandre dele af udbredelsesstrategien for navigatortilbuddet i sygehusregi. Afgrænsningen til sygehuset baseres på, at denne instans som omtalt er en afgørende aktør ift. hvervning af patienter til tilbuddet og dermed har betydning for, at patienterne overhovedet opnår kendskab til og information om tilbuddet. Geografisk afgrænses specialets fokus til Nordjylland pga. eksternt samarbejde med Kræftregisteret Aalborg samt Aalborg Universitetshospital.

Formålet med indeværende projekt er dermed at undersøge årsager til den manglende anvendelse, der kan relateres til sygehusene og på baggrund heraf understrege forandringspotentialer ift. strategien for udbredelsen af navigatortilbuddet i sygehusregi. Dette mhp. at øge antallet af kræftpatienter, som henvises og følgelig potentialt for øget anvendelse af tilbuddet.

3. Problemformulering

Hvordan kan udbredelsesstrategien for navigatortilbuddet blandt sundhedsprofessionelle forandres med henblik på øget anvendelse af tilbuddet?

- Hvilken evidens findes ift. at sikre en vellykket udbredelse af patientnavigation blandt sundhedsprofessionelle?
- Hvor udbredt er navigatortilbuddet på udvalgte kræftafdelinger på Aalborg Universitetshospital, og hvilke faktorer kan have betydning herfor?
- Hvordan beretter sundhedsprofessionelle på Aalborg Universitetshospital om deres erfaringer med udbredelsen af navigatortilbuddet, og hvad opleves som hhv. fremmende og hæmmende herfor?

4. Metode

I følgende afsnit redegøres for specialets operationalisering og brug af ordet udbredelse samt litteraturstudiets udformning. Derudover beskrives, hvorledes de empiriske undersøgelser er planlagt og udført samt hvilke videnskabsteoretiske positioner, der tages afsæt i. Efterfølgende præsenteres de metodologier og metoder, der anvendes i specialets empiriske undersøgelser. Afsnittene skal bidrage til at skabe transparens over specialets metodiske overvejelser mhp. at sikre stringens mellem de metodiske delelementer.

4.1 Operationalisering af udbredelse

Da ordet udbredelse benyttes som beskrivende for det fænomen, der ønskes udforsket i specialet jf. problemformuleringen, beskrives og udledes i det følgende, hvad der forstås herved. Udbredelse operationaliseres overordnet til at udgøre dét, at noget formidles eller videregives til en gruppe af mennesker, hvorved det spredes ud og kendes af mange jf. opslag i Den Danske Ordbog på ‘udbredelse’ og ‘udbrede’ (Ordnet.dk, 2018b, 2018a). Det vil sige, at *udbredelse af navigatortilbuddet* i konteksten af Aalborg Universitetshospital skal forstås som kendskab til navigatortilbuddet blandt sundhedsprofessionelle og endvidere, hvorvidt denne viden er søgt udbredt til relevante kræftpatienter gennem henvisning til tilbuddet. Disse to udbredelsestrin kan beskrives ved særskilte koncepter, hhv. udbredelse af kendskab (dissemination) samt optagelse (adoption) og implementering. Udbredelse af kendskab inden for sundhedsvidenskab kan defineres som en proces, hvor information og interventioner via en aktiv og målrettet strategi udbredes til udvalgte personer indenfor folkesundhed og klinisk praksis. Udbredelsesstrategier benyttes dermed mhp. at øge optagelse og implementering af den udbredte viden og interventioner i praksis. Optagelse og implementering defineres i forlængelse heraf som hhv. beslutningen om vedkendelse til en intervention samt brugen af strategier til integrering af interventionen i praksis (McCormack *et al.*, 2013). I konteksten af udbredelsen af navigatortilbuddet kan udbredelsen af kendskabet henføres til det arbejde, der udføres af Kræftens Bekæmpelse for at øge de sundhedsprofessionelles kendskab til tilbuddet, mens optagelse og implementering af navigatortilbuddet i de sundhedsprofessionelles praksis vedrører forhold ved sygehuset som organisation og den enkelte sundhedsprofessionelle.

I specialet ønskes både at undersøge, hvor vellykket udbredelsesstrategien for navigatortilbuddet har været på Aalborg Universitetshospital samt hvorledes sundhedsprofessionelle foretrækker, at udbredelsen af kendskabet hertil finder sted. Endvidere søges at afdække, hvorledes en vellykket implementering af patientnavigation kan finde sted for at sikre, at interventionen anvendes i praksis.

4.2 Litteraturstudie

Nedenstående afsnit indeholder en beskrivelse og begrundelse for den systematiske litteratursøgning, der har til formål at afdække eksisterende litteratur vedrørende vellykket udbredelse af patientnavigation blandt sundhedsprofessionelle. Den systematiske litteratursøgning danner dermed grundlag for litteraturstudiet, der skal bidrage til besvarelse af det første forskningsspørgsmål: *“Hvilken evidens findes ift. at sikre en vellykket udbredelse af patientnavigation blandt sundhedsprofessionelle?”*.

4.2.1 Indledende litteratursøgning

En indledende litteratursøgning kan ifølge Rienecker og Jørgensen (2017) bidrage til identificering af eksisterende litteratur om problemstillingen samt bestemmelse af relevante søgetermer til den systematiske litteratursøgning. De indledende, usystematiske litteratursøgninger blev udført i bl.a. databaserne PubMed, Cinahl, Sociological Abstracts samt søgemaskinerne Google Scholar og Aalborg Universitetsbiblioteks søgemaskine Primo. Ydermere blev rapporter fra Kræftens Bekæmpelse og Sundhedsstyrelsen samt bøger anvendt i de indledende faser af litteratursøgningen. I indeværende speciale bidrog de indledende litteratursøgninger til en analyse af det initierende problem for at præcisere specialets problemstilling.

4.2.2 Systematisk litteratursøgning

En systematisk litteratursøgning har til formål at øge sandsynligheden for at finde al relevant litteratur og på den måde bidrage til robuste konklusioner (Frandsen *et al.*, 2014; Lund *et al.*, 2014). Dokumentation af en systematisk litteratursøgning kan udarbejdes som en søgeprotokol, der er en struktureret beskrivelse af søgestrategien. Søgeprotokollen bidrager til øget reproducerbarhed, der er afgørende for, at litteraturstudiet kan reproducere af andre forskere (Frandsen *et al.*, 2014). Indeværende speciales søgeprotokol ekspliciteres i de næstkommende afsnit samt i bilag 1.

Søgestrategi

Søgestrategien for den systematiske litteratursøgning blev udarbejdet som en bloksøgning, hvilket ifølge Buus *et al.* (2008) bidrager til en struktureret og transparent søgning. Forinden den endelige søgning blev adskillige mulige søgeblokke og -termer afprøvet, hvilket bl.a. resulterede i, at en bred *Udbredelse*-blok blev udelukket, da dette bidrog til en upræcis søgning, der ikke indeholdt litteratur vedr. det ønskede problemfelt. I stedet blev blokken *Implementering* anvendt, da dette jf. afsnit 4.1 er en del af udbredelsen samt et hyppigere anvendt udtryk i litteraturen, hvorfor dette bidrog til en afdækning af relevant litteratur. For at sikre at implementeringen specifikt vedrørte

patientnavigation, blev en blok med synonymer og overførbare begreber for dette opstillet. Den endelige søgning indeholdt derfor to blokke: *Patientnavigation* og *Implementering*. Indenfor hver af blokkene findes specifikke søgetermer, der varierer afhængig af den anvendte database (Buus *et al.*, 2008). I den systematiske litteratursøgning blev få søgetermer indenfor hver blok udvalgt. Disse blev søgt som både fritext og kontrollerede emneord, såfremt det var muligt, da disse med fordel kan supplere hinanden. Kontrollerede emneord er indekserede søgetermer, der er særegne for den enkelte database, hvorimod fritextord er frie søgetermer, der kan bidrage til fund af litteratur, der endnu ikke er indekseret (Buus *et al.*, 2008). Anvendelsen af få søgetermer skete efter vejledning med en bibliotekar, som rådgav til at udvælge enkelte og præcise søgetermer. Derudover blev trunkering anvendt ift. blokken *Patientnavigation*, hvilket udvider søgningen ved at tilføje forskellige endelser på søgetermerne (Lund *et al.*, 2014). Trunkering blev afprøvet ift. blokken *Implementering*, men blev fravalgt grundet mange irrelevante resultater. De anvendte søgetermer for hver database fremgår af bilag 1.

Søgetermerne indenfor hver blok blev kombineret med boolske operatoren hhv. OR og AND. Anvendelsen af OR medfører, at søgningen udvides, hvorimod AND indsnævrer søgningen (Lund *et al.*, 2014; Krogh and Thomsen, 2018). OR blev anvendt mellem søgetermerne indenfor hver enkelt blok, mens AND blev anvendt til at kombinere blokkene på tværs.

Udvalgte databaser

Databaser er specialiserede indenfor forskellige fagområder (Lund *et al.*, 2014; Krogh and Thomsen, 2018), hvilket bevirker, at den systematiske litteratursøgning med fordel kan udføres i flere databaser mhp. at indsamle litteratur fra forskellige perspektiver. Specialets litteratursøgning blev derfor foretaget i følgende databaser: Cinahl, PubMed, Embase, ProQuest og Cochrane. De udvalgte databaser bidrager til at afdække litteratur inden for sygepleje, biomedicin, folkesundhed og sociologi, mens Cochrane er relevant ift. at fremsøge reviews (Lund *et al.*, 2014; Krogh and Thomsen, 2018; ProQuest, 2019). Databasernes fagområder samt relevans for specialets problemstilling er endvidere uddybet i bilag 1.

4.2.3 Relevansscreening af litteratur

Ifølge Stenbæk og Jensen (2007) kan fastsættelse af inklusions- og eksklusionskriterier forud for litteratursøgningen medvirke til et mere overskueligt antal hits. Inklusions- og eksklusionskriterier blev udvalgt på baggrund af bl.a. konteksten for problemstillingen samt implementering af patientnavigation til den ønskede patientgruppe.

Tabel 2: Inklusion- og eksklusionskriterier

Inklusionskriterier	Eksklusionskriterier
– Sprog: engelsk, dansk, norsk, svensk – Overførbart til dansk kontekst – Implementering af patientnavigation – Patientnavigation omhandlende kræft eller studier, der inddrager kræft	– Infektionssygdomme – Studier udelukkende omhandlende andre kroniske sygdomme end kræft – Mentale lidelser – Hjerneskader – Graviditet og spædbørn – Børn – Indsatser målrettet særligt udsatte grupper eksempelvis hjemløse, stofmisbrugere, aboriginals – Fokus alene på effekter af patientnavigation – Studieprotokoller og afhandlinger

Udvælgelsen af studier skete på baggrund af de prædefinerede inklusions- og eksklusionskriterier, der fremgår af tabel 2. Ifølge Buus *et al.* (2008) kan udvælgelsesprocessen foregå i flere trin, hvor sortering sker ud fra hhv. titel, abstract og hele studiet. I specialet forløb udvælgelsesprocessen ud fra anvisningerne fra Buus *et al.* (2008), hvorfor relevansscreeningen initierende foregik ud fra titel og dernæst abstract eventuelt efterfulgt af frasortering af dubletter. Efterfølgende blev studierne skimmet, og såfremt et studie fortsat blev vurderet relevant, blev det medtaget til nærlæsning samt kritisk vurdering (se afsnit 4.2.4 herom). Derudover blev studierne overført til referencehåndteringsprogrammet Mendeley, hvilket ifølge Lund *et al.* (2014) kan bidrage til at overskueliggøre litteraturen. Endvidere blev kæde- og citationssøgning anvendt ift. studier, der var skimmet, da dette kan bidrage til fund af andre relevante studier (Buus *et al.*, 2008; Frandsen, Christensen and Ølholm, 2016). Dette resulterede dog ikke i yderligere fund, men medvirkede til at genfinde tidligere fundne studier. Kædesøgningen bidrog derfor til en vurdering af, at den systematiske litteratursøgning var tilpas udtømmende.

Relevansscreeningen blev foretaget af samtlige af gruppens medlemmer, da dette muliggjorde sammenligning af udvalgte studier. Såfremt uenighed forekom mellem gruppemedlemmerne, blev studiet diskuteret ud fra inklusions- og eksklusionskriterier indtil enighed. Relevansscreeningsprocessen er illustreret ved et flowchart (se fig. 3).

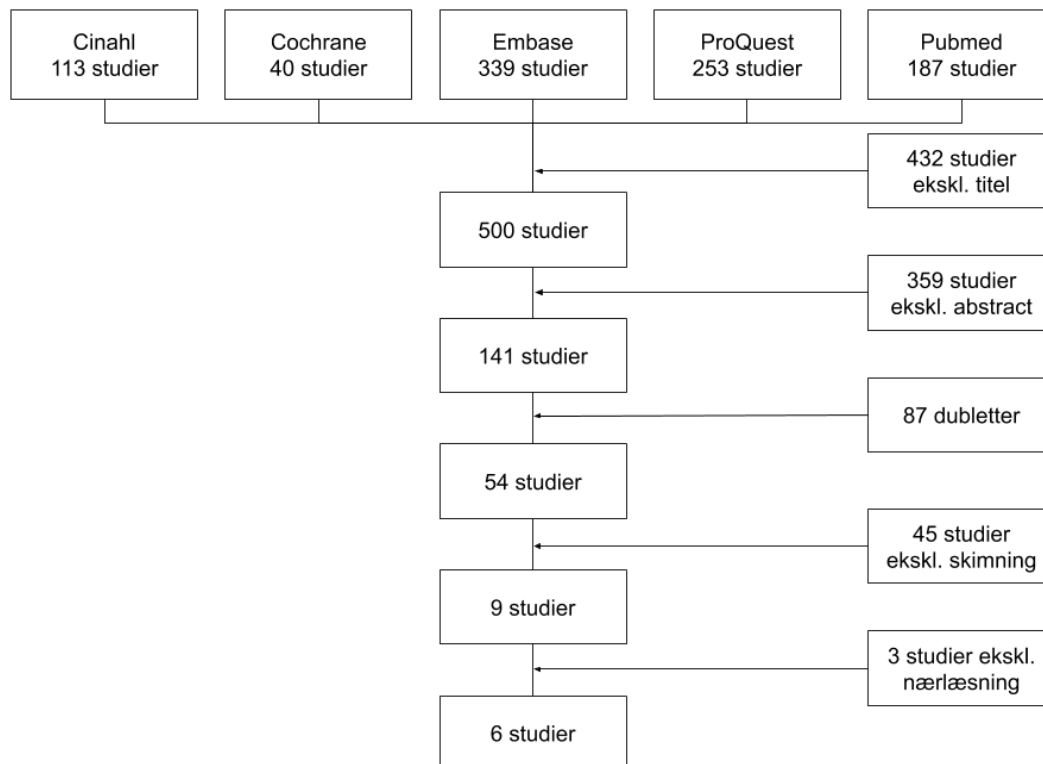


Fig. 3: Flowchart over relevansscreeningsprocessen

Relevansscreeningen resulterede i følgende studier:

- de la Riva, Hajjar, Tom, Phillips, Dong & Simon (2016) *Providers' Views on a Community-Wide Patient Navigation Program: Implications for Dissemination and Future Implementation*
- Doolan-Noble, Smith, Gauld, Waters, Cooke & Reriti (2013) *Evolution of a health navigator model of care within a primary care setting: a case study*
- Fillion, de Serres, Lapointe-Goupil, Bairati, Gagnon, Deschamps ... & Demers (2006) *Implementing the role of patient-navigator nurse at a university hospital centre*
- Freund (2017) *Implementation of evidence-based patient navigation programs*
- Mollica, Adjei, Duffin, Peters, Thomas, Asfeldt & Castro (2017) *Influencing Quality Reporting: Using the Rapid Quality Reporting System in a Community Network*
- Valaitis, Carter, Lam, Nicholl, Feather & Cleghorn (2017) *Implementation and maintenance of patient navigation programs linking primary care with community-based health and social services: a scoping literature review*

4.2.4 Kvalitetsvurdering

Kvalitetsvurdering af studier har til formål at afdække troværdigheden af studiernes resultater. I kvalitetsvurderingen indgår bl.a. en vurdering af den faglige relevans af tiltag, population og målinger samt om anvendte metoder er udført således, at resultaterne er troværdige (Lund *et al.*, 2014). Samtlige inkluderede studier blev kvalitetsvurderet ud fra tjeklister, da Lund *et al.* (2014) beskriver, hvorledes dette kan være med til at sikre, at læseren er kritisk over for studiets resultater. De forskellige studietyper varierer ift. hvilke aspekter, der er relevante at vurdere, hvorfor der eksisterer specifikke tjeklister til de forskellige typer (Lund *et al.*, 2014). I specialet blev tjeklisterne Critical Appraisal Skills Programme (CASP) Qualitative Checklist og A Measurement Tool to Assess systematic Reviews version 2 (AMSTAR 2) anvendt til kvalitetsvurderingerne af de inkluderede studier (se bilag 2), da disse er anvendelige til hhv. kvalitative studier og systematiske reviews (Shea *et al.*, 2017; Critical Appraisal Skills Programme, 2018). Studierne af Doolan-Noble *et al.* (2013), Fillion *et al.* (2006), Doolan-Noble *et al.* (2013), Fillion *et al.* (2013), de la Riva *et al.* (2016) og Mollica *et al.* (2017) er alle kvalitative studier, hvorfor disse studier kvalitetsvurderes vha. CASP til kvalitative studier. Studierne af Freund (2017) og Valaitis *et al.* (2017) er reviews, og disse kvalitetsvurderes derfor vha. AMSTAR 2. Det har været nødvendigt at anvende en tjekliste til kvalitetsvurdering af systematiske reviews, selvom de to reviews metodisk ikke er reelle systematiske reviews. Dette skyldes, at det ikke har været muligt at identificere tjeklister til vurdering af andre typer reviews, herunder scoping reviews, som studiet af Valaitis *et al.* (2017) er eller narrative reviews/usystematiske oversigtsartikler, som studiet af Freund (2017) vurderes at være jf. Grant og Booth (2009).

4.3 Empiriske undersøgelser

De empiriske undersøgelser har til formål at besvare andet og tredje forskningsspørgsmål i specialet. Til planlægning og strukturering af de to empiriske undersøgelser blev taget udgangspunkt i Carter og Littles (2007) model, der illustrerer, hvordan epistemologi, metodologi og metode internt bidrager til hinanden, og hvorledes disse er forbundet og påvirker hinanden. Epistemologi omhandler erkendelsen af viden og beskriver derfor, hvordan der skaffes viden om virkeligheden (Carter and Little, 2007). Specialets epistemologiske grundantagelser tager udgangspunkt i hhv. objektivitet og subjektivitet, hvilket påvirker den metodologi, der anvendes. Metodologi defineres som en beskrivelse af og begrundelse for de metoder, der anvendes i en undersøgelse (Carter and Little, 2007) og udformes i specialet som en survey og et kvalitativt studie. I tilknytning hertil er en række metoder, der udgør de værktøjer, der anvendes til at indsamle og analysere data (Carter and Little, 2007). I specialet anvendes spørgeskema og interview som

metode til at generere data til besvarelse af hhv. specialets andet og tredje forskningsspørgsmål. Figur 4 viser hvorledes epistemologi, metodologi og metode i de empiriske undersøgelser hænger sammen og påvirker hinanden. I de efterfølgende afsnit redegøres og argumenteres for, hvilke videnskabsteoretiske positioner de empiriske undersøgelser tager afsæt i og derefter følger en udførlig beskrivelse af de metodologier og metoder, der er anvendt i de to empiriske undersøgelser. Denne beskrivelse skal bidrage til at sikre og tydeliggøre stringensen i udarbejdelsen af de empiriske undersøgelser.

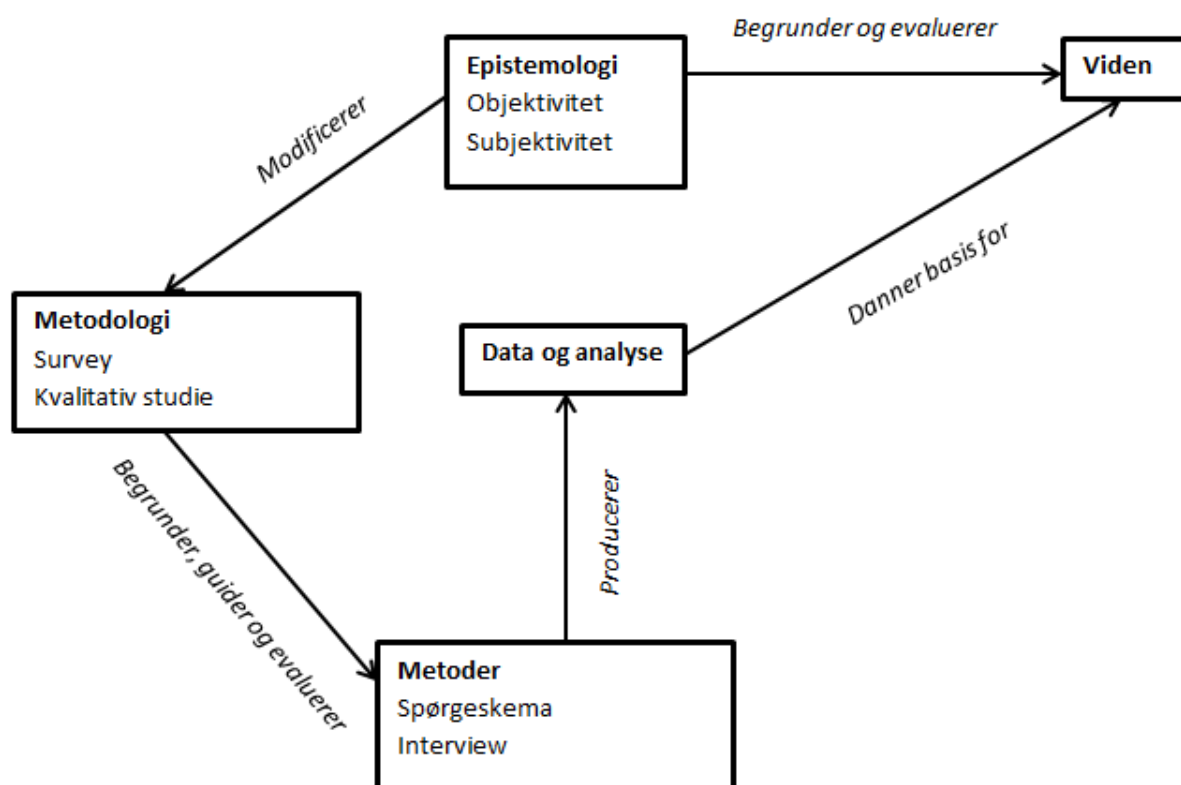


Fig. 4: Illustration over opbygningen af specialets empiriske undersøgelser med inspiration fra Carter og Little (2007)

4.3.1 Videnskabsteori

Videnskabsteori omhandler, hvordan viden skabes gennem specifikke videnskaber samt hvilken viden, de forskellige videnskaber leverer. Karakteristisk for de forskellige videnskabsteoretiske positioner er dermed, at de opfatter virkeligheden forskelligt (Juul and Pedersen, 2012a), og anvendelsen af forskellige videnskabsteoretiske positioner kan derfor supplere hinanden til besvarelsen af problemformuleringen.

Specialet er placeret inden for forskellige videnskabsteoretiske positioner, hvilket kommer til udtryk i forskningsspørgsmålene, der vedrører de empiriske undersøgelser. I det følgende beskrives de videnskabsteoretiske positioner uddybende og der argumenteres for, hvordan de kommer til udtryk gennem specialet. Specialet er positioneret inden for både positivisme og hermeneutik, hvorfor specialet har en flervidenskabelig tilgang til bearbejdningen af problemstillingen.

Positivisme

Specialets andet forskningsspørgsmål: *“Hvor udbredt er navigatortilbuddet på udvalgte kræftafdelinger på Aalborg Universitetshospital, og hvilke faktorer kan have betydning herfor?”* har til formål at afdække udbredelsen af navigatortilbuddet, herunder kendskabet og henvisning hertil, blandt sundhedsprofessionelle og hvilke faktorer, der kan påvirke disse forhold på udvalgte afdelinger, der behandler patienter med kræft på Aalborg Universitetshospital. Med dette forskningsspørgsmål søges således at generere objektiv viden ift. udbredelsen af navigatortilbuddet, og de studerede fænomener er kvantificerbare, hvorfor de kan måles og efterprøves statistisk. Forskningsspørgsmålet er derfor positioneret inden for positivismen, der er centreret omkring objektivitet og kausalitet (Gilje, 2012). Inden for positivisme tilsigtes at genere empirisk sikker viden gennem en objektiv og neutral observation af virkeligheden. I forskning indenfor positivismen testes hypoteser for at kunne falsificere disse (Gilje, 2012), dvs. at hypoteser om virkeligheden forkastes, såfremt det der observeres er i modstrid med den opstillede hypotese. Den epistemologiske grundantagelse indenfor positivismen er, at erkendelsen af sikker viden om virkeligheden opnås gennem videnskaben, og sikker viden er viden om de faktiske forhold. Epistemologien indenfor positivismen er derfor forankret i objektivitet (Gilje, 2012), hvorfor erkendelse af viden er objektiv og målbar.

Hermeneutik

Specialets tredje forskningsspørgsmål: *“Hvordan beretter sundhedsprofessionelle på Aalborg Universitetshospital om deres erfaringer med udbredelsen af navigatortilbuddet, og hvad opleves som hhv. fremmende og hæmmende herfor?”* har til formål at undersøge sundhedsprofessionelles erfaringer med udbredelsen af navigatortilbuddet mhp. at opnå en forståelse for faktorer, der kan være hæmmende og fremmende herfor. Dette tager dermed udgangspunkt i den hermeneutiske videnskabsteori, der har fokus på fortolkning af meninger fra subjektet. Hermeneutik beskæftiger sig med studiet af mennesker og samfund og det, der sker mellem disse samt hvad, der motiverer mennesker til at handle, som de gør. Dermed beror hermeneutik på en antagelse om, at der ikke eksisterer en universel og sand viden. Gennem den hermeneutiske forskning opnås viden om sociale

fænomener dermed gennem fortolkning (Søren Juul, 2012). Fortolkningsprocessen kan beskrives ved den hermeneutiske cirkel, der illustrerer, hvorledes det kun er muligt at se mening med de enkelte dele i sammenhæng med helheden og omvendt. Når et fænomen fortolkes og forstås, vil forforståelsen altid have betydning for den forståelse, der opstår, idet forforståelsen ifølge Gadamer er betingende for forståelsen. Forforståelsen dækker over fordomme, hvilket omfatter den viden eller overbevisning individet på forhånd har om det, der udforskes (Dahlager and Fredslund, 2007). Inden for hermeneutikken er tydeliggørelse af forforståelsen derfor essentiel, da denne har betydning for, hvordan verden ses og forstås (Søren Juul, 2012).

Den epistemologiske grundantagelse indenfor hermeneutik er, at erkendelse af viden om den sociale verden sker gennem fortolkning, som altid er åben for diskussion i form af fortolkninger gennem den hermeneutiske cirkel (Søren Juul, 2012). Epistemologien indenfor hermeneutik tager afsæt i subjektivitet, hvorfor erkendelsen af viden bygger på subjektiv fortolkning. I specialegruppen eksisterer en fælles forforståelse, der har betydning for den fortolkning, der fremkommer af specialets kvalitative analyser, hvorfor forforståelsen beskrives nedenfor.

Fælles forforståelse

Specialegruppens forforståelse er primært opstået som følge af udarbejdelsen af problemanalysen og den viden, der blev genereret i løbet af denne. Der er en fælles forforståelse i specialegruppen om, at kræft er en omfangsrig og kompliceret sygdom, der rammer mange mennesker og er forbundet med store konsekvenser for de patienter, som får kræft. Ulighed i overlevelsen af kræft understreger nødvendigheden af ekstra opmærksomhed på socialt sårbare patienter med kræft.

Ingen af specialegruppens medlemmer havde inden specialets opstart kendskab til navigatortilbuddet. Efter kendskabet opstod en fælles forforståelse af, at navigatortilbuddet er et relevant og godt tilbud, da der eksisterer en oplevelse af, at social støtte vil kunne gavne mange patienter med kræft; mange flere end det aktuelt gør. Det antages dog, at det i sygehusregi kan være vanskeligt for sundhedsprofessionelle i en travl hverdag at tilegne sig viden om aktuelle tiltag fra eksterne samarbejdspartnere til patienter med kræft. Derudover formodes, at det kan være svært at få tid og ro til at fortælle om og tilbyde tilbuddet til socialt sårbare patienter, der udover en kræftdiagnose i tillæg har andre svære omstændigheder at håndtere. Der er således behov for at forandre den strategi, hvorpå navigatortilbuddet er udbredt på sygehuset for at sikre, at flere patienter vil kunne få gavn af tilbuddet.

4.3.2 Metodologi

De forskellige videnskabsteoretiske positioner ligger som beskrevet op til forskellige metodologier. I positivismen benyttes ofte en kvantitativ tilgang, hvorimod der i hermeneutikken oftere benyttes en kvalitativ tilgang (Pedersen, 2012). I afdækningen af udbredelsen, herunder kendskabet og henvisning til navigatortilbuddet blandt sundhedsprofessionelle på Aalborg Universitetshospital, anvendes en kvantitativ tilgang. En anvendt metodologi indenfor positivismen er survey (Juul and Pedersen, 2012b), der er en strategi til at indsamle informationer fra mange personer. Survey foretages i en stikprøve, og formålet er derefter at undersøge statistiske sammenhænge ved besvarelsene. En dataindsamlingsmetode tilhørende survey er spørgeskemaundersøgelse (Launsø, Rieper and Olsen, 2017), hvilket udføres til at undersøge udbredelsen af navigatortilbuddet. Endvidere søges som beskrevet at afdække sundhedsprofessionelles erfaringer med udbredelsen af navigatortilbuddet vha. en kvalitativ tilgang. En anvendt metodologi indenfor hermeneutikken er det kvalitative studie, hvilket er en strategi til at opnå viden om menneskers livssituation, og formålet er derfor at afdække informantens oplevelser så specifikt og præcist som muligt (Tanggaard and Brinkmann, 2015a). Indenfor kvalitativ forskning anvendes eksempelvis interview som dataindsamlingsmetode (Krogh and Thomsen, 2018), hvilket benyttes til at udforske de sundhedsprofessionelles erfaringer med navigatortilbuddet.

Specialets empiriske undersøgelser tager dermed afsæt i to metodologier: survey og et kvalitativt studie. Disse to dele er endvidere forbundne, idet centrale fund fra spørgeskemaundersøgelsen søges uddybet og udfoldet i interviewundersøgelsen. På denne måde tager specialets empiriske undersøgelser udgangspunkt i en kvantitativ undersøgelse, der suppleres og kombineres med kvalitativt indsamlede data for at opnå en uddybende forståelse for fænomener (Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse, 2015), der er af betydning for udbredelsen af navigatortilbuddet. Fund fra de indledende litteratursøgninger samt litteraturstudiet bidrager i tillæg med viden til fokusering af det kvalitative studie.

I de følgende afsnit afdækkes specialets dataindsamlingsmetoder, der som omtalt udgøres af en spørgeskemaundersøgelse og en interviewundersøgelse.

4.4 Spørgeskemaundersøgelse

For at undersøge udbredelsen af navigatortilbuddet blandt sundhedsprofessionelle blev udført en spørgeskemaundersøgelse på forskellige afdelinger, der behandler patienter med kræft på Aalborg Universitetshospital. En spørgeskemaundersøgelse som metode kan være en effektiv strategi til at indsamle information om mange individer på en billig og tidsbesparende måde sammenlignet med interviews (Olsen, 2005; Aday and Cornelius, 2006; Launsø, Rieper and Olsen, 2017). Denne

metode er derfor passende ift. at beskrive og kvantificere omfanget af kendskab og henvisning til navigatortilbuddet på de respektive afdelinger baseret på en stikprøve af de ansatte sundhedsprofessionelle.

Før udarbejdelsen af et spørgeskema er det vigtigt at afsøge litteraturen for at undersøge, om der i forvejen er udviklet spørgeskemaer, der måler på det, som det nye spørgeskema har til formål at afdække (De Vet *et al.*, 2011). Da det ikke var muligt at identificere allerede indsamlede data eller validerede spørgeskemaer i litteraturen, blev et nyt spørgeskema udviklet til dette formål. Udarbejdelsen af spørgeskemaet blev baseret på viden fra problemanalysen, der bidrager til at belyse mulige udfordringer blandt sundhedsprofessionelle ift. henværing af patienter til navigatortilbuddet. Et godt spørgeskema er ifølge Aday og Cornelius (2006) resultatet af god planlægning, hvorfor det er vigtigt at planlægge og overveje forskellige trin i udarbejdelsen af spørgeskemaet. Udarbejdelsen af et spørgeskema er endvidere en dynamisk og iterativ proces, hvor det kan være nødvendigt at gå tilbage og ændre ting som tidligere i processen er blevet udført eller planlagt (Aday and Cornelius, 2006; De Vet *et al.*, 2011). Dette fremgår særligt af afsnit 4.4.3 omhandlende validering og pilottest af spørgeskemaet, hvor spørgeskemaet tilrettes af flere omgange som følge af opnåede indsigter fra pilottestningen. De følgende afsnit beskriver de forskellige trin i planlægningen og udførelsen af spørgeskemaundersøgelsen.

4.4.1 Udarbejdelse af spørgeskema

Før udarbejdelsen af spørgeskemaet er det ifølge Olsen (2006) vigtigt, at problemstillingen, der ønskes studeret, er klart formuleret samt at væsentlige begreber operationaliseres. Endvidere bør ligeledes tages stilling til ønskede baggrundsspørgsmål, hvilke spørgsmålstyper, der er relevante for at besvare og afdække problemstillingen samt hvorledes spørgeskemadataene indsamles (Olsen, 2006). For indeværende speciale tager spørgeskemaundersøgelsen afsæt i forskningsspørgsmålet: *“Hvor udbredt er navigatortilbuddet på udvalgte kræftafdelinger på Aalborg Universitetshospital, og hvilke faktorer kan have betydning herfor?”*. Problemstillingen, der ønskes belyst, vedrører dermed udbredelsen af navigatortilbuddet blandt sundhedsprofessionelle og identifikation af mulige facilitatorer og barrierer relateret hertil. Udbredelse er operationaliseret, som det fremgår under afsnit 4.1. Endvidere blev enkelte baggrundsoplysninger indsamlet for at belyse, om disse har betydning for udbredelsen af navigatortilbuddet.

Indsamlingsmetoden for spørgeskemaet bør bestemmes ud fra forskningsspørgsmålet eller studiepopulationen (De Vet *et al.*, 2011). I dette speciale blev spørgeskemaet udarbejdet som et trykt spørgeskema, idet dette blev vurderet til at være et optimalt værktøj ift. indsamling af de ønskede informationer. Dette skyldes, at den ønskede viden kan indsamles via relativt simple og

korte spørgsmål, hvilket endvidere er vigtigt ved et selvudfyldt spørgeskema, der skal være selvforklarende (Olsen, 2005), dvs. kunne forstås alene ud fra det skrevne uden mulighed for yderligere uddybning fra forskeren. Derudover blev dette format for spørgeskemaet vurderet acceptabelt og passende blandt sundhedsprofessionelle, idet det giver mulighed for på en struktureret måde at opstille et overskueligt antal spørgsmål, som den sundhedsprofessionelle på let og hurtig vis kan besvare i en pause eksempelvis i løbet af en travl arbejdsdag. Det trykte spørgeskema viste sig endvidere at være den mest oplagte og gennemførlige dataindsamlingsmetode pga. manglende adgang til mailadresser på de relevante afdelingers ansatte, hvorfor et webbaseret spørgeskema ikke var muligt.

I udarbejdelsen af spørgeskemaet var fokus på, at spørgeskemaets layout skulle være overskueligt samt udstråle seriøsitet, hvilket vurderes relevant ift. at fange målgruppens interesse (Marckmann, Nørregård-Nielsen and Hansen, 2008). Dette blev søgt opnået ved at holde spørgeskemaet kort med få og simple spørgsmål opstillet i afdæmpede farver samt inddeling af spørgeskemaet i segmenter adskilt med en vandret streg, som beskrevet af Kruuse (2007). Disse segmenter udgøres af et segment med baggrundsspørgsmål (spørgsmål 1-5), en del med generelle spørgsmål vedr. udbredelse af tilbud blandt sundhedsprofessionelle (spørgsmål 6-7), et filterspørgsmål (spørgsmål 8) samt en særskilt del vedrørende navigatortilbuddet (spørgsmål 9-11). Disse grupperinger af spørgsmålene i segmenter efter samhørende emner blev benyttet, da det kan bidrage til at øge respondenternes svarmotivation (Olsen, 2006).

Spørgeskemaet indeholder desuden en følgeskrivelse, der kort og præcist beskriver formålet med undersøgelsen, forventet besvarelsestid, sikring af anonymitet for deltagere samt hvem afsenderne er. Denne følgeskrivelse har til formål at informere respondenterne om undersøgelsen og ligeledes skabe motivation til at deltage (Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse, 2015). Afsender er angivet med navne samt institution (Aalborg Universitet), og universitetets studenterprojekt-logo er påsat spørgeskemaerne. Dette er valgt, idet det bidrager til at gøre spørgeskemaet mere formelt og understrege dets vigtighed, hvilket kan bidrage til at øge svarprocenten (Marckmann, Nørregård-Nielsen and Hansen, 2008). Derudover indeholder spørgeskemaet afslutningsvist et afsnit, hvor sundhedsprofessionelle opfordres til at notere kontaktinformationer mhp. et supplerende interview. Dette afsnit består af en kort beskrivelse af formålet med de individuelle interviews samt muligheden for at angive et telefonnummer eller en mailadresse, såfremt respondenterne er interesserede i at deltage.

4.4.2 Udformning af spørgsmål

Spørgsmålene i spørgeskemaet beskrives i det følgende med udgangspunkt i Olsens (2006) terminologi for spørgsmålstyper og svarkategorier. Spørgsmålene 1-5 til indsamling af baggrundsoplysningerne *køn, alder, årstal færdiguddannet, profession* og *afdeling* er af faktuel-generel karakter, idet de vedrører afdækning af ydre påviselige forhold, der principielt kan efterprøves eller påvises i eksempelvis registre (Olsen, 2006). Efterprøvning af oplysningerne er dog ikke muligt i indeværende speciale, da adgang til disse oplysninger ikke foreligger, hvilket dog ikke vurderes væsentligt, da spørgsmålene er relativt simple. Spørgsmål 6 og 7 omhandler præference ift. hhv. hvem der leverer viden vedr. patientrettede tilbud samt måden, hvorpå denne viden gives, og der er således tale om et holdningsspørgsmål. Holdningsspørgsmål kan i modsætning til de faktuelle spørgsmål ikke efterprøves, idet de vedrører et individs subjektive vurderinger eller evalueringer af fænomener, der er eksterne til individet (Olsen, 2006). Spørgsmål 8-10 er faktuelle spørgsmål, der afdækker hhv. kendskab til navigatortilbuddet, hvorfra dette kendskab stammer samt hvorvidt den sundhedsprofessionelle har informeret om eller henvist til navigatortilbuddet. Der er tale om faktuelle-episodiske spørgsmål, idet respondenterne må genkalde sig informationer fra konkrete begivenheder for at besvare spørgsmålene (Olsen, 2006). Spørgsmål 9 og 10 besvares alene af respondenter, der har svaret 'Ja' til spørgsmål 8, der fungerer som et filterspørgsmål ved at anvise, hvilket spørgsmål respondenterne skal gå til afhængigt af om personen har kendskab til navigatortilbuddet eller ej. Respondenter, som ikke kender til navigatortilbuddet, henvises til spørgsmål 11 for videre besvarelse. Denne sti sikrer, at respondenterne ikke skal besvare spørgsmål, som er irrelevante for dem, og som de derfor ikke kan besvare (Münster, 2011). Spørgsmål 10 har endvidere et delspørgsmål (10a) for dem, der svarer 'Nej' til at have informeret eller henvist til navigatortilbuddet, som de ledes videre til ved '*Hvis nej, hvad er den primære årsag til det?*'. Dette vedrører bevæggrunden for ikke at have informeret/henvist patienter til navigatortilbuddet, og der er således tale om et holdningsspørgsmål. Spørgeskemaets sidste spørgsmål (spørgsmål 11) er ligeledes et holdningsspørgsmål. Dette spørgsmål vedrører identificering af relevante patienter til navigatortilbuddet på baggrund af læsning af et kort tekstudklip omhandlende navigatortilbuddets målgruppe fra informationsfolderen til fagprofessionelle udgivet af Kræftens Bekæmpelse. Dette spørgsmål blev vurderet relevant for samtlige respondenter, da sundhedsprofessionelle uden kendskab til navigatortilbuddet fortsat kan bidrage til at belyse identifikation af tilbuddets målgruppe. Overordnet set er spørgeskemaet opbygget som en balance mellem faktuelle og holdningsspørgsmål. Dette stemmer overens med, at spørgeskemaundersøgelsen har et faktuel såvel som et holdningsmæssigt sigte jf. formålet med

forskningsspørgsmålet, der sigter mod at afdække udbredelsen af navigatortilbuddet og få et indblik i, hvilke faktorer, der kan have betydning herfor.

Formulering af gode spørgsmål forudsætter, at anvisninger herfor følges for at understøtte den tiltænkte forståelse af spørgsmålene og mindske måleproblemer. Spørgeskemaets spørgsmål er derfor udarbejdet og formuleret med udgangspunkt i anbefalinger vedr. *fokusering*, *neutralitet* og *relevans*. *Fokusering* vedrører, at spørgsmålene er formuleret således, at der ønskes indsigt i én information alene frem for, at der spørges til flere ting i samme spørgsmål (Olsen, 2006). Undtagelsesvist er spørgsmål 10 “*Har du informeret og/eller henvist patienter med kræft til Navigatortilbuddet?*” dog formuleret som et spørgsmål, der vedrører to komplementære og dog forskellige informationer. Dette er gjort, da det i spørgeskemaundersøgelsen ikke er relevant at kunne skelne mellem disse to forhold, men det har været centralt, at begge forhold var indeholdt for at mindske mulige misforståelser. Dette skyldes, at der for navigatortilbuddet kan skelnes mellem det forhold, at en patient er informeret om tilbuddet eller om den sundhedsprofessionelle har kontaktet navigatortilbuddets projektkoordinator ift. at henvise en patient hertil. Disse forhold kan være foregået sideløbende, men den sundhedsprofessionelle kan også blot have informeret en patient uden at have etableret en henvisning. I tillæg hertil vurderedes, at sygeplejersker og læger muligvis har forskellige opfattelser af, hvad det vil sige at henvise til et tilbud, hvorfor begge forhold er indeholdt i spørgsmålet. Spørgsmålene er endvidere formuleret med afsæt i egenskaben *neutralitet*, der vedrører, at spørgsmålene er balancerede og ikke ansporer respondenterne til at svare på en bestemt måde (Olsen, 2006). I tillæg hertil medvirker *relevans* i udarbejdelsen af spørgsmålene til, at spørgsmålene skal vedrøre respondenternes egne erfaringer, dvs. at respondenterne skal have erfaring med det, der spørges til for at spørgsmålet er relevant for dem (Olsen, 2006). Dette bidrager filterspørgsmålet (spørgsmål 8) til at sikre, idet personer, der ikke har kendskab og dermed erfaring med navigatortilbuddet ledes til spørgsmål 11, så de ikke skal besvare spørgsmål 9-10, som de ikke har grundlag for at svare på. I udarbejdelsen blev ligeledes fokuseret på at mindske mulige misforståelser og aflaste respondenterne mest muligt ved at sikre grammatisk korrekthed, enkelthed i formuleringer og undgå dobbelte negationer (Olsen, 2005).

Spørgsmålene er formuleret som lukkede eller delvist lukkede spørgsmål, når der ses bort fra baggrundsspørgsmålene. Det vil sige, at majoriteten af spørgsmålene har på forhånd definerede svarkategorier, hvor det har været muligt at formulere udtømmende svarkategorier, dvs. med samtlige potentielle og gensidigt udelukkende svarkategorier (Olsen, 2006). Spørgsmål 6, 7, 9 og 10a har desuden en ‘Andet’-svarkategori, hvor respondenterne har mulighed for at angive et alternativt svar til de på forhånd definerede kategorier. Dette gør dem til delvist lukkede spørgsmål, idet der åbnes op for muligheden for, at respondenterne selv kan angive et svar, der ligger ud over de

definerede kategorier (Olsen, 2006). Dette er gjort for at sikre udtømmende svarkategorier ved spørgsmål, hvor det vurderedes, at dette muligvis ikke var tilfældet med de definerede svarkategorier. De resterende lukkede spørgsmål har således tvungne svarkategorier, hvilket ifølge Münster (2011) er at foretrække i spørgeskemaundersøgelser pga. det kvantitative sigte. Med dette valg bør dog overvejes, hvorvidt der for visse spørgsmål bør indgå 'Ved ikke' eller 'Ikke relevant'-svarkategorier (Olsen, 2005; Münster, 2011), men dette blev ikke vurderet at være relevant i indeværende spørgeskemaundersøgelse pga. spørgsmålenes karakter, der ikke vurderedes at være følsom eller compromitterende.

Svarkategorierne blev endvidere formuleret med fokus på, at de skulle fungere som naturlige spørgsmålsforlængelser, dvs. at de er logisk sammenhængende med og relateret til spørgsmålet (Olsen, 2005). I tillæg hertil blev ved formuleringen af svarkategorierne til spørgsmål 6, 7, 9 og 10a fokuseret på at mindske spørgsmålets betydningsvidde, hvorved mulige sproglige og forståelsesmæssige misforståelser søges minimeret. Betydningsvidden dækker ifølge Olsen (2006) over det forhold, at ord for forskellige personer kan have forskellige betydninger og er centralt ift. spørgsmålets betydningsvidde overordnet set. De førnævnte svarkategorier blev derfor søgt formuleret således, at de fungerer afklarende for respondenterne, idet de bidrager til at tydeliggøre og illustrere, hvordan spørgsmålet skal forstås (Olsen, 2006). Med udgangspunkt i spørgsmål 9 "*Hvor har du hørt om Navigatortilbuddet?*" bidrager de på forhånd definerede svarmuligheder (oplæg fra Kræftens Bekæmpelse, personaleblad/magasin, informationsmateriale, kollega og bekendte) til at afklare, at spørgsmålet er målrettet informationskilder til navigatortilbuddet og ikke eksempelvis geografiske steder, hvor informationen er opnået.

4.4.3 Validering af spørgeskemaet

Trods efterlevelse af metodemæssige anbefalinger vedr. konstruktion af spørgeskemaet er der risiko for, at spørgsmålene ikke accepteres eller forstås på den tiltænkte måde af målgruppen (Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse, 2015). I de indledende faser af spørgeskemakonstruktionen blev intern feedback i gruppen anvendt som udviklingsværktøj. Dette foregik ved, at hvert specialemedlem besvarede spørgeskemaet for at identificere problemer relateret til layout samt problematiske formuleringer. Efterfølgende blev suppleret med feedback fra en ressourceperson, der både har kendskab til emnet, erfaringer med spørgeskemakonstruktion og som er i målgruppen. Dette er med til at sikre, at spørgeskemaet kan bidrage til besvarelse af forskningsspørgsmålet (Münster, 2011).

Pilottest

Efter de indledende tilretninger blev udført en pilottest for at sikre, at spørgeskemaet var brugbart til formålet. Pilottestning er en af de vigtigste dele i udarbejdelse af et spørgeskema, fordi den endelige udvælgelse af spørgsmål foregår efter denne fase (De Vet *et al.*, 2011). Pilottest af spørgeskemaet blev udført mhp. at kvalitetssikre spørgeskemadataene, dvs. bidrage til at øge de indsamlede datas validitet og reliabilitet og dermed reducere potentielle måleproblemer (Olsen, 2005). Validitet omhandler spørgeskemaets evne til at måle det, som det har til formål at måle og reliabilitet vedrører spørgeskemaets pålidelighed (De Vet *et al.*, 2011). Ved pålidelighed forstås, hvorvidt et spørgsmål vil resultere i det samme resultat, hvis det gentages ved de samme forhold flere gange. Det vil sige, at spørgeskemaets pålidelighed afhænger af, at spørgsmålene ikke medfører tilfældige fejl pga. eksempelvis lange, snørklede eller flertydige formuleringer (Rosenmeier and Jeppesen, 2008).

For at sikre brugbare og målrettede resultater af pilottesten (Olsen, 2005) blev følgende overordnede formål for pilottesten formuleret: at undersøge, hvorvidt spørgeskemaets konstruktion er overskuelig samt om spørgsmålene er formuleret forståeligt og er acceptable for respondenter, herunder om svarmulighederne er passende og dækkende. Pilottesten blev udført som en teknisk afprøvning i sammenhæng med et prøveinterview med respondenter, hvor majoriteten havde en sundhedsfaglig baggrund. Den tekniske afprøvning bestod i, at respondenter udfyldte spørgeskemaet, som hvis de deltog i spørgeskemaundersøgelsen samtidig med, at de blev observeret af interviewer (D'Ardenne, 2015). Efter besvarelsen af spørgeskemaet havde interviewer og respondenter en samtale vedr. spørgeskemaet ud fra nogle prædefinerede spørgsmål. For at sikre stringens mellem prøveinterviewene blev derfor benyttet en interviewguide med definerede interviewformål og en række tilhørende udforskende spørgsmål (D'Ardenne, 2015; Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse, 2015), som testpersonerne skulle besvare i forlængelse af den tekniske afprøvning (se bilag 3). Konkret blev prøveinterviewene udført ved, at et specialemedlem interviewede respondenterne mhp. at afdække forståelse og relevans af spørgsmål, udfordringer ved besvarelsen eller layout mv. (Olsen, 2005; Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse, 2015). Den tekniske afprøvning kan bidrage med indsigter ift. den praktiske udførsel af spørgeskemaundersøgelsen, herunder om der er uforståelige spørgsmål pga. udfordringer ved besvarelse, problemer med filterfunktion og andre tekniske aspekter (Hansen and Andersen, 2009). Et prøveinterview supplerer den tekniske afprøvning ved at belyse kvalitetsmæssige aspekter ved spørgsmålene, herunder eksempelvis reliabilitet og validitet (Hansen and Andersen, 2009). Prøveinterviewene blev udført som kognitive interviews, der har til formål at undersøge, hvorvidt spørgsmålene fungerer, som det var tiltænkt (D'Ardenne, 2015). Det var derfor vigtigt at afdække,

hvad testpersonerne forstod ved spørgsmålene, og hvorvidt der kunne identificeres sproglige problematikker, herunder forskellig forståelse af begreber, udtryk mv.

På baggrund af de opnåede indsigter fra prøveinterviewene med otte testpersoner blev flere tekniske såvel som for forståelsesmæssige forhold ved spørgeskemaet tilrettet. Dette indebar bl.a. at rækkefølgen på spørgsmålene blev ændret, så de generelle spørgsmål blev flyttet op før de specifikke vedr. navigatortilbuddet. Dette blev gjort for at sikre, at spørgsmålene blev forstået efter hensigten, da flere testpersoner forvekslede de generelle spørgsmål som værende specifikke for navigatortilbuddet. Endvidere blev det for nogle spørgsmål tydeliggjort, hvor mange svarmuligheder, respondenterne måtte vælge, og det blev gjort tydeligere, at tekstudklippet ved spørgsmål 11 skulle læses for, at spørgsmålet kunne besvares. De foreslåede ændringer bidrog ifølge testpersonerne til øget overblik samt mindsket risiko for misforståelser og irritationer ved besvarelsen.

Fokusgruppediskussion

Efter prøveinterviewene og tilrettelserne herfra blev en fokusgruppediskussion med tre sygeplejersker faciliteret ud fra det tilpassede spørgeskema. Dette blev foretaget, da prøveinterview ikke anbefales som eneste kvalitetssikrende procedure for spørgeskemaer pga. en række begrænsninger som f.eks. at det kan være vanskeligt at få fuld indsigt i de konkrete problemer, som respondenterne oplever, og hvordan dette påvirker besvarelsen (Olsen, 2005, 2006). Som tillæg til prøveinterviewene kan en fokusgruppediskussion bidrage med informationer, der faciliteres af gruppens interaktion, som muligvis ikke kan indfanges på anden vis (Olsen, 2005). Fokusgruppediskussionen blev initieret af en øvelse, hvor deltagerne uden at have læst spørgeskemaet skulle beskrive deres umiddelbare associationer ved betragtning af spørgeskemaet placeret på bordet foran dem. I fokusgruppediskussionen indgik endvidere en teknisk afprøvning såvel som interview med udgangspunkt i spørgsmål fra interviewguiden benyttet ved de individuelle prøveinterviews (bilag 3). I tillæg hertil var formålet med fokusgruppediskussionen ligeledes at få indsigt i, hvorvidt testpersonerne qua deres baggrund vurderede, at respondenter var villige til at besvare spørgsmålene. Fokusgruppediskussionen blev gennemført med tre sygeplejersker, der blev vurderet til at kunne bidrage med indsigter ift. den kontekst spørgeskemaundersøgelsen skulle gennemføres i samt de udfordringer, der i den sammenhæng kunne opstå på baggrund af spørgeskemaets udformning og indhold. Fokusgruppediskussionen bidrog særligt med indsigter ift. layoutets effekt på respondenterne og mulige frustrationer, som respondenterne måtte møde ift. antallet af svarkategorier, der var at vælge imellem mv. Efter

fokusgruppediskussionen blev spørgeskemaet tilrettet jf. de opnåede indsigter til den endelige udformning (se bilag 4) og blev derefter omdelt.

4.4.4 Rekruttering af respondenter

Sundhedsprofessionelle på udvalgte afdelinger, der behandler patienter med kræft på Aalborg Universitetshospital, blev inviteret til at deltage i undersøgelsen vha. omdeling af selvadministrerede trykte spørgeskemaer via kontaktpersoner på de enkelte afdelinger. Kontaktpersonerne blev ved overleveringen af spørgeskemaerne opfordret til at placere spørgeskemaerne på et synligt sted, hvor de sundhedsprofessionelle ville bemærke dem, herunder eksempelvis på kontorer og i pauserum. På kuverterne indeholdende spørgeskemaerne var desuden påført senest udbud for besvarelsene, hvilket på omdelingstidspunktet svarede til en svarperiode på to uger. To uger blev valgt, da det blev vurderet at samtlige mulige respondenter således ville have haft mulighed for at svare på trods af skiftende arbejdstider. De omdelte selvadministrerede spørgeskemaer vanskeliggør en rykkerprocedure (Marckmann, Nørregård-Nielsen and Hansen, 2008), men det blev vurderet, at kontaktpersonen på afdelingen kunne bidrage til at fremme besvarelsen af spørgeskemaerne. Der blev rekrutteret respondenter fra afdelinger med følgende specialer: gynækologi, mave-tarm, onkologi, plastik- og mammakirurgi og urologi. På nogle af disse afdelinger er personalet ansat på tværs af afdelingernes afsnit, hvorfor antal ansatte er opgjort for hele afdelingen (Gynækologisk afdeling og Plastik- og mammakirurgisk afdeling), mens andre afdelingers personale er opdelt på de forskellige afsnit. Sidstnævnte er gældende for mave-tarm afdelingen, hvorfra følgende afsnit indgår: Mave-tarm A1, Mave-tarm A2 og Mave-tarm ambulatorium, for onkologisk afdeling, der er repræsenteret ved: Onkologisk D1, Onkologisk D3, Onkologisk dagafsnit (onkologisk dag.) og Stråleterapien samt for urologisk afdeling, hvor følgende afsnit indgår: Urologisk ambulatorium og Urologisk dag- og sengeafsnit (urologisk dag. og seng.).

4.4.5 Databehandling og -analyse

I følgende afsnit beskrives databearbejdningen af besvarelsene fra spørgeskemaundersøgelsen. Først beskrives dataindtastningen af spørgeskemaerne fra papir og efterfølgende beskrives de statistiske analyser, der er udført herpå.

Dataindtastning

Til indtastning af data fra spørgeskemaet blev programmet EpiData version 4.2 anvendt. EpiData er et indtastnings- og dokumentationsprogram, der kan benyttes, når data er indsamlet på papir og der ønskes at lave statistisk analyse på datamaterialet (Lauritsen, Bruus and EpiData Association,

2005). Brugen af EpiData muliggjorde derfor dokumentation af data elektronisk, der derefter kunne videreføres til et statistisk analyseprogram. Når data fra et spørgeskema skal anvendes til statistisk analyse, er det nødvendigt at kode data (Aday and Cornelius, 2006). Kodning af data består i at oversætte de informationer, som respondenterne har svaret til numeriske værdier eller andre symboler (Aday and Cornelius, 2006). Specialets spørgeskema består som nævnt primært af lukkede eller delvist lukkede spørgsmål, hvorfor en numerisk kode blev anvendt til de forskellige svarmuligheder. Denne kodning anbefales for lukkede spørgsmål, da indtastning af tal kan reducere risikoen for indtastningsfejl (Aday and Cornelius, 2006). Ved flere af spørgsmålene var der mulighed for at angive en anden svarmulighed under *andet*, disse fik ligeledes en kode og svarene blev noteret i et dokument. Derudover blev der for alle spørgsmål oprettet en kode (999) for *missing*, som blev benyttet, hvis et spørgsmål ikke var besvaret eller var besvaret med flere svarkategorier, hvor kun én måtte angives. Dette blev valgt, idet der ved nogle af spørgsmålene blev søgt viden om hvilken af de angivne svarmuligheder, der var mest aktuel. I de tilfælde, hvor dette ikke var afkrydset, var det ikke muligt at tage et valg om hvilken af de besvarede svarmuligheder, respondenterne fandt mest aktuelt.

Der er to programmer indbygget i EpiData: EpiData Manager og EpiData Entry Client. Inden dataindtastningen blev EpiData Manager brugt til at oprette en indtastningsfil ud fra spørgeskemaet, hvor spørgsmålene og svarmulighederne blev navngivet, kodet og fik labels. Der blev opstillet en codebook for de svarmuligheder, der blev kodet (se bilag 5). For at forhindre fejlintastning blev påsat et realistisk interval for nogle af svarmulighederne for at sikre, at de indtastede svarmuligheder lå indenfor dette. Eksempelvis fik alder påsat et interval, der sikrede, at den indtastede alder skulle ligge mellem 18 og 75 år. Yderligere blev de fleste spørgsmål oprettet således, at der skulle indtastes et svar for at sikre, at spørgsmål ikke blev overset i indtastningen. Indtastningsfilen blev overført til EpiData Entry Client efter endt oprettelse. I denne del af programmet blev alle besvarelserne indtastet. Indtastningen foregik ved, at al data blev dobbeltindtastet af to gruppemedlemmer for at forhindre indtastningsfejl og sikre valide data. Efter indtastningerne blev disse sammenlignet ud fra id-nummer vha. EpiData, og de aktuelle forskelle blev undersøgt og yderligere korrigeret. Datafilen blev opbevaret på Mimors Brønd, der er en krypteret og sikret portal udbudt af Aalborg Universitet (Bøggild and Torp-Pedersen, 2016). Herfra blev data overført til statistikprogrammet STATA MP 14.1 til videre analyse.

Udregning af svarprocenter

Svarprocenter for de forskellige afdelinger og spørgeskemaundersøgelsen overordnet set blev beregnet vha. antallet af ansat plejepersonale på de forskellige afdelinger. Denne information blev

rekvireret fra kontaktpersonerne på afdelingerne. Det blev efterspurgt, at plejepersonalet blev opgjort på baggrund af antallet af sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter på de enkelte afdelinger, mens læger er udeladt i opgørelserne pga. tilknytning til flere forskellige afdelinger. Studerende og andet sundhedspersonale er tillige ekskluderet i opgørelserne, da det ikke var muligt at opgøre dette. Læger, andet sundhedspersonale og studerende har dog fortsat kunnet deltage i spørgeskemaundersøgelsen, men de indgår blot ikke i de beregnede svarprocenter for spørgeskemaet, da dette ikke har været muligt.

Statistisk analyse

Den statistiske analyse er dokumenteret i en do- (bilag 6) og log-fil (bilag 7). Inden de statistiske analyser blev følgende baggrundsvariable omkodet: alder og årstal færdiguddannet. Variablen *alder* var angivet i år og blev inddelt i aldersgrupper efter ti års intervaller, hhv. 21-30 år, 31-40 år, 41-50 år og >50 år. Variablen *årstal færdiguddannet* var angivet som et årstal, og det blev derfor omregnet til, hvor mange år respondenterne havde været færdiguddannet i. Derefter blev variablen *uddannet antal år* oprettet og inddelt i grupper efter ti års intervaller, hhv. 0-10 år, 11-20 år, 21-30 år og >30 år. Baggrunden for at inddele denne variabel efter ti års intervaller var, at inddeling ift. kompetenceniveau ville resultere i meget små grupper.

Deskriptive analyser blev udført for at undersøge, hvordan kendskabet til navigatortilbuddet fordelte sig ift. baggrundsvariablene. Foretrukken afsender og format samt hvorvidt respondenterne kunne identificere relevante patienter til navigatortilbuddet blev ligeledes undersøgt deskriptivt. Derudover blev deskriptiv analyse anvendt til at opgøre, hvor respondenter med kendskab til navigatortilbuddet havde hørt om tilbuddet, om de havde henvist patienter hertil samt hvad årsagen til dette var, hvis de ikke havde. Deskriptive analyser benyttes til at kortlægge karakteristika ved en studiepopulation og angives med frekvenser og procentdele (Kirkwood and Sterne, 2003), der beskriver hvordan respondenterne fordeler sig i antal og hvor stor en procentdel de eller deres svarmuligheder udgør af hele studiepopulationen.

Derudover blev udført variansanalyser af, hvorvidt distributionen af respondenter blandt kategorier i en variabel var uafhængig af distributionen blandt kategorierne i en anden variabel. Dette blev anvendt til at teste, hvorvidt kendskabet og baggrundsvariablene varierer mellem hinanden og udført vha. χ^2 -test eller Fischer's exact test (Kirkwood and Sterne, 2003). χ^2 -test blev anvendt i de tilfælde, hvor de forventede værdier var over fem og Fisher's exact test blev anvendt i de tilfælde, hvor de forventede værdier var under fem (Kirkwood and Sterne, 2003).

Samtlige analyser blev udført efter princippet om pairwise deletion ift. håndtering af missing data. Denne metode indebærer, at al tilgængeligt data benyttes, hvorved respondenter med missing data ekskluderes fra analyse til analyse (Peugh and Enders, 2004). Analyserne blev derfor ikke udført på et komplet datasæt, idet de respondenter, der ikke havde besvaret alle spørgsmål, fortsat indgik i datasættet, hvorfor antal missings varierer for de forskellige analyser. Denne håndtering af missing data blev valgt for at forhindre en væsentlig reduktion af studiepopulationen, idet respondenter med missing data i så fald skulle have været ekskluderet.

4.4.6 Etiske overvejelser

Ifølge Nørregård-Nielsen, Foldgast og Marckmann (2008) skal etiske problemstillinger overvejes forinden spørgeskemaundersøgelsens opstart for at sikre, at undersøgelsen er forsvarlig både menneskeligt og juridisk. Væsentlige problemstillinger vedrører eksempelvis: mulige konsekvenser for respondenter, informeret samtykke samt anonymitet (Aday and Cornelius, 2006; Nørregård-Nielsen, Foldgast and Marckmann, 2008).

I forbindelse med udførelsen af en spørgeskemaundersøgelse er det vigtigt at overveje mulige positive samt negative konsekvenser for de ønskede respondenter (Nørregård-Nielsen, Foldgast and Marckmann, 2008; Hansen and Andersen, 2009). Det blev vurderet, at de mulige negative konsekvenser af spørgeskemaundersøgelsen var begrænsede, da spørgeskemaet ikke omhandler følsomme emner. Det er dog muligt, at visse spørgsmål kan have bidraget til en følelse af utilstrækkelighed hos de sundhedsprofessionelle ift. en følelse af, at de ikke har holdt sig opdateret om nye tilbud såsom navigator tilbuddet. Det blev dog vurderet, at den viden, spørgeskemaet kan bidrage med, kan medvirke til positive konsekvenser for de sundhedsprofessionelle, idet resultaterne formentlig kan bidrage til forbedringer ift. udbredelsen og implementeringen af tilbud til afdelingerne.

Derudover er det væsentligt, at respondenter er informeret om undersøgelsens formål, hvad besvarelsesne skal anvendes til samt at deltagelsen heri er frivillig (Nørregård-Nielsen, Foldgast and Marckmann, 2008; Hansen and Andersen, 2009), hvilket fremgik af spørgeskemaundersøgelsens følgeskrivelse. Ydermere beskriver Hansen og Andersen (2009), at det bør være muligt for respondenterne at kunne kontakte udgiveren af spørgeskemaet, hvorfor kontaktinformationer samt en opfordring til at tage kontakt ved spørgsmål blev tilføjet.

Anonymisering indebærer, at besvarelser bliver behandlet fortroligt og bliver anonymiseret i den endelige rapport (Nørregård-Nielsen, Foldgast and Marckmann, 2008), hvilket foregik ved, at data blev præsenteret som frekvens- og procentangivelser, hvorved identifikation af respondenterne ikke var muligt. Derudover skal opbevaring af data foregå forsvarligt, så uvedkommende ikke kan få

adgang hertil (Nørregård-Nielsen, Foldgast and Marckmann, 2008). Derfor blev data opbevaret på Mimers Brønd, hvorfra de statistiske analyser ligeledes foregik.

4.5 Individuelle interviews

Til besvarelse af specialets tredje forskningsspørgsmål *“Hvordan beretter sundhedsprofessionelle på Aalborg Universitetshospital om deres erfaringer med udbredelsen af navigatortilbuddet, og hvad opleves som hhv. fremmende og hæmmende herfor?”* blev individuelle interviews anvendt som dataindsamlingsmetode. Interview er en metode, der anvendes til at anskaffe viden om menneskers livsverden og bidrager dermed med viden om menneskers holdninger, oplevelser og meninger om bestemte fænomener. Formålet med et interview er at give et så præcist som muligt tredjepersonsperspektiv på oplevelsen af et fænomen (Tanggaard and Brinkmann, 2015a). I dette speciale er formålet med de individuelle interviews at opnå viden om, hvilke erfaringer sundhedsprofessionelle beskriver i relation til udbredelsen af navigatortilbuddet samt faktorer, der er hæmmende eller fremmende herfor.

4.5.1 Det semistrukturerede interview

Ifølge Kvale og Brinkmann (2015) vil systematisk planlægning af en interviewundersøgelse sikre en højere kvalitet af den viden, interviewene frembringer samt efterfølgende lette behandlingen af interviewene. Planlægningen af specialets interviewundersøgelse følger derfor interviewundersøgelsens syv faser som præsenteret af Kvale og Brinkmann (2015). Første fase indbefatter en tematisering af interviewundersøgelsen og består i at formulere et formål med interviewundersøgelsen (Kvale and Brinkmann, 2015), hvilket fremgår af specialets tredje forskningsspørgsmål. Derudover er det vigtigt at have kendskab til og forståelse for fænomenet inden det planlægges, hvordan undersøgelsen skal udformes (Tanggaard and Brinkmann, 2015a), hvilket blev opnået med viden fra problemanalysen, den systematiske litteratursøgning samt spørgeskemaundersøgelsen.

Anden fase indebærer design af interviewundersøgelsen ift. hvordan denne skal udformes og tilrettelægges (Kvale and Brinkmann, 2015). Et interview kan udformes som et løst struktureret interview, et stramt struktureret interview eller et semistruktureret interview. Indenfor moderne interviewforskning anvendes oftest semistrukturerede interviews, hvor interviewet foregår som en interaktion mellem forskeren og informanten (Tanggaard and Brinkmann, 2015a). Denne form for interview kan minde om en hverdagssamtale, men har et formål og involverer en bestemt teknik og form og er dermed hverken en åben eller lukket samtale (Kvale and Brinkmann, 2015). Til dette kvalitative studie blev det semistrukturerede interview valgt, da denne interviewform gav mulighed

for at inddrage spørgsmål, der var relevante for specialets forskningsspørgsmål og problemformulering. Derudover bidrog anvendelse af det semistrukturerede interview til, at informanten fortsat kunne inddrage uforudsete temaer og dermed supplere med yderligere viden, der kunne være relevant for problemstillingen.

4.5.2 Rekruttering af informanter

Rekrutteringen af potentielle informanter blev foretaget vha. spørgeskemaet, der inkluderede en afsluttende kommentar om, at der blev søgt sundhedsprofessionelle til en videre uddybning af problemstillingen ved et individuelt interview. En del af at designe en interviewundersøgelse indebærer at afgøre, hvor mange informanter, som skal rekrutteres til undersøgelsen. Typisk rekrutteres det antal informanter, der sikrer, at der opnås den viden, der er behov for (Kvale and Brinkmann, 2015). Det kan dog være nødvendigt at afgøre antallet ud fra interviewprojektets rammer, varighed og ressourcer, hvorfor et studenterprojekt oftest vil inkludere 3-5 informanter (Tanggaard and Brinkmann, 2015a). I specialets interviewundersøgelse indgik fem informanter, da dette blev vurderet tilstrækkeligt på baggrund af specialets varighed og rammer. I alt responderede 42 sundhedsprofessionelle på muligheden for et individuelt interview, hvoraf to var sygeplejestuderende og én havde angivet ukorrekte kontaktoplysninger, hvorfor disse blev fravalgt. Af de resterende 39 havde 19 sundhedsprofessionelle ikke kendskab til navigatortilbuddet, mens 20 sundhedsprofessionelle havde kendskab hertil. Jævnfør specialets tredje forskningsspørgsmål var ønsket at undersøge sundhedsprofessionelles erfaringer med udbredelsen af navigatortilbuddet, hvorfor sundhedsprofessionelle med kendskab til navigatortilbuddet blev udvalgt. Endvidere anbefales af Christensen, Nielsen og Schmidt (2007) at anvende en strategisk udvælgelsesstrategi, hvilket kan sikre, at der inddrages informanter, som kan belyse forskellige nuancer ved fænomenet, der undersøges. Derfor blev både informanter, som havde informeret om/henvist til navigatortilbuddet samt informanter, som ikke havde gjort dette udvalgt, da det blev vurderet, at disse kunne have forskellige perspektiver på navigatortilbuddet eller forhold relateret hertil. Samtlige sundhedsprofessionelle, som havde kendskab til navigatortilbuddet, var sygeplejersker og kvinder, hvilket medvirkede til, at udvælgelsen kun kunne varieres ift. alder, afdeling og anciennitet. I alt blev elleve kontaktet mhp. et individuelt interview, hvoraf fem indvillige i at deltage, mens en afslog og fem ikke fulgte op på invitationen. Karakteristika for de informanter, som deltog, fremgår af tabel 3.

Tabel 3: Karakteristika for informanter til interview

	Informanters karakteristika
Alder (år)	36, 37, 38, 42 og 50
Antal år siden færdiguddannet	3, 13, 13, 16 og 26
Afdelinger	Onkologisk, urologisk og gynækologisk
Funktion	Basissygeplejersker el. sygeplejersker med særligt ansvarsområde
Antal år på nuværende afdeling	1,5; 11,5; 12; 13 og 19

4.5.3 Udformning af interviewguide

Semistrukturerede interviews bør udføres på baggrund af en interviewguide (Tanggaard and Brinkmann, 2015a), og udarbejdelsen af denne er en del af den tredje fase i planlægningen af en interviewundersøgelse (Kvale and Brinkmann, 2015). Specialets interviewguide blev udarbejdet som et skema bestående af forskellige forskningsspørgsmål med dertilhørende interview- og underspørgsmål (se bilag 8). Skelnen mellem disse spørgsmål skyldes, at forskningsspørgsmål sjældent fungerer som interviewspørgsmål, da interviewspørgsmål skal være mere enkle og dagligdagsnære, hvorimod forskningsspørgsmål er mere abstrakte. Derudover søger forskningsspørgsmål at opnå forklaringer på fænomener, hvorimod interviewspørgsmål søger beskrivelser af fænomener (Tanggaard and Brinkmann, 2015a). Endvidere indeholdt interviewguiden både interviewspørgsmål, der havde til formål at producere viden ift. de ønskede temaer samt spørgsmål relateret til at sikre en god relation i interviewet, hvilket kan betegnes som hhv. tematiske og dynamiske spørgsmål (Kvale and Brinkmann, 2015). Interviewspørgsmål kan være af flere forskellige typer eksempelvis indledende, opfølgende, sonderende eller fortolkende. Overvejelse ift. typen af interviewspørgsmål kan bidrage til, at interviewerens er opmærksom på, hvad formålet med spørgsmålet er, hvilket dermed kan medvirke til, at interviewerens har lettere ved at lytte samt formulere spørgsmålene klart (Tanggaard and Brinkmann, 2015a). Dette speciales interviewguide indeholder flere forskellige typer af interviewspørgsmål. Indledende spørgsmål blev anvendt mhp. at informanten skulle fortælle om konkrete erfaringer relateret til det undersøgte (Tanggaard and Brinkmann, 2015a), dvs. navigator tilbuddet. Derudover blev opfølgende spørgsmål anvendt ved gentagelse af centrale ord samt brug af non-verbale udtryk såsom nik eller bekræftende lyde (Kvale and Brinkmann, 2015). Sonderende spørgsmål såsom “*Kan du uddybe dette?*” blev anvendt for at sikre så detaljerede beskrivelser som muligt (Tanggaard and Brinkmann, 2015a). Strukturerende spørgsmål bidrager til, at interviewerens kan styre samtalen i den ønskede retning (Tanggaard and Brinkmann, 2015a), hvilket indgik i interviewguiden som introducerende tekster

vedr. eksempelvis socialt sårbare eller forskningslitteraturen. Fortolkende spørgsmål som “*Du mener dermed...*” indgik ikke i interviewguiden, men blev anvendt i interviewsituationen, som en måde at afklare betydningen af informantens udtalelser (Tanggaard and Brinkmann, 2015a). Interviewguiden blev pilottestet på en sygeplejerske med det formål at mindske eventuelle misforståelser relateret til interviewspørgsmålene. Pilottestningen bidrog til enkelte rettelser ift. formuleringer og resulterede derudover i, at et enkelt spørgsmål blev slettet.

4.5.4 Udførsel af interview

I den tredje fase af interviewundersøgelsen foregår endvidere selve udførelsen af interviewene (Kvale and Brinkmann, 2015). Interviewene foregik ansigt-til-ansigt et sted informanten havde udvalgt, hvilket i samtlige tilfælde resulterede i, at de blev afholdt på informanternes afdelinger eller steder tilknyttet hertil. Interviewene varede alle ca. 30 minutter. Til interviewene var to af gruppemedlemmerne til stede, hvorved den ene kunne agere interviewer, mens den anden fungerede som suppleant. Dette bidrog til at sikre, at interviewet omhandlede de ønskede elementer, da suppleanten havde mulighed for at supplere intervieweren, såfremt denne havde overset visse interviewspørgsmål.

Dokumentation af interview kan foregå på adskillige måder (Kvale and Brinkmann, 2015), men i indeværende speciale blev valgt at anvende en diktafon. Anvendelsen af diktafon giver ifølge Kvale og Brinkmann (2015) intervieweren mulighed for at koncentrere sig om emnerne for interviewet samt dynamikken mellem intervieweren og informanten, hvilket ligeledes var suppleantens rolle at observere.

4.5.5 Transskribering

Fjerde fase af interviewundersøgelsen omfatter transskribering af interviewene. Transskribering indebærer, at interviewet omsættes fra talesprog til skriftligt materiale, hvorefter materialet kan analyseres (Kvale and Brinkmann, 2015). Transskriberingen skal ifølge Kvale og Brinkmann (2015) gerne tage udgangspunkt i en skriftlig retningslinje, der skal være tydelig i undersøgelsen for at sikre transparens for læseren. Retningslinjerne for transskription i specialet fremgår af bilag 9. Transskribering blev udført i programmet NVivo version 12 af et gruppemedlem, der havde været tilstede ved interviewet og forløb ved, at denne gennemlyttede det enkelte interview, hvorefter transskriberingen blev gennemført ud fra de nedskrevne retningslinjer. Efterfølgende blev det transskriberede materiale gennemlyttet og gennemlæst af et andet gruppemedlem for at sikre overensstemmelse mellem lydoptagelse og transskription. De interviewcitater, der er benyttet i analysen, blev renskrevet for at øge læsevenligheden og fremme forståelsen.

4.5.6 Analysestrategi

Femte fase af interviewundersøgelsen er analyse af interviewene (Kvale and Brinkmann, 2015). Analysestrategien vil pga. den videnskabsteoretiske position i specialets kvalitative del tage afsæt i hermeneutikken. Til analysen af de transskriberede interviews blev derfor taget afsæt i Dahlager og Fredslunds hermeneutiske analysestrategi, hvilket indebærer, at materialet analyseres mhp. at opnå en ny forståelse. Analysen består af fire trin: *helhedsindtryk*, *identifikation af meningsbærende enheder*, *operationalisering* samt *rekontekstualisering og hermeneutisk fortolkning* (Dahlager and Fredslund, 2007).

Det første trin i analysen indebærer at læse materialet i sin fulde længde og skabe et helhedsindtryk af teksten (Dahlager and Fredslund, 2007), hvorfor det transskriberede materiale blev gennemlæst af samtlige gruppemedlemmer. Andet trin er meningskategorisering, hvor teksten inddeles i meningsbærende enheder, der ydermere struktureres i nogle samlede kategorier. Kategorierne kan udspringe på baggrund af teori, hverdagssprog eller informanternes begrebsverden (Dahlager and Fredslund, 2007). I specialet blev dette udført ved, at hvert af gruppemedlemmerne inddelte det transskriberede materiale i mindre dele og forsøgte at tildele det en kategori, der udsprang på baggrund af de emner og begreber, som informanterne italesatte. Efterfølgende blev de identificerede meningsbærende enheder og kategorierne sammenlignet mellem gruppemedlemmerne, hvorefter de endelige kategorier blev dannet. Til meningskategoriseringen og den efterfølgende analyse blev det kvalitative analyseprogram NVivo anvendt, da dette er et nyttigt redskab til at kode og strukturere de transskriberede interviews (Kristiansen, 2015). Tredje trin indbefatter gennemgang og operationalisering af de kategoriserede meningsbærende enheder og kategorierne. Dette trin kan bidrage til at identificere eventuelle underkategorier eller sammenflette kategorier (Dahlager and Fredslund, 2007). Dette blev foretaget ved, at gruppemedlemmerne diskuterede de identificerede meningsbærende enheder og afledte kategorier mhp. at afdække om kategorierne var repræsentative for de meningsbærende enheder. Fjerde trin er rekontekstualisering og hermeneutisk fortolkning, hvor fundene i materialet sammenfattes for at se det i sin helhed. Der fokuseres på, hvordan materialet kan bidrage til besvarelse af problemformuleringen (Dahlager and Fredslund, 2007). Dette udføres ved besvarelsen af tredje forskningsspørgsmål, hvor fund fra interviewene sættes i relation til hinanden og helheden.

4.5.7 Verifikation og rapportering

Sjette og syvende fase af interviewundersøgelsen er verifikation og rapportering. Verifikation vedrører interviewresultaternes kvalitet (Kvale and Brinkmann, 2015), hvilket diskuteres under afsnit 7.3. Syvende fase vedrører rapporteringen af interviewundersøgelsens resultater således, at

rapporteringen respekterer videnskabelige og etiske retningslinjer samt fremstår som et læsevenligt produkt (Kvale and Brinkmann, 2015). Rapporteringen og retningslinjer i relation hertil blev forsøgt taget hensyn til ved fremstilling af resultaterne i specialets resultatafsnit omhandlende interviewundersøgelsen (afsnit 5.3). Eksempelvis blev korte interviewcitater benyttet, der blev søgt at opnå en balance mellem citater og tekst samt informanterne blev anonymiseret, hvilket udgør nogle af retningslinjerne for præsentationen af resultater fra en interviewundersøgelse.

4.5.8 Etiske overvejelser

Kvalitativ forskning er ifølge Brinkmann (2015) en værdiladet aktivitet, hvilket medvirker til at en række etiske problemstillinger bør overvejes. Disse etiske overvejelser kan med inspiration fra Kvale og Brinkmann (2015) inddeles i: *informeret samtykke*, *fortrolighed*, *konsekvenser* og *forskerens rolle*.

Informeret samtykke omhandler, at informanten er velinformeret ift. eksempelvis undersøgelsens formål samt eventuelle risici ved deltagelse heri. Endvidere indebærer informeret samtykke, at informanterne er informeret om, at deltagelse er frivillig og muligheden for at udgå af undersøgelsen (Kvale and Brinkmann, 2015). Informeret samtykke blev sikret ved, at informanten både mundtligt og skriftligt blev informeret om undersøgelsen forinden interviewet, hvorefter informanten underskrev en samtykkeerklæring (se bilag 10).

Fortrolighed indebærer, at informanter i undersøgelsen anonymiseres, således at de ikke kan genkendes af udefrakommende. Ydermere omhandler fortrolighed, hvem data er tilgængelige for (Kvale and Brinkmann, 2015). Informanterne blev anonymiseret ved censurering af navn i transskriberingsfasen. Endvidere var det udelukkende specialegruppens medlemmer, som havde adgang til lydfileerne forud for anonymisering, da disse blev opbevaret på en krypteret harddisk. Efter transskriberingerne var udført, blev lydfileerne slettet.

Kvale og Brinkmann (2015) beskriver, at interviewerens bør overveje *mulige konsekvenser af interviewundersøgelsen*, herunder både positive og negative konsekvenser. Forud for interviewene blev mulige konsekvenser overvejet, hvortil det blev vurderet, at konsekvenserne overvejende ville være positive for både den enkelte informant samt for afdelingerne og Aalborg Universitetshospital som helhed. Dette formodes, da et øget kendskab og henvisning til navigatortilbuddet vil gavne socialt sårbare patienter med kræft, hvilket er i informanternes, afdelingernes og Aalborg Universitetshospitals interesse. Yderligere blev det ikke vurderet, at informanternes deltagelse i interviewene konfliktede med arbejdspladsens interesser, da interviewet primært var rettet mod ideer og tanker om, hvordan det kunne være muligt at øge kendskabet og henvisningen til navigatortilbuddet.

Forskerens rolle indebærer, at interviewerens rolle er opmærksom på sin rolle i interviewsituationen, herunder om visse svar favoriseres, mens andre udelades. Derudover skal interviewerens rolle være opmærksom på relationen mellem interviewer og informant (Kvale and Brinkmann, 2015). Interviewene tog som nævnt udgangspunkt i en prædefineret interviewguide, hvilket bl.a. skulle bidrage til at sikre, at den enkelte interviewer i interviewsituationen ikke afgjorde, hvad interviewet skulle omhandle. Intervieweren havde dog fortsat mulighed for at fra- eller tilvælge spørgsmål, men dette er en af præmisserne ved anvendelse af semistrukturerede interviews. Derudover havde specialegruppens medlemmer indbyrdes diskuteret interviewerens rolle ift. hvordan denne opretholdt den rette professionelle distance til informanten uden at virke distanceret.

4.6 Teoretisk referenceramme

I specialet vil dele af Everett M. Rogers' (Rogers) teori *Diffusion of Innovations* indgå som den teoretiske referenceramme, da denne kan bidrage til en forståelse af, hvordan strategien bag udbredelsen af navigatortilbuddet til sundhedsprofessionelle på Aalborg Universitetshospital kan forandres. Elementer fra Rogers' teori vil derfor jf. Rienecker og Jørgensens (2017) funktioner for teori blive anvendt til at diskutere og sammenstille fund fra litteraturstudiet og de empiriske undersøgelser.

4.6.1 Everett M. Rogers' teori *Diffusion of Innovations*

Ifølge Rogers (2003) er diffusion af innovationer interessant, da det ofte er vanskeligt at integrere nye innovationer på trods af betydelige fordele herved. Diffusion defineres af Rogers (2003) som den proces, der foregår, når en innovation, herunder en ide, procedure eller genstand, kommunikerer via bestemte kanaler mellem medlemmer i et socialt system. Særligt for denne kommunikation er, at den vedrører en ide eller procedure som er ny, samt at kommunikationen er medvirkende til, at medlemmerne deler information mhp. at opnå en fælles forståelse (Rogers, 2003). I specialet er innovationen navigatortilbuddet, der er forsøgt udbredt af Kræftens Bekæmpelse til afdelinger på Aalborg Universitetshospital, der behandler patienter med kræft.

Innovationsbeslutningsprocessen

Processen fra at et individ opnår viden om en innovation til, at denne enten integrerer eller afviser den, kaldes innovationsbeslutningsprocessen. Denne proces indebærer en række beslutninger og handlinger fra individet og består af fem stadier: viden, overbevisning, beslutning, implementering og bekræftelse. Vidensstadiet forekommer, når et individ bliver opmærksom på en innovation og opnår en vis forståelse for, hvordan denne fungerer (Rogers, 2003), hvilket er foregået såfremt den

enkelte sundhedsprofessionelle på Aalborg Universitetshospital har hørt og opnået viden om navigatortilbuddet. I overbevisningsstadiet udvikler individet enten en positiv eller negativ attitude ift. innovationen, hvorfor dette stadie i højere grad påvirkes af individets følelser frem for af kognitiv viden (Rogers, 2003). Dette stadie vil være aktuelt for de sundhedsprofessionelle, som har kendskab til navigatortilbuddet og har dannet en holdning hertil, der kan være mere eller mindre positiv eller negativ. Beslutningsstadiet omhandler, at individet afgør, hvorvidt innovationen skal afvises eller integreres, hvilket ofte indebærer, at innovationen afprøves før dette beslutes (Rogers, 2003). Dette stadie ligger forinden anvendelsen af navigatortilbuddet, hvorfor en afvisning eller integrering vil fremgå ved, at den sundhedsprofessionelle enten anvender tilbuddet eller fravælger dette. De sidste stadier er implementering og bekræftelse, som dækker over hhv., at individet anvender innovationen, hvorved det ikke længere udelukkende er et teoretisk aspekt, og forstærkning af den allerede anvendte innovation, der dog kan tilbagetrækkes, såfremt individet oplever uoverensstemmelser vedr. innovationen (Rogers, 2003). Disse stadier vil komme til udtryk ved, at de sundhedsprofessionelle anvender navigatortilbuddet i deres dagligdag samt forsøger at styrke tilbuddet og dets anvendelse.

Parametre med betydning for udbredelsen

Rogers (2003) beskriver en række karakteristika ved innovationer, der er af betydning for udfaldet af innovationsbeslutningsprocessen og dermed for udbredelsen (diffusionen) af en innovation. Disse karakteristika omfatter: relativ fordel, forenelighed, grad af kompleksitet, afprøvningsmulighed og observerbarhed (Rogers, 2003). Disse karakteristika ved navigatortilbuddet vil således have betydning for, hvorvidt innovationsbeslutningsprocessen vedr. navigatortilbuddet ender med accept eller afvisning blandt sundhedsprofessionelle. En innovations relative fordel vedrører, hvorvidt innovationen opfattes som værende bedre og dermed mere fordelagtig end den eksisterende ide, som innovationen skal erstatte (Rogers, 2003). Innovationers relative fordele kan ifølge Rogers (2003) betegnes som en af de vigtigste faktorer ift. innovationers optagelseshastighed. En relativ fordel kan eksempelvis observeres som en økonomisk fordel samt den grad af bekvemmelighed eller tilfredshed, innovationen er forbundet med (Rogers, 2003). For navigatortilbuddet kunne en relativ fordel for de sundhedsprofessionelle f.eks. være, hvis tilbuddet bidrog til, at de kunne udføre deres arbejde mere tilfredsstillende, hvilket dermed ville bidrage til at øge optagelsen af tilbuddet. Forenelighed vedrører, hvorvidt innovationen opleves som let at inkorporere i det sociale system, hvilket vil afhænge af om innovationen opfattes som værende i overensstemmelse med det sociale systems værdier, normer, erfaringer og behov mv. Jo mindre konsistent en innovation er med det sociale systems overbevisninger, des langsommere vil inkorporeringen og optagelsen af

innovationen forløbe, da det kræver tilpasning af det sociale system. En innovations grad af kompleksitet afhænger af, hvorvidt individerne i det sociale system oplever, at det er svært at forstå eller bruge innovationen (Rogers, 2003). Opleves navigatortilbuddet derfor som letforståeligt og simpelt at anvende, vil dette resultere i en hurtigere optagelse af tilbuddet blandt de sundhedsprofessionelle sammenlignet med, hvis det modsatte var tilfældet. Mulighed for at afprøve innovationen har ligeledes betydning for en innovations optagelse i et socialt system. Karakteristikaen afprøvningsmulighed dækker over, hvorvidt det er muligt at afprøve innovationen for at vurdere dens usikkerhed og på baggrund heraf eventuelt tilpasning af innovationen til systemets forhold. Mulighed for at teste og eksperimentere med innovationen på prøvebasis er derfor forbundet med, at innovationen optages hurtigere i et socialt system (Rogers, 2003). Dette vurderes som værende vanskeligt ift. navigatortilbuddet, da afprøvningen højst sandsynligt vil foregå på patienterne, hvorfor disse vil være udsat for mulige risici. Såfremt de sundhedsprofessionelle er villige til at acceptere disse risici, kan navigatortilbuddet afprøves på enkelte patienter mhp. at vurdere tilbuddet. Den sidste karakteristika Rogers (2003) beskriver ved innovationer, der er betydende for optagelsen er observerbarhed. Denne karakteristika vedrører, hvorvidt innovationens resultater er synlige og tillige om det kan og bliver kommunikeret videre til andre (Rogers, 2003). I forhold til navigatortilbuddet kunne et eksempel på dette være, hvis en sundhedsprofessionel møder en patient, der har en navigator tilknyttet og som derfor selv erfarer samt fra patienten får indsigt i den positive betydning, det har haft for patienten at have en navigator tilknyttet. Er det således tydeligt, hvilke resultater en innovation er forbundet med, da vil optagelsen heraf også forløbe hurtigere (Rogers, 2003).

Overordnet set vil en innovation, der opleves som mindre fordelagtig, uoverensstemmende med gældende overbevisninger, meget kompleks, ikke mulig at afprøve og/eller svær at videreformidle blandt individer i det sociale system, som innovationen skal optages i, medføre, at optagelsen af den givne innovation hæmmes og forløber langsommere end, hvis det modsatte var gældende for innovationen. Ovenstående karakteristika kan derfor benyttes til at analysere parametre ved navigatortilbuddet, der har betydning for de sundhedsprofessionelles innovationsbeslutningsproces og dermed udbredelsen af tilbuddet.

5. Resultater og analyse

I det følgende præsenteres resultaterne og analysen af litteraturstudiet samt de empiriske undersøgelser.

5.1 Litteraturstudiet

De udvalgte studier fra den systematiske litteratursøgning har til formål at afdække eksisterende litteratur omhandlende udbredelse af patientnavigation blandt sundhedsprofessionelle. Dette skal bidrage til at besvare specialets første forskningsspørgsmål: *“Hvilken evidens findes ift. at sikre en vellykket udbredelse af patientnavigation blandt sundhedsprofessionelle?”*. I det følgende præsenteres de udvalgte studier for at danne et overblik over studiernes væsentligste karakteristika (tabel 4), hvorefter centrale forhold fra de kritiske vurderinger af studierne beskrives efterfulgt af selve analysen af studierne.

Tabel 4: Matrix over udvalgt litteratur

Forfattere (Årstal) Titel Land	Formål	Metode	Population	Relevante fund ift. implementering af PN	Kritisk vurdering
de la Riva, Hajjar, Tom, Phillips, Dong & Simon (2016) <i>Providers' Views on a Community-Wide Patient Navigation Program: Implications for Dissemination and Future Implementation</i> USA	At undersøge indvirkningen af patientnavigation ift. at støtte udviklingen af lokalsamfunds partnerskaber og forbedring af kliniske ydelser for uforsikrede forstadskvinder med unormale screenings-resultater for bryst- el. cervikalkræft.	Kvalitativt studie. Semistrukturerede interviews med 19 sundhedsudbydere eks. sundhedsprofessionelle el. socialarbejdere.	Sundhedsudbydere, der arbejder med patientnavigation til kræftpatienter.	Resultaterne viser, at navigatore bidrager til håndtering af udfordrende/tidskrævende barrierer: - Kan bidrage til, at sundhedsprofessionelle kan udføre deres job mere effektivt. - Navigatore kan give en støtte, som sundhedsudbydere ikke kan. - Initierende skepsis hos sundhedsprofessionelle ift. patientnavigation pga. uklare roller og bekymring ift. distancering til patient. Denne skepsis forsvinder dog, og navigatore anses som en ressource med flere fordele. - Navigatore integreret i kliniske teams bidrager til en stærk arbejdsrelation ml. navigatore og sundhedsprofessionelle. Dette medvirker til mere effektiv kommunikation, bedre samarbejde samt fuld udnyttelse af medarbejdernes evner.	Vurderet vha. CASP. Velbeskrevet og -argumenteret: klart formål samt passende forskningsdesign, rekrutteringsstrategi og metode for interview. Enkelte mangler, der svækker studiets validitet: manglende stillingtagen ift. interviewerens rolle og etiske problemstillinger samt utilstrækkelig beskrivelse af analysen af interviewene.
Doolan-Noble, Smith, Gauld, Waters, Cooke & Reriti (2013) <i>Evolution of a health navigator model of care within a primary care setting: a case study</i> New Zealand	At beskrive udvikling, formål og effekter af lægmands-navigation som støtte til den primære sundhedssektor i et underprivilegeret og tyndt befolkede område i New Zealand.	Casestudie med forskellige kilder: rapporterede data vedr. navigation, survey til sundhedsprofessionelle og en socialarbejder med kendskab til navigation samt syntese af viden om barrierer og facilitatorer udtrykt af navigatore.	Inkluderer andre sygdomme end kræft (diabetes, hjertesygdom, respiratoriske lidelser). Patientnavigation til landlig population i New Zealand (med mangel på læger eks.). Vedrører den primære sundhedssektor.	Barrierer for implementering if. navigatore: - Beskyttelse af arbejdsområde - Skepsis ift. lægmandspatientnavigation Facilitatorer for implementering if. navigatore: - Tidligt engagement fra interessenter - Omfattende promovering af patientnavigation - Simpel og let henvisningsproces - Vigtigt med succeshistorier fra patienter Hovedårsag for henvisning if. sundhedsprofessionelle og socialarbejder: - Forbedre patienters adgang til tilbud - Sikre støtte til patienterne Studiet konkluderer vigtigheden af, at: - tilbuddet gøres letanvendeligt for sundhedsprofessionelle	Vurderet vha. CASP. Mangelfuldt metodeafsnit: vanskeligt at gennemskue de anvendte metoder, styrker og svagheder. Resultater er ikke fyldestgørende beskrevet: flere fund er blot opstillet i en tabel uden uddybning, hvilket gør det vanskeligt at uddrage mening heraf. Forskernes rolle reflekterer forfatterne ikke over.

Fillion, de Serres, Lapointe-Goupil, Bairati, Gagnon, Deschamps ... & Demers (2006) <i>Implementing the role of patient-navigator nurse at a university hospital centre</i> Canada	At beskrive roller og opgaver for en onkologisk sygeplejerske som patientnavigator (OPN) og vurdere implementeringen af denne rolle i et specialiseret team.	Kvalitativt studie. Semistrukturerede interviews med kræftpatienter og deres familie, hospitalspersonale samt eksterne parter (eks. sygeplejersker, læger fra sundhedscentre, der samarbejder med hospitalet).	19 patienter med hoved- og halskræft og 15 familie-medlemmer. Af pleje-personalet fra universitets-hospital indgik 47 personer. 21 personer fra eksterne parter.	Resultaterne vedrører implementering af en OPN, herunder OPNs rolle og forhold, der har betydning for en succesfuld implementering. Disse omfatter, at: - integrering af OPN i behandlingen kræver, at der tages højde for organisatoriske forhold. - tilstrækkelig information til eksterne parter er afgørende for at sikre deres deltagelse og engagement til integrering af OPN på lokalsamfundsplan. - interessenters roller bør ekspliciteres. - oplevet betydning af OPN for sundhedsprofessionelles eget virke medvirker til et større engagement.	Vurderet vha. CASP. Overordnet set veludført og -rapporteret: velvalgt metode ift. formål - dette underbygges dog ikke. Fundene kunne med fordel være dokumenteret med flere citater. Forskerne tager ikke stilling til egen rolle.
Freund (2017) <i>Implementation of evidence-based patient navigation programs</i> USA	At beskrive effekter af patientnavigation ift. kræftbehandling samt aspekter vedr. vellykket implementering heraf.	Review. Selve metoden fremgår ikke.	Inkluderer studier med navigatore og klinikere i sundhedsvæsenet, som arbejder med kræftpatienter.	Baseret på at den største udfordring for implementering er variation ml. afrapporterede programmers udformning opfordres til, at fremtidige programmer tilrettelægges med overvejelse af bl.a. følgende komponenter: - <u>Supervision og integrering af navigatoren</u> Behov for forkæmpere og supervisorer til understøttelse af navigators integrering i sundhedsvæsenet og deres aktiviteter. Vigtigt at navigatore ikke påtager sig de sundhedsprofessionelles opgaver → understreger at koordinering af arbejdet er vigtigt. - <u>Understøttelse via systemer</u> Til identifikation af relevante patienter og kommunikation mellem navigatore og klinikere. I studiet fremhæves behovet for yderligere forskning vedr. type af navigator, forståelse for hvordan støtte fra kliniske og ikke-kliniske instanser kan koordineres samt implementeringsforskning vedr. opretholdelsen af patientnavigation.	Vurderet vha. AMSTAR 2. Ift. kriterier for systematiske reviews fremstår studiet usystematisk/metodisk mangelfuldt, da metoden ikke beskrives. Lav gennemsigthed og kvalitet. Studiet omtales ikke som et systematisk review og er udformet mere som en usystematisk oversigtsartikel/ narrativt review. Studiet kan derfor være bedømt pba. kriterier, der ikke vægtes for reviewtypen.
Mollica, Adjei, Duffin, Peters, Thomas, Asfeldt & Castro (2017) <i>Influencing Quality Repor-</i>	At dele viden om, hvordan tre kræftcentre i lokalområdet imødekommer kvalitetsindika-	Kvalitativt studie. Semistrukturerede interviews med noglepersoner fra de tre kræftcentre i lokalområdet.	Nøglepersoner fra tre kræftcentre i lokalområdet. Antal interviewede	I studiet anvendes hovedsagligt sygeplejersker som navigatore. Centrale pointer ift. implementering heraf: - En klar beskrivelse af rollen for sygeplejersken i navigatorfunktionen er væsentlig. - Vigtigheden af accept fra lægerne: støtte herfra giver mulighed for gnidningsfri integration af navigatore i	Vurderet vha. CASP. Veludført og -beskrevet, dog med visse mangler ift. begrundelse af valg eks. ved udvælgelse af respondenter. Forskerne

<i>ting: Using the Rapid Quality Reporting System in a Community Network USA</i>	torer ift. brystkræftbehandling vha. bl.a. patientnavigation.		samt profession fremgår ikke.	plejeteamet. Eks. ved at en læge er forkæmper for integration af navigatore. - Tværfaglige konferencer mellem plejepersonale og navigatore: mulighed for, at navigatore kan pointere, såfremt visse patienter har behov for ekstra pleje.	tager ikke stilling til egen rolle, hvorfor dette begrænser gennemsigtigheden ift. betydningen af dette.
Valaitis, Carter, Lam, Nicholl, Feather & Cleghorn (2017) <i>Implementation and maintenance of patient navigation programs linking primary care with community-based health and social services: a scoping literature review</i> Canada	At belyse nuværende viden om barrierer og facilitatorer for implementering og opretholdelse samt udfald af patient navigationsprogrammer i den primære sundhedssektor.	Scoping review. Litteratursøgning i CINAHL, Medline, Embase, PsycInfo og CCTR: forskellige MeSH og fritekstsøgninger på termer ift. navigation og primær sundhedssektor. Suppleret med søgning på Google og Google Scholar samt kontakt til forfatter og kædesøgning fra reviews.	Inkluderede studier kan omhandle patientnavigation målrettet andre patienter end kræftpatienter. Vedrører navigation i den primære sundhedssektor.	Der identificeres ikke studier, der specifikt fokuserer på implementering af patientnavigationsprogrammer i den primære sundhedssektor. Motiverende faktorer ift. at iværksætte patientnavigation: - Forbedring af leveringen af social- og sundhedsydelser. - Støtte ift. behov hos en bestemt patientgruppe. - Forbedring af livskvalitet hos patienter. Faktorer med betydning for implementeringen: - Afklaring af rollefordeling: Tydelig opdeling af roller, specielt for lægmandsnavigatore - Operationelle processer: Velformulerede politikker og procedurer. - Tilstrækkelige menneskelige, økonomiske og materielle ressourcer: - Dedikation fra sundhedsprofessionelle - Teknologi til at facilitere navigatore. - Tilstrækkelig plads og tid til samtaler med patienter. - Stærke organisatoriske forhold og partnerskaber: - Stærk relation til aktører i lokalsamfundet. - Engagement fra involverede sundhedsprofessionelle. - Dårlig forståelse for navigatorrollen samt manglende samarbejde mellem sundhedsprofessionelle og navigatore er en udfordring. - Effektiv kommunikation mellem udbydere: - Regelmæssige møder - Ansigt-til-ansigt kommunikation	Vurderet vha. AMSTAR 2. Selve udvælgelse og relevansscreeningen er udført tilfredsstillende med mere end én reviewer. Da det er et scoping review anvendes ikke kvalitetsvurdering af studiernes metodiske kvalitet, hvilket svækker fundenes validitet. De ekskluderede og inkluderede studier er ikke beskrevet fyldestgørende.

5.1.1 Kritisk vurdering

I litteraturstudiet indgår fire kvalitative studier og to reviews, der vha. relevante tjeklister er vurderet ift. kvalitet, hvilket fremgår af bilag 2. Afgørende fund fra disse kvalitetsvurderinger præsenteres i det følgende for at afdække troværdigheden af studierne resultater.

Studierne af de la Riva *et al.* (2016), Fillion *et al.* (2006) og Mollica *et al.* (2017) opfylder en stor del af kriterierne for kvalitativ forskning og er overordnet set veludførte og velbeskrevne, hvorfor studierne vurderes at være af middel til høj kvalitet. De tre studier har dog enkelte mangler, f.eks. ekspliciteres interviewerens rolle overfor informanterne ikke, hvilket er væsentligt i kvalitativ forskning. Det kvalitative studie af Doolan-Noble *et al.* (2013) vurderes som værende af lav kvalitet, da metodeafsnittet er mangelfuldt og flere af resultaterne blot opstilles i modeller uden at blive kommenteret yderligere på i teksten. Dette gør det derfor vanskeligt at vurdere den analytiske proces bag og udlede meningen af visse resultater, hvorfor resultater alene er inkluderet i litteraturstudiet i de tilfælde, hvor meningen med disse var forståelige uden en yderligere uddybning.

Valaitis *et al.* (2017) opfylder en del af kriterierne for systematiske reviews ift. metoderne for den systematiske søgning, udvælgelsen samt relevansscreeningen. Studiet er et scoping review, hvorfor det ikke forholder sig til de inkluderede studiers metodiske kvalitet, hvilket er typisk for denne type reviews (Grant and Booth, 2009). Det betyder endvidere, at der er en række kriterier i tjeklisten, som ikke er relevante for denne reviewtype, og som studiet derfor af stilmæssige årsager ikke opfylder. Disse kriterier er derfor ikke medtaget i kvalitetsvurderingen af studiet, hvorfor studiet vurderes som værende af middel til høj kvalitet.

Reviewet af Freund (2017) opfylder stort set ingen af kriterierne for et systematisk review, men pga. manglende alternative tjeklister ift. kvalitetsvurderingen er den dog vurderet i henhold hertil (se afsnit 4.2.4). Det fremgår ikke af reviewet, at det er systematisk, hvilket kan være begrundelsen for, at de metodiske forhold ikke er af rapporteret. I studiet nævnes blot, at det er et review, og indholdet af artiklen forekommer mere som værende i overensstemmelse med, hvad der er forventeligt af en usystematiseret oversigtsartikel eller et narrativt review jf. Grant og Booth (2009). Derudover er der blot én reviewer, hvilket ligeledes skaber usikkerhed ift. om der er tale om et egentligt review, da dette principielt kræver flere reviewere. Studiet vurderes derfor som værende af lav kvalitet, da resultaterne er behæftet med stor usikkerhed, da studiet metodemæssigt er meget mangelfuldt og uigennemsigtigt. På baggrund af dette tages resultater fra dette studie kun med i det tilfælde, hvor de kan understøtte andre resultater, da resultaterne ikke vurderes at kunne stå alene.

5.1.2 Analyse af udvalgte studier

På baggrund af de identificerede studier er udledt fem temaer, der kan have betydning for udbredelsen af patientnavigation. Disse er: engagement fra interessenter, betydende faktorer for sundhedsprofessionelle, rollefordeling, rammer og patientnavigator som integreret del af teamet.

Samtlige af de udvalgte studier omhandler udbredelsen af patientnavigation til patienter med kræft målrettet behandlingsforløbet. Flere af studierne fremhæver, at udformning af patientnavigationen kan variere eksempelvis ift. navigatorens baggrund (Freund, 2017; Mollica *et al.*, 2017), hvilket illustreres ved sammenligning af studiet af Doolan-Noble *et al.* (2013) og Fillion *et al.* (2006), der hhv. har en lægperson og en onkologisk sygeplejerske som navigator. Denne variation mellem patientnavigationsprogrammerne fremhæves som den største udfordring for implementeringen heraf (Freund, 2017). Endvidere understreges nødvendigheden af yderligere implementeringsforskning vedr. fastholdelsen af patientnavigation (Freund, 2017), hvilket suppleres af Valaitis *et al.* (2017), som beskriver, at ingen studier specifikt fokuserer på implementeringen af patientnavigation i den primære sundhedssektor. Herved fremkommer, at der fortsat er et behov for yderligere forskning vedr. udbredelsen og implementeringen af patientnavigation, da den nuværende viden på området ikke er udtømmende. Dette understreges yderligere som følge af specialets litteratursøgning, idet det var udfordrende at finde tekster med relevans trods en forholdsvis bred søgning. Det har derfor været nødvendigt at inddrage studier, der bredt omfatter sundhedsprofessionelle, dvs. inden for forskellige sundhedssektorer frem for udelukkende i sygehusregi, mens der endvidere ikke er differentieret mellem typer af navigatore.

Engagement fra interessenter

I det følgende analyseres fund fra de inkluderede studier, der vedrører betydningen af engagement fra interessenter ift. udbredelsen af patientnavigation blandt sundhedsprofessionelle. Engagement fra interessenter tidligt i forløbet har en positiv indvirkning på implementeringen af patientnavigation i den primære sundhedssektor (Doolan-Noble *et al.*, 2013). Doolan-Noble *et al.* (2013) beskriver dog ikke, hvad dette engagement kunne bestå i eller hvilke interessenter, der er tale om. Supplerende til dette pointerer nøglepersoner fra kræftcentre i studiet af Mollica *et al.* (2017), at lægernes accept af patientnavigation er vigtig for at sikre, at integreringen af navigatore i et plejeteam forløber let. De angiver endvidere, at det er afgørende at have en læge som forkæmper for at integrere navigatore (Mollica *et al.*, 2017). Freund (2017) understreger ligeledes, at der er behov for forkæmpere og yderligere supervisorer for at sikre integration og definition af navigatore i

sundhedsvæsenet. I studiet beskrives ikke, hvem eller hvilke professioner disse forkæmpere kunne være, men fundet er med til at understrege vigtigheden af at have interessenter, der støtter op om patientnavigationsprogrammer. Studiet af Valaitis *et al.* (2017) understøtter ligeledes vigtigheden af engagement fra interessenter, idet en stærk tilknytning og relation til aktører fra lokalsamfundet samt engagement fra de involverede sundhedsprofessionelle bidrager til en mere vellykket implementering og vedligeholdelse af patientnavigation i den primære sundhedssektor. Organisatoriske forhold som mangel på samarbejde mellem sundhedsteamet og navigatorene kan tillige udfordre implementeringen af patientnavigation (Valaitis *et al.*, 2017).

For at sikre engagement fra interessenter er det afgørende med tilstrækkelig promovering og information vedr. patientnavigation. Fillion *et al.* (2006) finder således, at utilstrækkelig information vedr. navigatorens funktion var hæmmende ift. de sundhedsprofessionelles deltagelse i implementeringen af denne på lokalsamfundsplan. Endvidere kan succeshistorier fra patienter bidrage til opbakning til patientnavigation fra de sundhedsprofessionelle, hvilket medvirker til vedvarende anvendelse heraf. Disse succeshistorier kan anskues som en form for promovering af patientnavigation, hvilket vil være en facilitator for implementeringen, såfremt promoveringen udføres i omfattende grad (Doolan-Noble *et al.*, 2013).

Med afsæt i ovenstående anbefales at sikre engagement og accept fra læger og andre involverede sundhedsprofessionelle for at opnå en vellykket udbredelse af patientnavigation. For at sikre engagement fra interessenter er det vigtigt, at de føler sig tilstrækkeligt informeret om konceptet, herunder eksempelvis via en omfattende promovering af programmet samt succeshistorier. Forkæmpere og supervisorer blandt de sundhedsprofessionelle samt et godt samarbejde mellem sundhedsteamet og navigatorene fordrer endvidere udbredelsen af patientnavigation. Ovenstående indikerer, at stærke organisatoriske forhold og partnerskaber er afgørende for en vellykket implementering af patientnavigation, hvorfor det er vigtigt at sikre engagement fra interessenter tidligt i forløbet.

Betydende faktorer for sundhedsprofessionelle

Af flere af de udvalgte studier fremgår faktorer, der kan være motiverende for de sundhedsprofessionelle og dermed forudsættende ift. at sikre en vellykket udbredelse af patientnavigation.

Flere af de udvalgte studier berører patientrelaterede faktorer, der kan virke motiverende for de sundhedsprofessionelle. Forbedring af patienters livskvalitet samt forbedret levering og adgang for patienter til sundheds- og sociale ydelser motiverer de sundhedsprofessionelle ift. at iværksætte patientnavigation (Doolan-Noble *et al.*, 2013; Valaitis *et al.*, 2017). Ydermere

medvirker anvendelsen af navigatorer til støtte af patienterne (Doolan-Noble *et al.*, 2013; de la Riva *et al.*, 2016; Valaitis *et al.*, 2017), hvilket endvidere kan være en motiverende faktor for de sundhedsprofessionelle (Valaitis *et al.*, 2017). Derudover beskriver en sundhedsudbyder i studiet af de la Riva *et al.* (2016), at navigatorene kan yde den støtte til patienterne, som den sundhedsprofessionelle ikke kan. Det kan derfor formodes, at de sundhedsprofessionelle oplever, at navigatorene kan supplere deres pleje med en støtte, som de sundhedsprofessionelle af ressourcemæssige hensyn ikke selv kan yde. Dermed udgør navigatorernes støtte en mulig forbedring af patienternes pleje, hvilket kan bidrage til at motivere de sundhedsprofessionelle ift. udbredelsen af patientnavigation.

Udover de patientrelaterede motivationsfaktorer findes faktorer, der relaterer sig til de sundhedsprofessionelle og deres arbejde. I studiet af de la Riva *et al.* (2016) beskriver en sundhedsudbyder, hvorledes patientnavigation bidrog til, at denne kunne udføre sit arbejde mere effektivt bl.a. grundet navigatorens hjælp ift. at få patienten til at fremmøde til medicinske aftaler. Dette formodes at være en motiverende faktor for de sundhedsprofessionelle ift. udbredelsen af patientnavigation, da det vil kunne bidrage til, at mindre af de sundhedsprofessionelles tid spildes pga. patienters manglende fremmøde. Derved kan de sundhedsprofessionelle optimere deres arbejdsgange og plejen til patienterne. Dette understøttes af Fillion *et al.* (2006), idet plejepersonalet fra et universitetshospital italesætter, at de engagerer sig mere i implementeringen af patientnavigation, fordi de oplever, at en sygeplejerske som navigator bidrager til at styrke deres fagområde og forbedre ydelserne indenfor dette område. En negativ indstilling til patientnavigation kan derimod fungere som en hæmmende faktor ift. implementeringen, da skepsis ift. patientnavigation kan være en indledende barriere for implementeringen. Navigatorer beskriver, at denne skepsis specielt er rettet mod ansættelsen af lægmænd som navigatore (Doolan-Noble *et al.*, 2013), dog fremgår det ikke af studiet, hvem denne skepsis eksisterede hos. I tillæg hertil finder de la Riva *et al.* (2016), at visse sundhedsprofessionelle i begyndelsen frygtede, at anvendelsen af navigatore ville medvirke til at distancere dem fra patienterne. Med tiden opfattede de sundhedsprofessionelle dog navigatorene som en ressource med flere fordele (de la Riva *et al.*, 2016). Dermed kan det formodes, at det er væsentligt at være opmærksom på negative associationer fra de sundhedsprofessionelles side og forsøge at fremhæve, hvorledes navigatore kan være en ressource for dem.

Med udgangspunkt i ovenstående understreges, at en vellykket udbredelse af patientnavigation afhænger af, hvorvidt de sundhedsprofessionelle oplever væsentlige fordele ved anvendelsen heraf. Disse fordele kan både være relateret til, at patienternes livskvalitet eller sundhedsydelser forbedres, men ligeledes at de sundhedsprofessionelle oplever en

forbedring af arbejdsgange samt anser navigatorene som en ressource frem for en trussel.

Rollefordeling

Alle inkluderede studier berører i nogen grad temaet rollefordeling ift. udbredelse af patientnavigation. I studiet af de la Riva *et al.* (2016) fremgår, at flere af de sundhedsprofessionelle i begyndelsen udtrykker skepsis overfor patientnavigation, idet de oplever en uklar forståelse af, hvilke roller navigatorene skal besidde. I tråd med dette finder studiet af Valaitis *et al.* (2017), at afklaring af rollefordeling er en af de faktorer, der har betydning for implementeringen af patientnavignationsprogrammer. I forhold til dette pointeres, at en tydelig definition af navigatorernes roller er væsentlig, hvilket er særligt vigtigt, når det er lægmænd, der fungerer som navigatore. Det fremgår ligeledes af studiet, at en dårlig forståelse af, hvilken rolle navigatorene skal bestride er en udfordring, og at samarbejdet mellem sundhedsprofessionelle og navigatore også er en udfordring (Valaitis *et al.*, 2017). Samarbejdet som en udfordring kan formodes at være et resultat af uklare roller, hvilket kombineret med andre fund fra studiet belyser vigtigheden af at have klare rammer for navigatore og sundhedsprofessionelle. En anden udfordring kan opstå såfremt navigatorene påtager sig de sundhedsprofessionelles oprindelige opgaver (Freund, 2017). I tillæg hertil beskrives, at sundhedsprofessionelle både i de initierende faser og løbende kan være tilbøjelige til at forsvare deres arbejdsområde (*patch protection*), hvilket kan være hæmmende for implementeringen af patientnavigation (Doolan-Noble *et al.*, 2013). Ifølge Freund (2017) bør dette imødekommes ved at sikre koordinering af de sundhedsprofessionelle og navigatorernes arbejde, hvilket med andre ord kan tale for klare roller. To af studierne vedrørende patientnavigation med sygeplejersker som navigatore finder, at en indledende barriere for implementeringen af patientnavigation var definitionen af navigatorsygeplejerskens rolle ift. de andre sygeplejersker samt andre interessenter, hvortil klare beskrivelser af rollerne fremhæves som essentielt (Fillion *et al.*, 2006; Mollica *et al.*, 2017). På trods af at disse studier vedrører sygeplejersker som navigatore formodes, at lignende problemstillinger vedrørende rollefordeling muligvis gør sig gældende ved brug af lægmandsnavigatore.

På baggrund af ovenstående fremgår, at der bør opstilles klare roller for alle relevante aktører, som indgår i patientnavigation, da dette vurderes at have betydning for udbredelsen heraf. Dette gør sig gældende for de forskellige navigatore, sundhedsprofessionelle og andre interessenter, da det formodes at fordre samarbejdet og forholdet mellem de forskellige aktører i patientnavignationsprogrammer.

Rammer

Flere af de inkluderede studier vedrører rammerne for udbredelse af patientnavigation blandt sundhedsprofessionelle. Ifølge Valaitis *et al.* (2017) kan velformulerede politikker og procedurer bidrage til implementering af patientnavigation, hvilket tilskynder, at der opstilles overordnede klare rammer og procedurer herfor. Det beskrives ikke yderligere, hvad disse politikker og procedurer skal indeholde. Derudover er en vigtig erfaring vedrørende implementering af patientnavigation, at det generelt skal være let at anvende for de sundhedsprofessionelle (Doolan-Noble *et al.*, 2013), hvilket dog ligeledes ikke uddybes ift. hvorledes dette konkret sikres. Ud fra disse studiers fund kan det dog udledes, at forholdene omkring patientnavigation skal være simple og gennemskuelige, hvilket formodes at kunne imødekommes ved klare rammer og procedurer, hvorved de sundhedsprofessionelle er opmærksomme på hvor, hvornår og hvordan, de skal håndtere forhold vedr. patientnavigation.

Valaitis *et al.* (2017) italesætter, at utilstrækkelig tid er en udfordring for implementering af patientnavigation blandt sundhedsprofessionelle. Udover dette har tilgængeligheden af fysisk rum til samtale med patienten ligeledes indflydelse på hvor lang tid, der tilbringes med patienten, hvilket derfor også er af betydning ift. implementeringen og vedligeholdelsen af patientnavigation. Endvidere har effektiv kommunikation mellem udbydere betydning for implementeringen af patientnavigation, idet regelmæssige møder og ansigt-til-ansigt kommunikation er vigtige faktorer for succesfuld patientnavigation (Valaitis *et al.*, 2017). Dette tyder således på, at klare rammer for, hvordan kommunikationen vedr. patientnavigation skal foregå, er vigtige for implementeringen heraf.

Navigatorene fremhæver, at henvisningsprocessen skal være simpel og let f.eks. vha. elektroniske henvisningssystemer (Doolan-Noble *et al.*, 2013). Freund (2017) beskriver i tillæg til dette, at understøttelse via systemer er vigtige for at sikre succesfuld patientnavigation. Disse systemer skal kunne hjælpe med at identificere relevante patienter og forvalte kommunikationen mellem navigatore og klinikere i sundhedsvæsenet (Freund, 2017). Supplerende til dette har teknologiske redskaber vist sig at være anvendelige ift. at facilitere navigatore eller patientnavignationsprogrammer (Valaitis *et al.*, 2017).

For at sikre en vellykket implementering af patientnavigation og dermed udbredelse til sundhedsprofessionelle skal ifølge ovenstående fokuseres på opstilling af klare rammer og procedurer for, at patientnavignationsprogrammer opleves som simple og lette at inkorporere i de sundhedsprofessionelles praksis. Derudover er rammerne for de sundhedsprofessionelles formidling af patientnavigation til patienter ligeledes afgørende. Det kan endvidere være

fremmende for udbredelsen, at elektroniske redskaber anvendes, f.eks. ift. at lette henvisningsprocessen.

Patientnavigator som integreret del af teamet

Som beskrevet i afsnit 5.1.2 kan patientnavigationsprogrammer variere ift. eksempelvis navigatorernes baggrund eller konteksten for implementeringen. Navigatorer kan endvidere integreres på forskellige måder afhængigt af, om de indgår som en udefrakommende ekstern part (Doolan-Noble *et al.*, 2013), hvilket er tilfældet for den nuværende danske udformning, eller som en fast integreret del af teamet på sygehuset (Fillion *et al.*, 2006; de la Riva *et al.*, 2016; Mollica *et al.*, 2017).

Integreringen af navigatorer i det kliniske team bidrager til at skabe en stærk arbejdsrelation mellem navigatorer, læger samt andet sundhedspersonale, da dette kan medvirke til effektiv kommunikation, bedre samarbejde samt optimal udnyttelse af medarbejdernes evner (de la Riva *et al.*, 2016). Navigatorerne i studiet er ikke nødvendigvis sundhedsprofessionelle, hvorfor det kan udledes, at lægmandsnavigatorer ligeledes kan integreres i det kliniske team. Sygeplejersker som navigatorer, der er integreret i kræftcentreteams, kan muliggøre tværfaglige konferencer med plejepersonale, hvilket medvirker til, at navigatorer kan pointere, såfremt visse patienter har behov for ekstra pleje (Mollica *et al.*, 2017). Integrering af patientnavigatorer i det sundhedsfaglige team kan dermed have visse fordele ift. at øge de sundhedsprofessionelles viden om patienten, hvilket kan indgå i en målretning af patientens pleje. Det kan dog tænkes at have betydning om den integrerede navigator har en sundhedsfaglig baggrund, idet fund fra Mollica *et al.* (2017) er baseret på implementeringen af en sygeplejerske som navigator. I tillæg hertil fremhæver Fillion *et al.* (2006), at en succesfuld integrering af en sygeplejerske som navigator kræver, at der tages højde for organisatoriske forhold, som kan være af betydning. Hvilke specifikke organisatoriske forhold der er tale om ekspliciteres ikke, men det kan formodes at afhænge af den enkelte kontekst.

Af ovenstående kan udledes, at integrering af patientnavigatorer som en del af teamet på sygehuset kan have flere fordele, eksempelvis øget samarbejde på tværs af professioner samt bedre udnyttelse af medarbejdernes evner. Hvorvidt dette vil være tilfældet ved integrering af en frivillig som navigator er dog ikke fuldt ud afdækket.

Opsummering

Opsummerende kan det ud fra litteraturstudiet udledes, at flere forskellige aspekter har betydning for udbredelsen af patientnavigation blandt sundhedsprofessionelle. Engagement

fra interessenter forekommer som en facilitator for udbredelsen, hvilket skal sikres tidligt i implementeringsprocessen. Derudover er det vigtigt at have forkæmpere for patientnavigation blandt de sundhedsprofessionelle samt sikre et godt samarbejde mellem navigatore og sundhedsprofessionelle. At de sundhedsprofessionelle kan se fordele ved anvendelse af patientnavigation, er ligeledes en facilitator for udbredelsen. Disse fordele vedrører patienternes forbedrede oplevelser med behandlingen samt de sundhedsprofessionelles egen oplevelse af forbedrede arbejdsgange. Desuden er klare roller for de involverede aktører i patientnavigationsprogrammer en vigtig faktor for udbredelsen, da dette sikrer et godt samarbejde og forhold mellem disse. I tillæg hertil er klare rammer og procedurer for patientnavigation vigtigt ift. at programmet opleves som letanvendeligt. Det bør desuden sikres, at sygehusets rammer understøtter udbredelsen og kommunikationen om patientnavigation, herunder kan anvendelse af elektroniske redskaber bl.a. facilitere henvisningsprocessen. Slutteligt har integrationen af navigatore som en fast del af teamet vist sig at være effektivt for udbredelsen i de tilfælde, hvor det er sundhedsprofessionelle, der agerer navigatore. Overordnet kan på baggrund af litteraturstudiet konkluderes, at der er sparsom forskning specifikt om udbredelsen af patientnavigation i sygehusregi, hvorfor yderligere forskning er nødvendig.

5.2 Analyse af spørgeskemaundersøgelsen

I det følgende præsenteres analysen af de indsamlede data fra spørgeskemaundersøgelsen. Afsnittet skal besvare forskningsspørgsmålet: *“Hvor udbredt er navigatortilbuddet på udvalgte kræftafdelinger på Aalborg Universitetshospital, og hvilke faktorer kan have betydning herfor?”*.

5.2.1 Spørgeskemaundersøgelsens svarprocent

På baggrund af opgørelser over de udvalgte kræftafdelingers plejepersonale og antal spørgeskemabesvarelser fra plejepersonalet er beregnet svarprocenter for de enkelte afdelinger samt for spørgeskemaundersøgelsen overordnet set (tabel 5).

Tabel 5: Svarprocenter for de udvalgte kræftafdelinger

Afdeling	Antal ansatte, plejepersonale (n)	Antal besvarelser, plejepersonale (n)	Svarprocent (%)
Gynækologisk afd.	37	19	51,35%
Mave-tarm A1	27	15	55,56%
Mave-tarm A2	15	15	100,00%
Mave-tarm amb.	27	17	62,96%
Onkologisk D1	15	5	33,33%
Onkologisk D3	15	5	33,33%
Onkologisk dag.	60	32	53,33%
Plastik- og mammakirurgisk afd.	24	17	70,83%
Stråleterapi	30	14	46,67%
Urologisk amb.	15	14	93,33%
Urologisk dag. og seng.	30	24	80,00%
I alt	295	177	60,00%

Af tabel 5 fremgår, at spørgeskemaets overordnede svarprocent er 60 %, hvilket er baseret på 177 besvarelser fra en stikprøve af afdelingernes plejepersonale på i alt 295 ansatte.

Tabel 5 illustrerer, at repræsentationen af de forskellige afdelinger varierer betydeligt. For fire afdelinger er svarprocenten høj (Mave-tarm A2, Plastik- og Mammakirurgisk afdeling, Urologisk ambulatorium og Urologisk dag- og sengeafsnit), idet minimum 70 % af de mulige respondenter fra afdelingerne har deltaget i spørgeskemaundersøgelsen. Omvendt har tre afdelinger relativt lave svarprocenter på under 50 % (Onkologisk D1, Onkologisk D3 og Stråleterapi), og otte af de 11 repræsenterede afdelinger har svarprocenter på over 50 %.

Udover plejepersonale var der ligeledes besvarelser fra læger, studerende og lægesekretærer, hvorfor spørgeskemaundersøgelsen er baseret på i alt 189 besvarelser. Disse er dog ikke opgjort ift. svarprocent jf. afsnit 4.4.5.

5.2.2 Resultater for hele studiepopulationen

Tabel 6 illustrerer karakteristika for den undersøgte studiepopulation bestående af i alt 189 sundhedsprofessionelle fra udvalgte afdelinger, der behandler patienter med kræft på Aalborg Universitetshospital.

Tabel 6: Karakteristika og kendskab for studiepopulationen

	Kender til navigator-tilbuddet n (%)	Kender ikke til navigator-tilbuddet n (%)	Varians-analyse	Samlet n (%)
Køn			$p^a=0,517$	
Mand	3 (33,33%)	6 (66,67%)		9 (4,76%)
Kvinde	70 (38,39%)	110 (61,11%)		180 (95,24%)
Alder			$p^b=0,022^*$	
21-30 år	5 (17,24%)	24 (82,76%)		29 (15,34%)
31-40 år	19 (37,25%)	32 (62,75%)		51 (26,98%)
41-50 år	20 (38,46%)	32 (61,64%)		52 (27,51%)
>50 år (maks. 63 år)	28 (51,85%)	26 (48,15%)		54 (28,57%)
Missings				3 (1,59%)
Uddannet antal år			$p^b=0,055$	
0-10 år	12 (23,53%)	39 (76,47%)		51 (26,98%)
11-20 år	28 (44,44%)	35 (55,56%)		63 (33,33%)
21-30 år	18 (42,86%)	24 (57,14%)		42 (22,22%)
>30 år (maks. 42 år)	14 (50,00%)	14 (50,00%)		28 (14,81%)
Missings				5 (2,65%)
Profession			$p^a=0,184$	
Sygeplejerske	68 (40,96%)	98 (59,04%)		166 (87,83%)
Læge	1 (12,50%)	7 (87,50%)		8 (4,23%)
Andet	4 (26,67%)	11 (73,33%)		15 (7,94%)
Afdeling				
Gynækologisk afd.	3 (15,00%)	17 (85,00%)		20 (10,58%)
Mave-tarm A1	1 (6,67%)	14 (93,33%)		15 (7,94%)
Mave-tarm A2	1 (6,67%)	14 (93,33%)		15 (7,94%)
Mave-tarm amb.	0 (0,00%)	17 (100%)		17 (8,99%)
Onkologisk D1	3 (50%)	3 (50%)		6 (3,17%)
Onkologisk D3	5 (83,33%)	1 (16,67%)		6 (3,17%)
Onkologisk dag.	30 (90,91%)	3 (9,09%)		33 (17,46%)
Plastik- og mammakirurgisk afd.	6 (33,33%)	12 (66,67%)		18 (9,52%)
Stråleterapi	14 (100%)	0 (0,00%)		14 (7,41%)
Urologisk amb.	9 (47,37%)	10 (52,63%)		19 (10,05%)
Urologisk dag. og seng.	1 (3,85%)	25 (96,15%)		26 (13,76%)
I alt	73 (38,62%)	116 (61,38%)		189

* $p < 0,05$. Fisher's exact test (a) hvis under 5 observationer i stratificeringer el. Pearson's chi2 test (b).

Det fremgår af tabel 6, at majoriteten af studiepopulationen udgøres af kvinder (95,24 %) samt at den hyppigst forekomne profession i studiepopulationen er sygeplejerske (87,83 %). Udover sygeplejersker indgår ligeledes læger (4,23 %) samt andre professioner (7,94 %), eksempelvis radiograf, sygeplejerskestuderende, social- og sundhedsassistent, lægesekretær mv. Tabellen illustrerer endvidere, at respondenterne er jævnt fordelt mellem stratificeringerne for de tre ældste aldersgrupper (31-40, 41-50 og >50 år), mens der er færre respondenter i den yngste aldersgruppe (21-30 år). For grupperingerne ift. antal år respondenterne har været færdiguddannet ses, at gruppen, der har været uddannet længst, udgør den mindste gruppe. I forhold til fordelingen af respondenter mellem de forskellige udvalgte afdelinger på Aalborg Universitetshospital ses, at flest respondenter er ansat ved Onkologisk Dagafsnit (17,46 %) samt Urologisk Dag- og sengeafsnit (13,76 %), mens færrest respondenter repræsenterer afdelingerne Onkologisk D1 (3,17 %) og Onkologisk D3 (3,17 %). Dette er dog forventeligt, idet de forskellige afdelinger varierer i størrelse og antal ansatte (se tabel 5), hvorfor antallet af respondenter fra de forskellige afdelinger nødvendigvis vil være ujævnt fordelt.

Tabellen viser ligeledes fordelingen af de forskellige karakteristika, når studiepopulationen er stratificeret ift. de respondenter, der har kendskab og de respondenter, der ikke har kendskab til navigatortilbuddet. Heraf fremgår, at en majoritet på 61,38 % af de adspurgte sundhedsprofessionelle ikke har kendskab til navigatortilbuddet, mens 38,62 % har kendskab hertil. I forhold til køn, uddannet antal år og profession er der ikke statistisk signifikant forskel mellem de to forskellige gruppers kendskab til tilbuddet, hvilket kan indikere, at disse faktorer ikke er associerede med kendskabet. Baseret på procentsatserne ses dog en tendens til, at respondenterne, der har været uddannet 0-10 år, udgør den gruppe, hvor færrest respondenter har kendskab til navigatortilbuddet. Ses ligeledes på procentsatserne for profession fremgår en tendens til, at kendskabet er mere ligeligt fordelt mellem sygeplejerskerne, end det er tilfældet for læger og andre professioner, hvor de fleste af disse ikke kender til tilbuddet. I forhold til alder ses ud fra procentsatserne ligeledes en tendens til, at der i aldersgruppen 21-30 år er færrest, der har kendskab til navigatortilbuddet sammenlignet med de andre grupper. Endvidere viser variansanalysen herfor, at der er statistisk signifikant forskel mellem aldersgrupperne ($p=0,022$), hvad angår kendskab til navigatortilbuddet. Dette betyder således, at kendskabet til navigatortilbuddet varierer statistisk signifikant mellem aldersgrupperne. Dette indikerer, at alder kan være associeret med, hvorvidt de sundhedsprofessionelle har kendskab til navigatortilbuddet. I flere tilfælde fordeler respondenterne sig således, at majoriteten i afdelingerne enten har kendskab til navigatortilbuddet (Stråleterapi = 100 %, Onkologisk dag. = 90,91 % og Onkologisk D3 =

83,33 %) eller ikke har kendskab hertil (Mave-tarm amb. = 100 %, Urologisk dag. og seng. = 96,15 %, Mave-tarm A1 og A2 = 93,33 %). Det har ikke været muligt at udføre variansanalysen ift. afdeling, idet flere af grupperne indeholder nul respondenter, og analysen derfor ikke kan udføres.

Tabel 7 viser hhv., hvilken afsender de sundhedsprofessionelle primært foretrækker at modtage generel information vedr. tilbud til patienter fra samt via hvilket format, de foretrækker at modtage denne information.

Tabel 7: Foretrukken afsender og format ift. formidling af patientrettede tilbud

Afsender (N=189) n (%)		Format* (N=189) n (%)	
Afdelingsledelse	79 (41,80%)	Mundtlig	109 (57,67%)
Interesseorganisationer	56 (29,63%)	Mail	123 (65,08%)
Kollegaer	19 (10,05%)	Skriftligt informationsmateriale	123 (65,08%)
Andet	12 (6,35%)	Intranettet	27 (14,29%)
Missings	23 (12,17%)	Andet	9 (4,76%)

* Mulighed for at vælge flere svarmuligheder, hvorfor tallene (%) er baseret på besvarelser fra samtlige respondenter, og %-satserne er derfor ikke additive.

I forhold til afsender foretrækker størstedelen af de sundhedsprofessionelle at modtage information om tilbud til patienter fra afdelingsledelsen (41,80 %) og interesseorganisationer (29,63 %). Samtlige missings ved spørgsmålet vedr. afsender er respondenter, som har besvaret spørgsmålet ved at afkrydse to eller flere svarmuligheder, hvor det kun var muligt at afkrydse én. Endvidere fremgår af tabel 7, at det foretrukne format til overlevering af denne information blandt de sundhedsprofessionelle er mail (65,08 %), skriftligt informationsmateriale (65,08 %) og mundtligt (57,67 %). Det var muligt for respondenterne at afkrydse flere svarkategorier til spørgsmålet vedr. format, hvorfor procentangivelserne ikke summerer til 100 %.

Tabel 8 illustrerer, hvor stor en andel af de adspurgte sundhedsprofessionelle der mente, at de kunne identificere patienter i målgruppen på baggrund af et tekstudklip fra informationsmateriale fra Kræftens Bekæmpelse vedr. navigatortilbuddets målgruppe.

Tabel 8: Identificering af socialt sårbare patienter jf. Kræftens Bekæmpelses kriterier

Identificering af patienter (N = 189) n (%)	
Ja	178 (94,18%)
Nej	10 (5,29%)
Missings	1 (0,53%)

Af tabellen fremgår, at 94,18 % af de adspurgte sundhedsprofessionelle angav, at de på baggrund af navigatortilbuddets beskrivelse af socialt sårbare patienter ville være i stand til at identificere relevante patienter.

5.2.3 Resultater for sundhedsprofessionelle med kendskab til navigatortilbuddet

Analyserne i tabel 9 er foretaget på baggrund af de 73 sundhedsprofessionelle, som har svaret, at de har kendskab til navigatortilbuddet. I tabellen fremgår, hvorfra de sundhedsprofessionelle har opnået kendskab til navigatortilbuddet, hvorvidt de har henvist eller informeret patienter om tilbuddet samt årsagen til, at de ikke har henvist patienter, hvilket var tilfældet for 43 respondenter.

Tabel 9: Informationskilde og henvisning blandt respondenter med kendskab til navigatortilbuddet

Informationskilde til navigatortilbuddet* (N = 73) n (%)	
Oplæg fra Kræftens Bekæmpelse	31 (42,47%)
Personaleblad/magasin	2 (2,74%)
Informationsmateriale (pjece, plakater mv.)	24 (32,88%)
Kollega	32 (43,84%)
Bekendte	1 (1,37%)
Andet	13 (17,81%)
Henvist/informeret (N = 73) n (%)	
Ja	30 (41,10%)
Nej	43 (58,90%)
Årsag til manglende anvendelse (N = 43) n (%)	
Ikke haft patienter i målgruppen	25 (58,14%)
Svært at tage samtalen med patienten	0 (0,00%)
Synes ikke om tilbuddet	0 (0,00%)
Synes tiden med patienten er for knap	2 (4,65%)
Føler ikke det er en del af arbejdsopgaver	0 (0,00%)
Andet	13 (30,23%)
Missings	3 (6,98%)

*Mulighed for at vælge flere svarmuligheder, hvorfor tallene (%) er baseret på besvarelser fra samtlige respondenter, og %-satserne er derfor ikke additive.

Størstedelen af de sundhedsprofessionelle har opnået kendskab til navigatortilbuddet via oplæg fra Kræftens Bekæmpelse (42,47 %), en kollega (43,84 %) samt informationsmateriale (32,88 %). I kontrast til dette har blot 1,37 % og 2,74 % hørt herom via hhv. bekendte og et personaleblad/magasin og 17,81 % af samtlige respondenter har desuden angivet en alternativ kilde til kendskabet under Andet-kategorien. Under sidstnævnte kategori havde de sundhedsprofessionelle angivet, at de havde hørt om navigatortilbuddet fra patienter, fra afdelingsledelsen, gennem uddannelse eller gennem Kræftens Bekæmpelse, men på anden vis

end gennem oplæg. Ved dette spørgsmål havde respondenterne ligeledes mulighed for at angive mere end ét svar, hvorfor procentsatserne summerer til mere end 100 %.

Blandt de 73 sundhedsprofessionelle med kendskab til navigatortilbuddet havde en majoritet på 58,90 % ikke henvist eller informeret patienter om tilbuddet. Blandt årsager til den manglende henvisning eller videregivelse af information til patienter angav 58,14 %, at dette skyldtes, at de ikke havde haft patienter i målgruppen, mens 30,23 % besvarede spørgsmålet med 'Andet'. Sidstnævnte blev uddybet med kommentarer fra respondenterne, der omhandlede en bred vifte af årsager. Eksempler på årsager var forglemmelse, nyligt kendskab, manglende viden om tilbuddet samt at patienten havde en navigator eller var for krævende for navigatorerne. Andre af respondenternes angivne årsager var tæt relateret til de allerede opstillede svarkategorier. Tre respondenter havde besvaret spørgsmålet med mere end én svarmulighed, hvorfor disse er angivet som missings.

5.2.4 Opsummering

Opsummerende fremgår af ovenstående, at majoriteten af de adspurgte sundhedsprofessionelle fra udvalgte afdelinger, der behandler patienter med kræft på Aalborg Universitetshospital, ikke har kendskab til navigatortilbuddet. For grupperingerne ift. køn, antal år uddannet og profession ses ingen association ift. kendskab til tilbuddet, mens der for aldersgrupperne fremgår en association ift. kendskab til tilbuddet. Aldersgruppen 21-30 år indeholder endvidere færrest med kendskab til tilbuddet. Derudover viser ovenstående, at majoriteten af respondenter i en afdeling enten har kendskab eller ikke har kendskab til navigatortilbuddet.

Resultaterne viser endvidere, at respondenternes præference ift. afsender af information vedr. patientrettede tilbud er afdelingsledelsen eller interesseorganisationer, mens foretrukne format til levering af denne viden er mail, skriftligt informationsmateriale eller mundtlig formidling. Derudover angav næsten samtlige respondenter, at de på baggrund af en beskrivelse af navigatortilbuddets målgruppe ville være i stand til at identificere relevante patienter.

Kendskab til navigatortilbuddet var hyppigst opnået via oplæg fra Kræftens Bekæmpelse, en kollega eller informationsmateriale. Majoriteten af respondenter med kendskab til tilbuddet havde ikke henvist eller informeret patienter herom, hvortil den hyppigste årsag var, at respondenterne ikke havde haft patienter i målgruppen.

5.3 Analyse af interviewundersøgelsen

I det følgende analyseres den indsamlede empiri fra semistrukturerede interviews med fem sygeplejersker ansat på forskellige afdelinger, der behandler patienter med kræft på Aalborg Universitetshospital. For baggrundsinformationer vedr. informanterne (I1-5) henvises til tabel 3. Analysen af de empiriske fund fra interviewene tager som beskrevet udgangspunkt i Dahlager og Fredslunds (2007) hermeneutiske analysestrategi (afsnit 4.5.6). Den følgende analyse er derfor resultatet af en kategorisering af de identificerede meningsbærende enheder, der efter fælles gennemgang og operationalisering har resulteret i inddelingen til i alt fire kategorier med dertilhørende underkategorier (se kodetræ bilag 11). Ydermere foretages en rekontekstualisering og hermeneutisk fortolkning af fundene, hvor de sammenholdes og fortolkes for at skabe en helhed til besvarelse af tredje forskningsspørgsmål: *“Hvordan beretter sundhedsprofessionelle på Aalborg Universitetshospital om deres erfaringer med udbredelsen af navigator tilbuddet, og hvad opleves som hhv. fremmende og hæmmende herfor?”*.

5.3.1 Manglende erfaring med navigator tilbuddet

Som det fremgår af afsnit 4.1, er udbredelse operationaliseret til at udgøre både udbredelse af kendskab samt optagelse og implementering, hvilket ift. specialets problemfelt omfatter kendskabet til og anvendelsen af navigator tilbuddet blandt sundhedsprofessionelle. Af samtlige interviews fremspringer denne kategori som væsentlig ift. at forstå sygeplejerskernes erfaring med navigator tilbuddet.

Kendskab

Jævnfør udvælgelsen af informanter til interviewene har samtlige informanter kendskab til navigator tilbuddet. Baggrundene for, hvorledes deres kendskab er opstået, er dog forskellige. To informanter kender det gennem kollegaer, hhv. en kollega, der var ansat som forløbskoordinator på en afdeling, hvor informanten tidligere var ansat (I2) og privat gennem en kollega, hvis familiemedlem havde meldt sig som navigator (I3). I2 beskriver, at ansatte på afdelingen *”fik rigtig god oplysning, fordi det var så nyt, så vi var rigtig opmærksomme på at få givet det videre”*. Heraf kan udledes, at forløbskoordinatoren som informationsgiver bidrog til, at de sundhedsprofessionelle blev godt oplyst, hvilket understøttede og skabte opmærksomhed ift. at videreformidle navigator tilbuddet i dets begyndelse. Denne funktion som informationsgiver påtager I3 sig, idet hun på eget initiativ tog kontakt til Kræftens Bekæmpelse for at udbrede tilbuddet på afdelingen: *”Vi har rekvireret pjecerne, sådan de er tilgængelige, og jeg har informeret vores personale om, at det er et tilbud, der er*

tilgængeligt, som vi bør oplyse om til de borgere, hvor vi tænker det kunne være relevant.”

(I3). Hun har således taget ansvaret for at udbrede navigatortilbuddet blandt sine kollegaer grundet sit kendskab og særlige funktion på afdelingen, hvilket kan indikere, at en sygeplejerske ligeledes vil kunne bidrage til at udbrede tilbuddet til sine kollegaer. Dog italesættes, at hun havde foretrukket, at informationen var kommet fra Kræftens Bekæmpelse i stedet: *”Jeg kunne ønske, at Kræftens Bekæmpelse f.eks. havde skrevet ud til mig, at det her tilbud er kommet, er det noget for jer?”* (I3). Dette illustrerer, at hun er interesseret i, at Kræftens Bekæmpelse tager kontakt til hende, såfremt nye tilbud udbydes og er villig til at stå for den videre formidling af tilbud på afdelingen muligvis i kraft af sin funktion på afdelingen. Kræftens Bekæmpelse kunne på denne måde understøtte udbredelsen af kendskabet til deres tilbud på sygehusafdelingerne for tillige at sikre, at informationen videreformidles på afdelingerne, idet det kan være svært for de sundhedsprofessionelle at få kendskab til denne information på egen hånd. En årsag til dette kan bl.a. være, at mangfoldigheden af tilbud målrettet kræftpatienter gør det udfordrende for de sundhedsprofessionelle at holde sig opdateret. En informant beskriver dette ved: *”... jeg er nok løbende frustreret over, hvor svært det er at holde sig opdateret på, hvad tilbud, der egentlig er. Både i Kræftens Bekæmpelse og kommunalt og regionalt og på alle måder. Det er en jungle.”* (I3). En anden informant fremhæver ligeledes dette og beskriver endvidere, at udbyderne gerne må *”være opsøgende og komme ud på afdelingerne.”* (I1). På baggrund af det omfattende udbud af tilbud fra forskellige instanser er det dermed vigtigt, at udbyderne gør en indsats for at sikre, at de sundhedsprofessionelle får kendskab til og kan navigere i tilbuddet af patientrettede tilbud ved eksempelvis at opsøge afdelingerne eller relevante nøglepersoner på afdelingerne, der kan videreformidle viden om tilbuddene.

De resterende informanter er blevet informeret om navigatortilbuddet via oplæg af tilbuddets projektkoordinator fra Kræftens Bekæmpelse eller en navigator på deres respektive afdelingers morgenmøder (I1, I4, I5). En informant fremhæver, at det er en rigtig god måde at få kendskab til navigatortilbuddet, fordi det er lettere at huske, når det bliver formidlet af den primære kilde, hvilket endvidere giver mulighed for at stille uddybende spørgsmål:

”Så sætter det sig bare endnu mere fast på en eller anden måde. Det kan jeg godt lide. Også fordi det bliver tovejs, at man kan jo også stille spørgsmål til det, hvis det er. Hvis man sidder og læser folderen eller man bare får en stak ind på bordet, kan man tænke: ‘Jamen, så kan jeg jo læse det igennem og det var det’.” (I5).

Heraf kan udledes, at information direkte fra kilden, Kræftens Bekæmpelse, foretrækkes, idet det bidrager til, at informationen i højere grad genkaldes og aktualiseres. Derudover er det ifølge informanten positivt, at formidlingen indebærer tovejskommunikation fremfor, at den foregår gennem en folder, de får tilsendt til afdelingen. Således belyses flere fordele ved, at informationen formidles mundtligt til de sundhedsprofessionelle af udbyderen. Tre informanter (I1, I3, I4) oplever dog også, at der kan være udfordringer forbundet med overleveringen af denne type information ved de omtalte morgenmøder, idet samtlige ansatte ikke kan være tilstede samtidigt. Omvendt foretrækkes denne form for formidling fremfor mails (I1, I4), idet *"alle de der mails og alt det der, det drukner simpelthen."* (I4). Afsenderen og måden informationen formidles har derfor ifølge informanterne betydning for udbredelsen af kendskabet.

Nogle informanter har trods deres kendskab til navigatortilbuddet været udfordret ift. at huske eller have fokus på tilbuddet som en mulighed for relevante patienter (I1, I3, I4, I5). På baggrund heraf kan det formodes, at der løbende skal skabes fokus på tilbuddet, således det bliver en mere forankret del af de sundhedsprofessionelles arbejdsgange. En anden informant udtaler i tråd med dette, at den afdeling hun er ansat på først nyligt har fået kendskab til tilbuddet, hvorfor det ikke er forankret på afdelingen endnu: *"Så man kan sige, at det skal lige ind i afdelingen, vi skal have kendskab til det og så skal vi lige have nogle, hvor det er relevant, og vi skal lige lære at udlevere det."* (I3). Dette er med til at understrege, at implementeringen af et tilbud som navigatortilbuddet på afdelingen tager tid, idet kendskabet først skal udbredes på afdelingen, hvorefter de sundhedsprofessionelle skal have opbygget erfaring og rutine med at henvise til tilbuddet.

Erfaring med og henvisning til navigatortilbuddet

Størstedelen af informanterne har meget sparsom erfaring med navigatortilbuddet (I1, I3, I4, I5), og kun to af informanterne har for en del tid siden henvist eller informeret patienter om tilbuddet (I1, I2). En informant har erfaring fra sin studietid, hvor hun var tilknyttet en anden afdelings ambulatorium: *"... vi brugte dem rigtig meget i forbindelse med forløbskoordinatorer (...), der kan man lynhurtigt plukke dem, de patienter, der sårbare og sådan lige give forløbskoordinatoren et praj om, at det er nok en god ide at tilknytte en navigator."* (I2). Af citatet fremgår, at informanten tidligere på en anden afdeling har udpeget relevante patienter for forløbskoordinatoren på afdelingen. Dette antyder endvidere, at det kan være fordelagtigt, at de sundhedsprofessionelle kan henvende sig til en kollega på afdelingen, som er ansvarlig for at henvise patienter til tilbuddet. Ifølge informanten var kendskabet til tilbuddet stort på denne afdeling og hun blev overrasket, da hun erfarede, at

stort set ingen på hendes nuværende afdeling kendte til tilbuddet. Hun uddyber, at relevansen ift. at henvise patienter fra en sengeafdeling er mindre sammenlignet med ambulatoriet: *”... de er ligesom ovre den der, at de skal kunne finde rundt i sygehussystemet.”* (I2). Ifølge denne informant er det således mindre relevant at henvise fra sengeafdelinger sammenlignet med ambulatorier, idet patienter ved indlæggelsen på en sengeafdeling allerede er bekendte med sygehussystemet. De andre informanter oplever dog ikke, at nogle afdelinger er mere relevante ift. henvisningen end andre, selvom to informanter (I4, I5) pointerer, at udredende afdelinger med fordel kunne henvise patienter til navigatortilbuddet inden den egentlige behandling igangsættes: *”Så var det sat i værk, og så var der allerede en med, når patienten kommer her som ny. (...) Og når de får den besked om, at de skal herover, så kunne det være aktuelt, at der allerede ved den første samtale var en bisidder ved dem, hvis ikke de har nogen.”* (I5). Heraf kan udledes, at henvisningen til navigatortilbuddet med fordel kunne initieres tidligt i patientens udredningsforløb således, at de i mødet med andre afdelinger kunne have en navigator med til det første møde.

Samtlige informanter er enige om, at det er en opgave for plejepersonalet at henvise patienter til navigatortilbuddet, da de mener, det er plejepersonalets ansvar og derudover dem, der har den kontakt med patienten, der muliggør, at de kan vurdere og henvise relevante patienter til tilbuddet. Heraf kan udledes, at det er relevant, at det fortsat er plejepersonalet, der er ansvarlige for henvisningen af patienter til tilbuddet. Majoriteten af informanterne oplever tillige selve henvisningsprocessen til tilbuddet som simpel og nem (I1, I2, I4, I5): *“... det er jo ikke besværligt at lave et telefonopkald, det tager jo ikke nogle ressourcer som sådan.”* (I1). Dette indikerer, at informanterne ikke er i tvivl om henvisningsansvaret og -processen, hvorfor dette ikke afholder dem fra at henvise patienter til tilbuddet. En informant antyder dog, at henvisningsprocessen kan opleves som kompliceret:

“Jeg kunne godt ønske mig, at den ikke var helt så kompliceret. Vores erfaring med, at folk skal give samtykke til henvisning og skal have tilbagemelding på sådan noget, det komplicerer nogle gange tingene og gør det til noget, hvor de takker nej. (...) Det ville være dejligt, hvis der var nogle trin, man kunne springe over (...) Jo mere ukompliceret, jo flere får vi til at gå med på det.” (I3).

På baggrund af citatet udledes, at trinene i henvisningsprocessen kan være en barriere for henvisningen af patienter til navigatortilbuddet samt kan bidrage til, at patienter afslår tilbuddet. En anden informant beretter i tillæg hertil, at det er afgørende, hvornår projektkoordinatoren kan kontaktes telefonisk: *“hvis der er en tidsbegrænsning, så kan det*

godt sommetider være en hæmsko...” (I5). Det er derfor afgørende, at henvisningsprocessen er simpel og passer ind i de sundhedsprofessionelles arbejdsgange på afdelingerne.

Størstedelen af informanterne oplever, at det er klart, hvilken rolle navigatorene skal udfylde (I1, I3, I4, F5) og beskriver særligt, at deres rolle er at være støttende i forskellige henseender. Dette tyder på, at manglende forståelse for navigatorens rolle ikke hæmmer udbredelsen af navigatortilbuddet, da der ikke italesættes væsentlige udfordringer relateret hertil. Flere af de sundhedsprofessionelle har dog ikke mødt navigatore eller på anden vis hørt om erfaringer med navigatore i behandlingen (I1, I3, I5). Manglende erfaring med tilbuddet kan ifølge en informant tillige være med til at påvirke, hvor tilbøjelige de sundhedsprofessionelle er til at anvende og henvise til navigatortilbuddet:

“At der var nogle flere af os, der får det brugt ind imellem, altså at vi har nogle gode oplevelser med det og som sagt, jeg har jo kun hørt om det en enkelt gang (...) Jeg tænker da, hvis der er flere, der har haft en god oplevelse med at få fat i en, så breder det sig og så kommer det også lynhurtigt til at gå hurtigere med, at vi ringer derover noget mere.” (I5).

Ovenstående belyser, at positive oplevelser med navigatortilbuddet og ledsagende navigatore i behandlingen muligvis kan bidrage til at øge synligheden omkring navigatortilbuddet og dermed øge de sundhedsprofessionelles engagement og incitament til at henvise patienter hertil.

5.3.2 Faktorer med betydning for udbredelsen

I det følgende analyseres, hvilke faktorer informanterne oplever som hæmmende og fremmende for udbredelsen af navigatortilbuddet.

Kræftens Bekæmpelse som privat interesseorganisation

Alle informanterne fremhæver, at det ingen betydning har for udbredelsen af navigatortilbuddet, at det er Kræftens Bekæmpelse som privat interesseorganisation, der udbyder tilbuddet. I5 udtaler: *”Altså for mig personligt har det ikke nogen betydning, overhovedet. Overordnet set tænker jeg, vi skal gøre det bedste for vores patienter, om det er en offentlig instans eller en privat, det er jeg sådan set lidt ligeglad med, bare det går godt for vores patienter.”* (I5). Af citatet fremgår, at det er irrelevant hvilken instans, der udbyder tilbuddet, idet det vigtigste er, at det er en instans, der kan tilbyde hjælp til patienterne. Dette understøtter I3: *”... det tror jeg er blevet meget velset, at der kommer nogle rigtig gode ting fra Kræftens Bekæmpelse, som gør patienterne rigtig meget godt.”* (I3). Dette indikerer, at

informanterne finder det positivt, at Kræftens Bekæmpelse er udbyder af tilbuddet, og flere informanter fremhæver tillige en række fordele herved (I2, I3, I4, I5): *"Det har jo den fordel, at de ikke er underlagt vores gentagne nedskæringer og indskrænkninger, og det er også derfor, at vi burde udnytte det..."* (I2). Dette antyder, at det er en fordel, at Kræftens Bekæmpelse udbyder tilbuddet pga. nedskæringer og manglende ressourcer på afdelingerne. En informant beskriver endvidere, hvorfor tilbuddet ikke bør udbydes kommunalt: *"... det er et problem med kommunerne, fordi Region Nordjylland, vi har jo, jeg ved ikke hvor mange kommuner, så vi kan ikke blive ved med at holde styr på, hvad den enkelte kommune har af tilbud."* (I4). Informanten antyder således, at omfanget af forskellige kommunale tilbud i Region Nordjylland gør det vanskeligt at huske, hvilke kommuner, der udbyder hvad, hvorfor denne instans frarådes som udbyder.

Ovenstående indikerer således, at informanterne foretrækker Kræftens Bekæmpelse som udbyder af navigatortilbuddet. Vigtigheden af samarbejdet med Kræftens Bekæmpelse uddyber I4:

"... vi ser jo ikke Kræftens Bekæmpelse som privat tilbud, fordi de hjælper os jo med så mange ting. Alle de stillinger, vi får nedlagt, dem får de jo så heldigvis støttet op omkring. Vi har ingen socialrådgivere mere, der bruger vi Kræftens Bekæmpelses. Vi har ingen psykolog mere (...) Der bruger vi jo også Kræftens Bekæmpelses." (I4).

Dette indikerer, at nogle af afdelingerne allerede henviser til Kræftens Bekæmpelse i andre henseender, hvorfor det kan formodes, at det tilmed er en fremmede faktor for udbredelsen af navigatortilbuddet, at det udbydes af Kræftens Bekæmpelse. Én af informanterne foreslår dog, at der skal være et bedre samarbejde omkring navigatortilbuddet mellem Kræftens Bekæmpelse og sygehusene eller regionerne f.eks. i form af, at tilbuddet indgår i sygehusets henvisningssystem (I1). Informanten forudser, at dette vil være fordelagtigt, idet: *"... vi vil være mere opmærksomme på, at det er der. Fordi det vil være i vores liste, når vi skal ind og sende en henvisning, så vil man få øje på det."* (I1). Det kan derfor være relevant for Kræftens Bekæmpelse at etablere et stærkere samarbejde med sygehusene for på den måde at lette henvisningen til tilbuddet.

Foregangsmand

Flere informanter nævner vigtigheden af at have en foregangsmand for udbredelsen af navigatortilbuddet (I1, I2, I3, I4). Ifølge I1 har en foregangsmand stor betydning: *"Fordi ellers så sker der ingenting. Så kører man bare det daglige trummerum og passer patienterne*

og så er det dét. Der skal være én, der tager teten, ellers så kommer det ikke ud.” (I1). Dette illustrerer, at en foregangsmand er medvirkende til at sikre, at de sundhedsprofessionelle ved hvem de skal kontakte, såfremt de har spørgsmål til tilbuddet. Samtidig kan denne også påtage sig ansvaret for at påminde kollegaer om tilbuddet, så det ikke bliver glemt med tiden. Ifølge I1 og I3 er der vanskeligheder forbundet med at implementere tilbud på afdelinger, idet de sundhedsprofessionelle f.eks. har skiftende vagter, hvilket gør det svært at samle hele afdelingen, når der er oplæg om et nyt tilbud. Derfor fremhæver de begge, at en foregangsmand vil kunne løse nogle af disse udfordringer. Vigtigheden af en foregangsmand beretter I3 om i det følgende:

”... det tror jeg er vigtigt, fordi det er aldrig hele afdelingen, der hører, selvom der kommer et godt oplæg. Så det er sådan noget, der skal spredes lidt som ringe i vandet og så går der et år, og så er der en, der husker et eller andet om noget. Og så ved hun, at det f.eks. er mig, hun lige skal spørge: ‘Var der ikke noget om det der?’ Fordi ellers så lever det ikke videre, der er så mange ting, de skal huske.” (I3).

Dette belyser, at nye tilbud bør implementeres gradvist med en synlig foregangsmand, som de andre sundhedsprofessionelle på afdelingen kan gå til. Informanten fremhæver, at det forekommer urealistisk, at den enkelte sundhedsprofessionelle kan holde styr på de mange tilbud, hvilket ligeledes understreger vigtigheden af en foregangsmand for tilbuddet.

Skriftligt materiale

Under interviewene blev informanterne præsenteret for dele af Kræftens Bekæmpelses skriftlige materiale vedr. navigatortilbuddet: en folder til fagprofessionelle og et postkort til patienter. Dette blev gjort for at undersøge, hvorvidt eksisterende skriftligt materiale henvendt til fagprofessionelle og patienter er gunstigt for udbredelsen af tilbuddet. En af informanterne mener, at følgende er væsentligt for at øge tilbuddets gennemslagskraft på en afdeling: *”Jamen, det tror jeg er noget godt materiale, som er nemt og opdateret og let tilgængeligt.” (I3).* Ifølge informanten er godt materiale således vigtigt for tilbuddets udbredelse.

I forhold til folderen til fagprofessionelle mener flere informanter, at den ikke har stor betydning for anvendelsen af navigatortilbuddet og dermed udbredelsen heraf (I1, I3, I4, I5). I5 fortæller: *”Altså vi har sådan en [folder], der hænger nede på vores opslagstavle. Og tænker måske nok, at den har hængt der hele tiden, jeg har bare ikke lagt mærke til den. Der hænger jo mange (...) man kan nemt drukne i for meget af sådan noget, der hænger på*

opslagstavlen.” (I5). Det tyder på, at folderen ikke bidrager til øget anvendelse, idet der findes store mængder af denne type materiale, og I1 italesætter i tråd med dette, at de sundhedsprofessionelle ikke læser den, da den vil komme til at være en i mængden. Flere af informanterne belyser, at denne form for skriftligt materiale ikke er tilstrækkeligt, men at der skal andet til (I4, I5): *”Men det er bare ikke nok at have sådan en, der hænger på væggen. Der skal lige være en sygeplejerske, der har ansvaret for det, der lige nogle gange spørger, hvordan går det lige med det her...”* (I4). Dette påpeger vigtigheden af at have en foregangsmand for navigatortilbuddet og ikke blot selvstændigt skriftligt materiale, der ikke bliver fulgt op på. Hvis der bliver informeret og undervist om tilbuddet vil dette formentlig sikre, at materialet får større opmærksomhed og dermed betydning for anvendelsen af tilbuddet. Det er dog ikke alle informanter, der har denne holdning til folderen:

”Jeg synes, den er god ift. det, der ofte er svært, når der er et tilbud, det er, hvem er netop kandidat til det. Der findes så mange forskellige tilbud, og det kan vi ikke huske. Så det er vigtigt lynhurtigt at kunne se og slå op, er det her noget, er det relevant for hende [patienten] (...) om et halvt år, selvom man har fået det at vide, så kan man ikke huske: skulle der noget bestemt til, en bestemt diagnose eller et eller andet. Så jeg synes, den er god.” (I3)

Denne informant oplever dermed folderen som et vigtigt redskab ift. identificeringen af patienter i målgruppen og finder den anvendelig til at tydeliggøre dette. Heraf kan udledes, at folderen er med til at sikre udbredelsen af navigatortilbuddet, idet den medvirker til at minde de sundhedsprofessionelle om, hvem de kan henvise til tilbuddet.

Informanterne har ligeledes forskellige holdninger til postkortet ift. dets betydning og brug. To af informanterne (I1, I2) har udleveret dem eller ville gerne, hvis de havde haft dem til rådighed, men problematiserer, at der kan forekomme visse udfordringer ved dette. I2 forklarer: *”Nogle af dem i den her målgruppe, kan jo ikke engang læse det, jeg udleverer, altså de kan godt se, de får noget i hånden, men ‘Hvor skal jeg så gå hen, og kan jeg finde vej?’ ”* (I2). Informanten antyder således, at postkortet formentlig ikke er velegnet til et udsnit af de socialt sårbare patienter med kræft. De tre andre informanter (I3, I4, I5) er derimod mere positive overfor postkortets betydning, og I3 beskriver det konstruktive i, at materialet kan tages med hjem:

”Det er rigtig vigtigt, fordi ofte kan de ikke tage beslutningen, idet de sidder over for os første gang og får præsenteret sådan et tilbud. (...) Så det at så et frø og give noget information med, sådan at hun [patienten] kan arbejde videre med tanken derhjemme og

henvende sig (...), hvis hun alligevel kan mærke, at det var en god ide. Hvis vi kun skal fortælle hende om det mundtligt, og hun bare kan sige: 'Ej tak, det er jeg ikke interesseret i', så tror jeg, at mange vil vælge at gøre det.' (I3).

Dette indikerer, at det kan være svært for patienten at skulle tage stilling til tilbuddet i det øjeblik, de får information omkring det og derfor er postkortet et godt materiale, idet det kan give patienten betænkningstid ift. tilbuddet. En anden informant italesætter, at det kan være fordelagtigt, at postkortene er synlige på hendes afdeling, hvor der er meget ventetid, så patienterne kan studere dette, mens de venter (I4). På baggrund heraf kan det formodes, at materialet til patienten kan bidrage til, at patienter selv bliver mere opmærksomme på tilbuddet.

Fordele ved navigatortilbuddet

Alle fem informanter udtrykker, at tilknytningen af en navigator til socialt sårbare kræftpatienter kan have mange gavnlige effekter, der tillige kan gavne deres arbejdsgange. Idet informanterne slet ikke har benyttet eller kun har benyttet navigatortilbuddet i mindre grad, er de fremhævede fordele og effekter overvejende hypotetiske.

Informanterne antager, at tilknytningen af en navigator kan have en positiv indflydelse på de sundhedsprofessionelles arbejdsgang. Det ville f.eks. lette deres arbejde, hvis en navigator var tilstede ved patienternes aftaler (I1, I3, I5): *"... der vil være nogle samtaler, jeg ikke skulle tage (...) Jeg ville ikke skulle bruge en masse tid på at genfortælle, hvad var det nu lægen sagde, da vi havde samtalen"* (I1). Informanten oplever, at tilstedeværelsen af en navigator sikrer, at patienten kan få genfortalt vigtige pointer fra samtalen efterfølgende, hvorved sygeplejersken skal bruge mindre tid på dette. Hun vil i stedet kunne bruge tiden på andre relevante opgaver eller fokusere på patientens andre behov, hvilket vurderes som værende fordelagtigt for patienten samt bidragende til at lette de sundhedsprofessionelles travle hverdag. Det fremhæves ligeledes, at udbredelsen af navigatortilbuddet vil kunne have økonomiske gevinster for sundhedsvæsenet: *"Det kunne jo i hvert fald gøre, at ift. ambulatorietider, at de her aftaler bliver overholdt, at patienten faktisk møder op. At vi ikke har rigtig mange udeblivelser, som kunne være brugt på andre patienter. Udeblivelser, de er jo sindssygt dyre for sundhedsvæsenet..."* (I2). Informanten italesætter, at navigatortilbuddet kan have betydning for udeblivelser, idet navigatoren kan være behjælpelig med at sikre, at patienten fremmøder til aftaler. Hvis patientnavigation reelt har denne effekt, vil dette formentlig kunne have væsentlig betydning for udbredelsen af navigatortilbuddet, idet flere instanser formodes at vægte dette potentiale højt.

Flere af informanterne giver udtryk for, at tilknytningen af en navigator vil kunne påvirke patienternes behandlingsforløb (I1, I3, I4, I5). En navigator vil kunne hjælpe med at sikre compliance ift. medicin, behandlingstider, scanninger og blodprøver, hvilket kan have væsentlig betydning for patientens behandling (I4, I5). I4 understreger: *"... for hende her var det afgørende ift. at hun kunne modtage sin behandling."* (I4). Dette citat afbilder en specifik patient, som havde en navigator tilknyttet, hvor tilknytningen af navigatoren var essentiel for, at patienten kunne modtage sin behandling. Informanten fortæller videre, hvad tilknytningen af en navigator giver hende som sundhedsprofessionel:

"... det er enormt utrygt at sende folk ud ad døren, hvor man føler, at det kan godt være, at der er nogle pårørende, men de er ligeså forvirrede som patienten. Hvor vi nogle gange kan snakke om i kaffestuen: 'Dét her, det går galt. To dage så har vi dem på afdelingen, indlagt, fordi de kan ikke finde ud af det her, der er ikke compliance'. Så det giver en stor tryghed."

(I4).

Det tyder på, at tilknytningen af en navigator kan give de sundhedsprofessionelle tryghed og tiltro til, at patienten følger sin behandling i hjemmet. Samtidig fremgår af citatet, at der er stor risiko for en genindlæggelse, hvis patienten ikke formår at følge behandlingen i hjemmet, hvilket en navigator muligvis kan forhindre. Dermed er der flere positive effekter af navigatortilbuddet, der kan fremhæves for de sundhedsprofessionelle for at øge deres motivation til at henvise patienter, hvilket formentlig kan have betydning for udbredelsen af navigatortilbuddet.

5.3.3 Udfordringer ift. identificering af målgruppen

Udfordringer ift. identificering af målgruppen fremspringer af samtlige interviews som værende centralt for udbredelsen af navigatortilbuddet blandt sundhedsprofessionelle.

Forekomst af relevante patienter til tilbuddet

Navigatortilbuddets anvendelighed og dermed udbredelse afhænger af, om der eksisterer patienter for hvem, det er relevant. Informanterne har forskellige opfattelser af, hvor mange patienter de møder på deres afdeling, der er i tilbuddets målgruppe. Nogle informanter italesætter, at de ofte eller indimellem møder relevante patienter (I2, I3, I5), mens andre udtaler, at det er sjældent (I1, I4). En informant siger endvidere: *"Jeg mødte dem nok mere, da jeg var i ambulatoriet..."* (I2). Det kan tyde på, at afdelingen eller specialet har betydning for, hvor ofte de sundhedsprofessionelle møder relevante patienter. Dette kan tænkes at være

baggrunden for, at informanterne oplever forekomsten af patienterne forskelligt, da de arbejder på forskellige afdelinger.

Forståelse af social sårbarhed

Samtlige informanter berører forskellige karakteristika, som de forbinder med social sårbarhed. En informant udtaler: *”Det er jo et vidt begreb at være socialt sårbar. Det behøver jo ikke være, at man er mindre intellektuelt bemidlet, altså det kan jo være, at man ikke har nogle pårørende.”* (I1). Informanten oplever således, at social sårbarhed afhænger af patientens netværk og derfor ikke nødvendigvis af patientens kognitive evner. Denne oplevelse understøttes af to andre informanter (I3, I5), hvoraf den ene uddyber: *”... man er sårbar, hvis man ikke har nogen at dele med.”* (I5). Det tyder på, at sårbarheden ved fravær af et netværk består i, at patienten ikke har nogen, der kan støtte denne i kræftforløbet. Dette nuanceres af flere informanter, som italesætter, at et stort netværk ikke er ensbetydende med social støtte (I1, I3, I5). En informant udtaler:

”Der kan også være dem, der har fem børn, men ikke har kontakt med nogle af dem enten fordi de bor i Norge eller de er kommet op at skændes med dem (...) de har jo umiddelbart en hel sværm omkring sig, men kan ikke tage den kontakt - og hun er jo meget mere sårbar end hende, der aldrig har fået børn og bor alene og har verdens bedste nabo. Så det er meget individuelt...” (I3).

Det udledes, at kvaliteten af relationerne har stor betydning ift. at vurdere, hvorvidt en patient opfattes som socialt sårbar. Det er således ikke givet, at en patient, som har en stor familie, ikke kan være socialt sårbar. Dette indikerer, at vurderingen af patienternes sårbarhed er kompleks for de sundhedsprofessionelle, da adskillige aspekter skal medtænkes. Derudover fremhæves, at sårbarheden er individuel (I1, I3), hvilket ligeledes er med til at besværliggøre identificeringen af socialt sårbare patienter, da den individuelle vurdering indeholder mange forskellige aspekter. Denne problematik italesættes af en informant: *”Ja, det er jo det, som jeg tror, der er lidt svært med det her projekt (...) Men det er jo vældig spænde-ben-agtigt, at der ikke er en bog, man bare lige kan slå op i.”* (I4). Citatet indikerer, at identifikationen af socialt sårbare patienter opleves som udfordrende, hvorfor uklarhed ift. hvem, der opleves som socialt sårbar, kan være en hæmmende faktor for udbredelsen af navigatortilbuddet.

Samtlige informanter udtaler ligeledes, at enten psykisk sygdom eller misbrug kan være udslagsgivende for, at de opfatter en patient som socialt sårbar. Eksempelvis fremhæves bl.a. misbrug som et pejlemærke, som en af informanterne følger, når hun vurderer om en patient er socialt sårbar (I4). Denne informant argumenterer dog ligeledes for, at en patients karakteristika såsom boligområde ikke er ensbetydende med, at en patient er socialt sårbar, hvorfor det formodes, at det fortsat vil være en individuel vurdering. I tråd med dette italesætter en anden informant, at hun i høj grad har fokus på, om patienten: ”... *er i stand til at kan tage ind, og kan forstå, hvad det er der bliver sagt.*” (I5). Det formodes, at dette baseres på en vurdering af den enkelte patients kognitive evner, hvilket derfor ligeledes indebærer en individuel vurdering af patienten.

Udvælgelseskriterier

Flere af informanterne forholder sig kritiske over for beskrivelsen af navigatortilbuddets målgruppe, der fremgår af den førmtalte folder til fagprofessionelle fra Kræftens Bekæmpelse. I vurderingen af målgruppen indgår bl.a. om patienten ”*mangler ressourcer til at håndtere sygdomsforløbet på egen hånd*”, har en ”*kort eller ingen uddannelse*” eller er ”*uden for arbejdsmarkedet*” (Kræftens Bekæmpelse, 2017, p. 2). To af informanterne fremhæver, at kendetegnet omhandlende manglende ressourcer til at håndtere eget sygdomsforløb er godt (I1, I5), dog udtaler en informant: ”... *man kan mangle ressourcer til at håndtere sit forløb, det synes jeg er rigtig godt, men det kan alle gøre. Det behøver man ikke være arbejdsledig eller andet for.*” (I5). Af citatet fremgår, at hun ikke oplever, at udvælgelseskriterierne er dækkende ift. de kræftpatienter, som hun opfatter som socialt sårbare. Kun én informant udtaler, at udvælgelseskriterierne er i overensstemmelse med hendes opfattelse af socialt sårbare, men italesætter ligeledes, at ”... *hvis det var en patient, der fik dem her [foldere], så ville det være skræmmende, fordi så klassificerer vi dem, og de vil selv føle, at de er på den nederste rangliste.*” (I2)”. Det kan udledes, at hun finder de anvendte ord dækkende ift. gruppen, men at de kan opleves negativt af patienterne, såfremt de læser disse udvælgelseskriterier.

Fire informanter kommenterer på, at tilbuddet fortrinsvist er målrettet patienter med kort eller ingen uddannelse, som er uden for arbejdsmarkedet eller i arbejde på særlige vilkår (I1, I3, I4, I5). En informant udtaler: ”...*om man er uden uddannelse, kortere eller længere, eller man er arbejdsløs eller ej, det synes jeg er fuldstændigt irrelevant ift. om man skal have*

tilbuddet eller ej, fordi man kan være sårbar uanset, hvad stand man har.” (I5). Af citatet fremgår, at informanten ikke er enig i udvælgelseskriterierne vedr. uddannelsesniveau og arbejdsløshed fremlagt af Kræftens Bekæmpelse, hvilket understøttes af tre andre informanter (I1, I3, I4). Heraf kan udledes, at de sundhedsprofessionelle anser patienter uden disse kriterier for at være ligeså relevante for navigatortilbuddet som patienter med et bestemt uddannelsesniveau eller arbejdssituation. Et eksempel på dette fremgår af følgende citat: *”Jeg har også haft meget veluddannede socialt umiddelbart godt stillede patienter, som bestemt har været kandidat til det her, fordi de ikke har haft pårørende overhovedet at trække på.”* (I3). Informanten har dermed oplevet, at en veluddannet patient i samme grad kan have brug for navigatortilbuddet som en lavtuddannet, hvilket er i modstrid med udvælgelseskriterierne. Majoriteten af informanterne finder således ikke Kræftens Bekæmpelses udvælgelseskriterier retvisende. To af informanterne forholder sig decideret negativt til kriterierne vedr. uddannelse og arbejdsmarkedstilknytning (I1, I4): *”... hvis man ikke har nogen uddannelse eller en kort uddannelse eller er arbejdsløs eller har et fleksjob af en eller anden grund, så har man brug for en støtteperson. Det synes jeg virkelig er stigmatiserende.”* (I1). Hun oplever, at visse udvælgelseskriterier forekommer stigmatiserende, hvilket understøttes af en anden informant: *”... man skal i hvert fald passe på ikke at stemple folk.”* (I4). Udvalgte kriterierne kan dermed formodes at være en hæmmende faktor for de sundhedsprofessionelle ift. udbredelsen af navigatortilbuddet, da de oplever dem som værende misvisende og stigmatiserende, hvilket de ikke har et ønske om at understøtte. Overordnet oplever informanterne udvælgelseskriterierne for målgruppen som uklare (I1, I5), og en informant udtaler: *”På en og samme tid at de kun henvender sig meget smalt, så er det beskrevet meget bredt, så det kan være svært at vide, (...) om man ringer med en patient som virkelig kunne være kandidat.”* (I5). Citatet illustrerer, at uklarheden ift. målgruppen er problematisk, da sygeplejerskerne har svært ved at afklare, om de har en relevant patient. Det kan formodes, at sygeplejerskerne henviser færre patienter på grund af frygt for, at patienterne bliver afvist af projektkoordinatoren med henvisning til udvælgelseskriterierne. Såfremt sygeplejerskerne udelukkende vil anvende tilbuddet, hvis de er sikre på, at patienten er kvalificeret hertil, kan dette tænkes at være hæmmende ift. udbredelsen af navigatortilbuddet. På trods af uoverensstemmelse mellem informanternes opfattelse af socialt sårbare kræftpatienter og Kræftens Bekæmpelses definition herpå italesætter flere informanter, at de ville henvise til eller informere patienten om navigatortilbuddet (I1, I3, I5).

Uoverensstemmelse mellem sygeplejerskernes og Kræftens Bekæmpelses opfattelse af socialt sårbare er dermed ikke en definitiv hindring for udbredelsen, men uklarheden ift. målgruppen udgør dog fortsat en hæmmende faktor. En informant beskriver endvidere, hvordan flere patienter i hendes optik kunne identificeres til tilbuddet: *”Hvis man fik lov til at lave en lidt mere individuel vurdering, som ikke behøvede at være inde omkring de kriterier, så ville vi kunne finde flere.”* (I1). Dette peger på, at mere fleksible udvælgelseskriterier, hvor den sundhedsprofessionelle baserede henvisningen på en mere individuel vurdering af patienten, kunne bidrage til, at flere patienter kunne henvises. Udvalgelseskriterierne kan derfor opleves som hæmmende ift. at henvise patienter til tilbuddet.

5.3.4 Forslag til ændring af navigatortilbuddets udformning

I interviewene udforskes, hvorvidt informanterne har forslag til at ændre forhold vedr. navigatortilbuddet, hvilket har resulteret i følgende underkategorier vedr. henvisningsstrategien og formen for navigator.

Alternativ henvisningsstrategi

Nogle informanter italesætter forskellige alternative henvisningsstrategier, hvilket de formoder vil kunne lette henvisningen samt øge antallet af patienter, der henvises (I1, I2, I3). En informant foreslår, at patienter, der i forvejen er i kontakt med jobcenteret, kunne henvises af denne vej (I2), mens en anden informant forklarer:

”... det vil da være optimalt, hvis der var ligesom de frivillige på afdelingen eller på hospitalet, der har sådan en lille cafeagtig ting nede i forhallen, at der måske var en fra Kræftens Bekæmpelse engang imellem (...) så man kunne få en face-to-face snak om det var noget for en selv?” (I1).

Ifølge denne informant kunne navigatorerne eller repræsentanter fra Kræftens Bekæmpelse med fordel være tilstede på sygehuset indimellem. Dermed ville patienter kunne tale med dem og vurdere, om de har lyst til at deltage i tilbuddet. Dette støtter to informanter op om (I2, I3): *”Jeg kunne ønske mig, at borgeren enten selv kunne ringe og få gang i tilbuddet med det samme, eller at vi kunne melde ind og så kørte det mellem borger og navigatortilbud, fordi vi er også mange forskellige sygeplejersker.”* (I3). Denne informant påpeger, at henvisningen skal foregå som en kontakt mellem patienten og Kræftens Bekæmpelse, idet den nuværende henvisningsproces kan være vanskelig pga. de mange forskellige

sygeplejersker, der ofte tilknyttes en patient. Dette tyder således på, at henvisningen med fordel kan foregå som en kontakt mellem patient og Kræftens Bekæmpelse, hvilket ikke opleves at være tilfældet ved den nuværende henvisningsstrategi.

Alternativ form

I interviewene berøres informanternes mening om en alternativ form for tilbud, hvor navigatoren er integreret på sygehuset. Dette kunne både være i form af en sygeplejerske med navigatorfunktion på de enkelte afdelinger eller en frivillig navigator, som integreres på afdelingerne.

I forhold til at få en navigator integreret på sygehusene udtrykker de adspurgte informanter en positiv holdning hertil, og I5 udtrykker:

”... det bliver mere synligt og så kommer vi til at bruge det meget mere. Det er jo ligeså snart det er indenfor rækkevidde, eller man nærmest møder dem hver dag, så er det jo automatisk, så bliver man bare mere integreret i det, så på den måde tror jeg, at man vil komme til at bruge sådan en person mere.” (I5).

Informanten formoder at ville anvende tilbuddet mere, idet navigatoren vil være synlig, hvorfor de sundhedsprofessionelle i højere grad vil huske tilbuddet. To informanter fremhæver desuden vigtigheden af at kunne sætte ansigt på navigatoren (I2, I4). Dette indikerer, at der formentlig kan være en barriere ved det nuværende tilbud ift. udbredelsen, da de sundhedsprofessionelle ikke kender navigatorerne og derfor kan være betænkelige ved at henvise patienter hertil.

I forhold til at have en integreret sygeplejerske som navigator beskriver informanterne både mulige fordele og ulemper. Flere informanter fremhæver, at de ikke ville bryde sig om, at det var en fagperson, der agerede navigator (I1, I2, I4). En informant understreger, at en fagperson i navigatorrollen pga. sin faglige indsigt ikke ville stille de for patienten relevante spørgsmål, som en udefrakommende ville (I1). En anden informant kan dog se fordele ved denne form:

”Ja, selvfølgelig den her faglige indsigt i, hvad sygdommen er og indebærer og hvilke reaktioner, der er typiske. Og om man kender det rent praktiske forløb med hvilke undersøgelser og behandlinger, hun skal igennem og hvilke virkninger og bivirkninger, der er i de forskellige ting. Det er selvfølgelig en fordel.” (I3).

Hun påpeger dermed, at det ligeledes kan være en fordel, idet sygeplejersker har en viden, som kan bruges konstruktivt ift. patienten, men erkender dog, at det formentlig er urealistisk at ansætte en sygeplejerske som navigator. I4 forklarer ligeledes: *"Det er lidt specielt synes jeg. Vi har jo meget store udfordringer med nogle gange at distancere os fra patienterne, fordi vi bliver meget personligt involveret, så det vil jeg personligt ikke selv bryde mig om."* (I4). Dette indikerer, at der kan være nogle forskellige årsager til, at informanterne ikke ser denne form som et godt alternativ.

Informanterne er overvejende positive over for integreringen af frivillige navigators på sygehuset (I1, I2, I4), men fremhæver nogle forbehold, der bør tages højde for i denne forbindelse. En informant understreger vigtigheden af, at navigatorsene trods integrering på sygehuset fortsat kan støtte patienten uden for sygehuset: *"Det vi har brug for, det er jo nogle gange, at der er nogen, der bakker op i hjemmet, og det kan navigatorsene, de kan komme og hente patienten, de kan sørge for, at de kommer herind."* (I5). Dette indikerer dermed, at der formentlig skal findes en mellemvej ift. at integrere navigatorsene på sygehuset og samtidig bibeholde en del af deres nuværende funktion. I tråd med dette påpeger I2, at integrerede frivillige navigators fortsat bør udstråle, at de er forskellige fra de sundhedsprofessionelle: *"Bare det at de kommer i deres civile tøj, det gør altså en forskel. Os i hvidt, vi kan godt være farlige."* (I2). Det er derfor vigtigt, at de frivillige, hvis de integreres på sygehusene, fortsat adskiller sig fra de sundhedsprofessionelle, idet de formentlig kan skabe en anden form for relation til patienten end de sundhedsprofessionelle kan.

5.3.5 Opsummering

Af de semistrukturerede interviews med fem sygeplejersker fra Aalborg Universitetshospital fremgår, at informanterne overordnet set har sparsom erfaring med navigatortilbuddet trods deres kendskab hertil. Positive erfaringer med tilbuddet fremhæves dog som væsentlig for udbredelsen og anvendelsen af tilbuddet. Centralt for udbredelsen er desuden, at Kræftens Bekæmpelse er udbyder af tilbuddet og bør være opsøgende ift. vidensdeling om tilbuddet for at sikre, at de sundhedsprofessionelle får kendskab hertil. Denne formidling bør fortrinsvist foregå mundtligt, da dette giver rum til afklarende spørgsmål frem for via mails eller informationsmateriale alene. Sidstnævnte er dog centralt ift. at informere patienten om tilbuddet, såfremt materialet er tilpasset målgruppen. Informationsmateriale til de sundhedsprofessionelle kan derudover fungere som et redskab til identificering af målgruppen.

Forankringen af tilbuddet tager tid, men kan fremmes gennem en foregangsmand på afdelingerne, der bidrager til udbredelsen af kendskabet og anvendelsen af tilbuddet. Dette

kan endvidere fremmes af en alternativ implementering af navigatoren, hvor denne integreres på sygehuset. Desuden bør et stærkere samarbejde mellem sygehusene og Kræftens Bekæmpelse etableres for at styrke henvisningen af patienter til tilbuddet. Plejepersonalet understreges af informanterne som ansvarlige for henvisningen af patienter til tilbuddet, og tidlig henvisning fra udredende afdelinger foretrækkes. For at øge motivationen blandt de sundhedsprofessionelle ift. at henvise patienter bør fordele og effekter af patientnavigation fremhæves for disse. Henvisningen af patienter hæmmes dog af udvælgelseskriterierne fra Kræftens Bekæmpelse for målgruppen, idet disse ikke er i overensstemmelse med sygeplejerskernes oplevelse af social sårbarhed og ydermere opleves som stigmatiserende. Dette har endvidere betydning for, hvor mange patienter informanterne oplever, der kan henvises til tilbuddet, og en mere individuel vurdering af den enkelte patient fremhæves som afgørende for, at de sundhedsprofessionelle ville henvise flere patienter til tilbuddet. Derudover beskrives mulige alternative henvisningsstrategier, hvor henvisningen i højere grad foregår mellem patient og Kræftens Bekæmpelse, hvilket muligvis kan bidrage til at øge udbredelsen af tilbuddet.

6. Resultatdiskussion - specialets forandringsforslag

I det følgende sammenholdes og diskuteres fundene fra litteraturstudiet og de empiriske undersøgelser under inddragelse af dele af Rogers' (2003) teori *Diffusion of Innovations*. Derudover anvendes relevant litteratur fra problemanalysen til at diskutere de udledte elementer. Denne diskussion af specialets resultater udføres mhp. at udlede og formulere praksisrettede anbefalinger, der kan bidrage til at sikre en vellykket udbredelse og heraf mulig øget anvendelse af navigatortilbuddet blandt sundhedsprofessionelle.

6.1 Udbredelsesstrategi

Af spørgeskemaundersøgelsens resultater fremgår, at en overvægt af de adspurgte sundhedsprofessionelle på Aalborg Universitetshospital ikke kender til navigatortilbuddet. At der generelt er et problem med manglende kendskab til navigatortilbuddet blandt sundhedsprofessionelle underbygges af litteratur fra problemanalysen (Lindstrøm, 2015), der indikerer, at dette formentlig er grunden til den manglende anvendelse af tilbuddet. Af spørgeskemaundersøgelsen fremkommer endvidere, at det for en stor del af afdelingerne gælder, at stort set samtlige ansatte enten kender til navigatortilbuddet eller ikke har kendskab hertil. Dette indikerer, at kendskabet med fordel kan søges udbredt til afdelinger, hvor størstedelen af de ansatte ikke har hørt om navigatortilbuddet for at øge udbredelsen af tilbuddet. Selve opnåelsen af viden om navigatortilbuddet er ifølge Rogers (2003) første stadie i innovationsbeslutningsprocessen. Dette er derfor grundlæggende for, at de sundhedsprofessionelle bliver opmærksomme på og får mulighed for at optage navigatortilbuddet på afdelingen.

Af spørgeskemaundersøgelsen fremgår, at størstedelen af respondenterne med kendskab til navigatortilbuddet har opnået viden herom via en kollega, et oplæg fra Kræftens Bekæmpelse eller informationsmateriale. Undersøgelsen viser endvidere, at respondenterne primært foretrækker at modtage information om patientrettet forebyggelse pr. mail eller via skriftligt informationsmateriale, mens mundtlig formidling også foretrækkes over andre formater. At der skal være mundtligt formidling understøttes af interviewundersøgelsen, hvor flere informanter fremhæver fordelene ved, at formidling vedr. navigatortilbuddet foregår mundtligt på et oplæg, hvor personalet har mulighed for at stille opklarende spørgsmål. Modsat spørgeskemaundersøgelsen fremgår dog af interviewundersøgelsen, at informanterne foretrækker mundtlig formidling i modsætning til udelukkende skriftligt informationsmateriale eller mail, hvor informationen da blot forsvinder i mængden. På trods af dette fremhæves godt skriftligt materiale af en informant som vigtigt ift. udbredelsen af tilbuddet samt til informering og understøttelse af de sundhedsprofessionelle ift. at

identificere tilbuddets målgruppe. Størstedelen af informanterne oplever dog ikke det skriftlige materiale målrettet fagprofessionelle som fremmede for deres anvendelse af tilbuddet, hvorfor der er blandede holdninger til denne type materiale. Derimod mener flere af informanterne, at skriftligt materiale til patienter er brugbart i henvisningsprocessen, mens andre mener, at målgruppen ikke har gavn af denne type materiale. Det kan derfor anbefales, at materialet gøres mere anvendeligt ved at tilpasse det til målgruppen eksempelvis ved ændring af udformning og ordlyd. Dette underbygges af, at det i problemanalysen er identificeret, at denne gruppe kan have lavt niveau af health literacy, hvorfor der bør tages hensyn til dette.

Generelt foretrækker respondenterne ifølge spørgeskemaundersøgelsen at modtage informationer vedr. patientrettet forebyggelse og sundhedsfremme fra afdelingsledelsen og næst herefter interesseorganisationer. Som omtalt har størstedelen af respondenterne med kendskab til navigatortilbuddet opnået kendskab via en kollega, et oplæg fra Kræftens Bekæmpelse eller informationsmateriale, der formodes at have Kræftens Bekæmpelse som afsender. I tråd med dette beskriver en stor del af informanterne i interviewundersøgelsen vigtigheden af, at navigatortilbuddet kommunikeres af udbyderen selv, Kræftens Bekæmpelse, da dette gør det lettere at huske og få uddybet tilbuddet ved tvivl, hvilket bidrager til at aktualisere tilbuddet. Formidling om navigatortilbuddet på oplæg af en udvalgt kollega kunne dog også benyttes, såfremt dette foregår på opfordring af Kræftens Bekæmpelse for at sikre, at informationen om navigatortilbuddet tilkommer sygehuset blandt det store udbud af tilbud. I interviewundersøgelsen fremanalyseres endvidere, at en fremmede faktor for udbredelsen af navigatortilbuddet er, at det udbydes af Kræftens Bekæmpelse, hvorfor de som udbyder bør være opsøgende og tydelige i udbredelsen af tilbuddet. Flere informanter fremhæver således, at Kræftens Bekæmpelse har et vigtigt ansvar ift. at udbrede informationen via oplæg på de relevante afdelinger. Sammenholdt med fundene fra spørgeskemaundersøgelsen indikerer dette vigtigheden af, at Kræftens Bekæmpelse informerer mundtligt om tilbuddet samt omdeler skriftligt materiale, herunder i særdeleshed materiale målrettet patienterne på de relevante afdelinger. Endvidere anbefales, at de udsender information til relevante nøglepersoner, eksempelvis ansatte i særlige funktioner eller afdelingsledelsen, da dette kan bidrage til at støtte implementeringen af tilbuddet på afdelingerne gennem information internt. I modsætning til dette belyses i problemanalysen, at der kan være ulemper ved at udsende informanten til afdelingsledelsen, da der er risiko for at disse pga. travlhed ikke formår at overlevere informationen til det resterende personale (Lindstrøm, 2015). Dette kan indikere, at udvalgte nøglepersoner i stedet bør udgøres af ansatte i særlige funktioner, som ikke er en del af ledelsen.

Jævnfør ovenstående er formidlingsstrategien ift. format og afsender vigtig for, at de sundhedsprofessionelle får den nødvendige viden om tilbuddet til at vurdere dets brugbarhed og relevans i overbevisnings- og beslutningsstadiet. Rogers (2003) beskriver i tillæg hertil, at det er vigtigt, at individer i forbindelse med vidensstadiet oplever, at innovationen er relevant for dem, samt at de føler sig tilstrækkeligt informerede. Dette understøttes af litteraturstudiet, der viser, at oplevet utilstrækkelig information vedr. navigatorens rolle er hæmmende for sundhedsprofessionelles engagement og deltagelse i implementeringen af patientnavigation (Fillion *et al.*, 2006). Med Rogers' (2003) terminologi kan dette skyldes, at de sundhedsprofessionelle i overbevisningsstadiet ikke oplever innovationen positivt og derfor i beslutningsstadiet afviser at optage denne. Det er derfor vigtigt, at vidensformidlingen om navigatortilbuddet til de sundhedsprofessionelle tilpasses deres præferencer ift. kommunikationsform og afsender og endvidere fremhæver relevansen af navigatortilbuddet for de sundhedsprofessionelle (se afsnit 6.3). Dette for at sikre, at de sundhedsprofessionelle overbevises om tilbuddets relevans og brugbarhed og beslutter at optage navigatortilbuddet i deres praksis. I denne forbindelse fremgår af litteraturstudiet, at omfattende promovering af patientnavigation er vigtigt for udbredelsen og implementeringen. Promoveringen kunne med fordel baseres på succeshistorier fra patienter, som har haft en navigator tilknyttet, da dette er positivt for implementeringen (Doolan-Noble *et al.*, 2013). Denne kvalitet ved en innovation udgør, hvad Rogers (2003) omtaler som observerbarhed, dvs. graden hvormed resultaterne af patientnavigation er synlige for de sundhedsprofessionelle. Vigtigheden af dette understøttes af interviewundersøgelsen, hvori det fremgår, at egne og andres positive erfaringer med navigatortilbuddet formodes at kunne fremme udbredelsen og øge anvendelsen heraf. Egne erfaringer kan jf. Nonaka (1994), som introduceret i problemanalysen, være et udtryk for internalisering af tilbuddet, hvilket er den vigtigste læringsproces i en organisation. Dette understreger vigtigheden af, at den opnåede viden om navigatortilbuddet internaliseres på sygehuset, og at de sundhedsprofessionelle får erfaringer hermed, hvilket kan medføre at kendskabet udbredes og anvendes i højere grad. Derudover fremgår, at en øget synlighed vedr. navigatortilbuddet vil kunne bidrage til øget engagement blandt de sundhedsprofessionelle. Fund fra litteraturstudiet indikerer i tråd med dette, at engagement fra interessenter og involveret sundhedspersonale er væsentligt for en vellykket implementering og vedligeholdelse af patientnavigation (Doolan-Noble *et al.*, 2013; Valaitis *et al.*, 2017), hvorimod en negativ indstilling til patientnavigation virker hæmmende for implementeringen heraf (Doolan-Noble *et al.*, 2013). Dette understøttes af litteratur fra problemanalysen, hvor manglende støtte fra interessenter identificeres som en barriere for implementeringen af patientnavigation (Rocque *et al.*, 2017). Det anbefales på baggrund af

ovenstående at øge synligheden af resultaterne af patientnavigation, da dette kan bidrage til at fremme de sundhedsprofessionelles engagement. Formidlingen af navigator tilbuddet kunne således med fordel inkludere succeshistorier eller give mulighed for, at ansatte kunne beskrive positive erfaringer hermed.

6.2 Forhold vedrørende navigator tilbuddets udformning

Af litteraturstudiet fremgår, at en klar rollefordeling er vigtig for udbredelsen af patientnavigation (de la Riva *et al.*, 2016; Valaitis *et al.*, 2017). Ifølge Valaitis *et al.* (2017) er en klar rollefordeling hovedsagelig vigtig, når navigatorene er lægmænd som navigator tilbuddets frivillige navigatore. Vigtigheden af en klar rollefordeling ift. udbredelsen af patientnavigation kan tilskrives den karakteristika, Rogers (2003) omtaler som en innovations grad af kompleksitet. Dette indebærer således, at de sundhedsprofessionelle oplever navigatorens funktion og rolle som gennemskuelig og letforståelig, hvilket bidrager til at mindske navigator tilbuddets oplevede kompleksitet. Af interviewundersøgelsen fremkommer, at informanterne har en klar forståelse af hvilken rolle, navigatorene skal besidde, hvilket derfor ikke har været hæmmende for udbredelsen af tilbuddet. Denne del af navigator tilbuddets udformning har således det rette niveau af kompleksitet. Rogers' (2003) begreb vedr. *graden af kompleksitet* og litteraturstudiet understreger dog vigtigheden af fortsat at fokusere på, at rollefordelingen er tydelig i tilbuddet, så dette ikke hæmmer udbredelsen heraf.

Et andet forhold vedr. udformningen af navigator tilbuddet, der kan have betydning for udbredelsen, er definitionen af og udvælgelseskriterierne for målgruppen til tilbuddet. Af interviewundersøgelsen fremkommer forskellige forståelser af målgruppen socialt sårbare patienter med kræft. Informanterne beskriver dog visse karakteristika, som de tillægger særlig vægt i deres vurdering af sårbarhed, herunder netværk, social støtte, misbrug, psykisk sygdom og kognitive evner. Fremhævelsen af misbrug som en mulig sårbarhedsfaktor kan indikere, at de sundhedsprofessionelle forveksler social udsathed med social sårbarhed. Udover disse karakteristika italesættes ligeledes, at de sundhedsprofessionelles vurdering af hvem, der er socialt sårbar, er meget individuel. Dette kan komplicere og mindske ensretningen ift. identificering af socialt sårbare patienter, da informanterne både vurderer patientens sårbarhed ud fra nogle specifikke karakteristika, men samtidig foretager en individuel vurdering ift. den enkelte patient. Uklarhed omkring målgruppen kan således udgøre en hæmmende faktor for udbredelsen af navigator tilbuddet. Ifølge litteraturen er klare rammer og procedurer, der er lette at anvende, vigtige for implementeringen af patientnavigation (Doolan-Noble *et al.*, 2013; Valaitis *et al.*, 2017). En anbefaling er derfor at

opstille klare rammer og procedurer for hvem, der reelt er i målgruppen for tilbuddet. Kræftens Bekæmpelse kan dog have forsøgt at imødekomme dette ved, at de i deres folder til fagprofessionelle har opstillet nogle udvælgelseskriterier for hvem, der kan blive henvist til navigatortilbuddet (Kræftens Bekæmpelse, 2017). I spørgeskemaundersøgelsen angiver stort set samtlige respondenter, at de ud fra folderens beskrivelse ville være i stand til at identificere relevante patienter. Dette indikerer, at udvælgelseskriterierne kan være medvirkende til at forhindre den uklarhed, der er italesat i det foregående vedr. identificeringen af socialt sårbare patienter. Modsat dette viser interviewundersøgelsen, at informanterne ikke finder udvælgelseskriterierne fra folderen retvisende for målgruppen. Det italesættes, at patienter uden de oplistede kriterier kan være ligeså relevante for tilbuddet som patienter, der har disse karakteristika. Dette indikerer, at de sundhedsprofessionelle tillægger udvælgelseskriterierne vedr. patienternes socioøkonomiske forhold stor betydning i identificeringen af relevante patienter til trods for, at kriterierne skal være retningsanvisende og ikke determinerende for målgruppen. I overensstemmelse med dette er i problemanalysen identificeret, at der kan være risiko for, at de sundhedsprofessionelle lader denne type faste kriterier overskygge deres egen vurdering af målgruppen. Endvidere opleves kriterierne som stigmatiserende, hvilket informanterne ikke ønsker at støtte op om. På baggrund heraf kan udvælgelseskriterierne dermed udgøre en hæmmende faktor for udbredelsen af navigatortilbuddet, idet de sundhedsprofessionelle ikke oplever kriterierne som værende i overensstemmelse med deres oplevelse af, hvem de socialt sårbare patienter er. Hvis en innovation ikke er i overensstemmelse med det sociale systems værdier og normer, vil dette have betydning for optagelsen af innovationen (Rogers, 2003). I relation til navigatortilbuddet tyder dette på, at der ikke er forenelighed jf. Rogers (2003) terminologi mellem udvælgelseskriterierne fra Kræftens Bekæmpelse og de sundhedsprofessionelles værdier og erfaringer ift. socialt sårbare patienter, hvilket dermed er hindrende for udbredelsen af navigatortilbuddet. Det kan muligvis skyldes, at der er diskrepans mellem Kræftens Bekæmpelses og de sundhedsprofessionelles opfattelse af navigatortilbuddets formål. Kræftens Bekæmpelse tilsigter med tilbuddet at hindre den observerede sociale ulighed i kræftbehandling og -overlevelse ved at tilbuddet fortrinsvist tilbydes en specifik gruppe, hvorimod de sundhedsprofessionelle har fokus på at optimere plejen for den enkelte patient under hensyntagen til dennes behov. Dette kan skabe udfordringer ift. at sikre de sundhedsprofessionelles støtte til navigatortilbuddet.

På baggrund af ovenstående anbefales, at der opstilles klare kriterier for, hvordan målgruppen skal identificeres, formentlig med hjælp fra de sundhedsprofessionelle, således at det sikres, at de er forenelige med deres opfattelser og holdninger, da dette har betydning for udbredelse

af navigatortilbuddet. En udvælgelse baseret på en individuel vurdering kan dog muligvis medføre den utilsigtede konsekvens, at langt flere patienter kan kategoriseres som værende i målgruppen for tilbuddet, hvilket kan resultere i for stor efterspørgsel af navigatortilbuddet ift. antallet af tilgængelige navigators, hvormed udbredelsen kan hæmmes.

6.3 Forhold vedrørende navigatortilbuddets implementering

Af både litteraturstudiet og interviewundersøgelsen fremgår væsentlige fordele ved patientnavigation, der kan have betydning for de sundhedsprofessionelles tilslutning hertil. I litteraturen beskrives disse fordele at omfatte: støtte af patienten (Doolan-Noble *et al.*, 2013; de la Riva *et al.*, 2016; Valaitis *et al.*, 2017), forbedret livskvalitet blandt patienterne, forbedrede sundhedsydelser og adgang hertil (Doolan-Noble *et al.*, 2013; Valaitis *et al.*, 2017) samt optimering af arbejdsgange hos de sundhedsprofessionelle grundet færre udeblivelser (de la Riva *et al.*, 2016). Det understøttes af interviewundersøgelsen, idet færre udeblivelser fremhæves som er en mulig fordel ved navigatortilbuddet, der tillige er forbundet med en økonomisk gevinst for sundhedsvæsenet. Færre udeblivelser ved anvendelse af navigators underbygges af litteratur fra problemanalysen, idet Percac-Lima *et al.* (2015) finder, at udeblivelsesprocenten er lavere blandt kræftpatienter med en navigator tilknyttet. Endvidere fremgår af interviewundersøgelsen, at tilbuddet formodes at kunne være tidsbesparende for de sundhedsprofessionelle, sikre at patienten følger sit behandlingsforløb, samt mindske utryghed hos de sundhedsprofessionelle grundet støtte af patienten. Disse fremhævede fordele kan jf. Rogers' (2003) terminologi anses som navigatortilbuddets relative fordele, der vedrører om en innovation opleves som bedre end den eksisterende. På baggrund af dette fremgår, at de oplevede fordele ved navigatortilbuddet kan bidrage til øget optagelse heraf, da patientnavigation opleves som mere fordelagtigt end ingen navigation, som er det umiddelbare alternativ. Det kan derfor anbefales, at de sundhedsprofessionelle gøres opmærksomme på mulige fordele ved anvendelse af navigatortilbuddet, da dette kan øge udbredelsen heraf. I litteraturstudiet fremgår dog en enkelt ulempe ved anvendelse af navigators; en initierende frygt blandt de sundhedsprofessionelle ift. distancering fra patienterne. Efter implementering og optagelse af patientnavigation erstattes denne frygt dog med, at navigators opfattes som en ressource (de la Riva *et al.*, 2016). I interviewundersøgelsen identificeres dog ikke nogen ulemper, hvorfor dette aspekt muligvis ikke gør sig gældende for navigatortilbuddet i Danmark.

I litteraturstudiet fremgår, at forkæmpere er væsentlige for implementeringen af patientnavigation (Freund, 2017; Mollica *et al.*, 2017), og Mollica *et al.* (2017) italesætter vigtigheden af lægernes accept og deres rolle som forkæmpere. Modsat dette fremhæves

denne specifikke faggruppe ikke som værende mere væsentlig end andre i interviewundersøgelsen. Derimod fremgår, at en foregangsmand har stor betydning for implementeringen af tilbud, hvilket underbygger litteraturstudiets fund vedr. forkæmpere. Ifølge informanterne kan en foregangsmand påminde kollegaer om tilbuddet, afklare spørgsmål relateret hertil, samt informere kollegaerne, som ikke har kendskab til tilbuddet. Sidstnævnte er særligt relevant, idet de sundhedsprofessionelle har skiftende vagter og derfor eksempelvis kan være gået glip af et oplæg om et nyt tilbud eller glemt, at tilbuddet eksisterer. På baggrund af disse funktioner formodes, at en foregangsmand kan understøtte flere af stadierne i Rogers' (2003) innovationsbeslutningsproces, da en sådan person kan gøre sine kollegaer opmærksomme på tilbud, og dermed bidrage til første stadie i innovationsbeslutningsprocessen, vidensstadiet. Derudover kan en foregangsmand medvirke til at øge anvendelsen af tilbuddet, idet de sundhedsprofessionelle påmindes om tilbuddet samt kan sparre med foregangsmanden og få afklaret tvivlsspørgsmål. Disse to aspekter kan anses som værende centrale for hhv. implementerings- og bekræftelsesstadiet (Rogers, 2003). Dermed anbefales, at navigatortilbuddet forsøges udbredt via en foregangsmand på relevante afdelinger, der behandler patienter med kræft, da denne kan bidrage til en bredere udbredelse heraf blandt de ansatte på afdelingerne.

Spørgeskemaundersøgelsen illustrerer, at majoriteten af de sundhedsprofessionelle med kendskab til navigatortilbuddet, ikke har informeret eller henvist patienter hertil. Dette er problematisk for navigatortilbuddets udbredelse, idet henvisningen af patienter til tilbuddet som beskrevet i problemanalysen er lav. Endvidere viser litteratur fra problemanalysen, at en stor andel af relevante patienter ikke deltager i patientnavigationsprogrammer, da de ikke er blevet informeret eller henvist hertil (Kjær *et al.*, 2017; Berezowska, Passchier and Bleiker, 2019). Ifølge interviewundersøgelsen kan glemsel og manglende fokus på tilbuddet være årsager til, at de sundhedsprofessionelle ikke får informeret eller henvist patienter til tilbuddet. Blandt andre årsager finder Valaitis *et al.* (2017), at de sundhedsprofessionelles begrænsede tid og fravær af fysisk rum er primære udfordringer for implementeringen af patientnavigation. I modsætning til dette angiver et fåtal af respondenterne i spørgeskemaundersøgelsen, at utilstrækkelig tid er årsagen til, at de ikke har henvist patienter til tilbuddet. Majoriteten af respondenterne angiver, at det primært skyldes, at de ikke har haft patienter i målgruppen. Hvorvidt tid dermed udgør en hæmmende faktor for udbredelsen af navigatortilbuddet er derfor uklart, idet en del af respondenterne ikke har haft patienter i målgruppen, de kunne henvise. Fysisk rum berøres ikke i de empiriske undersøgelser. Da tid og fysisk rum blot er resultater fra et enkelt studie i litteraturstudiet vurderes, at dette muligvis ikke er gældende i konteksten af navigatortilbuddet.

I relation til kommunikation er regelmæssige møder og ansigt-til-ansigt kommunikation vigtigt for at sikre en vellykket implementering af patientnavigation (Valaitis *et al.*, 2017). Ud fra interviewundersøgelsen fremkommer, at informanterne formoder, at de ville anvende tilbuddet mere, hvis de kunne sætte ansigt på navigatoren, hvilket dermed understøtter vigtigheden af ansigt-til-ansigt kommunikation. På baggrund heraf er det vigtigt at skabe mulighed for kommunikation mellem navigatorene og sundhedsprofessionelle for at øge udbredelsen af navigatortilbuddet, hvorfor dette anbefales ift. forandringen af udbredelsesstrategien.

6.4 Forslag til alternativ udformning og implementering

I litteraturstudiet og interviewundersøgelsen berøres forskellige alternativer til udformningen af navigatortilbuddet, der formodes at kunne have betydning for udbredelsen af navigatortilbuddet. De fremhævede alternativer vedrører navigatortilbuddets henvisningsstrategi samt en alternativ udformning af tilbuddet, hvor navigatoren i højere grad er integreret på sygehuset.

Interviewundersøgelsen viser, at plejepersonalet på sygehuset anskues som den væsentligste aktør ift. henvisning til navigatortilbuddet. Dog fremgår ingen klar præference ift. afsnit, hvorfra henvisningen fortrinsvis skulle foregå, men det italesættes at det med fordel kunne foretages tidligt i sygdomsforløbet af de udredende afdelinger. Derudover opleves henvisningsprocessen overvejende som simpel, men det fremhæves som væsentligt, at den er tilpasset de sundhedsprofessionelles arbejdsgange, eksempelvis ift. telefontider. Dette underbygges af fund fra litteraturstudiet, der viser, at henvisningsprocessen bør være simpel og let at anvende (Doolan-Noble *et al.*, 2013). Informanterne i interviewundersøgelsen italesætter imidlertid nogle enkelte ulemper ved henvisningsprocessen, hvilket tyder på en nedsat grad af forenelighed jf. Rogers (2003). I denne forbindelse italesættes nogle alternativer eller ændringer til den nuværende henvisningsstrategi, som formodes at kunne lette henvisningen og dermed være fordelagtig for udbredelsen af navigatortilbuddet. På baggrund af interviewundersøgelsen fremkommer, at henvisningsprocessen kunne simplificeres ved at forløbe over færre trin for den sundhedsprofessionelle, idet der kan være nogle barrierer relateret til den nuværende henvisningsproces. Et alternativ udgør, at navigatorene eller Kræftens Bekæmpelse er til stede på sygehusene, hvorved patienterne har mulighed for at være i dialog med dem, inden de tilslutter sig tilbuddet. Endvidere fremhæves, at et tættere samarbejde mellem Kræftens Bekæmpelse og sygehusene kunne være fordelagtigt, så henvisningen f.eks. kunne lægges ind i sygehusets henvisningssystem, hvorved det ville være mere synligt for de sundhedsprofessionelle. Dette underbygges i

litteraturstudiet, hvor anvendelsen af elektroniske systemer fremhæves ift. at kunne lette identificeringen af relevante patienter og henvisningsprocessen (Doolan-Noble *et al.*, 2013; Freund, 2017). På baggrund af ovenstående kan det udledes, at de sundhedsprofessionelle på Aalborg Universitetshospital hovedsageligt opfatter henvisningsprocessen til navigatortilbuddet som simpel, hvorfor det kan antages, at denne er relativt forenelig med deres arbejdsgange, hvilket vil være fremmende for optagelsen af navigatortilbuddet. Det anbefales dog, at henvisningsstrategien simplificeres eksempelvis ved at foregå over færre trin eller ved anvendelse af et elektronisk henvisningssystem.

Af litteraturstudiet fremkommer alternative former for patientnavigation, hvor navigatorene er integreret som en fast del af teamet på sygehuset enten i form af en sygeplejerske eller lægmand. Integrering af lægmændsnavigatorer i denne kontekst kunne bidrage til effektiv kommunikation, bedre samarbejde og udnyttelse af medarbejdernes evner (de la Riva *et al.*, 2016). Derudover vil integreringen af en sygeplejerske som navigator kunne sikre en mere fordelagtig målretning af patientens pleje (Mollica *et al.*, 2017), hvilket dog ikke er givet ved lægmændsnavigatorer. I litteraturstudiet fremhæves dermed flere fordele ved at integrere navigatorene i teamet på sygehuset. I interviewundersøgelsen bliver informanternes meninger vedr. disse alternativer berørt og fordele og ulemper herved italesat. En fordel ved integreringen af en sygeplejerske er, at denne har faglig indsigt i sygdommen og i patientens reaktioner, hvilket vurderes at kunne medvirke til at målrette plejen ift. patientens behov. Omvendt illustreres ligeledes i interviewundersøgelsen, at denne faglige indsigt kan være en ulempe for patienterne, idet en sygeplejerske i kraft af sin faglige viden ikke vil stille de spørgsmål, som en udefrakommende navigator formentlig ville til gavn for patienten. Der er således uoverensstemmelse mellem, hvorvidt denne faglige indsigt hos en navigator er en fordel eller ulempe for patienten. En anden ulempe vedrører navigatorens vanskeligheder ift. at distancere sig fra patienterne, hvis navigatoren er en sygeplejerske. Denne ulempe fremgår ikke af litteraturen, hvorfor det er usikkert, hvorvidt dette er gældende for majoriteten af sundhedsprofessionelle. På baggrund heraf kan det ikke udledes, hvorvidt sygeplejersker som navigatorene udgør et godt alternativ for at fremme udbredelsen af navigatortilbuddet.

Interviewundersøgelsen illustrerer overvejende positive holdninger ift. at integrere frivillige navigatorene på sygehusene. Det er særligt fordelagtigt ved, at de sundhedsprofessionelle dermed vil have kendskab til navigatorene og dermed vide, hvem de henviser patienterne til, der fremkommer som et vigtigt element ved denne alternative udformning af tilbuddet. Dette vil formentlig føre til en mere effektiv kommunikation og et forbedret samarbejde mellem de sundhedsprofessionelle og navigatorene, hvilket ligeledes understøttes af litteraturen (de la Riva *et al.*, 2016). I forhold til at integrere frivillige på sygehusene erfares dog i

interviewundersøgelsen, at det er vigtigt, at de frivillige skal adskille sig fra de sundhedsprofessionelle på sygehusene, da de formodes at kunne skabe en anden relation til patienterne end de sundhedsprofessionelle kan. Derudover er det også vigtigt, at de fortsat støtter patienterne uden for sygehusene, så integreringen ikke indebærer, at støtten udelukkende finder sted her. Dette er i tråd med, at sundhedsprofessionelle kan opleve, at navigatører kan levere en støtte, som sundhedsprofessionelle ikke kan (de la Riva *et al.*, 2016). Dette peger på, at integreringen af frivillige navigatører på sygehusene kan være gavnlig for udbredelsen af navigatortilbuddet, idet dette vil kunne øge kommunikationen og samarbejdet mellem navigatører og sundhedsprofessionelle. Der skal dog indgås et kompromis, hvor navigatørerne integreres, men stadig fremstår forskellige fra de sundhedsprofessionelle og ligeledes kan yde støtte uden for sygehuset. Rent praktisk kan det dog være svært både at integrere navigatørerne på sygehuset og samtidig bibeholde deres nuværende funktion uden for sygehuset, hvorfor det i stedet anbefales at fokusere på et styrket samarbejde mellem navigatører og sygehuset.

6.5 Praxisrettede anbefalinger for forandring

Med udgangspunkt i ovenstående formuleres en række praksisrettede anbefalinger til forandring af den nuværende udformning og udbredelsesstrategi bag navigatortilbuddet, der kan bidrage til at øge udbredelsen og muligvis anvendelsen af tilbuddet. Anbefalingerne tager derfor udgangspunkt i diskussionen af resultaterne fra specialets litteraturstudie, spørgeskemaundersøgelse og interviewundersøgelse sammenholdt med Rogers' teori *Diffusion of Innovations*. De praksisrettede anbefalinger er målrettet Kræftens Bekæmpelse som udbyder af navigatortilbuddet samt lokalforeninger, der er ansvarlige for udbredelsen heraf. Anbefalingerne er inddelt i to overordnede temaer, der omhandler udbredelsen af kendskabet til navigatortilbuddet og samarbejdet med sundhedsprofessionelle som illustreret i fig. 5. Nogle af anbefalingerne formodes ligeledes at være relevante ift. udbredelsen af andre tilbud udbudt af Kræftens Bekæmpelse, som de sundhedsprofessionelle har henvisningsansvar for.

For at sikre en vellykket udbredelsesstrategi for navigatortilbuddet på sygehusafdelinger anbefales derfor følgende:



Fig. 5: Praxisrettede anbefalinger målrettet Kræftens Bekæmpelse ift. udbredelsen af navigatortilbuddet

Ovenstående anbefalinger forudsættes at kunne medføre en øget udbredelse af navigatortilbuddet blandt sundhedsprofessionelle på sygehuset og tillige en optimering af henvisningen og henvirningen af patienter samt styrkelse af samarbejdet med Kræftens Bekæmpelse. Sygehusene er som beskrevet i problemanalysen en central aktør ift. henvisningen af patienter til navigatortilbuddet. Øget udbredelse af kendskabet til relevante sygehusafdelinger samt styrkelse af denne instans ift. identificering af målgruppen formodes derfor at kunne øge antallet af patienter, der henvises til tilbuddet med potentiale for øget anvendelse heraf. Dette er væsentligt for at sikre, at flest mulige relevante patienter kan få gavn af tilbuddet, så flere socialt sårbare patienter med kræft får støtte gennem deres kræftforløb mhp. at mindske den sociale ulighed i kræft med tiden. Udover disse tilsigtede konsekvenser kan den øgede udbredelse og anvendelse af tilbuddet tillige have utilsigtede konsekvenser. Dette kan som omtalt være, at efterspørgslen på tilbuddet overstiger kapaciteten ift. navigatører, hvilket vil være hæmmende for henvisningen til tilbuddet, idet de sundhedsprofessionelle demotiveres pga. forgæves henvisninger. Endvidere hindrer dette, at relevante patienter får udbytte af tilbuddet. De sundhedsprofessionelles henvisningsansvar til navigatortilbuddet kan desuden opleves som et øget pres og en ekstra opgave i løbet af en

travl arbejdsdag. Denne utilsigtede konsekvens vurderes dog på baggrund af de sundhedsprofessionelles udtalelser vedr. lethed i henvisningsprocessen ikke at være væsentlig.

7. Metodediskussion

I de følgende afsnit diskuteres specialets metodiske grundlag og den teoretiske referenceramme efterfulgt af en samlet vurdering af specialet. Dette mhp. at diskutere specialets validitet og reliabilitet, der vedrører hhv. hvorvidt de valgte metoder måler det tilsigtede, og om de er gentagelige (Rienecker and Jørgensen, 2017).

7.1 Litteraturstudiet

Nedenstående afsnit indeholder en diskussion af metoden anvendt i litteraturstudiet, herunder den anvendte søgestrategi, genfinding samt anvendte studier og tjeklister til kvalitetsvurdering.

7.1.1 Søgestrategi

Forinden udførelsen af den endelige systematiske litteratursøgning blev adskillige søgestrategier afprøvet, eksempelvis ift. søgningens fokusområde, antallet af blokke samt forskellige søgetermer. Afprøvningen af disse strategier bidrog til at afklare, hvilken litteratur det var muligt at fremsøge, hvilket medvirkede til at præcisere specialets systematiske litteratursøgning (Rienecker and Jørgensen, 2017).

Den endelige systematiske søgning blev udformet på baggrund af bloksøgningsprincippet, hvilket øger litteratursøgningens transparens (Buus *et al.*, 2008). Alternativt kunne søgningen udformes ud fra en PICO-struktur, da denne bidrager til en mere præcis søgning, hvorved søgeresultaternes relevans kan øges (Frandsen *et al.*, 2014). Denne udformning af søgningen blev dog fravalgt, da PICO-strukturen fordrer, at de fire kerneområder *population*, *intervention*, *comparison* og *outcome* inkluderes, hvilket ikke blev fundet relevant i specialet. Det skyldes, at der forekom begrænset relevant litteratur ved søgningerne, hvilket ville begrænses yderligere, såfremt fire blokke skulle kombineres. Derfor blev det valgt at opstille blot to blokke med det formål at gøre søgningen relativ bred, hvorved eksklusionen af litteratur i høj grad afhang af inklusions- og eksklusionskriterierne.

De endelige blokke i den systematiske litteratursøgning udgøres af hhv. *Patientnavigation* og *Implementering*. Forinden disse blev valgt, blev andre mulige søgeblokke og -termer afprøvet, eksempelvis en mere overordnet søgning, der havde til formål at afdække barrierer ift. udbredelse af tiltag i sygehusregi. Dette gav en stor mængde litteratur, hvoraf lidt forekom relevant, hvorfor det blev valgt at indsnævre søgningen ved at præcisere søgetermerne (Rienecker and Jørgensen, 2017). Denne præcisering indebar, at søgeblokken vedr. udbredelse blev kombineret med en søgeblok, der specifikt vedrørte patientnavigation, hvilket dog resulterede i få relevante resultater. Årsagen til manglende resultater kan ifølge

Rienecker og Jørgensen (2017) skyldes, at der anvendes forkerte søgetermer, hvorfor det blev undersøgt, hvilke termer der anvendes i litteraturen inden for det ønskede område. På baggrund af dette blev *implementering* fremhævet som et anvendt begreb fremfor udbredelse, hvilket ligeledes var anvendeligt, da implementering jf. afsnit 4.1 er en del af udbredelsen.

7.1.2 Genfinding

Grundet den begrænsede litteratur vedr. udbredelse af patientnavigation blev *genfinding* prioriteret i litteratursøgningen, da det var tilstræbt at finde mest mulig relevant litteratur på området. Genfinding blev forsøgt øget vha. af synonymer og anvendelse af relevante databaser (Buus *et al.*, 2008), hvorfor den systematiske litteratursøgning blev foretaget i fem databaser, der dækker en bred vifte af litteratur. Alternativt kunne være søgt i flere databaser, men grundet stort overlap af litteratur mellem databaserne er det uklart, hvorvidt dette ville bidrage med yderligere litteratur. Genfinding kunne have været øget yderligere, såfremt bredere søgetermer var anvendt (Buus *et al.*, 2008), hvilket dog blev fravalgt på baggrund af de omtalte erfaringer, hvor søgningen blev for bred og inkluderede begrænset relevant litteratur.

7.1.3 Anvendte studier samt tjeklister til kvalitetsvurdering

På trods af en forholdsvis bred søgning var det som beskrevet udfordrende at finde relevante studier vedr. udbredelse og implementering af patientnavigation. På grund af denne udfordring blev studier, der ikke nødvendigvis var tilsvarende navigatortilbuddets udformning eller kontekst medtaget, hvilket kan have betydning for overførbareheden af studierne. Eksempelvis udføres studiet af Fillion *et al.* (2006) på et universitetshospital med sygeplejersker som navigatore, hvilket dermed ikke modsvarer den nuværende danske udformning af navigatortilbuddet, idet denne anvender frivillige som navigatore. Det antages, at sygeplejersker ansat som navigatore adskiller sig fra frivillige navigatore, hvorfor dette medtænkes ved anvendelse af studiets resultater. Endvidere foregår flere studier i den primære sundhedssektor (Doolan-Noble *et al.*, 2013; Valaitis *et al.*, 2017) eller i kræftcentre (Mollica *et al.*, 2017), mens specialets fokus er sygehusregi. Dette kan have en negativ betydning ift. overførbareheden, men konteksten vurderes ikke som afgørende, da det formodes, at lignende problematikker kan optræde i forskellige kontekster. Derudover indgår særlige patientgrupper i to af studierne (Doolan-Noble *et al.*, 2013; de la Riva *et al.*, 2016), hvilket kan have haft en indvirkning på studierne resultater og dermed begrænse overførbareheden. Disse er dog fortsat medtaget, idet flere af fundene vurderes at være alment

gældende uafhængigt af patientgruppen. Studiet af Freund (2017) fokuserer ikke på kontekst eller udformning af patientnavigationsprogrammerne i studierne, der er inkluderet i reviewet, og er endvidere af lav kvalitet baseret på kvalitetsvurderingen. Overførbarheden heraf er derfor svær at afklare, og troværdigheden af resultaterne er uklar, hvorfor fund fra studiet som omtalt kun er medtaget, såfremt de understøttes af andre studier.

Studierne af Freund (2017) og Valaitis *et al.* (2017) er vurderet ud fra tjeklisten AMSTAR 2 til systematiske reviews, der derfor ikke er udviklet specifikt til studierne reviewtyper, hvilket kan have påvirket kvalitetsvurderingen. Dette er dog forsøgt at tage højde i den samlede vurdering af studierne, idet de ikke er vurderet ud fra samtlige kriterier i tjeklisten. Om formålet med anvendelsen af en tjekliste derfor bortfalder kan diskuteres, idet der er selekteret i kriterierne, men anvendelsen heraf kan dog give et overblik ift. vurderingen. Studierne kunne alternativt være vurderet ud fra en mere passende tjekliste, men dette var ikke muligt at identificere. Udover de objektive kriterier fra tjeklisterne blev ligeledes foretaget en subjektiv vurdering af studierne. Den subjektive vurdering indebar en samlet vurdering af, hvor velbeskrevne og transparente studierne var samt en vurdering af overførbarheden og relevansen ift. det danske navigator tilbud. Dette var en styrke for særligt de to omtalte studier, hvor tjeklisterne ikke præcist afspejlede reviewtyperne.

Overordnet vurderes, at de udvalgte studier har været de bedst mulige til besvarelse af problemstillingen, men forskning på området er mangelfuld og derfor i høj grad relevant.

7.2 Spørgeskemaundersøgelsen

I dette afsnit diskuteres spørgeskemaundersøgelsens udførsel, herunder udfordringer relateret til de metodiske valg bag spørgeskemaets udformning og rekrutteringen af respondenter til undersøgelsen. Dette vedrører således identificering af mulige informations- og selektionsproblemer, der kan have resulteret i bias af undersøgelsens fund, hvilket dermed påvirker undersøgelsens validitet (Svend Juul, 2012; Szklo and Nieto, 2012). I denne forbindelse kan overordnet skelnes mellem undersøgelsens interne og eksterne validitet, der hhv. vedrører gyldigheden af undersøgelsens resultater til målpopulationen og generaliserbarheden heraf til andre populationer. Den eksterne validitet er afhængig af den interne validitet, da manglende gyldighed af resultaterne til målpopulationen vil svække generaliserbarheden heraf (Svend Juul, 2012). I det følgende beskrives mulige informationsproblemer ift. spørgeskemaets udformning efterfulgt af mulige selektionsproblemer relateret til rekrutteringen af respondenter.

7.2.1 Spørgeskemaets udformning

Formålet med spørgeskemaet var at undersøge udbredelsen af navigatortilbuddet og faktorer, der kunne have betydning herfor blandt sundhedsprofessionelle, som behandler patienter med kræft på Aalborg Universitetshospital. Som en del af vurderingen af spørgeskemaets kvalitet er det derfor centralt at undersøge, hvorvidt spørgeskemaet har været anvendeligt ift. at måle det tiltænkte.

De omdelte papirspørgeskemaer er selvrapporterede spørgeskemaer, hvilke er karakteriseret ved, at det ikke er muligt for respondenterne at få afklaret eventuelle forståelsesmæssige udfordringer ved spørgsmålene og svarmulighederne (Olsen, 2006). Dette kan bevirke, at dele af spørgeskemaet ikke forstås på den tilsigtede måde og dermed besvares ud fra en anden forståelse end den tiltænkte. Risikoen for dette vurderes dog som lav i indeværende undersøgelse, idet spørgeskemaet har gennemgået en grundig pilottest, hvor der bl.a. blev lagt vægt på aspekter som forståelse af spørgsmål, svar og begreber samt ordlyd og formulering. Endvidere blev udført en fokusgruppediskussion med sygeplejersker med erfaring fra sygehusregi, hvor der var fokus på relevans og accept af spørgsmålene samt mulige udfordringer relateret til sygehuset som kontekst. Derudover involverer spørgeskemaets spørgsmål ikke personlige eller kompromitterende aspekter, hvorfor det ikke vurderes, at respondenter enten bevidst har undladt at besvare spørgsmål eller svaret efter, hvad de forventer er socialt acceptabelt. Dog kan der ved de faktuelle-episodiske spørgsmål være risiko for problemer ved genkaldelsen af informationer eller recall bias, idet disse spørgsmål omfatter retrospektive informationer om begivenheder. Da spørgsmålene dog ikke kræver, at respondenter skal angive eksempelvis antal gange begivenheden fandt sted eller specifikt hvornår (Aday and Cornelius, 2006), vurderes betydningen af dette at være minimal. Det vurderes derfor, at særligt undersøgelsens begrebsmæssige validitet, dvs. hvorvidt spørgsmålene måler det tiltænkte (Svend Juul, 2012), er høj, idet flere kvalitetssikrende procedurer er gennemført for at sikre, at spørgsmålene forstås, som det var tilsigtet. Dette er med til at sikre en høj grad af intern validitet i undersøgelsen.

Spørgeskemaet har således været nyttigt til det opstillede formål, men visse besvarelser kan dog indikere, at der har været udfordringer forbundet med svarkategorierne. For nogle af spørgeskemaets spørgsmål fremgår, at der var missing data, hvilket kan indikere, at respondenterne ikke har forstået spørgsmålene, at det ikke vedrørte dem, eller at der ikke var en passende svarmulighed (De Vet *et al.*, 2011). For manglende svar ved baggrundsspørgsmålene (spørgsmål 2 og 3) har respondenterne ikke afgivet et svar til disse spørgsmål. Baseret på indholdet af disse spørgsmål vurderes, at de manglende svar med høj sandsynlighed skyldes forglemmelse, manglende lyst til at oplyse alder eller manglende

erindring om, hvornår respondenterne blev færdiguddannede. For spørgsmål 6, 10 og 11 vedrørende præference ift. afsender, årsag til manglende henvisning/information og identificering af relevante patienter til tilbuddet skyldes missing data i stedet, at respondenterne ikke har besvaret spørgsmålene korrekt. Manglende svar for spørgsmål 6 og 10 skyldes, at respondenterne har angivet mere end én svarmulighed, selvom det var ekspliciteret, at der kun måtte angives én, mens der for spørgsmål 11 var angivet ét kryds mellem de to svarmuligheder. Det kan indikere, at det for spørgsmål 6 og 10 ikke har fremgået klart for respondenterne, at der blot måtte angives en svarmulighed, eller at svarmulighederne ikke var udtømmende for respondenterne. Således antyder dette nogle kvalitetsmæssige problemer ved spørgeskemaet, der ikke fremgik af de indledende afprøvninger under pilottesten. I forhold til resultaterne fra spørgeskemaet har dette resulteret i, at en del svar fra respondenter ikke blev anvendt i de statistiske analyser, da de som nævnt blev kodet som missings. Dette har betydning for den statistiske sikkerhed ved analyserne, da færre svar eller respondenter skaber større statistisk usikkerhed ved disse spørgsmål. At respondenterne har angivet flere svarmuligheder kan endvidere indikere, at respondenterne har haft behov for at uddybe deres svar for visse spørgsmål. Dette ser bl.a. ud til at være tilfældet for spørgsmål 11, hvor flere respondenter havde afgivet uddybende svar under den afkrydsede svarmulighed. Det kunne også tænkes, at nuanceringer af respondenternes svar ville have været tydeligere, hvis der eksempelvis var anvendt en Likert-skala for svarmulighederne, da den er særligt brugbar i undersøgelser af individers holdninger (Willits, Theodori and Luloff, 2016). At spørgsmålet med fordel kunne være udformet anderledes underbygges af, at samtlige informanter fra interviewundersøgelsen i deres spørgeskemaundersøgelse havde besvaret, at de kunne identificere relevante patienter til tilbuddet, men ved interviewene udtrykte, at identificeringen af patienter til tilbuddet var udfordrende og kompleks.

Der kunne desuden med fordel være udført metoder til statistisk validering af spørgeskemaets reliabilitet for at sikre, at besvarelse heraf ikke er forbundet med tilfældige fejl. Dette kunne eksempelvis være udført ved en test-retest (Aday and Cornelius, 2006), men af ressourcemæssige hensyn har dette ikke været muligt.

Overordnet set er der således nogle mindre informationsproblemer relateret til spørgeskemaets udformning, men det vurderes ikke, at disse har haft stor betydning for den interne validitet af spørgeskemaundersøgelsen.

7.2.2 Rekruttering af respondenter

Til rekruttering af respondenter blev som nævnt benyttet omdelte spørgeskemaer, hvilket bevirker, at det ikke har været muligt i den ønskede grad at rykke de enkelte respondenter for svar. Det var dog muligt at påminde kontaktpersonerne på de enkelte afdelinger om spørgeskemaundersøgelsen og derfor var antallet af besvarelser i høj grad afhængig af, at kontaktpersonen var villig til og huskede at påminde sine kollegaer om at besvare spørgeskemaet. Lav svarrate er generelt et større problem i skriftlige spørgeskemaundersøgelser sammenlignet med spørgeskemaundersøgelser, der udføres personligt over for respondenterne eller gennem telefoninterviews (Aday and Cornelius, 2006; Hansen and Andersen, 2009). Idet det blot har været muligt at rykke kontaktpersonerne og ikke de enkelte respondenter, kan denne rykkerprocedure for specialets spørgeskemaundersøgelse udgøre en svaghed. En rykkerprocedure til de enkelte respondenter kunne have bidraget til at sikre en højere svarprocent end spørgeskemaundersøgelsens overordnede svarprocent på 60 %. Dette kunne dermed muligvis have øget svarprocenten til at udgøre over 70 % af de kvalificerede deltagere, hvilket betegnes som en tilfredsstillende svarprocent (Hansen and Nørregård-Nielsen, 2008). Andre angiver dog, at en akkurat tilfredsstillende svarprocent svarer til 60-70 % (Boolsen, 2004), hvorfor spørgeskemaundersøgelsens svarprocent ifølge Boolsen (2004) er acceptabel.

De omdelte selvadministrerede spørgeskemaer har endvidere den ulempe, at repræsentativiteten ikke kan kontrolleres (Hansen and Nørregård-Nielsen, 2008). Spørgeskemaundersøgelsens stikprøve udgør dog et stort udsnit af de afdelinger, der behandler patienter med kræft på Aalborg Universitetshospital, idet der indgår forskellige specialer samt ambulatorier, dag- og sengeafsnit. Derfor vurderes repræsentativiteten til målgruppen som værende høj, hvilket bidrager til at sikre generaliserbarheden til sundhedsprofessionelle, der behandler patienter med kræft i resten af landet. Det kan dog være problematisk, såfremt de sundhedsprofessionelle, der har valgt ikke at deltage i undersøgelsen, adskiller sig betydeligt fra undersøgelsens endelige respondentgruppe, da det vil have betydning for repræsentativiteten til undersøgelsens målgruppe (Svend Juul, 2012). I indeværende spørgeskemaundersøgelse har det ikke været muligt at kontrollere dette, da det bl.a. ikke har været muligt at indhente baggrundsinformationer om dem, der ikke deltog, hvorfor det ikke kan udelukkes, at de adskiller sig fra undersøgelsens respondenter. Det vurderes dog som værende mere sandsynligt, at lave svarprocenter skyldes eksempelvis travlhed og dermed nedprioritering af besvarelse af spørgeskemaet, hvorved dette ikke nødvendigvis har betydning for spørgeskemaundersøgelsens generaliserbarhed.

Spørgeskemaundersøgelsen er baseret på besvarelser fra et relativt stort antal sundhedsprofessionelle ($n = 189$), hvilket bidrager til at mindske usikkerheden af de statistiske analyser (Hansen and Nørregård-Nielsen, 2008). Det fremgik dog af tabel 6, at der for stratificeringer til baggrundsvariablene køn, profession og afdeling opdelt ift. kendskabet til navigatortilbuddet opstod grupper repræsenteret af under fem respondenter pr. stratificering. Disse små grupper øger dermed risikoen for type II-fejl, hvor nulhypotesen for de forskellige variansanalyser fejlagtigt accepteres (Svend Juul, 2012). Dette indikerer, at undersøgelsen med fordel kunne være udført på en større stikprøve for at sikre meningsfyldte statistiske analyser behæftet med mindre usikkerhed (Hansen and Nørregård-Nielsen, 2008). Pairwise deletion er benyttet til håndtering af missings, hvorfor antal respondenter varierer mellem analyserne. Dette er gjort for, at disse ikke påvirker de statistiske analysers resultater og forudsætter en antagelse om, at de manglende svar er tilfældige, dvs. missing completely at random. Som beskrevet under afsnit 7.2.1 vurderes dette at være tilfældet for nogle af de manglende svar, mens andre kan skyldes frustration hos respondenterne over muligheden for kun at kunne angive en svarmulighed. Det kunne derfor have været relevant at udføre en slags sensitivitetsanalyse, hvor konsekvensen af disse svar for undersøgelsens resultat blev undersøgt, hvilket dog blev fravalgt grundet ressourcemæssige begrænsninger. Ydermere kunne analyserne være udført som complete case, hvor respondenterne med missings blev ekskluderet (Pigott, 2003). Dette ville dog have resulteret i, at en betydelig mængde data udgik af undersøgelsen.

I forhold til undersøgelsens overordnede eksterne validitet vurderes ud fra ovenstående diskussionspunkter, at der ikke er betydelige selektionsproblemer, hvorfor resultaterne vurderes at kunne generaliseres ud over målpopulationen til andre sundhedsprofessionelle, der arbejder med patienter med kræft i Danmark. Der tages dog forbehold for, at den statistiske analyse med fordel kunne være baseret på et større antal respondenter samt at stikprøvens svarprocent kunne være højere, da det ville øge sikkerheden omkring repræsentativiteten til målpopulationen samt mindske den statistiske usikkerhed.

7.3 Interviewundersøgelsen

Der findes mange udlægnings af kvalitativ forsknings kvalitetskriterier (Christensen, Nielsen and Schmidt, 2007; Tanggaard and Brinkmann, 2015b). Udover transparens er det valgt at berøre kvalitetskriterierne: gyldighed (Tanggaard and Brinkmann, 2015b) og overførbarhed (Launsø, Rieper and Olsen, 2017). I det følgende afsnit diskuteres derfor de metodiske valg vedr. interviewundersøgelsen ud fra disse kvalitetskriterier samt den anvendte analysestrategi.

7.3.1 Transparens

God kvalitet i kvalitativ forskning sikres gennem en høj grad af metodologisk refleksion bag forskningen. Dette kræver at undersøgelsens udformning er velbegrundet og selve metoderne er beskrevet uddybende (Tanggaard and Brinkmann, 2015b). Dette er forsøgt opnået gennem anvendelse af Carter og Littles (2007) model (uddybes afsnit 4.6) og et udførligt metodeafsnit af de individuelle interviews samt dertilhørende bilag. At metoden bag de individuelle interviews er detaljeret beskrevet, sikrer transparens i undersøgelsen, hvilket er ét af kvalitetskriterierne ved kvalitativ forskning, idet det giver andre mulighed for at vurdere kvaliteten af undersøgelsens resultater (Tanggaard and Brinkmann, 2015b).

7.3.2 Gyldighed

Gyldighed omhandler bl.a., hvorvidt den anvendte metode er brugbar ift. afdækning af forskningsspørgsmålet (Christensen, Nielsen and Schmidt, 2007). Til afdækning af tredje forskningsspørgsmål vurderes et individuelt interview at være passende, idet der ønskes viden om sundhedsprofessionelles erfaring med udbredelsen af navigatortilbuddet. Dette kræver viden om de sundhedsprofessionelles livsverden, hvilket et individuelt interview giver mulighed for. Til disse interviews blev en semistruktureret tilgang anvendt, men interviewene kunne alternativt have været udformet som fokusgruppe. Denne tilgang kan bidrage til produktion af viden vedr. gruppers interaktioner, fortolkninger samt bestemte fænomener, hvorimod den er begrænset ift. tilegnelse af viden omhandlende den enkeltes livsverden (Halkier, 2015). Fokusgruppeinterview kunne således alternativt have været anvendt til vidensproduktion vedr. navigatortilbuddet, særligt da interviewene ikke indeholdte følsomme emner. Dog vurderes, at den semistrukturerede tilgang bevirkede, at informanterne havde mulighed for at udtrykke egne erfaringer med navigatortilbuddet, hvilket muligvis ville have været mindre fremtrædende i et fokusgruppeinterview. Derudover er en væsentlig del af analysen af fokusgruppeinterview at analysere gruppe-interaktioner mellem deltagerne, da disse interaktioner har indflydelse på indholdet af det sagte, hvilket ligeledes har betydning for interaktionerne (Halkier, 2010, 2015). Fokusgruppeinterview kunne dermed have bidraget med andre perspektiver, da gruppedynamik inddrages i analysen. Fokusgruppe blev dog fravalgt på baggrund af hhv. den viden, der var ønsket, samt af praktiske omstændigheder såsom tid og mulighed for at samle respondenterne, hvilket ville være udfordrende, da flere stillede sig til rådighed i deres arbejdstid.

Interview kræver erfaring uanset formen, hvilket var begrænset blandt specialegruppens medlemmer. Dette kan have haft indflydelse på interviewenes kvalitet f.eks. i form af manglende opfølgning på udtalelser fra informantens side, hvorved væsentlige aspekter kan

være gået tabt. Dog fungerede interviewguiden som en god hjælp ift. dette, da denne indeholder uddybende spørgsmål, der kunne bidrage til at sikre opfølgning på interviewspørgsmålene. Derudover blev interviewguiden pilottestet inden de endelige interviews, hvilket sikrede, at formen ikke var ukendt for interviewerene. En fordel ved det semistrukturerede interview er, at det giver mulighed for, at forskeren kan fralægge sig sin forforståelse for at give plads til anden forståelse, hvilket Gadamer (2007) beskriver som centralt inden for hermeneutikken. Dog kan den manglende erfaring blandt interviewerene have forårsaget, at interviewguiden har været for styrende, hvilket kan have resulteret i, at interviewene ikke har kunnet rumme muligheden for afvigelse fra interviewguiden og åbenhed over for andre forståelser, der kunne være fremkommet.

Transskriptionerne blev foretaget af interviewerene eller suppleanten kort efter de enkelte interviews var udført, hvilket var med til at sikre, at interviewets ordlyd ikke blev glemt i tilfælde, hvor der var uklarhed i udtalelserne (Tanggaard and Brinkmann, 2015a). En anden kvalitetssikring af transskriptionerne blev foretaget ved, at et andet specialemedlem udover den, der havde transskriberet interviewet, gennemlyttede interviewet mens transskriptionen blev gennemlæst for at forhindre uoverensstemmelser mellem disse dele. Dette er med til at fastslå og sikre verifikationen af interviewundersøgelsen, som ifølge Kvale og Brinkmann (2015) er en vigtig del af et interview. For yderligere sikring af verifikation kunne det have været fordelagtigt at sende det transskriberede interview til de pågældende informanter, som dermed kunne verificere, at deres udtalelser var korrekte. Dette blev ikke fundet relevant, da spørgsmålene i interviewguiden og svarene hertil blev fundet let forståelige. Overvejelser relateret til, at informanten kan blive overrasket over egne udtalelser, når disse bliver nedskrevet på skrift (Tanggaard and Brinkmann, 2015a) bevirkede endvidere, at gruppen fravalgte at ulejlige informanterne med dette.

En del af kriteriet omkring gyldighed vedrører ligeledes, hvorvidt der er udvalgt informanter, der kan belyse forskellige dele af forskningsspørgsmålet (Christensen, Nielsen and Schmidt, 2007). I udvælgelsen af informanter er dette forsøgt at tage højde for ved både at inkludere informanter, der har henvist og ikke har henvist patienter til navigatortilbuddet. Dette er valgt mhp. at få den mest nuancerede beskrivelse af udbredelsen af navigatortilbuddet, idet informanter der ikke har henvist formodes at have en årsag hertil, mens informanter, der har henvist, kan beskrive hvordan dette foregår. Derudover blev forsøgt at rekruttere informanter i forskellige aldersgrupper samt fra forskellige afdelinger for at undersøge, om disse kunne have forskellige perspektiver på emnet. Af de informanter, der indvilligede i at deltage i interviewene, var flere på samme alder, men de repræsenterede dog flere forskellige afdelinger. Det vurderes trods dette, at den strategiske udvælgelsesstrategi har været

fordelagtig ift. at sikre flest mulige nuancer på emnet. I alt blev fem interviews foretaget, hvilket ifølge Tanggaard og Brinkmann (2015a) er et tilstrækkeligt antal i studenterprojekter, når der tages hensyn til rammerne og varigheden for disse. Efter det femte interview blev det klart, at de fleste pointer var blevet gentaget af informanterne, hvilket indikerer, at fem interviews var tilstrækkeligt til at afdække formålet med interviewundersøgelsen.

7.3.3 Overførbarhed

Overførbarhed i kvalitative studier vedrører i hvilket omfang, resultaterne fra den undersøgte kontekst kan overføres til andre kontekster (Launsø, Rieper and Olsen, 2017). I interviewene er forskellige afdelinger og afsnit fra Aalborg Universitetshospital repræsenteret, hvilket styrker overførbarhed til andre afdelinger på Aalborg Universitetshospital. Derudover øges overførbarheden til andre kontekster, idet der er rekrutteret både informanter, der har henvist til navigatortilbuddet samt informanter der ikke har, hvilket medvirker til, at resultaterne er gældende for et bredere udsnit af de sundhedsprofessionelle. Det kunne dog have været relevant også at inddrage sundhedsprofessionelle, der ikke havde kendskab til tilbuddet, idet de kunne belyse hvordan de havde oplevet udbredelsen af andre tilbud til socialt sårbare patienter med kræft. Dette blev dog fravalgt, da interessen specifikt var navigatortilbuddet jf. tredje forskningsspørgsmål.

Det er usikkert, hvorvidt resultaterne fra tilbuddet kan overføres til andre sygehuse eller kontekster i Danmark, da navigatortilbuddet muligvis ikke er udbredt på samme måde over hele landet, da der er forskellige afdelinger af Kræftens Bekæmpelse tilknyttet de forskellige regioner. Nogle af de overordnede resultater, f.eks. hvordan navigatortilbuddet kan implementeres mest succesfuldt og hvilke faktorer, der er hæmmende og fremmende for dette, kan med god sandsynlighed overføres til andre kontekster. Dette skyldes, at disse resultater ikke specifikt vedrører, hvorledes det er foregået på Aalborg Universitetshospital, men vedrører en mere generel opfattelse blandt de sundhedsprofessionelle.

7.3.4 Analysestrategi

Til analyse af interviewene blev anvendt en hermeneutisk analysestrategi, hvilket vurderes som passende, idet denne tager udgangspunkt i den videnskabsteoretiske position, der ligger bag tredje forskningsspørgsmål. I hermeneutikken undersøges mennesker og samfund, interaktionen mellem disse og hvorfor de reagerer, som de gør (Søren Juul, 2012). Denne videnskabsteoretiske position og analysestrategi vurderes derfor at være relevant for denne analyse, da der ønskes viden om de sundhedsprofessionelles erfaringer med udbredelse af

navigatortilbuddet til socialt sårbare patienter med kræft på sygehuse og hvilke faktorer, der opleves som fremmende og hæmmende herfor.

Andet trin af analysestrategien består i at meningskategorisere teksten i forskellige kategorier. I stedet for meningskategorisering kunne være anvendt meningskondensering, hvilket består i at reducere citaterne fra interviewene til mindre meningsenheder (Tanggaard and Brinkmann, 2015a). I forhold til meningskategorisering ville meningskondensering have gjort analysen mere specifik, idet denne metode formodentlig ville resultere i færre kategorier. Modsat ville anvendelse af meningskondensering kunne have overset relevante aspekter fra interviewene, idet tekstens meningsenheder reduceres betydeligt. Meningskategorisering vurderes derfor som en passende metode for analysen, da det ønskes at inddrage alle relevante aspekter fra interviewene.

7.4 Diskussion af teoretisk referenceramme

Dele af Rogers' (2003) teori *Diffusion of Innovations* blev anvendt til at diskutere fund fra litteraturstudiet og de empiriske undersøgelser. Teorien kunne alternativt være anvendt analyserende eller kategoriserende, hvilket havde fordret, at teorien blev benyttet tidligere i analyseprocessen. Dog vurderes dette ikke som ønskværdigt, idet Rienecker og Jørgensen (2017) beskriver, at såfremt teorien indgår fra starten kan dette medføre, at den bliver forsøgt anvendt for ihærdigt, hvorved teorien kan blive for styrende. At teorien blev anvendt diskuterende, anskues derfor som en styrke for specialet, idet væsentlige aspekter dermed ikke er blevet overset. Anvendelsen af Rogers' (2003) teori *Diffusion of Innovations* bidrog til at belyse optagelsen af navigatortilbuddet blandt sundhedsprofessionelle. En teori, der anlægger en mere individorienteret tilgang, kunne ligeledes være anvendelig, idet denne kunne bidrage med et andet perspektiv, hvor fokus i højere grad ville være på den enkelte sundhedsprofessionelles tilegnelse af ny viden. Dette blev dog fravalgt, da det var ønsket at ændre udbredelsen af navigatortilbuddet fra et organisatorisk perspektiv.

7.5 Samlet vurdering af specialets metoder

For at vurdere specialets metoder overordnet er det relevant at diskutere de anvendte videnskabsteoretiske positioner og anvendelsen af Carter og Littles model.

De empiriske undersøgelser tager udgangspunkt i to forskellige videnskabsteoretiske positioner: positivisme og hermeneutik. Som det fremgår af afsnit 4.3.2 tilsigtes inden for positivismen at genere viden gennem en objektiv og neutral observation af virkeligheden modsat hermeneutikken, hvor viden genereres gennem en subjektiv forståelse og fortolkning af sociale fænomener (Gilje, 2012; Søren Juul, 2012). En styrke ved anvendelse af to

forskellige videnskabsteoretiske positioner er, at det anlægger en flervidenskabelig tilgang til besvarelse af problemformuleringen, hvorved resultaterne og konklusionen ikke blot bygger på én isoleret opfattelse af virkeligheden. Hvorvidt to væsentligt forskellige opfattelser af virkeligheden kan medvirke til at besvare samme problemformulering er dog usikkert, idet deres epistemologi er hinandens modsætninger. Problemformuleringen kunne formentlig være besvaret med blot én af de videnskabsteoretiske positioner og den dertilhørende empiriske undersøgelse, men det er trods dette valgt at inddrage to forskellige undersøgelser. Dette skyldes, at de to positioner bidrager med to forskellige perspektiver på problemet omkring den manglende udbredelse og anvendelse af navigatortilbuddet og sammen skaber et mere nuanceret bud på en udbredelsesstrategi for navigatortilbuddet.

Trods usikkerhed omkring inddragelse af to forskellige videnskabsteoretiske positioner er der i de empiriske undersøgelser god stringens mellem hver deres epistemologi, metodologi og metode. Dette har anvendelsen af Carter og Littles (2007) model i høj grad bidraget med, da modellen har medvirket til at skabe stringens i hhv. spørgeskemaundersøgelsens og interviewundersøgelsens dele. Denne stringens gavner dermed undersøgelseernes validitet og dermed overordnet set specialets validitet.

Generelt vurderes litteraturstudiet og de empiriske undersøgelser som værende af høj kvalitet, da de er veldokumenterede og dermed har høj transparens og reproducerbarhed. Derudover bygger metoderne bag undersøgelseerne på reflekterede valg, hvor det tilsigtes at sikre metodologisk stringens, hvilket skaber høj validitet. Dog anerkendes i specialegruppen, at manglende erfaring med de anvendte metoder, herunder i særdeleshed de semistrukturerede interviews, kan have haft betydning for dataindsamlingens kvalitet. Overordnet set vurderes den opstillede problemformulering dog at være besvaret på et solidt metodisk grundlag, hvorfor specialet vurderes at være af høj kvalitet, herunder pga. en høj validitet.

8. Konklusion

Indeværende speciale har med udgangspunkt i den opstillede problemformulering afdækket udbredelsen og forslag til forandring af udbredelsesstrategien for navigatortilbuddet på Aalborg Universitetshospital. På baggrund heraf er opstillet en række praksisrettede anbefalinger til Kræftens Bekæmpelse, der ifølge specialets fund kan bidrage til at udbrede kendskabet og dermed muligvis anvendelsen af tilbuddet i sygehusregi. Anbefalingerne vedrører overordnet set, hvordan udbredelsen af kendskabet samt samarbejdet med de sundhedsprofessionelle om navigatortilbuddet kan forandres. Det anbefales, at den nuværende udbredelsesstrategi intensiveres ved, at Kræftens Bekæmpelse har en opsøgende tilgang og fokuserer på at udbrede tilbuddet til samtlige relevante afdelinger. Endvidere anbefales, at tilbuddet forsøges udbredt via nøglepersoner eller foregangsmænd på afdelingerne, idet disse kan være medvirkende til at sikre forankring af tilbuddet. Vidensformidlingen af tilbuddet bør foregå ved mundtlige oplæg med fokus på effekter af og succeshistorier fra tilbuddet samt via informationsmateriale henvendt og tilpasset til målgruppen. I forhold til tilbuddets målgruppe socialt sårbare kræftpacienter anbefales, at en forandring fokuserer på at indlede et samarbejde med de sundhedsprofessionelle mhp. at identificere målgruppen og opstille klare kriterier herfor. Derudover kan proceduren for henvisning til navigatortilbuddet forandres ved at simplificere henvisningsstrategien, integrere tilbuddet i sygehusets elektroniske henvisningssystem eller øge tilgængeligheden af navigatører eller Kræftens Bekæmpelse på sygehuset. Endvidere anbefales, at samarbejdet mellem sygehuset og Kræftens Bekæmpelse styrkes, da det kanordre udbredelsen af tilbuddet, at Kræftens Bekæmpelse er mere synlig på sygehuset, og at de sundhedsprofessionelle har mulighed for at kommunikere med navigatørerne.

Anbefalingerne er baseret på fund fra et litteraturstudie, en spørgeskemaundersøgelse og en interviewundersøgelse, der er sammenholdt med Rogers' teori *Diffusion of Innovations*. Overordnet vurderes, at specialet er udført med en høj grad af stringens og transparens samt baseret på et solidt metodisk grundlag med enkelte begrænsninger. Disse begrænsninger vurderes ikke at have haft væsentlige konsekvenser for specialets resultater og forandringsforslag, men yderligere empiriske undersøgelser med udgangspunkt i eksempelvis en større studiepopulation kan med fordel udføres for at udforske forandringspotentialet vedr. navigatortilbuddets udbredelse yderligere. Derudover er den begrænsede litteratur på området en svaghed, hvorfor der er behov for yderligere forskning vedr. udbredelsen af patientnavigation til socialt sårbare patienter med kræft.

9. Referenceliste

- Aday, L. A. and Cornelius, L. J. (2006) *Designing and Conducting Health Surveys: A Comprehensive Guide*. 3rd edn, John Wiley & Sons. 3rd edn. San Francisco: Jossey-Bass.
- American Joint Committee on Cancer (2010) *AJCC Cancer Staging Manual*. 7., Springer. 7. Edited by A. Edge, S., Byrd, D.R., Compton, C.C., Fritz, A.G., Greene, F.L., Trotti. Chicago: Springer.
- Applebaum, A. J. *et al.* (2013) 'Optimism, social support, and mental health outcomes in patients with advanced cancer', *Psycho-Oncology*, 23(3), pp. 299–306.
- Benoit, C., Shumka, L. and Barlee, D. (2010) *Stigma and the Health of Vulnerable Woman*. Vancouver.
- Berezowska, A., Passchier, E. and Bleiker, E. (2019) 'Evaluating a professional patient navigation intervention in a supportive care setting', *Supportive Care in Cancer*, pp. 1–10.
- Bo, A. *et al.* (2014) 'National indicators of health literacy: Ability to understand health information and to engage actively with healthcare providers - A populationbased survey among Danish adults', *BMC Public Health*, 14(1095), pp. 1–12.
- Boolsen, M. W. (2004) *Fra spørgeskema til statistisk analyse : genveje til pålidelige og gyldige analyser på et samfundsvidenskabeligt grundlag*. København: C.A. Reitzels Forlag.
- Brinkmann, S. (2015) 'Etik i en kvalitativ verden', in Brinkmann, S. and Tanggaard, L. (eds) *Kvalitative metoder: en grundbog*. 2nd edn. Hans Reitzels forlag, pp. 463–479.
- Buus, N. *et al.* (2008) 'Litteratursøgning i praksis - begreber, strategier og modeller', *Sygeplejersken*, 108(10), pp. 2–8.
- Bøggild, H. and Torp-Pedersen, C. (2016) 'Bruger-vejledning: Mimors brønd – FSV server med adgang til forskningsdata i beskyttet miljø'. Faggruppen for Folkesundhed og Epidemiologi, HST, AAU.
- Carter, S. M. and Little, M. (2007) 'Justifying Knowledge, Justifying Method, Taking Action: Epistemologies, Methodologies, and Methods in Qualitative Research', *Qualitative Health Research*, 17(10), pp. 1316–1328.
- Christensen, U., Nielsen, A. and Schmidt, L. (2007) 'Det kvalitative forskningsinterview', in Vallgård, S. and Koch, L. (eds) *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab*. 4th edn. København: Munksgaard.
- Critical Appraisal Skills Programme (2018) *CASP Qualitative Checklist*. Available at: <https://casp-uk.net/wp-content/uploads/2018/01/CASP-Qualitative-Checklist-2018.pdf>

(Accessed: 21 April 2019).

- D'Ardenne, J. (2015) 'Developing interview protocols', in Collins, D. (ed.) *Cognitive Interviewing Practice*. London: SAGE Publications Ltd.
- Dahlager, L. and Fredslund, H. (2007) 'Hermenutisk analyse - forståelse og forforståelse', in *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab*. 4th edn. København: Munksgaard, pp. 175–177.
- Dalton, S. O. *et al.* (2008) 'Social inequality in incidence of and survival from cancer in a population-based study in Denmark, 1994-2003: Summary of findings', *European Journal of Cancer*, 44(14), pp. 2074–2085.
- Diderichsen, F., Andersen, I. and Manuel, C. (2011) *Ulighed i sundhed - årsager og indsatser*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Diderichsen, F., Hallqvist, J. and Whitehead, M. (2019) 'Differential vulnerability and susceptibility: How to make use of recent development in our understanding of mediation and interaction to tackle health inequalities', *International Journal of Epidemiology*, 48(1), pp. 268–274.
- Doolan-Noble, F. *et al.* (2013) 'Evolution of a health navigator model of care within a primary care setting: a case study', *Australian Health Review*, 37(4), pp. 523–528.
- Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse (2015) *Spørg brugerne - en guide til kvalitative og kvantitative brugerundersøgelser i sundhedsvæsenet*. 2nd edn. Region Hovedstaden.
- Eriksen, J. (2018) *Det mener Kræftens Bekæmpelse om ulighed i kræft, Kræftens Bekæmpelse*. Available at: <https://www.cancer.dk/om-os/det-mener-kraeftens-bekaempelse/ulighed-i-kraeft/> (Accessed: 7 February 2019).
- Fillion, L. *et al.* (2006) 'Implementing the role of patient-navigator nurse at a university hospital centre', *Canadian Oncology Nursing Journal*, 16(1), pp. 11–17.
- Fiscella, K. *et al.* (2012) 'Patient navigation for breast and colorectal cancer treatment: A randomized trial', *Cancer Epidemiology Biomarkers and Prevention*, 21(10), pp. 1673–1681.
- Frandsen, T. F. *et al.* (2014) 'En guide til valide og reproducerbare systematiske litteratursøgninger', *Ugeskrift for Læger*, 176(7), pp. 647–651.
- Frandsen, T. F., Christensen, J. B. and Ølholm, A. M. (2016) 'Systematisk søgning efter kvalitativ litteratur kan styrkes', *Ugeskrift for læger*, 178(46).
- Freeman, H. P. and Rodriguez, R. L. (2011) 'The History and Principles of Patient Navigation', 117(15), pp. 3539–3542.
- Freund, K. M. (2017) 'Implementation of evidence-based patient navigation programs', *Acta*

- Oncologica*, 56(2), pp. 123–127.
- Gadamer, H. G. (2007) *Sandhed og metode - Grundtræk af en filosofisk hermeneutik*. 2nd edn. Hans Reitzels Forlag.
- Gilje, N. (2012) 'Positivism og kritisk rationalisme', in Juul, S. and Pedersen, K. B. (eds) *Samfundsvidenskabernes videnskabsteori : En indføring*. København K: Hans Reitzels Forlag, pp. 23–64.
- Grant, M. J. and Booth, A. (2009) 'A typology of reviews: An analysis of 14 review types and associated methodologies', *Health Information and Libraries Journal*, 26(2), pp. 91–108.
- Halkier, B. (2010) 'Focus groups as social enactments: integrating interaction and content in the analysis of focus group data', *Qualitative Research*. SAGE Publications, 10(1), pp. 71–89.
- Halkier, B. (2015) 'Fokusgrupper', in Brinkmann, S. and Tanggaard, L. (eds) *Kvalitative metoder - en grundbog*. 2nd edn. Hans Reitzels Forlag.
- Hansen, E. J. and Andersen, B. H. (2009) *Et sociologisk værktøj - Introduktion til den kvantitative metode*. 2nd edn. København: Hans Reitzels Forlag.
- Hansen, N.-H. M. and Nørregård-Nielsen, E. (2008) 'Stikprøver og repræsentativitet', in Hansen, N.-H. M., Marckmann, B., and Nørregård-Nielsen, E. (eds) *Spørgeskemaer i virkeligheden: målgrupper, design og svarkategorier*. Frederiksberg C: Samfundslitteratur, pp. 41–60.
- Hansen, R. P. *et al.* (2008) 'Socioeconomic patient characteristics predict delay in cancer diagnosis: A Danish cohort study', *BMC Health Services Research*, 8, pp. 1–10.
- Harrington, C. B. *et al.* (2010) 'It's Not over When it's Over: Long-Term Symptoms in Cancer Survivors—A Systematic Review', *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 40(2), pp. 163–181.
- Hendren, S. *et al.* (2012) 'Randomized controlled trial of patient navigation for newly diagnosed cancer patients: Effects on quality of life', *Cancer Epidemiology Biomarkers and Prevention*, 21(10), pp. 1682–1690.
- Holgaard, J. E. *et al.* (2016) *PBL - Problembaseret læring og projektarbejde ved de videregående uddannelser*. Samfundslitteratur.
- Holm, L. V. *et al.* (2013) 'Social inequality in cancer rehabilitation: A population-based cohort study', *Acta Oncologica*, 52(2), pp. 410–422.
- Hvass, L. R. *et al.* (2012) *Social ulighed i sundhed – hvad kan kommunen gøre?*, Sundhedsstyrelsen. København S: Sundhedsstyrelsen.
- Hvidberg, L. *et al.* (2015) 'Barriers to healthcare seeking, beliefs about cancer and the role of

- socio-economic position: A Danish population-based study', *Preventive Medicine*, 71, pp. 107–113.
- Iversen, L. (2013) 'Ulighed i sundhed - levekår og livsstil', in Niklasson, G. (ed.) *Sundhed, menneske og samfund*. Frederiksberg: Samfundslitteratur.
- Jacobsen, D. I. and Thorsvik, J. (2014) *Hvordan organisationer fungerer: en indføring i organisation og ledelse*. 3rd edn. Edited by H. Persson. København: Hans Reitzels Forlag.
- Juul, Svend (2012) *Epidemiologi og evidens*. 2nd edn. København: Munksgaard.
- Juul, Søren (2012) 'Hermeneutik', in Juul, S. and Pedersen, K. B. (eds) *Samfundsvidenskabernes videnskabsteori : En indføring*. København K: Hans Reitzels Forlag, pp. 107–148.
- Juul, S. and Pedersen, K. B. (2012a) 'Hvorfor videnskabsteori?', in Juul, S. and Pedersen, K. B. (eds) *Samfundsvidenskabernes videnskabsteori : En indføring*. København K: Hans Reitzels Forlag, pp. 9–22.
- Juul, S. and Pedersen, K. B. (2012b) 'Videnskabsteoretiske retninger og projektarbejdet', in Juul, S. and Pedersen, K. B. (eds) *Samfundsvidenskabernes videnskabsteori : En indføring*. København K: Hans Reitzels Forlag, pp. 399–430.
- Khan, N. F. *et al.* (2011) 'Long-term health outcomes in a British cohort of breast, colorectal and prostate cancer survivors: A database study', *British Journal of Cancer*. Nature Publishing Group, 105, pp. 29–37.
- Kirkwood, B. R. and Sterne, J. A. C. (2003) *Essential: Medical statistics*. 2nd edn. Blackwell Science.
- Kjær, T. K. *et al.* (2017) 'Recruiting newly referred lung cancer patients to a patient navigator intervention (PACO): lessons learnt from a pilot study', *Acta Oncologica*, 56(2), pp. 335–341.
- Kogevinas, M. and Porta, M. (1997) 'Socioeconomic differences in cancer survival: a review of the evidence', *International Agency for Research on Cancer*, 138, pp. 177–206.
- Kristiansen, S. (2015) 'Kvalitative analyseredskaber', in Brinkmann, S. and Tanggaard, L. (eds) *Kvalitative metoder: en grundbog*. 2nd edn. Hans Reitzels forlag, pp. 481–496.
- Krogh, J. and Thomsen, S. F. (2018) *Forskning i sundhed - anvendte metoder i sundhedsvidenskab*. 2nd edn. København: FADL.
- Kruse, M. and Hostenkamp, G. (2016) *De samfundsøkonomiske omkostninger ved kræft*.
- Kruuse, E. (2007) *Kvantitative forskningsmetoder - i psykologi og tilgrænsende fag*. 6th edn. Dansk psykologisk Forlag.
- Kræftens Bekæmpelse (2017) 'Navigatortilbud til kræftpatienter - Har du en patient, der har

- brug for særlig støtte i kræftforløbet?’ Kræftens Bekæmpelse, pp. 1–2. Available at: https://www.sundhed.dk/content/cms/25/100825_informationsfolder-fagprofessionelle_navigator.pdf.
- Kræftens Bekæmpelse (2018a) *Navigator - få støtte af en bisidder - Kræftens Bekæmpelse*. Available at: <https://www.cancer.dk/hjaelp-viden/raadgivning/navigator-tilbud-for-socialt-sabare/> (Accessed: 7 February 2019).
- Kræftens Bekæmpelse (2018b) *Statistik om kræft – nøgletal*. Available at: <https://www.cancer.dk/hjaelp-viden/fakta-om-kraeft/kraeft-i-tal/nogletal/> (Accessed: 7 February 2019).
- Kræftens Bekæmpelse (2019) *Frivillig.dk - Navigator*. Available at: <https://www.frivillig.dk/frivilligjobs/vis/1897> (Accessed: 26 April 2019).
- Kræftens Bekæmpelse - upubliceret (2018) ‘Patientgrupper’.
- Kræftrådgivningen Aalborg - upubliceret (2018) ‘Patientliste 2018’.
- Kræftrådgivningen Aalborg - upubliceret (2019a) ‘Patientliste 2019’.
- Kræftrådgivningen Aalborg - upubliceret (2019b) ‘Udtalelser fra repræsentant’.
- Kvale, S. and Brinkmann, S. (2015) *Interview - Det kvalitative forskningsinterview som håndværk*. 3rd edn. København: Hans Reitzels forlag.
- de la Riva, E. E. *et al.* (2016) ‘Providers’ Views on a Community-Wide Patient Navigation Program: Implications for Dissemination and Future Implementation’, *Health Promotion Practice*, 17(3), pp. 382–390.
- Launsø, L., Rieper, O. and Olsen, L. (2017) *Forskning om og med mennesker: forskningstyper og forskningsmetoder i samfundsforskning*. 7th edn. København: Munksgaard.
- Lauritsen, J. M., Bruus, M. and EpiData Association (2005) *EpiTour - an introduction to EpiData Entry*. 25th edn. Odense: The EpiData Association.
- Lindstrøm, I. (2015) *Navigator - støtte til at få et bedre kræftforløb*, Kræftens Bekæmpelse - *frivillig.dk*. Available at: <https://www.frivillig.dk/nyheder/nyheder-p3/navigator-stoette-til-at-fa-et-bedre-kraeftforloeb/> (Accessed: 19 February 2019).
- Link, B. G. and Phelan, J. (1995) ‘Social Conditions As Fundamental Causes of Disease Social’, *Journal of Health and Social Behavior*, Spec No(1995), pp. 80–94.
- Lund, H. *et al.* (2014) *Håndbog i litteratursøgning og kritisk læsning. Redskaber til evidensbaseret praksis*. 1st edn. København: Munksgaard.
- Lund, L. *et al.* (2017) *Socialt sårbare kræftpatienters behov for inddragelse i egen behandling, pleje og forløb, samt interventioner der sigter mod at fremme denne inddragelse: En gennemgang af den internationale litteratur*. København:

- Forskningsenheden ved Palliativ Medicinsk Afdeling, Bispebjerg Hospital.
- Lyratzopoulos, G. *et al.* (2013) 'Socio-demographic inequalities in stage of cancer diagnosis: evidence from patients with female breast, lung, colon, rectal, prostate, renal, bladder, melanoma, ovarian and endometrial cancer', *Annals of Oncology*. Oxford University Press, 24(3), pp. 843–850.
- Marckmann, B., Nørregård-Nielsen, E. and Hansen, N.-H. M. (2008) 'Indsamling via papir og telefon', in Hansen, N.-H. M., Marckmann, B., and Nørregård-Nielsen, E. (eds) *Spørgeskemaer i virkeligheden: målgrupper, design og svarkategorier*. Frederiksberg C: Samfundslitteratur.
- McCormack, L. *et al.* (2013) 'Communication and dissemination strategies to facilitate the use of health-related evidence.', *Evidence report/technology assessment*.
- Merton, R. K. (1936) 'The Unanticipated Consequences of Purposive Social Action', *American Sociological Review*, 1(6), pp. 894–94.
- Mollica, M. A. *et al.* (2017) 'Influencing Quality Reporting: Using the Rapid Quality Reporting System in community network', *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 21(5), pp. 561–566.
- Moustsen, I. R. *et al.* (2015) 'Social position and referral to rehabilitation among cancer patients', *Acta Oncologica*, 54(5), pp. 720–726.
- Münster, K. (2011) 'Spørgeskemaundersøgelser', in Vallgård, S. and Koch, L. (eds) *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab*. 4th edn. København: Munksgaard Danmark.
- Nissen, A. (2015) *Navigatorprogram for kræftpatienter*. København.
- Nonaka, I. (1994) 'A Dynamic Theory of Organizational Knowledge Creation', *Organization Science*, 5(1), pp. 14–37.
- NORDCAN (2017) *Kræftstatistik: Nøgletal og figurer - DK, Region Nordjylland - Alle kræftformer*. Available at: <http://www-dep.iarc.fr/NORDCAN/DK/frame.asp>.
- Nutbeam, D. (2000) 'Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century', *Health Promotion International*, 15(3), pp. 259–267.
- Nørregård-Nielsen, E., Foldgast, A. M. and Marckmann, B. (2008) 'Ethiske overvejelser', in Marckmann, B., Hansen, N.-H. M., and Nørregård-Nielsen, E. (eds) *Spørgeskemaer i virkeligheden: målgrupper, design og svarkategorier*. Frederiksberg C: Samfundslitteratur, pp. 161–171.
- Olsen, H. (2005) *Fra spørgsmål til svar - Konstruktion og kvalitetssikring af spørgeskemadata*. København: Akademisk Forlag.

- Olsen, H. (2006) *Guide til gode spørgeskemaer*. København: Socialforskningsinstituttet.
- Olsen, M. H., Kjær, T. K. and Dalton, S. O. (2019) *Social ulighed i Kræft i Danmark: Hvidbog*. København Ø.
- Ordnet.dk (2018a) *Udbrede*. Available at: <https://ordnet.dk/ddo/ordbog?aselect=udbrede&query=udbredelse> (Accessed: 15 April 2019).
- Ordnet.dk (2018b) *Udbredelse*. Available at: <https://ordnet.dk/ddo/ordbog?query=udbredelse> (Accessed: 15 April 2019).
- Paskett, E. D., Harrop, J. P. and Wells, K. J. (2013) 'Patient Navigation: An Update on the State of the Science', *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 61(4), pp. 237–249.
- Pedersen, K. B. (2012) 'Socialkonstruktivisme', in Juul, S. and Pedersen, Kirsten Bransholm (eds) *Samfundsvidenskabernes videnskabsteori: En indføring*. København K: Hans Reitzels Forlag, pp. 187–232.
- Percac-Lima, S. *et al.* (2015) 'Patient navigation based on predictive modeling decreases no-show rates in cancer care', *Cancer*, 121(10), pp. 1662–1670.
- Petersen, G. S. *et al.* (2018) *Kræftpatienters behov og oplevelser med sundhedsvæsenet under udredning og behandling, Kræftens Bekæmpelses Barometerundersøgelse, 2017*. København Ø.
- Peugh, J. L. and Enders, C. K. (2004) 'Missing Data in Educational Research: A Review of Reporting Practices and Suggestions for Improvement', *Review of Educational Research*, 74(4), pp. 525–556.
- Pigott, T. D. (2003) 'A Review of Methods for Missing Data', *Educational Research and Evaluation*, 7(4), pp. 353–383.
- ProQuest (2019) *Select Databases*. Available at: <https://search-proquest-com.zorac.aub.aau.dk/databases>.
- Rienecker, L. and Jørgensen, P. S. (2017) *Den gode opgave: Håndbog i opgaveskrivning på videregående uddannelser*. 5th edn. Frederiksberg C: Samfundslitteratur.
- Rocque, G. B. *et al.* (2017) 'Implementation and Impact of Patient Lay Navigator-Led Advance Care Planning Conversations', *Journal of Pain and Symptom Management*. Elsevier, 53(4), pp. 682–692.
- Rogers, E. M. (2003) *Diffusion of Innovations*. 5. New York: Free Press.
- Rosenmeier, S. L. and Jeppesen, D. S. (2008) 'Spørgeskemaets spørgsmål', in Hansen, N.-H. M., Marckmann, B., and Nørregård-Nielsen, E. (eds) *Spørgeskemaer i virkeligheden: målgrupper, design og svarkategorier*. Frederiksberg C: Samfundslitteratur.
- Scheuer, S., Thomsen, C. F. and Rix, B. A. (2018) *Evaluering af Navigatorprojektet –*

- Kræftens Bekæmpelses nationale indsats målrettet socialt sårbare kræftpatienter.*
København.
- Shea, B. *et al.* (2017) 'AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both', *BMJ*, 358(j4008).
- Spiers, J. (2000) 'New perspectives on vulnerability using emic and etic approaches', *Journal of Advanced Nursing*, 31(3), pp. 715–721.
- Stenbæk, D. E. and Jensen, M. F. (2007) 'Litteratursøgning', in Kristensen, F. B. and Sigmund, H. (eds) *Metodehåndbog for Medicinsk Teknologivurdering*. 1st edn. København: Sundhedsstyrelsen, pp. 49–59.
- Sundhedsdatastyrelsen (2017) *Tabel over nye kræfttilfælde*. Available at: <http://www.esundhed.dk/sundhedsregistre/CAR/CAR01/Sider/Tabel.aspx> (Accessed: 7 February 2019).
- Sundhedsstyrelsen (2005) *Terminologi - forebyggelse, sundhedsfremme og folkesygedomme*. København.
- Sundhedsstyrelsen (2017) *Ulighed i sundhed*. Available at: <https://www.sst.dk/da/planlaegning/ulighed> (Accessed: 12 February 2019).
- Szklo, M. and Nieto, F. J. (2012) *Epidemiology: Beyond the Basics*. 3rd edn. Jones & Bartlett Learning.
- Tanggaard, L. and Brinkmann, S. (2015a) 'Interviewet: Samtalen som forskningsmetode', in Brinkmann, S. and Tanggaard, L. (eds) *Kvalitative metoder: En grundbog*. 2nd edn. Hans Reitzels forlag, pp. 29–53.
- Tanggaard, L. and Brinkmann, S. (2015b) 'Kvalitet i kvalitative studier', in Brinkmann, S. and Tanggaard, L. (eds) *Kvalitative metoder: En grundbog*. 2nd edn. Hans Reitzels Forlag, pp. 521–532.
- Tay, L. *et al.* (2013) 'Social Relations, Health Behaviors, and Health Outcomes: A Survey and Synthesis', *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 5(1), pp. 28–78.
- Tho, P. C. and Ang, E. (2016) 'The effectiveness of patient navigation programs for adult cancer patients undergoing treatment: a systematic review', *The JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 14(2), pp. 295–321.
- Valaitis, R. K. *et al.* (2017) 'Implementation and maintenance of patient navigation programs linking primary care with community-based health and social services: a scoping literature review', *BMC Health Services Research*, 17(1), pp. 1–14.
- Vallgård, S., Diderichsen, F. and Jørgensen, T. (2014) *Sygdomsforebyggelse*. København: Munksgaard.

- De Vet, H. C. W. *et al.* (2011) *Measurement in medicine: A practical guide*. New York: Cambridge University Press.
- Wackerhausen, S. (1994) 'Et åbent sundhedsbegreb - mellem fundamentalisme og relativisme', in Juul Jensen, U. and Fuur Andersen, P. (eds) *Sundhedsbegreber - filosofi og praksis*. Århus: Philosophia, pp. 43–73.
- Wells, K. J. *et al.* (2008) 'Patient navigation: State of the art or is it science?', *Cancer*, 113(8), pp. 1999–2010.
- Wells, K. J. *et al.* (2018) 'Effects of patient navigation on satisfaction with cancer care: a systematic review and meta-analysis', *Supportive Care in Cancer*, 26(5), pp. 1369–1382.
- Whitehead, M. (2007) 'A typology of actions to tackle social inequalities in health', *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61(6), pp. 473–478.
- Willits, F. K., Theodori, G. L. and Luloff, A. E. (2016) 'Another look at likert scales', *Journal of Rural Social Sciences*, 31(3), pp. 126–139.
- Woods, L. M., Rachet, B. and Coleman, M. P. (2006) 'Origins of socio-economic inequalities in cancer survival: A review', *Annals of Oncology*, 17(1), pp. 5–19.
- World Health Organization (2018) *Cancer: Key facts*. Available at: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2214109X16301437> (Accessed: 7 February 2019).

10. Bilagsfortegnelse

Bilag 1: Søgeprotokol	1
Bilag 2: Kvalitetsvurdering af inkluderede studier	6
Bilag 3: Pilottestning - validering af spørgeskema	34
Bilag 4: Spørgeskema	35
Bilag 5: Codebook til indtastning af spørgeskema	37
Bilag 6: Do-fil	38
Bilag 7: Log-fil	41
Bilag 8: Interviewguide	53
Bilag 9: Retningslinjer for transskribering	56
Bilag 10: Samtykkeerklæring til individuelle interviews	57
Bilag 11: Kodetræ over den kvalitative analyse	59
Referenceliste	60