



At informere, eller ikke at informere om VTE

– en kvalitativ undersøgelse af
kommunikation om VTE mellem
sundhedsprofessionelle og
patienter med lungekræft

Vejleder: Lone Jørgensen

Antal anslag: 263.829

Referencestandard: APA 7th Edition

Afleveringsdato: 01.06.2022

Gruppe: FSV-f22-04-gr308

Camilla Berggreen
20200579

Jonas Hermann Schrøder
20200680

Thomas Christensen
20201723



Forord

At informere, eller ikke at informere om VTE

– en kvalitativ undersøgelse af kommunikation om VTE mellem
sundhedsprofessionelle og patienter med lungekræft

Specialets forfattere retter sin tak til vejleder, Lone Jørgensen, for hendes bidrag til refleksion og faglig udvikling, sparring, fleksibilitet og engagement.

Specialets forfattere retter derudover sin tak til både de sundhedsprofessionelle samt patienterne på Onkologisk Afdeling på Aalborg Universitetshospital. Jeres hjælp har været uundværlig til rekruttering og gennemførelse af interview. Særligt tak til Anette Arbjerg Højen og Weronika Maria Szejniuk, dette speciale havde ikke været muligt uden jeres hjælp.

Vi håber dette speciale vækker interesse hos de organisationer, der arbejder med patienter med lungekræft, da specialet bringer et argument for mere fokus på VTE i konsultationen med denne patientgruppe.

God læselyst!

Camilla, Jonas og Thomas

Resumé

Introduktion	Venøs tromboembolisme (VTE) er, udover kræftsygdommen, den mest hyppige dødsårsag for patienter med kræft, der modtager kemoterapi. Selvom denne komplikation er forebyggelig, viser studier at informationen der gives til patienten, er mangelfuld eller ikke eksisterende, til trods for at flere patienter udtrykker et ønske herom. Informationsbehovet blandt patienter med lungekræft er undersøgt i nogle lande, men der er endnu ikke udført en undersøgelse i en dansk kontekst.
Formål	At undersøge hvordan sundhedsprofessionelle på Onkologisk Afdeling på Aalborg Universitetshospital, kommunikerer om risiko for og symptomer på VTE, i mødet med patienter med lungekræft. Yderligere vil det undersøges hvorvidt der tages udgangspunkt i den enkelte patients behov og præferencer.
Metode	Der blev udført en systematisk litteratursøgning samt semistrukturerede interview. I alt ti informanter fra Onkologisk Afdeling blev interviewet, bestående af seks sundhedsprofessionelle og fire patienter. Alle informanter blev interviewet omkring deres oplevelse af de konsultationer der finder sted, både indledningsvist samt undervejs i behandlingsforløbet, hvori kommunikationen og samtalens indhold var omdrejningspunkterne. I litteraturstudiet blev der anvendt Braun & Clarkes tematiske analyse, hvor der i interviewundersøgelsen blev anvendt Lindseth & Norbergs Ricoeur-inspirerede analysestrategi.
Resultater	De sundhedsprofessionelle tilstræber at forholde sig til den enkelte patients situation. Dog prioriterer de sundhedsprofessionelle ikke information om VTE, i modsætning til febril neutropeni og sepsis. Nogle patienter med lungekræft modtager skriftlig information om VTE, men ingen information gives mundtligt, medmindre patienten selv udtrykker et behov for det. Patienters informationsbehov varierer, hvor nogle udtrykker et behov for detaljeret information mens andre ikke vil bekymres unødigt.
Konklusion	I kommunikation om VTE med patienter med lungekræft, må sundhedsprofessionelle balancere mellem patienternes ret til at blive informeret og risiko for at påføre unødigt bekymring. Fundene indikerer at de sundhedsprofessionelle bør tage ansvar for at facilitere samtale om VTE, med udgangspunkt i den enkelte patients behov.

Abstract

Introduction	Venous thromboembolism (VTE) is, in addition to cancer, the most common cause of death for patients with cancer receiving chemotherapy. However, although this complication is preventable, studies show that the information provided to the patient is inadequate or non-existent, even though several patients express a wish to receive information. The need for information among patients with lung cancer has been studied in some countries, a study has not yet been carried out in a Danish context.
Aim	To investigate how health professionals in the Department of Oncology at Aalborg University Hospital, communicate about the risk and symptoms of VTE, when meeting with patients with lung cancer. In addition, it will be examined whether the individual patient's needs and preferences are considered.
Method	A systematic literature search and semi-structured interviews were conducted. A total of ten informants from the Department of Oncology were interviewed, consisting of six health professionals and four patients. All informants were interviewed about their experience of the consultations that take place, both initially and during treatment, in which the communication and the content of the conversation were the focal points. In the literature study, Braun & Clarke's thematic analysis was used, where Lindseth & Norberg's Ricoeur-inspired analysis strategy was used in the interview study.
Results	The health professionals strive to relate to the individual patient's situation. However, health professionals do not prioritize information about VTE, in contrast to febrile neutropenia and sepsis. Some patients with lung cancer receive written information about VTE, but no information is given orally unless the patient expresses a need for it. Patients' information needs vary, with some expressing a need for detailed information while others do not want to be worried unnecessarily.
Conclusion	In communication about VTE with patients with lung cancer, health care professionals must balance between the patients' right to be informed and the risk of inflicting unnecessary worry. The findings indicate that health professionals should take responsibility for facilitating conversation about VTE, based on the individual patient's needs.

Indholdsfortegnelse

1.0 Initierende problem	1
2.0 Problemanalyse.....	2
2.1 Venøs tromboembolisme blandt patienter med lungekræft	3
2.2 Problemstillinger i diagnosticeringen af VTE	5
2.3 Behov for kommunikation om VTE hos patienter med kræft.....	7
2.4 Forståelse af begrebet kommunikation.....	9
2.5 Samfundsmæssige faktorerers betydning for kommunikation om VTE med patienter med kræft	10
2.5.1 Lovgivning og retningslinjer	11
2.5.2 Ressourcer og sundhedsøkonomisk prioritering	12
2.6 Organisatoriske faktorerers betydning for kommunikation om VTE med patienter med kræft	14
2.6.1 Ansvarsfordeling	14
2.6.2 Organisationskulturen i hospitalsvæsenet	15
2.7 Inter- og intrapersonelle faktorerers betydning for kommunikation om VTE med patienter med lungekræft.....	17
2.7.1 Karakteristika af patienter med lungekræft	17
2.7.2 Sundhedsprofessionelles kompetencer.....	19
2.7.3 Relationen mellem sundhedsprofessionelle og patienter med lungekræft	21
3.0 Afgrænsning	23
4.0 Problemformulering.....	25
5.0 Videnskabsteori	26
5.1 Forforståelse og normativt ideal.....	28
6.0 Metode.....	30
6.1 Studiedesign.....	30
6.2 Beskrivelse af konteksten	32
6.3 Systematisk litteratursøgning	33
6.3.1 Søgestrategi	33
6.3.2 In- og eksklusionskriterier	35
6.3.3 Udvælgelse af artikler	36
6.3.4 Kvalitetsvurdering af artikler	37
6.3.5 Analysestrategi.....	38
6.4 Interviewundersøgelse	39
6.4.1 Rekruttering af informanter.....	39
6.4.2 Udarbejdelse af interviewguide.....	40
6.4.3 Udførelse af interview	41

6.4.4 Transskription af interview	42
6.4.5 Analysestrategi.....	42
6.5 Ethiske overvejelser	46
7.0 Analyse.....	47
7.1 Analyse af litteraturstudiet	47
7.1.1 Præsentation af artikler	47
7.1.2 Tematisk analyse af forskningsartikler.....	57
7.2 Analyse af interviewundersøgelsen	62
7.2.1 Naiv læsning af interviewene.....	62
7.2.2 Strukturanalyse	64
8.0 Kritisk fortolkning og diskussion	74
8.1 VTE, én af mange komplikationer	74
8.2 At skulle vide, hvad man ikke ved	79
8.3 Balancen mellem at informere og at bekymre	85
9.0 Metodediskussion	89
9.1 Diskussion af studiedesign	89
9.2 Diskussion af den systematiske litteratursøgning som metode	89
9.2.1 Søgestrategi	89
9.2.2 In- og eksklusionskriterier	90
9.2.3 Udvælgelse af artikler	91
9.2.4 Kvalitetsvurdering af artikler	91
9.2.5 Analysestrategi.....	92
9.3 Diskussion af interview som metode	93
9.3.1 Rekruttering af informanter.....	93
9.3.2 Udarbejdelse af interviewguide	94
9.3.3 Udførelse af interview	95
9.3.4 Transskription af interview	95
9.3.5 Analysestrategi.....	96
9.4 Diskussion af etiske overvejelser	97
10.0 Konklusion.....	98
11.0 Perspektivering	99
Referenceliste	100

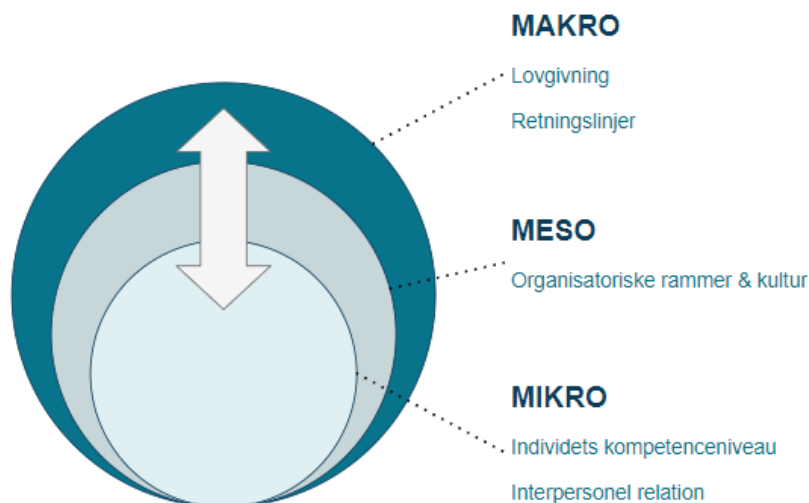
1.0 Initierende problem

Ifølge Kræftens Bekæmpelse (2021) fik 45.453 patienter konstateret kræft i 2019 i Danmark, og 16.526 patienter døde af kræft. Lungekræft er en af de mest udbredte kræftsygdomme (Kræftens Bekæmpelse, 2021), hvor tal fra det Nordiske Kræftregister viser at lungekræft udgjorde henholdsvis 10,6% og 11,8% af alle kræfttilfælde hos danske mænd og kvinder (NORDCAN, 2022a). Venøs tromboembolisme (VTE) er en kendt komplikation som følge af kræftsygdom samt behandling heraf, og er den hyppigste dødsårsag for patienter med kræft udover kræftsygdommen (Farge et al., 2019). Incidensen af VTE hos indlagte patienter med kræft er fire til syv gange større end hos tilsvarende patienter uden kræft (Heit et al., 2002; Stein et al., 2006), og overlevelsesraten efter et år er tre gange lavere hos patienter med kræft og VTE sammenlignet med kræftpatienter, der ikke får VTE (Khorana et al., 2007; Sørensen et al., 2000). Ifølge Ageno et al. (2008) og Elliott et al. (2005) blev 16-23% VTE-tilfælde påvist mere end syv til ti dage efter symptomdebut. Sen diagnosticering kan forårsage forebyggelige dødstilfælde eller øget psykisk belastning, hos patienter, der i forvejen lider af en livstruende sygdom grundet bekymringer om sygelighed og død efter diagnosticering af VTE (Ageno et al., 2008; Noble et al., 2014; Seaman et al., 2014). For at forebygge sen diagnosticering er det derfor vigtigt, at patienter med lungekræft er informerede om risikoen for og symptomer på VTE, således de kan identificere og reagere rettidigt. Flere studier viser dog, at patienter med kræft ikke er informeret om risikoen for samt symptomer på VTE (Font et al., 2018; Noble et al., 2015). Et studie af Koay et al. (2013) har vist, at lav health literacy er udbredt blandt patienter med lunge- samt hoved- og halskræft, hvorfor en betydelig del af patienterne med lungekræft har begrænsede kompetencer, ressourcer og mulighed for at finde, forstå og anvende information til at identificere og reagere på VTE-symptomer. Utilstrækkelig information om VTE kan derfor potentielt resultere i forebyggelige dødsfald samt forringelse af patienternes livskvalitet, og udgør derfor en problemstilling i et folkesundhedsmæssigt perspektiv.

Til trods for at den medicinske forebyggelse af VTE hos patienter med kræft er grundigt beskrevet i internationale såvel som danske kliniske retningslinjer, fremgår ingen anbefalinger til hvordan patienters behov og præferencer for information afdækkes og inddrages i praksis (Dansk Selskab for Trombose og Hæmostase & Dansk Selskab for Klinisk Onkologi, 2020; Farge et al., 2019). Dette anses som paradoksalt, og giver anledning til undersøgelse af informationsbehovet om VTE hos patienter med lungekræft samt hvordan sundhedsprofessionelle afdækker informationsbehovet, og i praksis tager højde for patientens kompetencer og ressourcer til at forstå og anvende information om VTE.

2.0 Problemanalyse

Som det fremgår i det initierende problem, ses en høj incidens af VTE blandt patienter med kræft (Heit et al., 2016; Stein et al., 2006). På trods af dette oplever patientgruppen sig ikke tilstrækkeligt informeret om risiko for og symptomer på VTE samt hvordan de bør reagere herpå, hvilket kan lede til forsinket diagnosticering og behandling samt øget mortalitet (Anand et al., 1998; Smith et al., 2010). For at opnå et større indblik i problemstillingen, indledes problemanalysen med at belyse VTE hos patienter med lungekræft, hvorefter analyse af problemstillinger relateret til sen diagnosticering af VTE vil fremgå. Dernæst fremanalyseres patienternes behov for information om VTE, hvor begreberne information og kommunikation defineres med henblik på at skabe en forståelsesramme for begreberne i specialet. I den efterfølgende del af problemanalysen analyseres problemstillingen på makro-, meso- og mikroniveau (figur 1). Dette vil bidrage til dybere forståelse af, hvilke samfundsmæssige, organisatoriske samt inter- og intrapersonelle faktorer, der har betydning for kommunikationen om VTE mellem sundhedsprofessionelle og patienter med lungekræft. Disse niveauer bør dog ikke anses som gensidigt ekskluderende, da de forskellige niveauer påvirker hinanden og i samspil influerer på kommunikationen om VTE. Problemanalysen har til formål at belyse kompleksiteten i interaktionen mellem sundhedsprofessionelle og patienter.



Figur 1 Problemanalysens opbygning

2.1 Venøs tromboembolisme blandt patienter med lungekræft

Venøs tromboembolisme (VTE) er defineret som en blodprop (trombe), der blokerer en vene (Centers for Disease Control and Prevention, 2020; Heit et al., 2016). Begrebet dækker over *dyb vene trombose* (DVT), som er en blodprop i de dybe vener samt *lungemboli* (LE), som opstår, når en blodprop løsriver sig og sætter sig i lungerne, hvorved der skabes hel eller delvis aflukning af blodtilførslen (Centers for Disease Control and Prevention, 2020; Heit et al., 2016). VTE dækker således over enkeltstående tilfælde af DVT og LE, men også kombinationen af DVT og LE (Heit et al., 2016). Det er estimeret, at der i Danmark er cirka 5.800 tilfælde af DVT per år, og cirka 3.500 tilfælde af LE per år i den almene befolkning (Grove et al., 2021). Et dansk kohortestudie af Søgaard et al. (2014) viser, at dødeligheden 30 dage efter diagnosticering med VTE var 3% for patienter med DVT, og 31% for patienter med LE sammenlignet med 0,4% for kontrolgruppen. Dødeligheden er således markant lavere blandt patienter, der rammes af DVT fremfor LE, men flere patienter rammes af DVT, som kan udvikle sig til LE, hvorfor begge sygdomme må tilskrives alvorlig karakter. En betydelig andel af VTE-tilfælde er associeret med hospitalsindlæggelser og operationer (Maynard et al., 2008; Spencer et al., 2007), hvilket understøttes af *Center of Disease Control* (2020), der rapporterer VTE som en primær årsag til forebyggelige dødsfald på hospitaler. VTE er associeret med kræftsygdomme og tilhørende behandlinger som kemoterapi og operationer, hvortil tumoren i sig selv, fremskreden alder, immobilisering og tidligere historik med VTE udgør risikofaktorer for udvikling af VTE blandt patienter med kræft (Dansk Selskab for Trombose og Hæmostase & Dansk Selskab for Klinisk Onkologi, 2020; Heit et al., 2002; Noble & Pasi, 2010; Otten et al., 2015). Kræft-associeret VTE betegnes i flere studier som *cancer-associeret trombose* (CAT) (Font et al., 2018; Mahé et al., 2020; Noble et al., 2015, 2016, 2019; Seaman et al., 2014; Sheard et al., 2013). CAT dækker imidlertid over alle tromboser forårsaget af kræft, hvorfor CAT således omfavner både kræft-associeret VTE såvel som andre kræft-associerede tromboser, fx i arterierne (Noble & Pasi, 2010; Otten et al., 2015; Seaman et al., 2014). Udover progression i kræftsygdommen, er VTE den mest almindelige dødsårsag hos patienter med kræft, hvortil VTE kan forværre kræftprognosen (Khorana et al., 2007; Noble et al., 2015). Dette understøttes af et studie af Sørensen et al. (2000), som viser at 1-års overlevelsesraten hos patienter diagnosticeret med VTE og kræft var 12%, sammenlignet med en patientgruppe uden VTE, hvor 1-års overlevelsesraten var 36%.

Lungekræft er en af de mest prævalente kræfttyper og udgør ca. 10% af alle kræfttilfælde (Kræftens Bekæmpelse, 2021). Der blev i 2019 registreret 2.499 og 2.390 tilfælde af lungekræft blandt henholdsvis mænd og kvinder, hvorfor lungekræft har den anden højeste incidens i Danmark, efter prostatakræft og brystkræft hos henholdsvis mænd og kvinder (Kræftens Bekæmpelse, 2021). Den relative overlevelse efter 5 år med lungekræft er 21,7% for mænd og 27,9% for kvinder, og blandt alle dødsfald forårsaget af kræft udgør lungekræft 21,9% og 23,5% (NORDCAN, 2022b). Det betyder, at dødeligheden blandt patienter med lungekræft er høj. Flere risikofaktorer gør sig gældende for udvikling af lungekræft, hvor tobaksrygning anses som den mest prominente risikofaktor, idet tobaksrygning er ansvarlig for 80-90% af lungekræfttilfælde (Laursen, 2013; Patientforeningen Lungekræft, 2022). Endvidere er tobaksrygning en selvstændig risikofaktor for udvikling af VTE (Gregson et al., 2019), hvorfor patienter med lungekræft, der ryger eller er tidligere rygere, potentielt har øget risiko for at udvikle VTE i kraft af deres rygestatus og kræftsygdom.

Behandling af VTE hos patienter med kræft består, ifølge retningslinjerne fra *Dansk Selskab for – Trombose og Hemostase* samt *Klinisk Onkologi* (2020), af anti-koagulerende (AK) behandling med vægtbaseret lavmolekylær heparin (LMH) som administreres subkutan eller peroral behandling med NOAK (edoxaban, rivaroxaban eller apixaban) i 6 måneder (Dansk Selskab for Trombose og Hæmostase & Dansk Selskab for Klinisk Onkologi, 2020). Under AK-behandling har patienter med kræft forhøjet risiko for blødning og komorbiditet samt recidiv trombose ved ophør af AK-behandling, sammenlignet med patienter, der ikke lider af kræft (Dansk Selskab for Trombose og Hæmostase & Dansk Selskab for Klinisk Onkologi, 2020). Patienter med kræft stilles således overfor problematiske følger af AK-behandling, samtidig med en forværret overlevelseshprognose sammenlignet med kræftpatienter uden VTE. Endvidere er patienter med kræft i risiko for at udvikle VTE i forbindelse med sygdoms- og behandlingsforløbet, hvoraf patienter med lungekræft kan være i øget risiko som følge af deres rygestatus.

Symptomer på VTE kan være uspecifikke, hvilket kan vanskeliggøre identificering og diagnosticering af VTE hos patienter med kræft, hvorfor mange patienter diagnosticeres sent (Ageno et al., 2008; Grove et al., 2021). Sen diagnosticering kan medføre øget psykisk belastning hos patienterne, og i værste tilfælde medføre forebyggelige dødsfald (Ageno et al., 2008; Noble et al., 2014; Seaman et al., 2014), hvorfor rettidig diagnosticering af VTE hos patienter med lungekræft anses som en vigtig problemstilling i et folkesundhedsmæssigt perspektiv.

2.2 Problemstillinger i diagnosticeringen af VTE

DVT forekommer hovedsageligt i benene og hofteregionen, men kan i sjældne tilfælde forekomme i armene (Spiezia & Simioni, 2010). Symptomer på DVT inkluderer lokaliseret smerte og ømhed, ødem og rødme, dog er 57,3% af DVT-tilfælde asymptomatiske (Blann & Lip, 2006; Hirmerova et al., 2018). LE kan skabe reduceret eller komplet lukning af blodgennemstrømningen til lungerne, hvor symptomerne inkluderer åndenød, hyperventilation, brystsmerte, øget puls, svimmelhed og bevidstløshed hvor op til 66% af LE-tilfælde er asymptomatiske (American Heart Association, 2018; Blann & Lip, 2006; García-Fuster et al., 2014). Asymptomatiske tilfælde af både DVT og LE anses som problematiske, da det ikke tillader patienten at identificere symptomer forbundet med de patologiske tilstande, hvorfor det kan formodes, at der i højere grad opstår forsinket eller mangelfuld diagnosticering. Et studie af Noble et al. (2015) indikerer, at patienter kan tilskrive VTE-symptomer til deres kræftsygdom eller den tilknyttede behandling samt allerede eksisterende komorbiditeter som astma, hvorfor symptomatiske VTE-tilfælde ligeledes kan være problematiske, hvis ikke de bliver korrekt identificeret. Således kan diagnosticering af VTE være vanskeligt, idet symptomerne ikke nødvendigvis adskiller sig tydeligt fra symptomerne fra kræftsygdommen eller behandlingen samt komorbiditeter. Yderligere viser Noble et al. (2015), at patienter med kræft gennemgik to veje til diagnosticeringen af VTE, hvor VTE enten blev opdaget tilfældigt ved scanning, eller diagnosen blev stillet efter patienten gjorde opmærksom på symptomer. Dette indikerer, at der ikke eksisterer en særskilt praksis til at screene eller overvåge patienter med kræft, som har risiko for kræftassocieret VTE, men at VTE-tilfælde bliver identificeret på samme måde som ved patienter uden kræft. Såfremt der ikke er procedure for screening for VTE blandt patienter med kræft fremgår dette problematisk, da der forekommer øget risiko for VTE i patientgruppen, og over halvdelen af VTE-tilfælde er asymptomatiske, som formodes at reducere sandsynligheden for at de bliver opdaget.

Agno et al. (2008) har påvist at 22,6% af DVT og 16,2% af LE diagnosticeringer foregår mere end ti dage efter symptomdebut. Dette stemmer overens med studiet af Elliott et al. (2005), hvor 21% af DVT-tilfælde var diagnosticeret mere end en uge efter symptomdebut og 5% efter 3 uger. Ligeledes blev 17% af LE-tilfælde diagnosticeret mere end en uge efter symptomdebut og 5% efter 3 uger (Elliott et al., 2005). Således viser begge studier at selvom størstedelen af VTE-patienter opsøger og diagnosticeres på under en uge efter symptomdebut, er der stadig en andel af patienter som oplever forsinket diagnosticering af VTE og nødvendigvis også forsinkelse i opstart af AK-behandling, hvilket kan øge mortaliteten og antallet komorbiditeter (Anand et al., 1998; Smith et al., 2010). Studiet af Elliott et al. (2005) viser, at 80% af forsinkelserne i diagnosticering af DVT skete mellem symptomdebut og at lægehjælp opsøges, mens

forsinkelser i diagnosticering af LE både skete mellem symptomdebut og at lægehjælp opsøges, men også efter kontakt med lægen. Da forsinkelser i diagnosticeringen af VTE primært sker *før* lægehjælp opsøges, indikerer dette at patienternes forudsætninger for at reagere på symptomer på VTE, er afgørende for rettidig diagnosticering. Dette indikerer et behov for at sundhedsprofessionelle kommunikerer med patienterne om risikoen for og symptomerne på VTE, med henblik på at patienter med kræft kan forstå og anvende information om VTE til at reagere på symptomer, således rettidig diagnosticering muliggøres.

Idet den enkelte patient må være i stand til at identificere og reagere på symptomerne for VTE, stilles der krav til patientens *health literacy*, som ifølge Don Nutbeam (2000) handler om patientens evne til at identificere og handle på baggrund af sundhedsfaglig information. Når kontakten til sundhedsvæsenet er etableret, stilles der fortsat krav til patientens *health literacy*, da patienten må kunne formulere og italesætte sine symptomer. Det er dog ikke kun patienternes *health literacy* der stilles krav til, da sundhedsvæsnets evne og villighed til at gøre informationen let tilgængelig ligeledes har betydning for patientens mulighed for at navigere i sundhedsvæsenet. Sundhedsvæsnets evne og villighed til at gøre information let tilgængelig for patienterne kan ifølge Rocco Palumbo (2021) beskrives som *organisatorisk health literacy*, som handler om sundhedsvæsnets evne til at engagere og samarbejde med patienten. Der ses således et samspil mellem patientens *health literacy* og sundhedsvæsenets organisatoriske *health literacy*, da fraværet af et af disse komponenter vil vanskeliggøre kommunikationen mellem de to parter.

Tidlig diagnosticering af VTE og dermed tidlig igangsætning af AK-behandling har potentiale til at reducere morbiditet og mortalitet forbundet med sygdommen (Anand et al., 1998; Smith et al., 2010). Ageno et al. (2008) har undersøgt associationen mellem tidlig diagnosticering af VTE og en række kendte risikofaktorer. Studiet viste, at tilstedeværelsen af flere symptomer på VTE er associeret med tidlig diagnosticering (Ageno et al., 2008). Dette kan skyldes, at patienterne i højere grad oplever tilstedeværelsen af flere symptomer foruroligende, hvorfor de hurtigere søger lægehjælp. Studiet viste endvidere at patienter med kræft ikke diagnosticeres hurtigere end sammenlignet med patienter uden kræft (Ageno et al., 2008). Dette indikerer, at der ikke er mere opmærksomhed på identificering af VTE hos patienter med kræft end hos patienter uden kræft, hvilket forekommer problematisk, idet VTE er en kendt komplikation til både kræftsygdommen og den tilhørende behandling.

2.3 Behov for kommunikation om VTE hos patienter med kræft

For patienter med kræft kan symptomer på VTE være en stressende oplevelse både fysisk og psykisk, og diagnosticering af VTE kommer for nogle patienter som et større chok end selve kræftdiagnosen (Font et al., 2018; Noble et al., 2015; Seaman et al., 2014). Endvidere opfatter nogle patienter VTE som en livstruende komplikation til kræften (Font et al., 2018; Noble et al., 2015; Seaman et al., 2014). At nogle patienter med kræft oplever VTE som en særskilt komplikation fremfor en sandsynlig del af deres kræftsygdom, antages at være en konsekvens af utilstrækkelig kommunikation om associationen mellem kræft og VTE, da VTE er en velkendt og udbredt komplikation heraf (Font et al., 2018; Mahé et al., 2020; Noble et al., 2015). På trods af den velkendte association, viser studierne af Noble et al. (2015) og Font et al. (2018) at patienter med kræft hverken har følt sig informeret om associationen mellem kræft og VTE, risikofaktorer for VTE eller hvordan de skal reagere på symptomerne. Endvidere viser studierne, at symptomer på VTE tilskrives alternative diagnoser, bivirkninger som følge af kemoterapi eller præeksisterende komorbiditeter af både patienter og sundhedsprofessionelle (Font et al., 2018; Noble et al., 2015). At patienter med kræft ikke føler sig tilstrækkeligt informeret om risikoen for VTE samt symptomer herpå anses som problematisk, da op til 20% af patienter med ondartet kræft vil opleve kræft-associeret VTE under deres sygdomsforløb, hvoraf over 50% af tilfældene opstår i de første tre måneder fra kræftdiagnosen stilles (Chew et al., 2008; Noble et al., 2015). Dertil er kræft-associeret VTE den primære årsag til kræftrelaterede dødsfald udover kræften i sig selv, og er en forventelig komplikation til kræft og behandling heraf (Farge et al., 2019). Det forekommer derfor relevant at implementere samme almindelige praksis som ved neutropenisk sepsis, hvor patienter med kræft i kemoterapi informeres om både risiko og symptomer, således at de ved, hvad de skal gøre hvis tilstanden opstår (Khorana et al., 2007; Mockler et al., 2012). Dog er information og instrukser ikke altid tilstrækkeligt, da der herved stilles krav til patientens health literacy, idet patienten udover at kunne forstå informationen, må kunne anvende og handle herpå. Der stilles ligeledes krav til den organisatoriske health literacy, eftersom den sundhedsprofessionelles formidling, og evne til at have patientens situation i fokus, har betydning for patientens forståelse af informationen (Palumbo, 2021). Det er derfor vigtigt, at sundhedsprofessionelle kommunikerer med patienter med kræft, for at opnå forståelse af patientens behov for information. Noble et al. (2014) har undersøgt de langsigtede psykologiske konsekvenser af symptomatiske LE-tilfælde hos patienter uden kræft, hvilket patienterne beskriver som værende en psykisk belastende oplevelse, der kan lede til post-traumatisk stress syndrom (PTSD). Lignende psykisk belastning antages at være til stede hos patienter med lungekræft, da denne patientgruppe i forvejen har en livstruende sygdom i lungerne med lav overlevelseshastighed. At patienter med kræft er informerede og har viden om VTE kan

således være betydende for, i hvilken grad de oplever VTE relaterede symptomer som foruroligende. Dette understøttes i et studie af Mockler et al. (2012), der fandt at patienter med kræft med tidligere VTE-historik genkendte symptomerne, og reagerede roligt ved at opsøge lægehjælp, mens patienter uden viden om VTE følte sig chokerede, bange og overraskede ved diagnosticering med VTE. Dog er det ikke kun patienter med kræft uden VTE-diagnose, der har et uopfyldt behov for information, da studiet af Noble et al. (2015) ligeledes viser, at VTE-diagnosticerede patienter med kræft oplever at de sundhedsprofessionelle ikke forklarer eller informerer tilstrækkeligt om komplikationen. Dette ledte til at patienterne søgte information andetsteds, fx internettet, og dermed lærte om deres potentielt dødelige tilstand uden mulighed for uddybende spørgsmål og støtte fra sundhedsprofessionelle (Noble et al., 2015). Ifølge en rapport fra Kræftens Bekæmpelse (2017) opsøger 94% af patienter med kræft selvstændigt information om deres sygdom og helbred, hvorfor det formodes at patienter med lungekræft, som ikke har diagnosticeret VTE, ligeledes kan tilegne sig viden om risikoen for VTE fra internettet. Hermed opstår der en risiko for fejlfortolkning af sundhedsfaglig information, der kan give anledning til øget psykisk belastning. Fejlfortolkning af sundhedsfaglig information og øget psykisk belastning kan derfor være konsekvenser som følge af utilstrækkelig kommunikation om VTE, hvorfor disse synes ønskelige at reducere, da VTE er en potentiel dødelig sygdom, som patienterne med kræft konfronteres med i tillæg til kræftsygdommen (Noble et al., 2015). Font et al. (2018) og Noble et al. (2015) viser, at patienternes informationsbehov er varierende, hvor nogle patienter efterspurgte mere information i varierende detaljeringsgrad, mens andre patienter oplevede for meget og detaljeret information som en byrde. Overordnet synes patienter med kræft at være utilstrækkeligt informeret om VTE i kontekst af deres kræftsygdom, hvormed deres mulighed for at identificere og reagere på symptomer reduceres. Graden af behov for information kan dog variere individuelt mellem patienterne, hvorfor sundhedsprofessionelle må identificere, hvor meget information den enkelte patient har behov for. Dette kræver, at sundhedsprofessionelle er opmærksomme på og kan identificere patientens behov for information, og samtidig har de fornødne kompetencer samt tid til rådighed til at kommunikere med patienterne. Om dette er tilfældet kan forekomme tvivlsomt, da patienterne i studiet af Noble et al. (2015) beretter om at deres symptomer blev tilskrevet alternative diagnoser og behandlingsmetoder, hvilket ledte til forsinket diagnosticering af VTE. Utilstrækkelig kommunikation om risikoen for og symptomer på VTE kan, udover at lede til øget psykisk belastning hos patienterne, betyde at patienterne fratages muligheden for at forberede sig på en potentiel komplikation. Der kan være mange årsager til, at sundhedsprofessionelle ikke kommunikerer tilstrækkeligt om risikoen for VTE med patienter der har kræft, hvilket fremanalyseres i problemanalysens følgende afsnit.

2.4 Forståelse af begrebet kommunikation

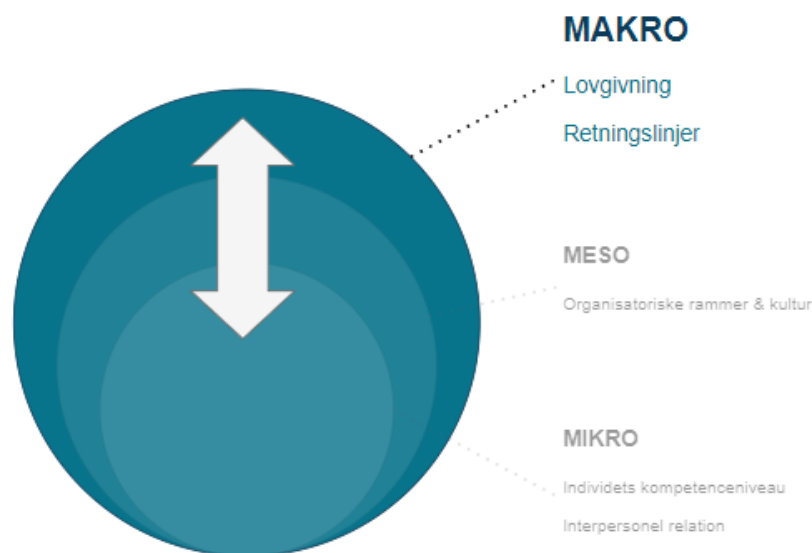
Kommunikation om VTE mellem sundhedsprofessionelle og patienter med kræft er vigtig, da utilstrækkelig viden om risikoen for og symptomerne på at udvikle VTE som komplikation til kræftsygdom, kan lede til sen diagnosticering og øget psykologisk belastning hos patienterne (jf. afsnit 2.2 og 2.3). Betegnelsen *sundhedsprofessionelle* kan omfavne flere forskellige sundhedsfaglige professioner, men forstås i dette speciale som læger og sygeplejersker, da disse faggrupper har den primære kontakt til patienter med kræft i et behandlingsforløb.

Kommunikation er et komplekst og mangefacetteret begreb, hvorigennem en positiv relation mellem den sundhedsprofessionelle og patienten kan etableres (Eide & Eide, 2016; K. Jørgensen, 2021; L. Jørgensen, 2021), hvorfor følgende afsnit har til formål at præsentere en begrebsafklaring. I dette speciale omhandler kommunikation det Jørgensen og Hansson (2021) betegner som den *professionelle kommunikation*, hvor patientens situation er omdrejningspunktet. Kommunikationen er således ikke blot overbringelse af information, men tager udgangspunkt i dialog mellem sundhedsprofessionelle og patienter med lungekræft, hvormed patienternes egne behov for information om VTE er centralt. Flere studier peger på, at patienter med kræft ikke oplever at være tilstrækkeligt informeret, men samtidig lader høj detaljeringsgrad ikke altid til at være ønskeligt (Font et al., 2018; Noble et al., 2015). Balance mellem utilstrækkelig information og at overbebyrde patienterne med for meget information, formodes at kunne opnås ved at sundhedsprofessionelle tager udgangspunkt i den enkelte patients behov for information gennem dialogbaseret kommunikation. Ifølge Jørgensen & Hansson (2021) er kommunikation et dynamisk samspil mellem *indholds niveauet* og *forholds niveauet*. På *indholds niveauet* formidles budskaber mellem parterne verbalt og nonverbalt, som eksempelvis sundhedsfaglig information om VTE eller patientens perspektiv, kropssprog og mimik. *Forholds niveauet* omhandler den interpersonelle relation mellem sundhedsprofessionel og patient, som etableres gennem dialogen, hvorfor forholds niveauet kan påvirkes af begge parter (L. Jørgensen, 2021; R. Jørgensen & Hansson, 2021). Relationen mellem sundhedsprofessionel og patient skabes i kommunikationen, som kan være *toleddet* eller *treleddet* (Martinsen, 2006). I en toleddet relation videregives information gennem envejskommunikation, hvormed den sundhedsprofessionelle taler *til* patienten (Martinsen, 2006). I modsætning hertil taler den sundhedsprofessionelle *med* patienten i en treleddet relation, som består af den sundhedsprofessionelle, patienten og det fælles tredje, som består af indholdet i dialogen (Martinsen, 2006). Kommunikation forstås således som en dialog, hvor indholdet kan tilpasses den enkelte patients behov, men samtidig med fokus på at informationen når frem til patienten, hvormed det tilstræbes at patienten kan forstå og huske

det nødvendige, og oplever at blive varetaget på en omsorgsfuld måde. Den sundhedsprofessionelle har derfor en formidlende, vejledende og aktiv lyttende rolle, og inddrager patienten, således samtalen forgår på patientens præmisser. Patient og sundhedsprofessionel spiller således begge en aktiv rolle i kommunikationen, som er udgangspunktet for etablering af relationen. Det formodes, at dialog om VTE mellem sundhedsprofessionelle og patienter med kræft, kan skabe grundlag for, at patienten får mulighed for at kunne identificere og reagere på symptomer på VTE, hvormed unødigt psykisk belastning eller forebyggelige dødsfald, kan undgås.

2.5 Samfundsmæssige faktoreres betydning for kommunikation om VTE med patienter med kræft

I følgende afsnit fremanalyses faktorer på makroniveau, der har betydning for kommunikation om VTE, med henblik på at undersøge hvordan lovgivning og retningslinjer samt ressourcer og sundhedsøkonomisk prioritering kan have betydning for sundhedsprofessionelles mulighed til at kommunikere med patienter med kræft om VTE.



Figur 2 Makroniveau

2.5.1 Lovgivning og retningslinjer

I Sundhedsloven §1 angives, at *"Sundhedsvæsenet har til formål at fremme befolkningens sundhed samt at forebygge og behandle sygdom, lidelse og funktionsbegrænsning for den enkelte"* (Sundhedsloven, 2019). Sundhedsvæsenet har således både til formål at forebygge og behandle tilfælde af VTE blandt patienter med lungekræft. Til behandling af VTE hos patienter med kræft benyttes AK-behandling med henblik på at kurere VTE (jf. afsnit 2.1). I Retningslinjerne fra *Dansk Selskab for Trombose og Hæmostase & Dansk Selskab for Klinisk Onkologi* (2020) anbefales forebyggende AK-behandling til ambulante patienter med kræft uden VTE som udgangspunkt ikke, da dette ikke har påvist at øge overlevelsen. Såfremt sundhedsvæsenet ikke har anden procedure med formålet at sikre tidlig diagnosticering af VTE hos ambulante patienter med kræft, opstår en problematik, idet risiko for sen diagnosticering opstår, på trods af komplikationen er velkendt. Yderligere fremgår det af Sundhedsloven §20 at *"En patient, der ikke selv kan give informeret samtykke, skal informeres og inddrages i drøftelserne af behandlingen, i det omfang patienten forstår behandlingssituationen, medmindre dette kan skade patienten."* (Sundhedsloven, 2019). Således skal patientens meninger og perspektiver inddrages i behandlingen, hvorved patientinddragelse står centralt i sundhedsvæsenet. Dog rapporterer Kleeberg et al. (2008) at 48% af patienter med kræft ikke var involveret i beslutninger vedrørende deres behandling. Dette anses som problematisk, såfremt patienter med kræft ikke inddrages i deres sygdoms- og behandlingsforløb, da der hermed kan forekomme en diskrepans mellem Sundhedsloven og nuværende praksis. Det fremgår endvidere af Sundhedsloven §20, at patienten ikke nødvendigvis skal inddrages, hvis det kan påføre patienten unødigt skade (Sundhedsloven, 2019). Såfremt patienter med kræft ikke informeres og inddrages i kommunikation om VTE på baggrund af bekymring for at skade dem, er dette problematisk, eftersom patienterne dermed ikke kan reagere på den livstruende tilstand. Endvidere fremgår det af Sundhedslovens §3, at landets regioner og kommuner er ansvarlige for at sundhedsvæsenet tilbyder en befolkningsrettet indsats med fokus på sygdomsforebyggelse (Sundhedsloven, 2019). Forebyggelsen af VTE skal således varetages af både regioner og kommuner, hvilket fordrer et tværsektorielt samarbejde herimellem. For at kunne koordinere mellem regioner og kommuner samt sikre et sammenhængende patientforløb af høj kvalitet, er der i Danmark udarbejdet *Pakkeforløb for Lungekræft* (Sundhedsstyrelsen, 2018c). I Sundhedsstyrelsens *Pakkeforløb for Lungekræft* (2018c) fremgår den overordnede procedure for udredning, behandling og opfølgning, hvor der i opfølgningsafsnittet beskrives hvordan recidiv og progression af kræftsygdommen bør håndteres samt beskrivelse af rehabiliteringsforløbet og håndtering af senfølger. For indblik i opfølgningsplaner for den individuelle patient, herunder håndtering af bivirkninger, henstilles der til *Kræftopfølgning i Almen Praksis* (2019), hvori ingen beskrivelse af den øgede

risiko for udviklingen af VTE blandt patienter med kræft fremgår, og ligeledes ingen procedure for kommunikation om denne risiko til patienten. Det anses som problematisk, at risikoen for VTE blandt patienter med lungekræft ikke fremgår transparent i *Pakkeforløb for lungekræft* eller i *Kræftopfølgning i almen praksis*, da disse er udgangspunktet for den praksis de sundhedsprofessionelle udfører. I *Pjece for patienter og pårørende* (2018d), som har til formål at beskrive behandlingsforløbet for lungekræft i et let forståeligt sprog, fremgår der ligeledes ingen beskrivelse af risikoen for udvikling af VTE. Såfremt at patienter ikke modtager skriftligt materiale med information om risikoen for og symptomer på VTE, kan patienterne risikere at glemme hvad den sundhedsprofessionelle informerede om, hvormed de ikke nødvendigvis reagerer hensigtsmæssigt på symptomer på VTE. Ydermere fremgår det problematisk, hvis patienterne opsøger informationer på internettet, da fejlfortolkning af den sundhedsfaglige viden kan forekomme (jf. afsnit 2.3).

2.5.2 Ressourcer og sundhedsøkonomisk prioritering

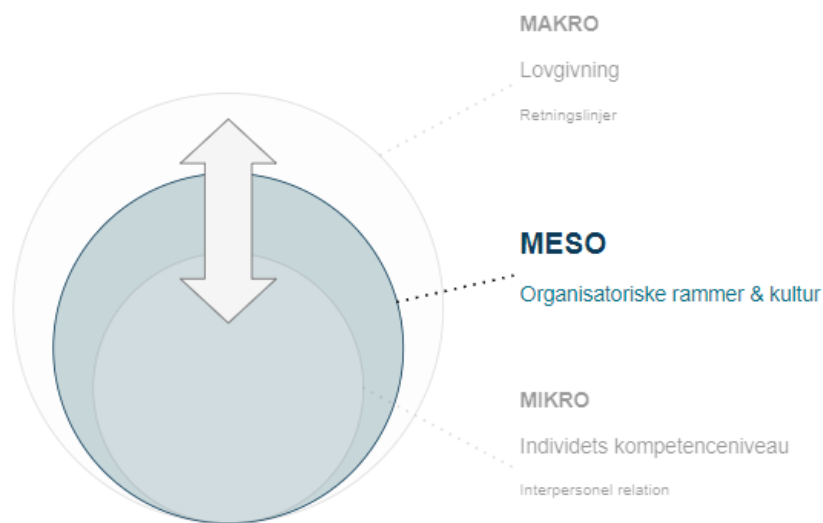
Det danske sundhedsvæsen opererer ud fra begrænsede ressourcer, hvorfor prioritering af ressourcer som tid, penge, arbejdskraft er nødvendigt (Drummond et al., 2015). Hospitalsvæsenet har frem til 2018 opereret med et produktivitetskrav på 2%, hvilket tilsigter, at hospitalerne skal øge effektiviteten uden ekstra økonomiske midler med henblik på at tilgodese de øgede udgifter, der er forbundet med sundhedssystemet (Brixen, 2017; Finansministeriet, 2017). Gallup og Megafon (2017) har dokumenteret at 84% af læger og 68% af sygeplejersker var for afskaffelse af produktivitetskravet, hvor 66% af læger og 59% af sygeplejerskerne mente, at de i forvejen ikke har tid nok til den enkelte patient i hverdagen. Til trods for afskaffelsen af produktivitetskravet, stilles der fortsat krav til et omkostningseffektivt sundhedsvæsen i *Økonomiaftalen for Regionerne* (2019) grundet nødvendigheden i at prioritere offentlige midler. Fokus på økonomisk prioritering og et omkostningseffektivt sundhedsvæsen kan dog, ifølge Palumbo (2021), bidrage til at tiden til den enkelte patient nedprioriteres. Mindre tid til den enkelte patient er problematisk, idet kommunikation fordrer tid, nærvær og tilstedeværelse (L. Jørgensen, 2021), hvorfor tidspres kan påvirke sundhedsprofessionelles kommunikation med patienter med lungekræft. Såfremt dette medfører at sundhedsprofessionelle nedprioriterer at informere patienterne om VTE, betyder det at patienterne ikke får mulighed for at identificere og reagere rettidigt på VTE, hvilket kan bidrage til den psykiske belastning, patienterne lever med, og i værste tilfælde medføre død (Noble et al., 2015). Ifølge en opgørelse af *Praktiserende Lægers Organisation* er antallet af patienter per læge steget siden 2012, hvilket skaber travlhed blandt de praktiserende læger (Praktiserende Lægers Organisation, 2018). Overlæger har i år 2021 ligeledes betydelig mindre tid til patienter sammenlignet med år 2011, hvilket ifølge formanden for Overlægeforeningen går ud over patienterne, i relation til diagnosticering og

behandling af sygdom (Sundhedspolitisk Tidsskrift, 2021). Samme tendens gør sig gældende blandt sygeplejersker, der oplever hverdagen som værende så travl, at det har betydning for patienternes sikkerhed (Dansk Sygeplejeråd, 2015). Således ses stigende travlhed på tværs af de sundhedsprofessioner, som har kontakt til patienter med lungekræft, enten gennem forløb på hospitalerne eller lægebesøg. Dette anses som en udvikling i sundhedsvæsenet der peger mod effektivisering gennem stigning i antallet af patientkonsultationer, men mindre tid per patient. Tidspres og mangel på værktøjer til at identificere patientens grad af health literacy, kan fratage modet til at have fokus på patientens behov hos de sundhedsprofessionelle, hvilket forværres af fokus på effektivitet i de organisatoriske rammer (Palumbo, 2021). At patienters sikkerhed bringes i fare, grundet den reducerede tid per patient har endvidere resulteret i at Styrelsen for Patientsikkerhed har pålagt hospitaler påbud om at håndtere den stigende arbejdsmængde samt det oplevede tidspres (Andersen, 2018; Andersen & Bech, 2018). Problemer med tidspres i sundhedsvæsenet stemmer overens med flere studier udført både i ambulant- og hospitalskontekst, som indikerer at der forekommer risiko for manglende identificering af individuelle behov hos patienter med kræft, hvis tiden med patienten er begrænset (Botti et al., 2016; Plessen & Aslaksen, 2005).

Kravet om et omkostningseffektivt sundhedsvæsen har endvidere betydning for den nationale sundhedspolitik, hvor fokus er blevet rettet mod ambulante behandlingsalternativer grundet bedre omkostningskontrol (Danske Regioner, 2013; Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2011). Dette har medført en stigning i antal ambulante patienter og et fald i antal indlagte patienter, hvor antallet af ambulante patienter med lungekræft i Danmark er steget med 92,8% mellem 2006 og 2018 (Danmarks Statistik, 2022). Det stigende antal ambulante patienter med lungekræft stiller derfor høje krav til kommunikationen mellem sundhedsprofessionelle og patienter, da patienterne skal informeres tilstrækkeligt til på egen hånd at kunne identificere og reagere på nye eller forværring af eksisterende symptomer. Hvis de sundhedsprofessionelle ikke kommunikerer tilstrækkeligt med patienterne om eksempelvis VTE, risikeres det at patienterne ikke har mulighed for at identificere og reagere på potentielle symptomer på VTE. Endvidere kan fokus på øget omkostningseffektivitet utilsigtet lede til nedprioritering af relationen mellem sundhedsprofessionelle og patienten, hvilket kan have betydning for patientens evne til psykisk at håndtere sygdomsforløbet (Prip et al., 2018). Sundhedspolitiske rammer kan således have betydning for patientkonsultationernes tidsramme samt hvorvidt den foregår i en ambulant kontekst, og præsenterer en mulig barriere, for hvorvidt sundhedsprofessionelle kommunikerer med patienter med lungekræft om risikoen for udvikling af VTE.

2.6 Organisatoriske faktorerers betydning for kommunikation om VTE med patienter med kræft

I følgende afsnit fremanalyseres faktorer på mesoniveau, der har betydning for kommunikationen om VTE mellem sundhedsprofessionelle og patienter med kræft. Hensigten er at undersøge, hvordan de organisatoriske faktorer i hospitalsvæsnet kan have betydning for, hvordan de sundhedsprofessionelle kommunikerer. Med udgangspunkt i forskningslitteraturen fremanalyseres det endvidere, hvordan organisationskulturen kan påvirke, hvad sundhedsprofessionelle informerer om.



Figur 3 Mesoniveau

2.6.1 Ansvarsfordeling

Af Sundhedsstyrelsens *Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft* (Sundhedsstyrelsen, 2018b) fremgår det, at sundhedsprofessionelle på hospitalerne har ansvaret for at informere og vejlede patienter med kræft om deres sygdom og senfølger samt diagnosespecifikke symptomer. Det betyder, at de sundhedsprofessionelle er forpligtiget til at informere patienter med lungekræft om behandling og bivirkninger heraf. I *Pakkeforløb for Lungekræft* (2018c) beskrives det, at patienter med lungekræft typisk vil være tilknyttet onkologisk afdeling, men kan være tilknyttet lungemedicinsk afdeling, afhængig af lokale aftaler. Det er således sundhedsprofessionelle på hospitalernes onkologiske eller lungemedicinske afdelinger, der har ansvaret for at kommunikere med patienter med kræft om risikoen for og symptomerne på VTE. Ifølge Noble et al. (2016) kan uklar ansvarsfordeling mellem hospitalsafdelinger, bidrage til at sundhedsprofessionelle ikke kommunikerer

om VTE med patienterne. Det betyder, at uklar ansvarsfordeling i relation til hvilken afdeling, der skal informere patienter med lungekræft om VTE, kan betyde, at patienter med lungekræft ikke informeres om VTE, hvilket er problematisk, da dette kan medføre øget psykisk belastning og død (Noble et al., 2015). Endvidere kan utilstrækkelig kommunikation mellem sundhedsprofessionelle og patienter vanskeliggøre en patientcentreret tilgang til forebyggelse og behandling af VTE, da patientinddragelse ifølge Palumbo (2021) netop kræver kommunikation mellem sundhedsprofessionelle og patienter. Hvorvidt en sundhedsorganisation formår at inddrage og engagere patienterne i egen behandling, kan anses som organisationens health literacy (Palumbo, 2021). Organisatorisk health literacy er således et samlet udtryk for, hvordan organisationers politikker og praksis for håndtering af patientcentrering samt de sundhedsprofessionelles kollektive holdning og adfærd, muliggør patientinddragelse (Palumbo, 2021). Patientinddragelse i kommunikation om VTE bør således ikke kun være resultat af den enkelte sundhedsprofessionelles tilgang til kommunikation, men bør afspejles af de hospitalsafsnit, der plejer og behandler patienter med lungekræft. Hvis disse afsnit ikke har klare retningslinjer for hvem eller hvordan der skal kommunikeres med patienter med lungekræft om risikoen for og symptomer på VTE, risikeres reducere af patientsikkerheden, da tilfældigheder vil afgøre hvorvidt den enkelte sundhedsprofessionelle kommunikerer med patienten om VTE. Det betyder, at patienterne potentielt ikke informeres om VTE, hvormed risiko for sen diagnosticering, øget psykisk belastning eller forebyggelige dødsfald opstår. Mangel på klar ansvarsfordeling og nedskrevne retningslinjer for kommunikation om VTE med patienter med kræft synes derfor at udgøre en potentiel barriere for sundhedsprofessionelles kommunikation om VTE.

2.6.2 Organisationskulturen i hospitalsvæsenet

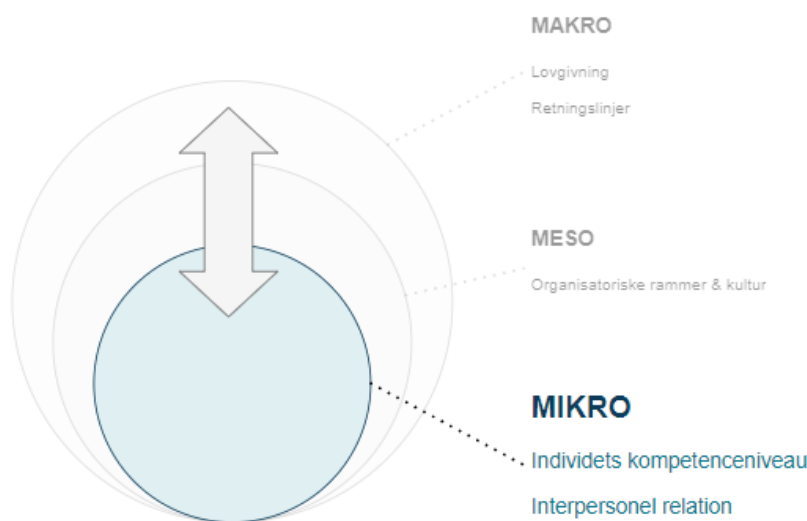
Studier viser, at sundhedsprofessionelle overvejer alternative diagnoser før VTE, på trods af at patienternes symptomer kan henføres til VTE, og at utilstrækkelig information bidrager til øget psykisk belastning hos patienterne (Font et al., 2018; Noble et al., 2015). Således opstår risiko for at sundhedsprofessionelle ikke identificerer behovet for information om VTE hos patienter med kræft, hvormed patientinddragelsen udebliver. Ifølge Jørgensen (2021) kræver patientinddragelse en organisationskultur, hvor inddragelse er klart defineret og sættes på dagsordenen, hvorved patientinddragelse ekspliciteres. Såfremt organisationskulturen på onkologiske afdelinger ikke klart har defineret, hvordan patienter med kræft skal inddrages i kommunikation om sygdom, behandling og bivirkninger, risikeres patientens perspektiv og ekspertise, i dét at leve med sygdommen, at blive overset, såvel som risiko for øget psykisk belastning eller forebyggelige dødsfald som følge af uidentificeret VTE.

Organisationskulturen i relation til patientinddragelse indikerer organisationens grad af health literacy, idet organisatorisk health literacy omfatter de sundhedsprofessionelles tilgang til patientinddragelse (Palumbo, 2021). Utilstrækkeligt fokus på patientinddragelse i organisationskulturen kan derfor være problematisk, da sundhedsprofessionelle herved ikke omfavner kompleksiteten af, hvad utilstrækkelig kommunikation kan betyde for patientens oplevelse af kræftsygdommen og potentielle komplikationer som følge heraf.

Ifølge studierne af Font et al. (2018) og Noble et al. (2015) tilgodeses behovet for information om VTE hos patienter med kræft ikke altid, idet fokus i kommunikationen i overvejende grad er på tekniske aspekter af den forebyggende behandling, såsom hvordan LMWH administreres og teknikker til subkutan injektion. Sundhedsprofessionelles orientering mod det tekniske og medicinske aspekt af forebyggelse af VTE, kan ifølge den amerikanske psykiater og antropolog Arthur Kleinman (1981) forklares ved, at det vestlige sundhedsvæsen i højere grad er optaget af et fysiologisk perspektiv på sygdoms- og sundhedsrelaterede problemstillinger fremfor de kulturelle og sociale omkringliggende kontekster. Kleinman (1981) omtaler moderne lægevidenskab som et kulturelt system, der er biomedicinsk reduktionistisk, selv ved komplekse problemstillinger, som ifølge Krogstrup (2016) er karakteriseret ved at være socialt forankret. Kultur i sundhedsvæsenet kan ifølge Mannion og Davies (2018) forstås som en delt måde at tænke og opføre sig på i den givne kontekst, som har betydning for hvordan organisationen fungerer. Det biomedicinske og tekniske fokus kan således anses som et udtryk for kulturen på onkologiske afdelinger, hvor patienter med kræft behandles, idet de sundhedsprofessionelle tænker og agerer efter et fælles kodeks, som karakteriserer afdelingen. Såfremt sundhedsprofessionelle anser teknisk information, såsom hvordan patienten injicerer LMHW, som den vigtigste information at informere patienterne om, opstår risiko for at information om symptomerne på VTE, og hvornår patienterne skal søge lægehjælp, nedprioriteres i kommunikationen, hvilket betyder at patienterne ikke får mulighed for at kunne identificere og reagere på VTE. Kulturen på onkologiske afdelinger kan dermed påvirke patienternes oplevelse af kommunikationen og behandlingen på afdelingen, idet kulturen i sundhedsvæsenet, ifølge Mannion og Davies (2018), er associeret med kvaliteten af de sundhedsydelser, der udføres.

2.7 Inter- og intrapersonelle faktorerers betydning for kommunikation om VTE med patienter med lungekræft

I følgende afsnit fremanalyses faktorer på mikroniveau, der har betydning for kommunikationen mellem patienter med lungekræft og de sundhedsprofessionelle. Analysen tager udgangspunkt i de karakteristika der kendetegner patientgruppen, hvorefter betydningen af de sundhedsprofessionelles kommunikative kompetencer fremanalyses. Slutteligt fremanalyses betydningen af den interpersonelle relation der er mellem patienter med lungekræft og de sundhedsprofessionelle.



Figur 4 Mikroniveau

2.7.1 Karakteristika af patienter med lungekræft

Lungekræft rammer tilnærmelsesvist mænd og kvinder ligeligt, og forekommer oftest i 70-80-års alderen, hvortil lungekræft sjældent ses hos personer under 45 år (Kræftens Bekæmpelse, 2022; Patientforeningen Lungekræft, 2022). Tobaksrygning udgør en væsentlig årsag til udvikling af lungekræft (Patientforeningen Lungekræft, 2022), hvor ca. 17% af danske mænd og kvinder på 45 år eller ældre, ryger dagligt, ifølge Sundhedsstyrelsen (2018a). Storrygere (>15 cigaretter dagligt) har op til 20 gange større risiko for at udvikle lungekræft sammenlignet med ikke-rygere, hvilket kan forklare at 80-90% af patienter, der lider af lungekræft, er rygere eller tidligere rygere (Laursen, 2013; Sundhedsstyrelsen, 2020). På baggrund af associationen mellem rygestatus og lav socioøkonomisk status målt på uddannelsesniveau og prævalensen af rygere eller tidligere rygere blandt patienter med lungekræft (jf. afsnit 2.1), antages det at en betydelig del af patienter med lungekræft har lav socioøkonomisk status. Et review af Stormacq et al. (2018) indikerer, at associationen mellem lav socioøkonomisk status og ulighed i sundhed, kan forklares ved at health literacy medierer forholdet mellem socioøkonomisk status og helbredstilstand. Dette

understøttes af Koay et al. (2013), som fandt, at en lav grad af health literacy var udbredt blandt patienter med lungekræft. Nutbeam (2008) beskriver *health literacy* som værende individets personlige, kognitive samt sociale færdigheder, hvilket betinges af individets evne til at modtage, forstå og anvende given sundhedsinformation. Hvordan patienter med lungekræft beskriver deres helbredstilstand og indgår i dialog med sundhedsprofessionelle, påvirkes således af deres grad af health literacy. I studiet af Koay et al. (2013) blev health literacy målt som graden af *funktionel health literacy*, hvilket ifølge Nutbeam (2000) omhandler individets grundlæggende læse- og skrivefærdigheder, som gør individet i stand til at modtage og forstå basal viden om sundhed. At lav grad af funktionel health literacy er udbredt blandt patienter med lungekræft er således problematisk, da det betyder, at patienterne kan have udfordringer med at forstå basal viden om deres sygdoms- og behandlingsforløb, herunder at forstå og anvende viden om, hvilke symptomer på VTE, de bør være opmærksomme og reagere på (Koay et al., 2013). Nutbeam (2000) beskriver yderligere to niveauer af health literacy, hvor *interaktiv health literacy* indebærer individets kompetencer til at ekstrahere og anvende sundhedsinformation i nye sammenhænge, mens *kritisk health literacy* handler om individets kompetencer til kunne forholde sig kritisk til sundhedsinformation, hvormed individet kan opnå højere grad af kontrol over eget liv. Ifølge Nutbeam (2008) bør health literacy ikke ansues som statisk, da det er muligt for individer at forbedre deres health literacy. Det betyder, at det er muligt for patienter med lungekræft at tilegne sig kompetencer til at kunne anvende og forholde sig kritisk til information relateret til deres sygdom. Dog tager patientuddannelse tid, hvorfor Nutbeam (2008) pointerer vigtigheden af at tilpasse kommunikationen og informationsniveauet til den enkelte patients health literacy. En problematik kan opstå, såfremt sundhedsprofessionelle ikke formår at kommunikere med patienter med lungekræft med udgangspunkt i den enkelte patients kompetencer til at forstå og anvende information om VTE, da det kan betyde at patienten ikke forstår informationen om VTE.

Patienter med lungekræft kan opleve at blive stigmatiseret eller selvstigmatisere, da størstedelen af tilfælde af lungekræft forårsages af rygning, og kan dermed være en konsekvens af patientens livsstil (Chapple et al., 2004; Hamann et al., 2014). Patienter med lungekræft kan opleve stigmatisering i varierende grad, og flere negative psykosociale konsekvenser, som følelse af depression, nedsat livskvalitet samt social isolering, er forbundet med stigmatisering (Cataldo et al., 2012; Chapple et al., 2004). Chapple et al. (2004) påpeger yderligere, at stigmatisering helt kan afholde patienter med lungekræft fra at opsøge støtte og hjælp, af frygt for at blive stigmatiseret for deres sygdom. Dette kan anses som problematisk, da det potentielt medfører, at patienterne er tilbageholdende i mødet med de sundhedsprofessionelle grundet frygten for stigmatisering, hvorfor deres bekymringer og spørgsmål ikke

bliver belyst. Det betyder, at patienter med lungekræft ikke nødvendigvis indgår aktivt i dialogen og italesætter deres behov for information, eller stiller uddybende spørgsmål til de sundhedsprofessionelle, hvormed dialogen udebliver. Konsekvensen heraf kan være, at patienten ikke informeres tilstrækkeligt om eksempelvis VTE, hvilket betyder, at patienten ikke får mulighed for at identificere og reagere på symptomer på VTE. Således fremgår det særligt vigtigt, at den sundhedsprofessionelle ikke bidrager til stigmatisering i mødet med patienten, da dette potentielt kan udgøre et problem for kommunikation om VTE. Yderligere kan en depressiv tilstand hindre patientens evne til at koncentrere sig om informationen der kommunikeres eller anskue situationen som håbløs (Møgeltoft, 2016), hvorfor konsekvenserne af stigmatisering ligeledes kan udgøre et problem i relation til kommunikation om VTE med patienter med lungekræft.

2.7.2 Sundhedsprofessionelles kompetencer

Ifølge Silverman et al. (2013) bør kommunikation baseres på empati og dialog, også selvom om kontakten er kort grundet kontekstuelle faktorer og tidspres, som kan påvirke kommunikationen (jf. afsnit 2.5 og 2.6). Mødet med ambulante patienter med lungekræft stiller derfor krav til sundhedsprofessionelles kommunikative kompetencer, da den sundhedsprofessionelle må kommunikere med patienten for derigennem at opnå forståelse for og viden om patientens behov og præferencer i en kort kontakt (L. Jørgensen et al., 2020). Blandt de kommunikative kompetencer, som sundhedsprofessionelle i denne sammenhæng må mestre, er kompetence til at prioritere hvad hovedindholdet i samtalen skal omhandle (Silverman et al., 2013). Det er problematisk såfremt VTE ikke prioriteres, som en vigtig del af indholdet i samtalen, da en forudsætning for at kommunikation om VTE finder sted, er at den sundhedsprofessionelle bringer emnet op, da det er den sundhedsprofessionelle, der har faglig viden om VTE. Studiet af Noble et al. (2015) viser imidlertid, at flere patienter opfattede at de sundhedsprofessionelle manglede viden om VTE, idet de sundhedsprofessionelle ofte tilskrev symptomer på VTE til alternative diagnoser. Såfremt de sundhedsprofessionelle på onkologiske afdelinger ikke har tilstrækkelig viden om risikoen for og symptomer på VTE, kan kommunikation herom ikke finde sted. Dette er problematisk, da patienter med lungekræft herved ikke informeres om VTE, hvormed de ikke får mulighed for at kunne identificere og reagere på symptomer på VTE. Endvidere kan fravær af VTE i samtaleindhold, ligeledes skyldes det manglende fokus på VTE i Sundhedsstyrelsens retningslinjer og forløbsprogram for patienter med kræft (jf. afsnit 2.5 og 2.6), da sundhedsprofessionelle formentlig anvender officielle retningslinjer som udgangspunkt for deres praksis. Endvidere må sundhedsprofessionelle have kompetencer til at udforske patientens situation (Silverman et al., 2013). Såfremt sundhedsprofessionelle ikke formår at undersøge, hvilke forudsætninger og ressourcer patienter med lungekræft har, til at kunne forstå og forholde sig til

information om VTE i situationen, risikeres patientens behov og præferencer at overses. Hvis patienten ikke er i stand til at forholde sig til information om VTE i situationen, kan dette medføre at patienten ikke husker informationen efterfølgende, og potentielt forlader konsultationen med en følelse af at være utilstrækkelig informeret. Mødet med patienten stiller derfor krav til sundhedsprofessionelles kompetencer til at strukturere og organisere samtalen, således patienten føler sig velinformeret omkring sin sygdom og behandling. Dertil må sundhedsprofessionelle have for øje, at trods flere studier peger på, at patienter med kræft ønsker mere information om VTE (Font et al., 2018; Mahé et al., 2020; Noble et al., 2014, 2015), har patienter i Danmark ret til at frabede sig information jf. Sundhedsloven §16 stk. 2 (Sundhedsloven, 2019). Det betyder, at såfremt patienter med lungekræft ikke ønsker information om VTE, bør sundhedsprofessionelle efterkomme patientens præference. Endvidere er det vigtigt at sundhedsprofessionelle har perceptuelle kompetencer til at agere empatisk og medmenneskeligt i mødet med patienten samt at opfatte patientens signaler (Silverman et al., 2013). Hvis de sundhedsprofessionelle ikke har tilstrækkelige perceptuelle kompetencer, kan det betyde, at den sundhedsprofessionelle ikke opfatter eller fornemmer, hvad den enkelte patient har behov for. Dette kan lede til at patientens behov for information om VTE overses, hvormed patienterne ikke modtager den information om VTE, der muliggør at kunne identificere og reagere på symptomer på VTE.

Ovenstående understreger vigtigheden af sundhedsprofessionelles kompetencer til at kommunikere med patienterne, da viden om patientens behov og præferencer kun kan komme til syne gennem dialog. Endvidere kan mangel herpå, ifølge Avallin et al. (2020), medføre risiko for at forværre patientens situation ved at medføre angst, frygt og forvirring. Sundhedsprofessionelles arbejde er underlagt samfundsmæssige og organisatoriske forhold, som kan vanskeliggøre kommunikation om VTE med patienter med kræft, da tidspres, manglende fokus på VTE i retningslinjer samt uklar ansvarsfordeling hæmmer patientinddragelsen (jf. afsnit 2.5 og 2.6). Desuden fordrer patientinddragelse dialogbaseret kommunikation, hvor der er tid til nærvær og tilstedeværelse i samtalen med den enkelte patient, hvilket udfordres når ressourcerne er begrænsede (L. Jørgensen, 2021). Konsekvensen af mangel på dialogbaseret kommunikation kan være, at fokus i stedet blot rettes mod videregivelse af information, hvormed patienten ikke inddrages aktivt og som ligeværdig aktør, hvilket er problematisk, da patientens behov og præferencer derved ikke tilgodeses.

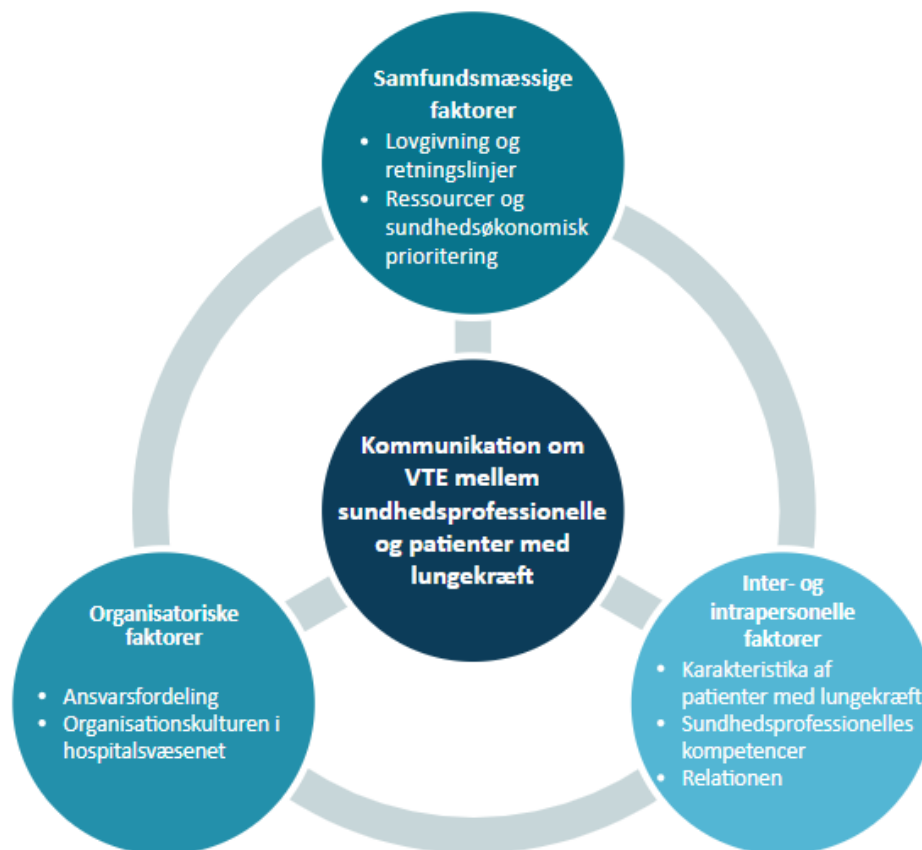
2.7.3 Relationen mellem sundhedsprofessionelle og patienter med lungekræft

Relationen mellem patient og sundhedsprofessionel opstår, som tidligere beskrevet, i kommunikationen om en sag eller problematik, som patienten og den sundhedsprofessionelle opnår fælles forståelse af (R. Jørgensen & Hansson, 2021). Sundhedsprofessionelle og patienter med kræft indtager bestemte roller i relationen, hvor den sundhedsprofessionelle besidder faglig kompetence og viden, som patienten har brug for at drage nytte af (R. Jørgensen & Hansson, 2021). Dermed kan en asymmetrisk magtrelation mellem patient og sundhedsprofessionel opstå, hvilket understøttes i et studie af Nimmon & Stenfors-Hayes (2016), som fandt, at nogle læger anerkendte den asymmetriske magtrelation som et produkt af diskrepansen i viden mellem behandler og patient. Patienter med kræft er således afhængige af, at sundhedsprofessionelle kommunikerer med dem om risikoen for og symptomerne på VTE, idet de sundhedsprofessionelle har viden om eksistensen af denne risiko, mens patienterne ikke kan vide, hvad de ikke ved, om komplikationer og bivirkninger til deres kræftsygdom og behandling. Dertil kan det ifølge Kettunen et al. (2002) forekomme, at patienter ikke kommunikerer, at de har behov for mere information, eller at de ikke har forstået, hvad den sundhedsprofessionelle har forsøgt at kommunikere om. Dette indikerer, at magtrelationen endvidere kan påvirke hvorvidt patienter med kræft giver udtryk for ikke at have forstået eller at behøve mere information om VTE. I en relation mellem sundhedsprofessionelle og patienter med kræft, hvor den sundhedsprofessionelle har magten til at definere, hvad kommunikationen skal omhandle, og hvilken viden der bliver tilgængelig for patienten, opstår risiko for at den sundhedsprofessionelle anskuer patientens sygdom og problemstillinger fra et behandlerperspektiv. Behandlerperspektivet kommer ofte til udtryk igennem en biomedicinsk tilgang til behandlingen, hvor patientens oplevelse og perspektiv på sin sygdom ikke inddrages, hvormed den sundhedsprofessionelles perspektiv dominerer relationen (R. Jørgensen & Hansson, 2021). Hvis behandlerperspektivet er dominerende i kommunikationen om VTE mellem sundhedsprofessionelle og patienter med lungekræft, kan det betyde, at samtalens indhold dikteres af, hvad de sundhedsprofessionelle opfatter som vigtigt at informere patienter med lungekræft om, fremfor hvad patienterne selv oplever et behov for at vide. I modsætning til den professionelt dominerede relation, står den gensidige relation mellem patient og sundhedsprofessionel, hvor patientens perspektiv inddrages konstruktivt til at udvikle gensidig viden om patientens oplevede vanskeligheder, mens den sundhedsprofessionelle bidrager med faglig viden i problemløsningen (R. Jørgensen & Hansson, 2021). En gensidig relation fordrer således aktiv deltagelse i kommunikationen af både sundhedsprofessionelle og patienter med lungekræft, hvormed der tages udgangspunkt i patientens behov for information om VTE, og relationen er derfor præget af mindre asymmetri i magtforholdet.

Kræftrelaterede sygdoms- og behandlingsforløb er ofte komplekse, hvilket stiller krav til kommunikationen mellem sundhedsprofessionelle og patienter, idet patienterne præsenteres med mange udfordringer, herunder at kunne forstå og huske information om sygdommen, behandling og bivirkninger (Prip et al., 2018). Et systematisk review af Prip et al. (2018) viser, at det relationelle forhold mellem den sundhedsprofessionelle og patienter med kræft, har betydning for patientens evne til at håndtere det psykiske pres forbundet med sygdommen og øger tilfredshed af behandlingsforløbet (Prip et al. 2018). Dertil viser reviewet, at centrale elementer i udviklingen af en tillidsfuld relation mellem sundhedsprofessionelle og patienter, inkluderede den sundhedsprofessionelles interpersonelle kompetencer og kompetencer til at overbringe information i lægmandssprog samt kontinuitet i møderne (Prip et al., 2018). Endvidere har det relationelle forhold med sundhedsprofessionelle og patienter med kræft, betydning for kommunikationen om sygdom, behandling og bivirkninger (Prip et al., 2018). Det relationelle forhold til sundhedsprofessionelle kan således anses som centralt for patienter med lungekræft, idet relationen påvirker kommunikationen af vigtig information såsom risikoen for og symptomer på VTE. Det kan derfor være problematisk såfremt en tillidsfuld relation mellem patienter med lungekræft og sundhedsprofessionelle ikke eksisterer, da dette kan medføre at patienterne ikke informeres om VTE, hvilket betyder, at patienterne ikke får mulighed for at kunne identificere og reagere på symptomer som kan medføre øget psykisk belastning og i værste tilfælde død.

3.0 Afgrænsning

Som det fremgår af problemanalysen, er utilstrækkelig kommunikation om VTE mellem sundhedsprofessionelle og patienter med lungekræft en kompleks problemstilling, idet kommunikation tager udgangspunkt i dialog, hvormed problemstillingen er social og foranderlig. Komplexiteten øges ved at både samfundsmæssige, organisatoriske samt intra- og interpersonelle faktorer påvirker kommunikationen direkte og i samspil med hinanden, som det illustreres i figur 5. I specialet fokuseres på inter- og intrapersonelle faktorer, der påvirker kommunikation om VTE, hvor der tages afsæt i både patientperspektivet og de sundhedsprofessionelles perspektiv.



Figur 5 Oversigt over samfundsmæssige, organisatoriske samt intra- og interpersonelle faktorer, som i samspil med hinanden påvirker kommunikation om VTE mellem sundhedsprofessionelle og patienter med lungekræft

Specialet afgrænses således til at fokusere på kommunikation om VTE med afsæt i perspektiverne hos både patienter med lungekræft, der ikke er diagnosticeret med VTE, og sundhedsprofessionelle, som udgøres af læger og sygeplejersker. Da kommunikation i specialet forstås som dialogen mellem sundhedsprofessionelle og patienter bidrager begge perspektiver derfor til forståelse af, hvad patienternes behov og præferencer for information om VTE er, og hvordan disse inddrages i kommunikationen.

Endvidere afgrænses den konkrete kontekst i specialet til Onkologisk Afdeling på Aalborg Universitetshospital, da sundhedsprofessionelle på denne afdeling kommunikerer med patienter med lungekræft om sygdoms- og behandlingsforløb samt bivirkninger i forbindelse med behandling af lungekræft. Der mangler fortsat viden om, hvilke behov og præferencer patienter med lungekræft har for information om VTE, samt i hvilket omfang og hvordan sundhedsprofessionelle på Onkologisk Afdeling på Aalborg Universitetshospital kommunikerer om og opnår forståelse af den enkelte patients behov for information om VTE.

Formålet med specialet er således at opnå forståelse af patienters behov for kommunikation om VTE, og hvordan de sundhedsprofessionelle kommunikerer med udgangspunkt i den enkelte patients behov og præferencer for information om VTE. Denne viden skal bidrage til at forbedre patientforløbet for patienter med lungekræft på Onkologisk Afdeling på Aalborg Universitetshospital.

4.0 Problemformulering

Hvordan kommunikerer sundhedsprofessionelle om risiko for og symptomer på VTE med patienter, der lider af lungekræft, og hvordan tager sundhedsprofessionelle udgangspunkt i den enkelte patients behov og præferencer?

1. Hvilken evidens foreligger om behov for information om VTE hos patienter med lungekræft og sundhedsprofessionelles kommunikation om VTE med patienter med lungekræft?
2. Hvilke behov for kommunikation og information om VTE har patienter med lungekræft?
3. Hvad prioriterer sundhedsprofessionelle i kommunikation med patienter, der lider af lungekræft, og hvordan vurderer de den enkelte patients behov for information om VTE?

Første undersøgelsesspørgsmål vil besvares ved en systematisk litteratursøgning, hvor kritisk gennemgang af de fundene forskningsartikler vil bidrage med at vurdere kvaliteten af den eksisterende evidens på området.

Andet og tredje underspørgsmål vil besvares med afsæt i kvalitativ metode, hvor semistrukturerede interview af henholdsvis sundhedsprofessionelle og patienter med lungekræft vil udføres med henblik på at opnå forståelse af kommunikationen om VTE mellem sundhedsprofessionelle og patienter med lungekræft.

Samlet skal besvarelserne af de tre underspørgsmål bidrage til besvarelse af den overordnede problemformulering, og hermed bidrage til forståelse af, hvordan sundhedsprofessionelle kommunikerer om risiko for og symptomer på VTE med patienter, der lider af lungekræft, samt hvorvidt de sundhedsprofessionelle tager udgangspunkt i den enkelte patients behov og præferencer.

5.0 Videnskabsteori

I specialet anvendes Ricoeurs kritiske hermeneutik som videnskabsteoretisk position, da denne videnskabsteori ifølge Hermansen & Rendtorff (2002) evner at være fremadskuende og kritisk overfor eksisterende sociale strukturer. Således bidrager Ricoeurs kritiske hermeneutik til erkendelse af, hvordan sundhedsprofessionelle og patienter med lungekræft kommunikerer om VTE, og samtidig hvordan de bør kommunikere.

Hermeneutik er en videnskabsteoretisk position der omhandler fortolkning af tekst, og har til hensigt at udforske meningen, der ligger gemt i menneskers handlinger og sproglige udtryksformer (Søren Juul & Pedersen, 2012). Hermeneutikken har forskellige retninger, der alle positionerer sig forskelligt, afhængigt af hvad der menes med fortolkning, hvilken rolle det fortolkende subjekt har i fortolkningsprocessen, og hvad fortolkningen har til hensigt at frembringe (Søren Juul & Pedersen, 2012). Flere begreber er centrale uafhængigt af den hermeneutiske retning, herunder *forforståelse*, *den hermeneutiske cirkel* og *horisontsammensmeltning*. I hermeneutisk tænkning er fortolkeren ikke en neutral observatør, men en del af den verden der fortolkes, hvilket betyder, at skildringen mellem det *fortolkende subjekt* og det *fortolkede objekt* eroderes (Søren Juul & Pedersen, 2012). Det fortolkende subjekt medbringer en *forforståelse* i sin undersøgelse af ethvert socialt fænomen, som er historisk og kulturelt betinget, hvorfor universel viden om sociale fænomener ikke er mulig (Søren Juul & Pedersen, 2012). Selvom forforståelsen anses i hermeneutikken som produktiv for erkendelse, og danner grundlag for undersøgelse af fænomenet, bør den hermeneutiske forsker dog forholde sig kritisk til sin forforståelse, da den ikke nødvendigvis er bevaringsværdig (Søren Juul & Pedersen, 2012). Det betyder, at enhver forforståelse af fænomenet må anskues som et udkast, da forskeren i fortolkningsprocessen må søge at udfordre og nuancere sin forforståelse, således at ny forståelse muliggøres (Søren Juul & Pedersen, 2012). Specialeforfatterens forforståelser af kommunikation om VTE, som ekspliciteres i afsnit 5.1, vil derfor anses som et udkast, og vil revideres gennem fortolkningsprocessen. Vekslingen mellem forforståelse og nyerhvervet forståelse af genstandsfeltet beskrives af Gadamer som *den hermeneutiske cirkel* (Søren Juul & Pedersen, 2012), som er en central del af hermeneutisk fortolkning, der omhandler hvordan genstandsfeltet skal forstås i sin helhed, via dens delelementer, og delelementerne ligeledes skal forstås i forhold til helheden (Søren Juul & Pedersen, 2012). For at kunne opnå forståelse af kommunikation om VTE mellem patienter med lungekræft og sundhedsprofessionelle som helhed, må specialets forfattere derfor opnå forståelse af patientperspektivet og de sundhedsprofessionelles perspektiv som delelementer.

Det fortolkende subjekts forforståelse danner *forståelseshorisonten*, som konstituerer, hvad subjektet ved, og ikke ved (Søren Juul & Pedersen, 2012). I specialet udgør forfatterne de fortolkende subjekter, som har en forståelseshorisont dannet på baggrund af forforståelsen. De sundhedsprofessionelle og patienterne har ligeledes en forståelseshorisont, dannet på baggrund af deres erfaringer og oplevelser. Når forståelseshorisonter mødes, gennem dialog, kan der ifølge Gadamer ske en *horisontsammensmeltning*, hvor forforståelse udfordres og ny forståelse for genstandsfeltet opnås (Søren Juul & Pedersen, 2012). Da der i specialet søges forståelse af patienternes informationsbehov, og hvordan de sundhedsprofessionelle kommunikerer om VTE, vil der hermed tilstræbes en horisontsammensmeltning mellem forfatterne og informanterne, som kan lede til ny forståelse af genstandsfeltet.

Ricoeurs kritiske hermeneutik udspringer fra både fænomenologien og hermeneutikken (Hermansen & Rendtorff, 2002), med inspiration fra Habermas' kritiske teori (Søren Juul & Pedersen, 2012). Ricoeur angiver ikke ontologi og epistemologi for den kritiske hermeneutik eksplicit, men beskriver sine grundlæggende antagelser om mennesket og vejen til erkendelse igennem *Det sårede cogito* og *Den trefoldige mimesis* (Hermansen & Rendtorff, 2002). At Ricoeur anskuer mennesket som *såret*, kan forstås som; at mennesket er klar over, at mennesket ikke er absolut herre over sin egen bevidsthed, og at mennesket aldrig kan opnå komplet forståelse af sig selv (Hermansen & Rendtorff, 2002). Ifølge Ricoeur kan mennesket kun gennem refleksion og fortolkning, prøve at forstå sig selv (Hermansen & Rendtorff, 2002), hvorfor fortolkning i Ricoeurs hermeneutik anses som eksistentielt funderet. Ricoeur forklarer, hvordan mennesket kan opnå forståelse af den sociale livsverden, gennem *den trefoldige mimesis*, som er et af hans principale epistemologiske redskaber (Hermansen & Rendtorff, 2002). Den trefoldige mimesis kan anses som en præcisering af den hermeneutiske cirkel, der forklarer hvordan fortolkning og forståelse af genstandsfeltet kan opnås (Hermansen & Rendtorff, 2002). Som et epistemologisk redskab til at begribe handlingsvirkeligheden, kan den trefoldige mimesis anvendes som et mere konkret værktøj i analyseprocessen (Hermansen & Rendtorff, 2002). I afsnit 6.4.5, vil den trefoldige mimesis og hvordan denne anvendes som analysestrategi uddybes. Kritisk hermeneutik adskiller sig fra øvrige hermeneutiske retninger i dens skildring mellem *er* (det forstående) og *bør* (det normative), og det kritiske perspektiv på eksisterende sociale strukturer (Hermansen & Rendtorff, 2002; Søren Juul & Pedersen, 2012). Distinktionen mellem *er* og *bør*, er i Ricoeurs hermeneutik, en del af den forforståelse som forskeren har med sig i fortolkningsarbejdet, og er det, som giver den kritiske hermeneutik evnen til at være fremadskuende og kritisk, overfor eksisterende sociale strukturer (Søren Juul & Pedersen, 2012). Ricoeurs kritiske hermeneutik anses som særligt relevant til at forstå kommunikationen om VTE mellem

sundhedsprofessionelle og patienter med lungekræft, da det er essentielt i denne videnskabsteori, at fortolke og forstå genstandsfelter fra et kritisk perspektiv. Forskerens distinktion mellem *er* og *bør* inddrages i fortolkningsarbejdet, hvormed denne videnskabsteori tillader ikke blot at forstå hvordan sundhedsprofessionelle og patienter med lungekræft kommunikerer, men også hvordan der *burde* kommunikeres om VTE. Ethvert kritisk standpunkt fordrer et normativt ideal, hvorfor forskeren må argumentere og eksplicite *hvorfor* genstandsfeltet *bør* være anderledes, da dette er en forudsætning for at andre kan forholde sig til præmisserne for undersøgelsen (Søren Juul & Pedersen, 2012). Det normative ideal må dog, som anden forforståelse, behandles som et udkast, hvor undersøgelser kan afprøve og specificere denne forforståelse om genstandsfeltet (Søren Juul & Pedersen, 2012). Dette kan gøres gennem undersøgelse af praksisnære og konkrete forhold i samfundet, hvor der gennem dialog forsøges at fremanalysere forhold, der agerer som barrierer for opnåelsen af det fremsatte ideal (Søren Juul & Pedersen, 2012). I specialet søges dette gjort gennem interview med patienter med lungekræft og sundhedsprofessionelle, med henblik på at forstå patienternes informationsbehov og de sundhedsprofessionelles forståelse af kommunikationen relateret til VTE. Specialeforfatteres forforståelser og det normative ideal om, hvordan kommunikationen *bør* være, uddybes i følgende afsnit.

5.1 Forforståelse og normativt ideal

Som i filosofisk hermeneutik, understreges det i kritisk hermeneutik, at udgangspunktet for enhver erkendelse, er forskerens forforståelse, som medbringes i forståelsesprocessen, og at disse fordomme må bringes i anvendelse og lade sig udfordre gennem konkret undersøgelse (Søren Juul & Pedersen, 2012). Følgende afsnit har derfor til hensigt at eksplicite specialeforfatteres forforståelser, således disse kan bringes i anvendelse ved undersøgelse af sundhedsprofessionelles kommunikation om risiko for og symptomer på VTE med patienter, der lider af lungekræft. Specialets tre forfattere er studerende i folkesundhedsvidenskab med faglige baggrunde i henholdsvis ernæring og sundhed, idræt samt fysioterapi, hvorfor ingen af forfatterne har forhenværende erfaring eller kendskab til klinisk praksis på Aalborg Universitetshospital eller undersøgelsens fagområde. Forfatterernes forforståelse er derfor præget af viden tilegnet gennem forskningslitteraturen, som indikerer at sundhedsprofessionelle af forskellige årsager ikke kommunikerer tilstrækkeligt om VTE med patienter, der lider af kræft, og at patienterne er utilstrækkeligt informeret om risikoen for og symptomer på VTE. Specialets forfattere har besøgt klinisk praksis på Onkologisk Afdeling på Aalborg Universitetshospital for at observere konsultationer mellem sundhedsprofessionelle og patienter med lungekræft, med henblik på at opnå konkret forståelse af

kommunikationen om VTE i den aktuelle kontekst. Specialeforfatterenes forforståelser vil således forinden interviewundersøgelsen være præget af den viden, der er tilegnet gennem observationerne.

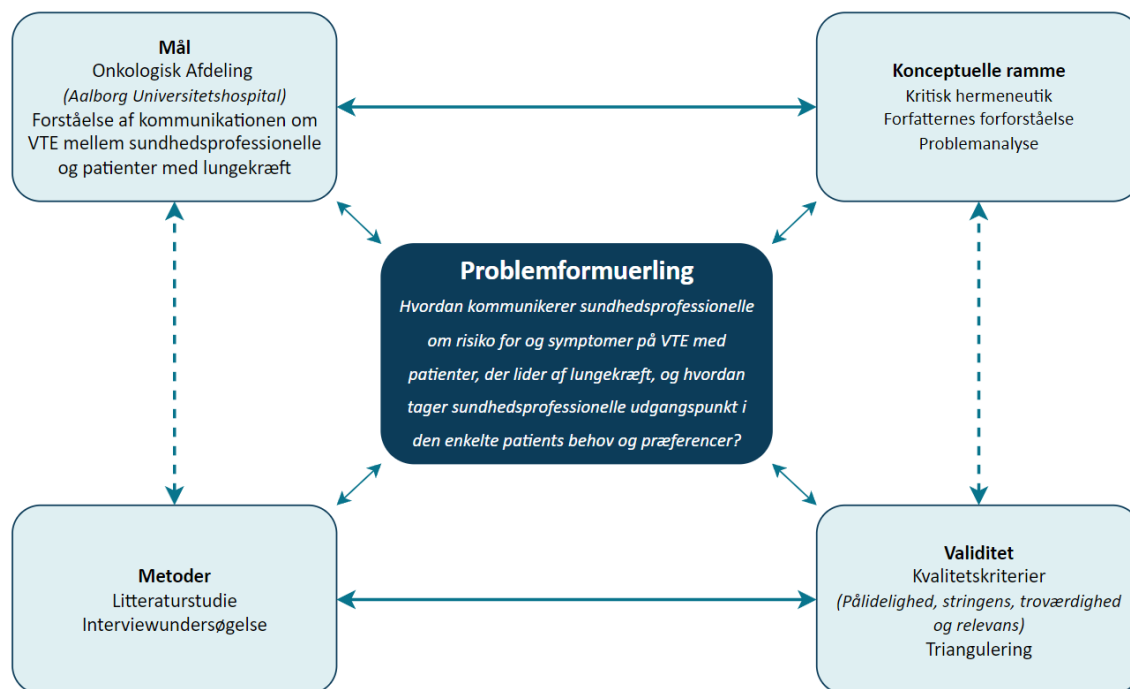
Den kritiske hermeneutik udvider begrebet forforståelse til at omfatte forskerens normative ideal, altså en overbevisning om, hvordan genstandsfeltet *bør* være (Søren Juul & Pedersen, 2012). Forfatternes overbevisninger om patientinddragelse og kommunikation om VTE bør derfor ekspliciteres, således at specialets kritiske perspektiv fremgår transparent. På baggrund af problemanalysen fremgår det, at Sundhedsloven §20 tilsiger, at patienten bør informeres og inddrages i behandlingsforløbet (Sundhedsloven, 2019). Da sundhedsvæsenet har en forpligtigelse til at efterleve sundhedsloven, mener forfatterne at patientinddragelse bør indgå i kommunikationen om VTE med patienter med lungekræft. Endvidere viser problemanalysen, at patienter med kræft som har fået VTE, oplever et behov for at blive informeret om risiko for- og symptomer på VTE samt at utilstrækkelig information kan medføre øget psykisk belastning og i værste tilfælde dødsfald. Derfor mener specialets forfattere, at patienter med lungekræft bør informeres om VTE, såfremt de ønsker dette. Imødekommen af heraf fordrer en kommunikativ tilgang, der tilgodeser både den enkelte patients behov og præferencer for information om VTE, og sundhedsprofessionelles muligheder i den kontekst kommunikationen foregår i. Således er forfatternes normative idealer styrende for specialets kritiske perspektiv på klinisk praksis på Aalborg Universitetshospital. Dog vil specialets forfattere være kritiske overfor deres forforståelsen såvel som normative idealer igennem fortolkningsprocessen.

6.0 Metode

Formålet med dette speciale er at opnå indsigt i og forståelse af fænomenet "kommunikation om VTE mellem sundhedsprofessionelle og patienter med lungekræft" med henblik på at inddrage både de sundhedsprofessionelles såvel som patienternes perspektiv i udvikling af klinisk praksis. Dette fordrer en systematisk gennemgang af forskningslitteraturen med henblik på at identificere evidensgrundlaget på området. Endvidere fordrer denne undersøgelse anvendelse af kvalitativ metode, idet genstandsfeltet for undersøgelsen, er patienters og sundhedsprofessionelles oplevelser af kommunikationen. Et væsentligt krav til det systematiske litteraturstudie er gennemsigtighed i søgeprocessen, for at litteratursøgningen kan genskabes (Lund et al., 2014). Endvidere er et væsentligt krav til en kvalitativ undersøgelse gennemsigtighed i den akademiske proces for at kunne vurdere fundenes troværdighed (Kitto et al., 2008). Dette imødekommes ved at eksplicitere metoden og arbejdsprocessen samt redegøre for den konkrete kontekst, undersøgelsen udføres i. De anvendte metoder i specialet er et systematisk litteraturstudie, som vil analyseres med udgangspunkt i Braun & Clarkes (2006) tematiske analyse, samt en kvalitativ interviewundersøgelse med afsæt i den kritisk hermeneutiske videnskabsteoretiske forståelsesramme, hvorfor analyse- og fortolkningsmetoden af interviewene tager udgangspunkt i Lindseth & Norbergs (2004) analysestrategi, som er inspireret af Paul Ricoeurs tænkning om den trefoldige mimesis.

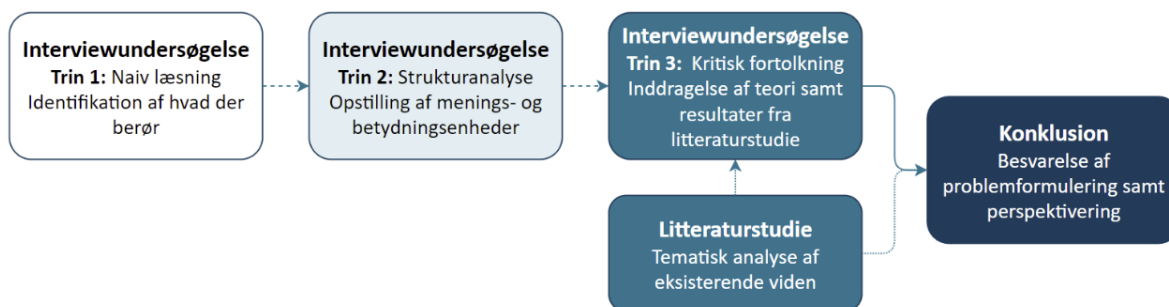
6.1 Studiedesign

Specialets studiedesign er udarbejdet med udgangspunkt i Maxwells (2012) Interaktive Model med henblik på at sikre kongruens mellem modellens fem punkter: *formål, problemformulering, konceptuelle ramme, metode og validitet* (figur 6). Kongruens i specialet er som væsentligt, da et godt studiedesign, ifølge Maxwell (2012), er karakteriseret af at studiets delkomponenter indgår i et harmonisk samspil.



Figur 6 Maxwells Interaktive Model for kvalitative forskningsdesign

Problemformuleringen er central i Maxwells (2012) Interaktive Model, og anses som styrende for specialet, da den bestemmer, hvad der ønskes undersøgt, og hvorvidt specialet lykkes med at producere den ønskede viden. *Formålet* omhandler forskningens bidrag til feltet, og hvorfor undersøgelsen ønskes udført (Maxwell, 2012). I specialet er formålet at opnå forståelse af behovet for kommunikation om VTE hos patienter med lungekræft, og hvordan sundhedsprofessionelle kommunikerer ud fra den enkelte patients behov og præferencer for information om VTE. *Den konceptuelle ramme* omhandler teorier, forforståelse, og forskningslitteratur på området, som forskerne inddrager i undersøgelsen af fænomenet (Maxwell, 2012). I specialet udgøres den konceptuelle ramme af specialeforfatterens forforståelser, problemanalysen og forskningslitteraturen anvendt heri. Ydermere indgår specialets videnskabsteoretiske position, kritisk hermeneutik i dens konceptuelle ramme, hvorfor dette stiller krav til specialets empiriske tilgang, da videnskabsteorien forudsætter tekstfortolkning (jf. afsnit 5.0). *Metoden* omhandler den metodiske tilgang til dataindsamling, -management og -analyse (Maxwell, 2012). I specialet blev dataindsamlingen gjort via semistrukturerede interview og systematisk litteratursøgning som blev udført parallelt, hvilket illustreres i figur 7. Interviewene blev analyseret med udgangspunkt i Lindseth & Norbergs (2004) Ricoeur-inspirerede analysestrategi, mens artiklerne fra litteraturstudiet blev analyseret med udgangspunkt i Braun & Clarks (2006) tematiske analysestrategi. Specialets resultater bidrog med overvejelser, som potentielt kan anvendes til udvikling af klinisk praksis på Onkologisk Afdeling.



Figur 7 Den metodiske fremgangsmåde

Validiteten omhandler hvorvidt forskningens resultater er tilstrækkelig understøttet af dataindsamlingen og -analysen (Maxwell, 2012). Validitet i kvalitativ forskning bliver af Kitto et al. (2008) omtalt i henhold til kvalitetskriterierne *pålidelighed*, *stringens*, *troværdighed* og *relevans*, hvorfor disse kvalitetskriterier blev anvendt i diskussion af specialets styrker og svagheder.

6.2 Beskrivelse af konteksten

Specialets forfattere observerede konsultationer i klinisk praksis på Onkologisk Afdeling på Aalborg Universitetshospital med henblik på at få indblik i og forståelse af den konkrete kontekst, hvor kommunikation mellem sundhedsprofessionelle og patienter med lungekræft foregår. Øget forståelse af konteksten bidrog til yderligere kvalificering af interviewguiderne. På Onkologisk Afdeling varetages medicinsk kræftbehandling herunder kemoterapi, immunterapi og strålebehandling (Aalborg Universitetshospital, 2022). Afdelingen modtager patienter med de fleste former for kræft, men ikke patienter med sjældne kræftformer (Aalborg Universitetshospital, 2022). Onkologisk Afdeling består af otte afsnit fordelt på dagafsnit, sengeafsnit, stråleterapi, medicinsk fysik, palliativ behandling og en forskningsenhed, hvor dagafsnit og sengeafsnit er inddelt i teams efter kræfttype (Aalborg Universitetshospital, 2022). Endvidere har Onkologisk Afdeling en akuttelefon, hvor patienter med kræft kan ringe i dagtimerne, såfremt der opstår akutte problemstillinger relateret til deres kræftsygdom (Aalborg Universitetshospital, 2022). Behandling af ambulante patienter med lungekræft varetages på dagafsnittet af 'team lunge', hvor specialets forfattere observerede i alt tre patientkonsultationer. Disse bestod af en samtale mellem en læge og en patient med lungekræft af ca. en times varighed, efterfulgt af en samtale mellem samme patient og en sygeplejerske på ca. 20 minutter. Patientkonsultationerne hos lægen handlede om at afklare om patienten kunne tåle en given behandling, at informere om hvilken behandling patienten kunne tilbydes samt at indhente informeret samtykke. Under samtalen afklarede lægen, hvad patienten i forvejen vidste om sin situation, og patienten blev informeret om forventelige bivirkninger. Spørgsmål kunne stilles undervejs samt til slut i samtalen. Efterfølgende blev

informationerne gentaget hos sygeplejersken ved gennemgang af skriftlig information og praktiske forhold vedrørende behandlingen.

6.3 Systematisk litteratursøgning

Formålet med den systematiske litteratursøgning var at identificere evidensgrundlaget for kommunikation om VTE mellem sundhedsprofessionelle og patienter med lungekræft. Resultaterne af litteraturstudiet indgik således i besvarelse af problemformuleringen første underspørgsmål.

6.3.1 Søgestrategi

Litteraturstudiet blev indledt med en eksplorativ søgning, som havde til hensigt at give specialets forfattere et indblik i relevante søgedatabaser og hvilke fagtermer der anvendes på forskningsområdet, hvorfor dette dannede grundlaget for den systematiske litteratursøgning. Efter en grundig eksplorativ søgning søgte specialets forfattere rådgivning hos en informationsspecialist på Universitetsbiblioteket på Aalborg Universitet med henblik på at kvalificere søgningen yderligere. På baggrund heraf blev en fokusliste udarbejdet, der tog udgangspunkt i nøgleord fra specialets første underspørgsmål, hvilket fremgår af tabel 1. En fokusliste bidrager ifølge Lund et al. (2014) med at skabe struktur og overblik over søgningen, hvilket giver søgningen transparens og øget reproducerbarhed, således søgningen kan genskabes. Fokuslisten dannede udgangspunktet for søgeprofilen i de udvalgte databaser, og blev justeret efter behov.

Tabel 1 Oversigt over specialets fokusliste

Facet 1	Facet 2	Facet 3	Facet 4
VTE	Lungekræft	Patient	Sundhedsprofessionel

Den systematiske litteratursøgning blev foretaget i CINAHL, Embase, PubMed og SCOPUS. Overvejende består CINAHL af sygeplejefaglig forskning, og kan derfor bidrage med psykologiske samt sociologiske perspektiver på specialets problemstilling. Embase og PubMed har begge et overvejende biomedicinsk fokus, mens SCOPUS indeholder samfundsvidenskabelige tidsskrifter. Databaserne har derfor overvejende forskellige fokusområder, hvorfor de supplerer hinanden til at bidrage med flervidenskabelig forskningslitteratur, således kompleksiteten af specialets problemstilling omfavnes. Databaserne har forskellige tesaurusser, og anvender derfor forskellige kontrollerede emneord, hvorfor der blev udarbejdet søgeprofiler målrettet den enkelte database. Søgeprofiler kan med fordel anvendes, såfremt fokuslisten forbliver den samme på tværs af databaserne (Lund et al., 2014). Forskningsartikler fra

specialets problemanalyse og den eksplorative søgning dannede grundlag for identificering af de anvendte synonymer i søgeprofilerne. For at identificere så relevante artikler som muligt, og derved undgå støj, blev høj *precision* prioriteret i søgeprofilerne (Lund et al., 2014). I den eksplorative søgning erfarede specialets forfattere at anvendelse af kontrollerede emneord bidrog med unødvendig støj, hvorfor kun fritekstsøgning blev anvendt efter rådførelse med informationsspecialisten. Yderligere fremstod kommunikation om VTE mellem sundhedsprofessionelle og patienter med lungekræft som et relativt uudforsket område, hvorfor nyere studier ikke nødvendigvis er indekseret i kontrollerede emneord endnu. Et eksempel på en søgeprofil tilpasset til databasen kan ses i tabel 2, der viser søgeprofilen for Embase. De øvrige søgeprofiler for de resterende databaser fremgår af bilag 1.

Tabel 2 Søgeprofil for databasen Embase

Bloksøgning: Embase Søgningen er foretaget d. 23.03.22			
Facet 1: Patientperspektiv	Facet 2: Sundhedsprofessionelles perspektiv	Facet 3: Lungekræft/kræft	Facet 4: Venøs Tromboembolisme
Friteksttermer i <i>all fields</i>:	Friteksttermer i <i>all fields</i>:	Friteksttermer i <i>all fields</i>:	Friteksttermer i <i>all fields</i>:
"Experience of patient" (219)	Health care personnel (205,091)	Cancer (4,781,187)	"Cancer-associated thrombosis" (1,120)
Patient perspective (5,254)	Physician (634,364)	Malignant neoplasm (256,930)	Venous thromboembolism (57,021)
Patient experience (14576)	Nurse (404,214)	Lung cancer (380,682)	
	Health practitioner (55,932)		
OR: 19,838	OR: 1,221,042	OR: 4,851,817	OR: 57,532
AND (1+3+4): 19			
AND (2+3+4): 765			

For nogle af fritekstsøgninger blev der anvendt trunkering (*), da dette ifølge Lund et al. (2014) udvider søgningen ved at inddrage multiple bøjninger af et ord. For yderligere at præcisere og indsnævre søgningerne, blev der anvendt frasesøgning. Dette medfører, at ordene der er angivet med anførelsestegn, eksempelvis "*venous thromboembolism*", ikke bliver registreret i søgningen, hvis de forekommer i en anden rækkefølge end den der er angivet. Slutteligt blev de booleske operatører (AND,

OR) anvendt som søgeteknik, hvor OR udvider søgningen ved at søge internt i facetten og AND specificerer søgningen ved at kombinere de anvendte facetter (Lund et al., 2014).

6.3.2 In- og eksklusionskriterier

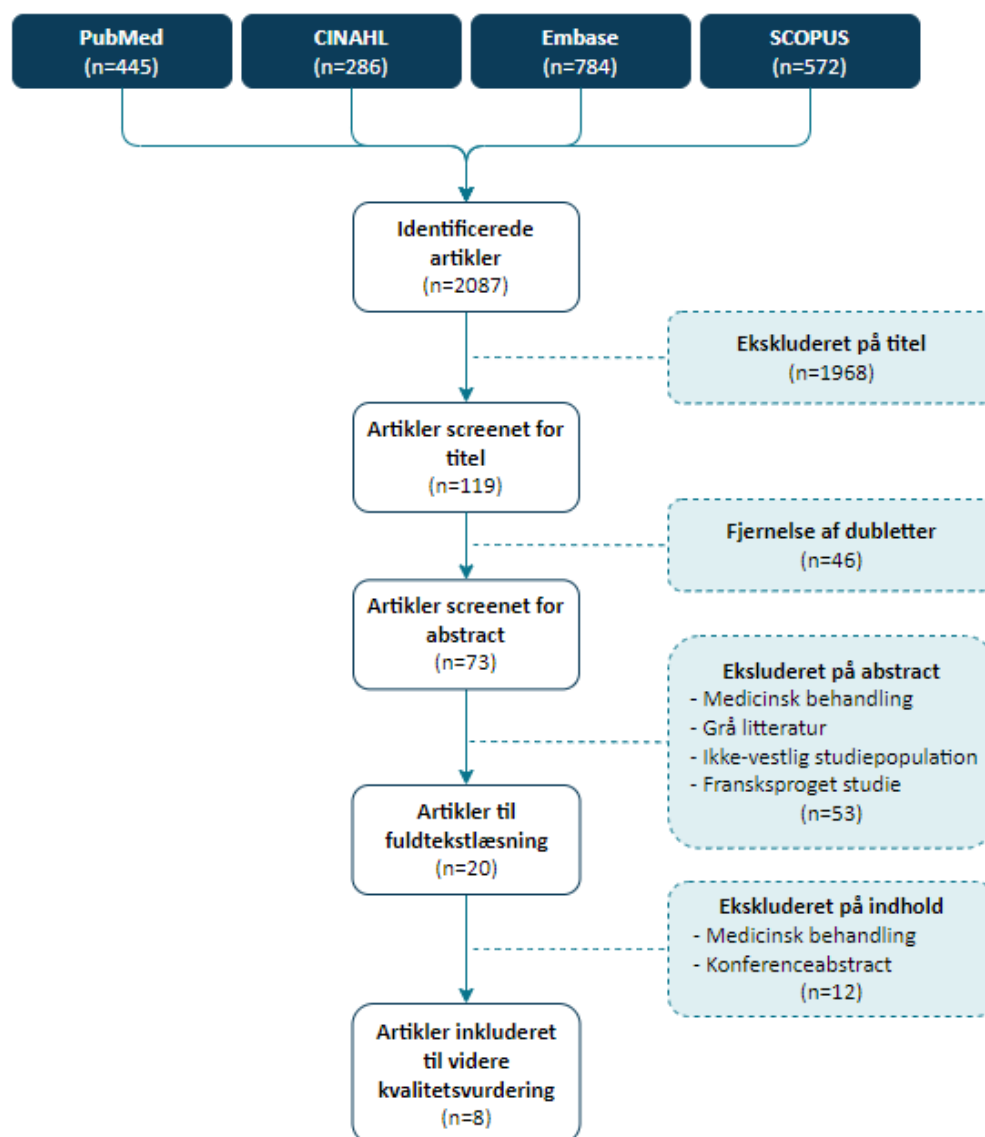
In- og eksklusionskriterier fremgår af tabel 3, og blev fremsat med henblik på at sikre klare rammer for til- og fravalg af litteratur, hvormed relevante artikler, der kunne bidrage til besvarelse af problemformuleringen, blev udvalgt. Endvidere havde kriterierne til formål at gøre processen transparent, hvilket ifølge Lund et al. (2014) øger undersøgelsens troværdighed. Kommunikation er en central del af problemstillingen, og eftersom begrebet ikke indgår i søgestrategien (jf. afsnit 6.3.1), indgik kommunikation som inklusionskriterie. Endvidere skulle artiklerne belyse enten de sundhedsprofessionelles perspektiv eller patientperspektivet, men begge perspektiver skulle ikke nødvendigvis indgå i samme artikel. Patienter med lungekræft skulle indgå i studiepopulationen, men da forskningslitteraturen i problemanalysen og den eksplorative søgning indikerede, at kommunikation om VTE med patienter med lungekræft er et uudforsket område, kunne patienter med andre kræfttyper ligeledes indgå i studiepopulationerne. Studier, der udelukkende omhandlede behandling af VTE, blev ekskluderet, da disse ikke kunne bidrage til besvarelse af problemformuleringen, idet fokus var på medicinsk håndtering og compliance fremfor kommunikation. Ligeledes blev grå litteratur ekskluderet, da formålet med den systematiske litteratursøgning var at finde eksisterende forskningslitteratur, som kan gennemgå kvalitetsvurdering. Forskningsartikler fra ikke-vestlige lande blev ekskluderet, da det vurderes at kulturen, kliniske retningslinjer og den kommunikative kontekst ville være for afvigende fra konteksten på Aalborg Universitetshospital. Slutteligt blev studier på andre sprog end engelsk, dansk, norsk eller svensk ekskluderet grundet manglende muligheder for valide oversættelser.

Tabel 3 Oversigt over in- og eksklusionskriterier

Inklusionskriterier	Eksklusionskriterier
• Studiet skal omhandle kommunikation om VTE. • Studiet skal belyse patientperspektivet og/eller de sundhedsprofessionelles perspektiv. • Patienter med lungekræft skal indgå i studiepopulationen.	• Studiet må ikke udelukkende omhandle compliance og behandling af VTE. • Grå litteratur i form af bøger, protokoller guidelines eller interview. • Studier fra ikke-vestlige studiepopulation. • Studier på andet sprog end engelsk, dansk, norsk eller svensk.

6.3.3 Udvælgelse af artikler

Den systematiske litteratursøgning blev udført i PubMed, Embase, SCOPUS og Cinahl, og resulterede sammenlagt i 2.087 artikler. I referencehåndteringsprogrammet *Mendeley™* blev alle resultaterne samlet, hvorefter artiklerne blev udvalgt på baggrund af henholdsvis titel, abstract og fuldtekst læsning. Vurderingen var baseret på artiklernes relevans for besvarelsen af problemformuleringen samt de opsatte in- og eksklusionskriterier. Udvælgelse på baggrund af titel resulterede i 119 artikler, hvor 46 dubletter blev fjernet, hvilket efterlod 73 artikler. Herefter blev der sorteret på baggrund af abstract, hvilket resulterede i 20 artikler, som alle gennemgik fuldtekst læsning, der slutteligt resulterede i otte artikler. Hele udvælgelsen blev foretaget af alle specialets forfattere. Udvælgelsesprocessen illustreres i figur 8.



Figur 8 Oversigt over udvælgelse af artikler

6.3.4 Kvalitetsvurdering af artikler

Kvalitetsvurdering af artiklerne bidrog til at belyse kvaliteten af evidensgrundlaget, som specialets resultater baseres på, hvilket øger transparensen og troværdigheden af specialet. Ifølge Merriam & Tisdell (2016) øger triangulering en undersøgelses interne validitet, hvorfor kvalitetsvurderingen blev udført af specialets tre forfattere individuelt, hvorefter kvalitetsvurderingerne blev gennemgået og diskuteret i fællesskab. *Critical Appraisal Tools* (vurderingslister) fra Joanna Briggs Institute (JBI) blev anvendt med henblik på at dokumentere og vurdere kvaliteten af artiklerne (Lund et al., 2014). JBI angiver ikke en forudbestemt rangering, hvorfor specialets forfattere vurderede studierne til *lav*, *middel* eller *høj* kvalitet med henblik på at vurdere artiklens vægtning i analysen af litteraturstudiet. Forskellige metoder er forbundet med forskellige kvalitetskriterier, hvorfor artiklernes studiedesign har betydning for valget af kritisk vurderingsliste (Lund et al., 2014). Da der blev fundet kvalitative og mixed-method studier i den systematiske søgning, er der anvendt kritiske vurderingslister til både kvalitative og kvantitative studier. Centralt for kvalitetskriterier i kvantitative studier er begreberne *validitet*, *reliabilitet* og *replikation* (Bryman, 2016). Validitet vedrører studiets integritet, og der skelnes mellem *intern* validitet og *ekstern* validitet (Bryman, 2016). Intern validitet handler om, hvorvidt dét der ønskes målt, egentlig er dét der måles på, hvilket kan betegnes som studiets gyldighed og præcision, mens ekstern validitet handler om studiets generaliserbarhed til andre kontekster (Bryman, 2016; Svend Juul et al., 2017). Et studies validitet kan trues af bias, som er systematiske fejl, der skævvrider studiets resultater, og derfor forårsager fejlfortolkning af studiets resultater (Bryman, 2016; Svend Juul et al., 2017). Studier med lav validitet vil derfor reducere specialets interne validitet, da fundamentet for analyse af studiets resultater svækkes af bias. Reliabilitet vedrører studiets pålidelighed, og om resultaterne er reproducerbare, mens replikation handler om studiets metodiske transparens, og derfor om studiet kan genskabes (Bryman, 2016). Manglende reliabilitet i de inkluderede artikler vil reducere specialets pålidelighed, mens manglende replikerbarhed vil vanskeliggøre kritisk vurdering af studiet. Kvalitetskriterierne i kvalitativ forskning er centreret omkring begreberne *troværdighed*, *overførbarhed* og *stringens* (Kitto et al., 2008). Troværdighed handler om hvorvidt resultaterne af et studie er meningsfulde og godt præsenteret (Kitto et al., 2008). Manglende troværdighed vil dermed vanskeliggøre anvendelse af fundene fra de inkluderede artikler i specialets resultater. Overførbarhed referer til i hvilken grad forskningens fund kan anvendes i andre sammenhænge end den konkrete kontekst, hvor forskningen er udført (Kitto et al., 2008). Begrænset overførbarhed vil derfor reducere anvendeligheden af specialets resultater til forbedring af patientforløbet i klinisk praksis på Onkologisk Afdeling på Aalborg Universitetshospital. Stringens refererer

til studiets transparens i fremgangsmåde, metodebrug, dataindsamling og -analyse (Kitto et al., 2008), hvorfor manglende transparens vil medføre vanskelighed i kritisk vurdering af studiet.

6.3.5 Analysestrategi

Artiklernes resultater blev analyseret med udgangspunkt i Braun & Clarkes (2006) tematiske analysestrategi. Denne analysestrategi beskrives af Braun & Clarkes (2006) som værende fleksibel i sin tilgang, da den er uafhængig af videnskabsteoretisk position, og at den kan benyttes sammen med en række forskellige datakilder. Analysestrategien anses som relevant, fordi datasættet i specialets litteraturstudie udgøres af forskningsartikler, hvorfor den tematiske analyse kan imødekomme de forskellige metodiske tilgange i artiklerne. Braun & Clarkes (2006) analysestrategi består af seks trin, som er illustreret i tabel 4.

Tabel 4 Beskrivelse af Braun & Clarkes (2006) analysestrategi

Analysetrin	Beskrivelse
1. Bekendtgørelse med data	Læsning, genlæsning og notering af de initiale indtryk af artiklen.
2. Generering af indledende koder	Kodning af uddrag fra datasættet, der har betydning for besvarelse af specialets underspørgsmål.
3. Søgen efter temaer	Samling af koder til potentielle temaer.
4. Revidering af temaer	Kontrol af om temaerne fungerer i relation til de kodede uddrag af datasættet.
5. Definering og navngivning af temaer	Kontinuerlig analyse som raffinerer og nuancerer hvert tema, som generer tydelige definitioner og navngivning af temaerne.
6. Skrivning af samlede temaer	Skrivning af det endelige resultat, hvor centrale uddrag vælges som eksempler, relatering af analysen til problemformuleringen.

Analysearbejdet udføres i en iterativ proces, hvorved forskeren kan bevæge sig frem og tilbage mellem trinene under hele analyseprocessen (Braun & Clarke, 2006). Analysen var hovedsageligt *induktivt* orienteret, hvorfor temaer blev identificeret i artiklernes resultater uden brug af en teoretisk referenceramme eller anden styrende teori. I specialet blev temaer forstået som de dele af artiklerne, der samlet set fortæller noget betydningsfuldt i henhold til besvarelse af problemformuleringen. Således blev specialets forfatteres vurdering styrende for identificeringen af temaer, hvilket er i overensstemmelse med Braun & Clarke (2006). De samlede temaer, som går på tværs af artiklerne, udgør resultatet af litteraturstudiet.

6.4 Interviewundersøgelse

Formålet med interviewundersøgelsen er at indsamle empirisk viden om kommunikation om VTE mellem sundhedsprofessionelle og patienter med lungekræft. Interviewundersøgelsen bidrager med viden om hvilke behov for kommunikation og information om VTE, patienter med lungekræft har, og hvordan sundhedsprofessionelle kommunikerer med patienterne. Resultater fra interviewene indgik således i besvarelse af problemformuleringens andet og tredje underspørgsmål.

6.4.1 Rekruttering af informanter

Overordnet var rekrutteringsstrategien *purposeful sampling*, som ifølge Merriam & Tisdell (2016) er karakteriseret ved at informanterne inviteres til at deltage på baggrund af deres viden eller erfaringer. Informanterne i specialet blev derfor udvalgt grundet deres oplevelser med kommunikation om VTE i forbindelse med kræftsygdom. På et møde med specialegruppens praksispartner, som var afdelingslæge på Onkologisk Afdeling, blev det aftalt, at rekruttering af sundhedsprofessionelle kunne ske på afdelingen, og at de sundhedsprofessionelle kunne hjælpe med rekruttering af patienter. Således var specialegruppens praksispartner *gatekeeper* for adgangen til informanter. For at specialets forfattere kunne kontakte potentielle informanter, men samtidig belaste dem mindst muligt, blev informationsbreve og blanketter til kontaktinformation ophængt på personalestuen, hvor sundhedsprofessionelle kunne skrive dem selv såvel som interesserede patienter på. Endvidere blev de sundhedsprofessionelle kontaktet via e-mail, og interviewede sundhedsprofessionelle blev opfordret til at henvise specialets forfattere til andre sundhedsprofessionelle og patienter med lungekræft, som ikke havde haft VTE. Dette betegnes *snowball sampling*, som er karakteriseret ved at antallet af informanter akkumuleres, når informanter rekrutterer andre potentielle informanter i deres netværk (Merriam & Tisdell, 2016). Eftersom specialets rekruttering, dataindsamling og -analyse blev udført i en iterativ proces, var det muligt at vurdere hvorvidt datamætning blev opnået. Ifølge Moser & Korstjens (2018) opnås datamætning, når nye interview udelukkende tilføjer gentagende eller overflødig data. I alt blev ti informanter rekrutteret til interview, hvoraf seks var sundhedsprofessionelle og fire var patienter med lungekræft, som *ikke* havde haft VTE. Præsentation af informanterne fremgår af tabel 5.

Tabel 5 Oversigt over informanter

ID	Beskrivelse af informanter
P1	Fik konstateret lungekræft i 2020. Bor sammen med sin mand som har et landbrug, og deres ældste søn.
P2	Pensioneret tømrermester. Fik konstateret lungekræft i starten af 2022. Bor sammen med sin kone.
P3	Kvinde på 63 år. Tidligere lægesekretær. Har haft en aktiv livsstil og er ikke ryger. Gik til lægen med mild hoste, som led til diagnosticeringen af lungekræft.
P4	Mand på 62 år. Tidligere VVS-installatør. Har været udsat for asbest i en kort periode i forbindelse med arbejde, og har fået konstateret lungehindekræft.
SP1	Læge på Onkologisk Afdeling.
SP2	Læge på Onkologisk Afdeling.
SP3	Læge på Onkologisk Afdeling.
SP4	Læge på Onkologisk Afdeling.
SP5	Læge på Onkologisk Afdeling.
SP6	Sygeplejerske på Onkologisk Afdeling.

P = patient, SP = sundhedsprofessionel

6.4.2 Udarbejdelse af interviewguide

Ifølge Merriam & Tisdell (2016) kan semistrukturerede interview anvendes til at undersøge et fænomen, hvor informanterne samtidig har mulighed for at belyse andre relevante perspektiver end dem forskeren oprindeligt havde tiltænkt. Derfor tog interviewundersøgelsen udgangspunkt i semistrukturerede interview af både patienter med lungekræft, som ikke har haft VTE, og sundhedsprofessionelle på Onkologisk Afdeling. Idet to perspektiver blev undersøgt, blev interviewguider udarbejdet til henholdsvis patienter og sundhedsprofessionelle, hvilket fremgår af bilag 2. Interviewguiderne sikrede at væsentlige aspekter af kommunikation om VTE blev belyst, men tillod samtidig at informanternes besvarelser kunne medbringe relevante aspekter, som var nye for specialets forfattere. De indledende spørgsmål i interviewguiderne omhandlede relevant baggrundsinformation, og spørgsmål der havde til hensigt at fremkalde en beskrivelse fra henholdsvis patientens og den sundhedsprofessionelles side af kommunikationen. Sådanne indledende spørgsmål kan ifølge Kvale & Brinkmann (2015) bidrage med rige beskrivelser af væsentlige aspekter af fænomenet fra informantens perspektiv. Dertil indeholdt

interviewguiderne direkte spørgsmål med formålet at belyse kommunikation om VTE fra henholdsvis de sundhedsprofessionelles og patienternes perspektiv, som blev udarbejdet med udgangspunkt i belæg fra litteraturen. Opfølgende spørgsmål blev udarbejdet i interviewguiderne, med henblik på at specificere eller uddybe visse aspekter af besvarelsene. Eftersom semistrukturerede interview er en dynamisk proces (Kvale & Brinkmann, 2015), stillede interviewerene endvidere spontane opfølgende og sondrende spørgsmål på baggrund af informanternes svar.

Pilotinterview er ifølge Merriam & Tisdell (2016) afgørende for at opnå god data fra interviewene, hvorfor pilotinterview blev udført med henblik på at afprøve interviewguiderne, således potentielle problemer med forståelsen af spørgsmålene kunne identificeres, og formuleringer kunne rettes. Der blev udført to pilotinterview på henholdsvis en tidligere kræftpatient og en medicinstuderende, med henblik på at teste interviewguiderne på personer, som kunne relatere til problemstillingen, og dermed give kvalificeret feedback på interviewet. Pilotinterviewene bidrog derfor både til at specialets forfattere fik erfaring med strukturen af interviewene, og til at kvalificere interviewene yderligere.

6.4.3 Udførelse af interview

Tidspunkt og placering for interviewene blev planlagt ud fra informantens præferencer. Da specialets forfattere er forholdsvist uerfarne interviewere, deltog to af specialets forfattere ved udførelsen af interviewet, der agerede henholdsvis interviewer og observatør. Intervieweren havde det primære ansvar for at interviewe og at sørge for at emnerne i interviewguiden blev dækket. Observatørens opgave var at supplere med uddybende spørgsmål ved behov. Alle specialets forfattere har ageret interviewer og observatør. Varigheden af de ti interview var mellem 15 og 40 minutter.

Alle interview blev indledt med en briefing, da Kvale & Brinkmann (2015) fremfører, at briefing bidrager med at etablere rammer for interviewet, således den enkelte informant kan føle sig tryk nok til at tale frit og eksponere sine oplevelser og følelser for interviewer. Under briefing blev informanterne orienteret om hvem interviewer var, formålet med specialet og rammerne for interviewet, samt indhentning af informeret samtykke. Endvidere blev informanterne forsikret om fortrolighed, således informanterne ikke var i tvivl om, at det de fortalte i interviewet, blev behandlet ud fra Datatilsynets (2022) gældende regler og retningslinjer. Interviewene blev afsluttet med debriefing, som ifølge Kvale & Brinkmann (2015) giver informanterne mulighed for at uddybe deres svar, påtale nye emner eller stille spørgsmål. Endvidere blev debriefingen anvendt til at adspørge informanterne om deres oplevelse af interviewet, og yderligere for at give patienterne mulighed for at italesætte eventuel bekymring om VTE,

der kunne opstå som følge af interviewet. Dette blev gjort med henblik på at værne om patienterne, så disse ikke blev bekymret unødigt.

6.4.4 Transskription af interview

Interviewene blev optaget på diktafoner og lydfilerne overført til computere. Derefter interviewene blev transskriberet fra tale til tekst, da tekst giver det mest optimale udgangspunkt for analysearbejdet ifølge Merriam & Tisdell (2016). Transskribering af det enkelte interview blev udført af den givne interviewer. En transskriberingsguide blev udarbejdet med henblik på at fremme ensretning og konsistens i transskriptionerne, hvilket ifølge Kvale & Brinkmann (2015) øger den metodiske transparens. Transskriberingsguiden fremgår af bilag 3. Alle interview blev transskriberet ordret og med indikationer for følelsesmæssige udtryk med henblik på at kontekstualisere informanternes udtalelser. Transskribering af interview blev udført i programmet *Express Scribe Transcription Software*. Omfanget af det transskriberede materiale var 97 normalsider i alt.

6.4.5 Analysestrategi

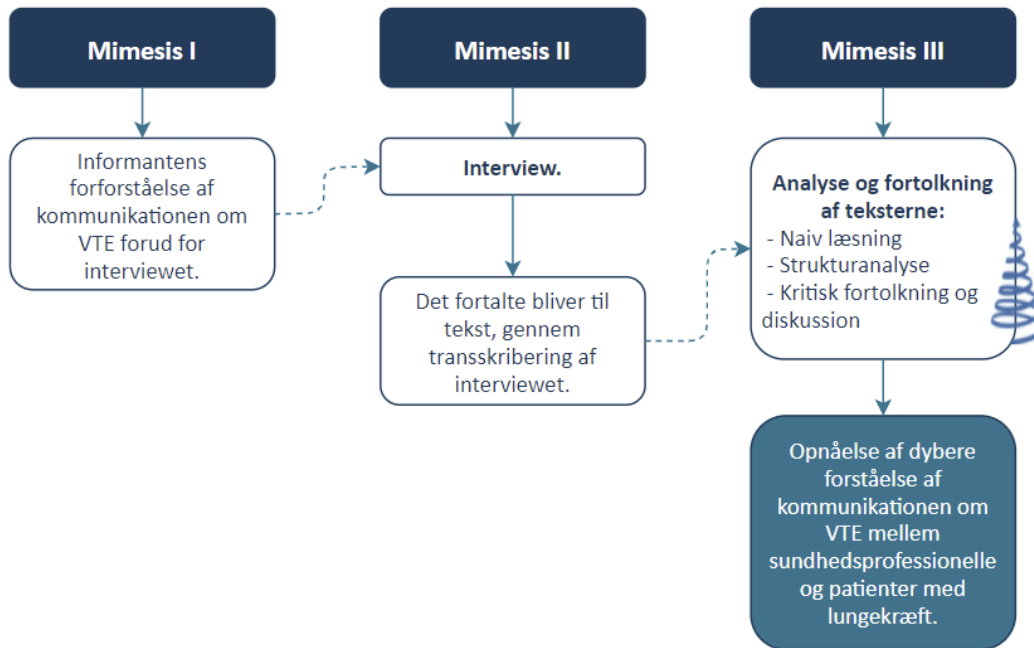
Professorerne Anders Lindseth & Astrid Norberg (2004) har udviklet en metode til analyse- og fortolkningsprocessen, hvis struktur er inspireret af Ricoeurs *den trefoldige mimesis*, som er et epistemologisk redskab til at opnå forståelse af genstandsfeltet (Hermansen & Rendtorff, 2002). Den Ricoeur inspirerede metode er fundet relevant, da den konkretiserer og klargør hvordan læseren er involveret i analyse- og fortolkningsprocessen med henblik på at opnå indsigt i og forståelse af genstandsfeltet. Således vil fortolkningsprocessen give ny indsigt i samt dybere forståelse af kommunikation om VTE mellem sundhedsprofessionelle og patienter med lungekræft.

Den trefoldige mimesis

Den trefoldige mimesis (illustreret i figur 9) består af tre trin, hvor mimesis I repræsenterer en præfigureret virkelighed, som er kendetegnet ved en ureflekteret og eksistentiel forforståelse (Hermansen & Rendtorff, 2002). I specialet udgøres mimesis I af informanternes forforståelse om kommunikation om risiko for og symptomer på VTE, som de har før interviewet. Mimesis II er karakteriseret ved en formidlingsfunktion mellem konfigurationens to sider, som udgøres af mimesis I og mimesis III (Hermansen & Rendtorff, 2002). I specialet udgøres mimesis II af interviewene og transskribering heraf, hvor informanternes oplevelser og erfaringer med kommunikation om VTE kommer til udtryk, hvormed en tekst konstrueres som følge af interaktionen mellem specialets forfattere og informanterne. Mimesis II indtager således en overgangsstilling, og bliver et formidlende led, hvor de transskriberede interview bliver til objekter for forståelse, som først virkelig kan forstås i

fortolkningsprocessen, der finder sted i mimesis III (Hermansen & Rendtorff, 2002). Ved transskribering af interviewene opnås distancering til teksten, da skriftfæstelsen af det sagte giver teksten autonomi, idet betydningen af teksten ikke længere falder sammen med det informantens ville sige (Hermansen & Rendtorff, 2002). I distanceringen separeres tekstens betydning derfor fra forfatterens hensigt, hvilket er en væsentlig pointe hos Ricoeur (Hermansen & Rendtorff, 2002). Betydningen af det transskriberede interview separeres således fra informantens hensigt med det sagte, hvormed distancering opstår. Det handler nemlig ikke om informantens intention med det sagte, men i højere grad om tekstens *sag*, altså det der sker *foran* teksten (Hermansen & Rendtorff, 2002). *Sagen* i specialet er patienter med lungekræft og sundhedsprofessionelles kommunikation om VTE, samt patienternes behov for information om VTE. Da skriften, ifølge Ricoeur, medfører at den oprindelige modtager transcenderes (Hermansen & Rendtorff, 2002), tillader distanceringen således *sagen* at undslippe patienterne og de sundhedsprofessionelles begrænsede hensigtshorisont, hvorved *sagen* åbnes op for fortolkning af alle, herunder specialets forfattere. Dette leder frem til mimesis III, som markerer skæringspunktet mellem tekstens og læserens verden, hvor teksten åbner sig for læseren, og fortolkningen finder sted (Hermansen & Rendtorff, 2002). Mimesis III udtrykker således en refiguration eller fortolkning af konfigurationen, hvor teksten gives mening i forhold til fortolkerens egen historiske og eksistentielle situation (Hermansen & Rendtorff, 2002). Det betyder at fortolkerens personlige engagement ikke må udelukkes, men indgår kvalificeret i fortolkningsprocessen, og horisontsammensmeltning mellem fortolker og tekst finder sted. I mimesis III bevæges der dialektisk mellem at forstå og forklare samt forklare og forstå, eller med andre ord mellem at gætte og validere gennem argumentation (Hermansen & Rendtorff, 2002). På dette trin bevæger analyse- og fortolkningsprocessen sig fra en overfladefortolkning til dybdefortolkning gennem tre trin (Hermansen & Rendtorff, 2002), som i det følgende vil præsenteres med udgangspunkt i Lindseth & Norbergs (2004) Ricoeur inspirerede analysestrategi.

Ricoeurs trefoldige mimesis og Lindseth & Norbergs analysestrategi



Figur 9 Flowchart over fortolkningsprocessen

Naiv læsning

Den naive læsning handler ifølge Lindseth & Norberg (2004) om at danne sig et helhedsindtryk af teksten ved at læse den flere gange. Teksterne udgøres i dette tilfælde af de transskriberede interview. Under den naive læsning er det nødvendigt at være åbensindet over for tekstens indhold, uden at læseren arbejder ud fra en forudbestemt ramme (Lindseth & Norberg, 2004). De indtryk, der berør og bevæger læseren, bør nedskrives med henblik på at udgøre grundlaget for strukturanalysen (Lindseth & Norberg, 2004). Specialets forfattere ekspliciterede, det som berørte dem i teksterne, ved at nedskrive deres umiddelbare indtryk af, hvad teksterne handler om. Den naive læsning beskrives af Ricoeur som en overfladefortolkning, der anses som en indledende helhedsforståelse af teksterne (Hermansen & Rendtorff, 2002). Derfor har den naive læsning karakter af gætteri, der må valideres gennem argumentation i strukturanalysen (Hermansen & Rendtorff, 2002).

Strukturanalyse

Strukturanalysen er det nødvendige bindeled mellem overfladefortolkning og dybdefortolkning, idet strukturanalysen får fortolkeren til at opfatte tekstens mening som et påbud, der fordrer en ny måde at betragte tingene på (Hermansen & Rendtorff, 2002). Til at forklare tekstens strukturer uddrages meningsenheder, som er citerede passager af teksten i varierende længder, der siger noget om det

undersøgte fænomen (Lindseth & Norberg, 2004). Meningsenhederne kondenseres og danner grundlag for betydningsenheder, således der sker en bevægelse fra *hvad der siges* til *hvad der tales om* (Lindseth & Norberg, 2004). På baggrund af betydningsenhederne udledes temaer, som bør reflektere essensen af de naive læsning, hvorefter temaerne indgår i den videre fortolkning (Lindseth & Norberg, 2004). I tabel 6 illustreres tanken bag den praktiske udførsel af bevægelse fra meningsenhed til betydningsenhed til tema. Strukturanalysen har således til hensigt at klargøre dialektikken mellem forståelse og forklaring, ved at helhedsforståelsen fra den naive læsning afkontekstualiseres for derefter at blive genkontekstualiseret ved forklaring af, hvad teksten handler om (Hermansen & Rendtorff, 2002; Lindseth & Norberg, 2004).

Tabel 6 Opsætningen for strukturanalysen

Meningsenhed (hvad der siges)	Betydningsenhed (hvad der tales om)	Tema
<i>Citat fra interview</i>	<i>Beskrivelse af betydningen</i>	<i>Det identificerede tema</i>

Kritisk fortolkning og diskussion

Den kritiske fortolkning er en dybdefortolkning på baggrund af de fremanalyserede temaer fra strukturanalysen (Hermansen & Rendtorff, 2002). Det er i den kritiske fortolkning horisontsammensmeltningen mellem teksterne og specialets forfattere opstår. At forstå en tekst, er at følge dens bevægelse fra mening mod reference, hvilket betyder at følge teksten fra dét den siger, til dét den taler om (Hermansen & Rendtorff, 2002). På denne måde åbner fortolkningsprocessen for ny indsigt i og dybere forståelse af kommunikationen mellem sundhedsprofessionelle og patienter med lungekræft. Relevant litteratur og teori, som er anvendelig til at kunne afdække meningsoverskuddet i teksterne, inddrages i fortolkningsarbejdet (Lindseth & Norberg, 2004). Det er denne dybdefortolkning som har til formål at skabe en ny forståelse af kommunikationen om VTE mellem sundhedsprofessionelle og patienter med lungekræft.

6.5 Etiske overvejelser

Specialets interviewundersøgelser er ifølge National Videnskabsetisk Komité (2020) ikke omfattet af anmeldelsespligten, da Komitélovens § 14, stk. 2. foreskriver, at sundhedsvidenskabelige interviewundersøgelser, der ikke omfatter menneskeligt biologisk materiale, ikke skal anmeldes. Data fra specialets undersøgelser blev placeret på krypterede enheder med henblik på at hindre uvedkommende adgang til personoplysninger, hvilket er i overensstemmelse med Databeskyttelsesforordningen (Europa-Parlamentet og Rådet for den Europæiske Union, 2017). Efter endt specialeforsvar vil dataoplysninger, der ikke længere skal anvendes, blive slettet, da det ifølge Databeskyttelsesforordningen (2017) angives, at dataoplysninger, der ikke længere er nødvendige for den dataansvarlige, ikke må opbevares.

Ifølge Helsinki-deklarationen (2013) skal hensynet til mennesker altid vægtes højere end den forskning der udføres, hvorfor deltagelse skal være frivilligt samt at samtykke fra deltagerne, bygger på at de er tilstrækkeligt informeret om specialets formål og de anvendte metoder. Forud for interviewundersøgelsen fik informanterne derfor udleveret skriftlig information om undersøgelsens formål og metode samt at deltagelse er frivillig og samtykke til hver en tid kan trækkes tilbage. Informanterne fik derfor udleveret kontaktoplysninger på specialets forfattere, såfremt de ønskede at trække sig fra undersøgelsen, eller til brug i tilfælde af at der opstod spørgsmål, som de ønskede besvaret. Slutteligt fremgik det af informationen, at informanterne ville blive *pseudonymiseret*, således de ikke kan identificeres på baggrund af undersøgelsen, hvilket er i overensstemmelse med Databeskyttelsesforordningen (2017). I forbindelse med patientinterview var specialets forfattere opmærksomme på, at belysning af en potentiel komplikation til patientens sygdom kunne inducere angst, såfremt patienten ikke var tilstrækkeligt informeret om VTE. For at imødekomme denne etiske problemstilling havde specialets forfattere gjort sig overvejelser om at opfordre patienten til at ringe til onkologisk akuttelefon, hvis patienten blev bekymret. Endvidere var specialets forfattere indstillet på at blive hos patienten, til en pårørende var til stede, eller havde talt med en læge, såfremt bekymring opstod.

7.0 Analyse

På baggrund af de anvendte metoder blev otte artikler fundet i den systematiske litteratursøgning, og ti interview af henholdsvis seks sundhedsprofessionelle og fire patienter med lungekræft transskriberet. I følgende afsnit vil de fundne artikler fra den systematiske litteratursøgning præsenteres og analyseres tematisk, som beskrevet i metodeafsnittet, hvorved hovedfundende af litteraturstudiet fremkommer. Endvidere vil dét, der berørte i den naive læsning fremgå som en nedskrivning af specialeforfatternes helhedsforståelse af de transskriberede interview, efterfuldt af strukturanalysen, hvor meningsenheder vil fremgå gennem udvalg af, hvad der siges og udtrykkes i interviewene. Ud fra meningsenhederne søges at forklare, hvad der tales om i interviewene, hvorved betydningsenheder fremkommer. På baggrund af betydningsenheder udledes temaer til videre kritisk fortolkning og diskussion, hvorved hovedfundende af interviewundersøgelsen fremkommer i afsnit 8.0. Således bidrager analyse af artikler og interview til at skabe grundlag for at opnå dybere forståelse af kommunikation om VTE mellem sundhedsprofessionelle og patienter med lungekræft gennem videre fortolkning og diskussion.

7.1 Analyse af litteraturstudiet

I det følgende præsenteres og kvalitetsvurderes artiklerne med henblik på at skabe overblik over artiklernes resultater og transparens over artiklernes kvalitet. Derefter fremgår tematisk analyse af artiklerne med det formål at besvare første underspørgsmål i problemformuleringen, samt at fremanalysere temaer, der kan indgå i den kritiske fortolkning og diskussion af interviewundersøgelsen.

7.1.1 Præsentation af artikler

I følgende skemaer præsenteres formål, studiepopulation, design, metode og resultater af de otte artikler. Endvidere indeholder hvert skema resultatet af kvalitetsvurderingen for den givne artikel, hvor den uddybende kvalitetsvurdering kan findes i bilag 4.

Tabel 7 Skematisk overblik over studiet af Nobel et al. (2015)

Titel	Patients' Experiences of Living with Cancer-associated thrombosis: the PELICAN study
Forfatter(e)	S. Noble, H. Prout, A. Nelson
Årstal	2015
Land	Wales, Storbritannien
Formål	At udforske oplevelsen af at leve med kræft-associerede trombose (CAT) samt hvilken betydning denne har for kræftforløbet. Yderligere ønskes det udforsket hvilken indvirkning behandlingen for CAT har samt den emotionelle indvirkning CAT medfører. Slutteligt ønskes patienternes informationsbehov belyst.
Studiepopulation	• 10 kvinder, 10 mænd (N=20) • 53-81 år (mean: 68 år) • Varierende kræftdiagnoser (Lunge, bryst, prostata, mave/tarm, lungehinde, livmoderhals, bugspytkirtlen) • Havde modtaget LMWH i 2-20 måneder (gennemsnit: 8 måneder)
Design	Kvalitativt interviewstudie
Metode	Semistrukturerede interview blev foretaget over en 5-måneders periode og blev udført af en erfaren kvalitativ forsker. Interviewene varede ca. 40 min. Ingen interview blev gentaget og ingen deltagere ønskede at gennemgå transskriberingerne. Transskriberinger blev håndteret i NVivo 10, hvor der blev anvendt Ritchie & Spencers frameworkanalyse.
Resultater	Studiet fandt, at patienter med kræft i kemoterapi ikke var informeret om risiko for og symptomer på CAT i relation til deres kræftsygdom, og at sundhedsprofessionelle ikke var opmærksomme på CAT, hvilket resulterede i forsinket identifikation og diagnosticering. Patienterne var i modsætning hertil velinformerede om <i>febril neutropeni</i>. Endvidere oplevede patienterne CAT-diagnosen som et chok, og, når CAT blev identificeret, blev informationsbehovet fortsat ikke mødt. Følgende blev temaer identificeret: 1. Livet før CAT (Manglende viden om VTE, uvidende om symptomer, begrænset opmærksomhed blandt sundhedsprofessionelle). 2. Diagnose og behandling af CAT (Indledende reaktion af chokket, lidt information). 3. At leve med CAT (Komme videre med livet, ritualisering).
Kvalitetsvurdering	Troværdighed: Det anses som en styrke, at analysen præsenteres med tydelige temaer og undertemaer, som endda præsenteres visuelt i et flowchart. Endvidere præsenteres relevant patientkarakteristika i et skema, og anvendelsen af citater understøttes af efterfølgende analyse. Analysen og fortolkningen fremgår overordnet overbevisende og præsenteres på en meningsfuld måde. Fortolkningen understøttes endvidere af resultater fra tidligere studier. Disse styrker øger studiets troværdighed. Overførbarhed: Studiet er udført i Storbritannien, hvilket anses som en styrke for overførbarhed til specialet, da det engelske sundhedsvæsen og kultur vurderes til at være tilpas tæt på den danske. Informanterne var patienter med forskellige typer kræft, og ikke udelukkende lungekræftpatienter, hvilket kan være en svaghed for overførbarhed til specialet, såfremt at disse patientgrupper adskiller sig fra hinanden i henhold til oplevelsen af sygdomsforløbet. Dog ses der ikke indikation på dette. Stringens: Studiet styrkes af dets grundige beskrivelse af dataindsamling, hvori der præsenteres in- og eksklusionskriterier. En styrke for studiet er, at der er indhentet etisk godkendelse. Yderligere er studiets metode tydeligt beskrevet for transskribering og databehandling. Der gives endvidere en grundig præsentation af studiets framework analyse. Udførelse af interview fremstår tydeligt, hvor interviewerens kompetencer og baggrund ligeledes belyses. En styrke for studiets stringens er, at det påpeges, at forskeren ingen tidligere relationer havde til patienterne. Dog er det en svaghed, at der ikke beskrives kulturel eller teoretisk baggrund for de resterende forskere, hvoraf den ene indgik i dataanalysen, da deres overbevisninger og værdier kan have indflydelse på studiets resultater. Studiet har overordnet en god kongruens mellem forskningsspørgsmål, metode, analyse og konklusion. Dog er videnskabsteoretisk position ikke tydeligt angivet, hvilket er en svaghed. Konklusionen bygger tydeligt på udsagn fra data, hvilket yderligere styrker kongruensen. Vurdering: Høj kvalitet

Tabel 8 Skematisk overblik over studiet af Noble et al. (2019)

Titel	Patient Experience of Living With Cancer-Associated Thrombosis in Canada (PELICANADA)
Forfatter(e)	S. Noble, A. Nelson, J. Scott, A. Berger, K. Schmidt, P. Swarnkar A. Lee
Årstal	2019
Land	Canada
Formål	At udforske oplevelsen af at leve med CAT hos patienter med kræft samt hvilken betydning CAT har for kræftforløbet. Endvidere ønskes det udforsket hvilken indvirkning behandlingen for CAT har samt den emotionelle indvirkning CAT medfører. Slutteligt ønskes patienternes informationsbehov belyst. Inspireret af "The PELICAN study" fra Storbritannien.
Studiepopulation	• 10 kvinder, 10 mænd (N=20) • 39-74 år (mean: 63 år) • Kræftpatient (Palliativ, remission, metastatisk, mm.) • Forskellige VTE detaljer (DVT, PE, iPE, slagtilfælde, iPEiDVT, iDVT, PEDVT)* • Havde modtaget Warfarin/LMWH i 3-14 måneder
Design	Kvalitativt interviewstudie
Metode	Forfatterne henviser til det oprindelige PELICAN-studie for detaljeret beskrivelse af metoden. Semistrukturerede interview af en varighed på 40 min. Interviewene blev optaget og transskriberet. Transskriberinger blev håndteret i NVivo 10, hvor der blev anvendt Ritchie & Spencers frameworkanalyse.
Resultater	Der blev fundet fællestræk mellem "The PELICAN study" fra Storbritannien og canadiske patienter, blandt andet den traumatiske karakter af at opleve CAT, behovet for information om CAT, livet med CAT og ritualisering. Yderligere blev to nye temaer identificeret: 1. Tilfældigt fundne lungeembolier (Patienter med iPE blev normalt ringet op om deres trombe med lidt støtte og suboptimal kommunikation). 2. Adgang til medicin (Omkostningsimplikationer i relation til adgang af LMWH varierede alt efter hvad forsikringen dækkede over. Patienter blev nogle gange konverteret til warfarin af økonomiske årsager.).
Kvalitetsvurdering	Troværdighed: Som i det originale PELICAN-studie, er det en styrke, at analysen præsenteres med tydelige temaer og undertemaer, som ligeledes præsenteres visuelt i et flowchart. Endvidere præsenteres relevant patientkarakteristika i et skema, og citater anvendes i efterfølgende analyse. Analysen og fortolkningen fremgår overordnet overbevisende og præsenteres på en meningsfuld måde. Fortolkningen understøttes endvidere af resultater fra tidligere studier. Disse styrker øger studiets troværdighed. Overførbarehed: Studiet er udført i Canada, som har et strukturelt forskelligt sundhedsvæsen fra det danske, hvor egenbetaling udgør en større del af sundhedsvæsenets ydelser, hvorfor resultater omhandlende økonomiske barrierer for patienten anses som værende af begrænset overførbarehed til specialet. Informanterne var patienter med forskellige typer kræft, og ikke udelukkende lungekræftpatienter, hvilket kan være en svaghed for overførbarehed til specialet, såfremt at disse patientgrupper adskiller sig fra hinanden i henhold til oplevelsen af sygdomsforløbet. Dog ses der ikke indikation på dette. Stringens: Studiets metode er inspireret af det oprindelige PELICAN studie. Grundig beskrivelse af dataindsamling, hvori der præsenteres in- og eksklusionskriterier, øger studiets transparens. En styrke for studiet er, at der er indhentet etisk godkendelse. Yderligere er studiets metode tydeligt beskrevet for transskribering og databehandling. Der gives ligeledes en grundig præsentation af studiets frameworkanalyse. Udførelse af interview fremstår tydeligt, hvor også interviewerens kompetencer og baggrund belyses. Det påpeges, at interviewerne havde kendskab til det oprindelige PELICAN studie, hvor det ikke belyses hvilken indflydelse dette havde på studiet, hvilket en svaghed grundet manglende transparens. Studiet har overordnet god kongruens mellem forskningsspørgsmål, metode, analyse og konklusion. Det er dog en svaghed, at videnskabsteoretisk position ikke tydeligt angives. Konklusionen bygger tydeligt på udsagn fra data, hvilket yderligere styrker kongruensen. Vurdering: Høj kvalitet

*"i" betyder "incidental", hvorfor tilstanden blev tilfældigt fundet, under rutine undersøgelse (eksempelvis CT-scanning).

Tabel 9 Skematisk overblik over studiet af Font et al. (2019)

Titel	Patients' Experience of Living with Cancer-associated thrombosis in Spain (PELICANOS)
Forfatter(e)	C. Font, A. Nelson, T. Garcia-Fernandez, H. Prout, P. Gee, S. Noble
Årstal	2018
Land	Spanien
Formål	At udforske oplevelsen af at leve med CAT hos patienter med kræft samt hvilken betydning CAT har for kræftforløbet. Endvidere ønskes det udforsket hvilken indvirkning behandlingen for CAT har samt den emotionelle indvirkning CAT medfører. Slutteligt ønskes patienternes informationsbehov belyst. Inspireret af "The PELICAN study" fra Storbritannien.
Studiepopulation	• 7 kvinder, 13 mænd (N=20) • 38-83 år • Varierende kræftdiagnoser (Lunge, prostata, gastrisk, blære, tarm, bugspytkirtlen, bryst, testikel) ○ 90% havde metastaser • Varierende VTE-detajler (PE, DVT, CVC, SVC) ○ 95% var symptomatiske
Design	Kvalitativt interviewstudie
Metode	Forfatterne henviser til det oprindelige PELICAN-studie for detaljeret beskrivelse af metoden. Der blev anvendt purposive sampling af onkologiske ambulante patienter. Studiets førsteforfatter foretog screeningen af patienter. Semistrukturerede interview af en varighed på 40 min. Interviewene blev optaget og transskriberet. Transskriberinger blev håndteret i NVivo 10, hvor der blev anvendt Ritchie & Spencers frameworkanalyse.
Resultater	Der blev fundet fællestræk mellem "The PELICAN study" fra Storbritannien og spanske patienter, der bestod af behovet for information om CAT, livet med CAT og ritualisering. Yderligere blev tre nye undertemaer identificeret: 1. Den stressfulde oplevelse af CAT (Indvirkning på familien, indvirkning på selvet). 2. Kommunikationsbehov (Mangel på information, ubesvarede spørgsmål). 3. At leve med CAT (Komme videre med livet gennem ritualisering).
Kvalitetsvurdering	Troværdighed: Som i det oprindelige PELICAN-studie, er det en styrke, at analysen præsenteres med tydelige temaer og undertemaer, som ligeledes præsenteres visuelt i et flowchart. Endvidere præsenteres relevant patientkarakteristika i et skema, og citater anvendes i efterfølgende analyse. Analysen og fortolkningen fremgår overordnet overbevisende og præsenteres på en meningsfuld måde. Fortolkningen understøttes endvidere af resultater fra tidligere studier. Disse styrker øger studiets troværdighed. Overførbarhed: Studiet er udført i Spanien, som har et sundhedsvæsen relativt lig det danske, hvor egenbetaling for sundhedsydelser ikke er udbredt, hvilket er en styrke for overførbarheden til specialet. Dog anses den spanske kultur for at være relativt forskellig fra den danske, hvorfor resultater omhandlende familieforhold anses som værende af begrænset overførbarhed til specialet. Informanterne var patienter med forskellige typer kræft, og ikke udelukkende lungekræftpatienter, hvilket kan være en svaghed for overførbarhed til specialet, såfremt at disse patientgrupper adskiller sig fra hinanden i henhold til oplevelsen af sygdomsforløbet. Dog ses der ikke indikation på dette. Stringens: Studiets metode er inspireret af det oprindelige PELICAN studie. Grundig beskrivelse af dataindsamling, hvori der præsenteres in- og eksklusionskriterier, øger studiets transparens. En svaghed for studiet er, at der ikke angives hvorvidt der er indhentet etisk godkendelse. Studiets metode er tydeligt beskrevet for transskribering og databehandling, hvilket styrker studiets transparens. Der gives også en grundig præsentation af studiets framework analyse. Udførelse af interview fremstår tydeligt, hvor også interviewerens kompetencer og baggrund belyses. Det påpeges, at interviewerne havde kendskab til det oprindelige PELICAN studie, hvor det ikke belyses hvilken indflydelse dette havde på studiet, hvilket en svaghed grundet manglende transparens. Studiet har overordnet god kongruens mellem forskningsspørgsmål, metode, analyse og konklusion. Det er dog en svaghed, at videnskabsteoretisk position ikke tydeligt angives. Konklusionen bygger tydeligt på udsagn fra data, hvilket yderligere styrker kongruensen. Vurdering: Høj kvalitet

Tabel 10 Skematisk overblik over studiet af Mahé et al. (2020)

Titel	Patients' Experience of Living with Cancer-associated thrombosis in France (Le PELICAN)
Forfatter(e)	I. Mahé, J. Chidiac, M. Pinson, M. Pinson, P. Swarnkar, A. Nelson, S. Noble
Årstal	2020
Land	Frankrig
Formål	At udforske oplevelsen af at leve med CAT hos patienter med kræft samt hvilken betydning CAT har for kræftforløbet. Endvidere ønskes det udforsket hvilken indvirkning behandlingen for CAT har samt den emotionelle indvirkning CAT medfører. Slutteligt ønskes patienternes informationsbehov belyst. Inspireret af "The PELICAN study" fra Storbritannien.
Studiepopulation	• 18 kvinder, 6 mænd (N=24) • 47-87 år • Varierende kræft diagnoser (Livmoderhals, bryst, lunge, nyre, mave, knogle, prostata, hals, lymfer, blære) ○ Ca. 42% havde metastaser • Varierende VTE-detajler (PE, DVT) ○ Ca. 42% var tilfældigt fundet ○ Ca. 58% var symptomatiske
Design	Kvalitativt interviewstudie
Metode	Forfatterne henviser til det oprindelige PELICAN-studie for detaljeret beskrivelse af metoden. Der blev anvendt purposive sampling af patienter med CAT, fra universitetshospitalet i Colombes, Frankrig. Semistrukturerede interview af en varighed på 40 min. Interviewene blev optaget og transskriberet. Transskriberinger blev håndteret i NVivo 10, hvor der blev anvendt Ritchie & Spencers frameworkanalyse.
Resultater	På baggrund af de udførte interview blev der identificerede tre overordnede temaer: 1. Informationsbehov (Minimal information gives, lavt niveau af nød). 2. Relationen til lægen ("Lægen har altid ret", "Lægens rolle er at behandle, ikke informere"). 3. Manglende accept af LMWH (Bivirkninger, injektion af sygeplejerske).
Kvalitetsvurdering	Troværdighed: Som i det oprindelige PELICAN-studie, er det en styrke at analysen præsenteres med tydelige temaer og undertemaer, som ligeledes præsenteres visuelt i et flowchart. Endvidere præsenteres relevant patientkarakteristika i et skema, og citater anvendes i efterfølgende analyse. Analysen og fortolkningen fremgår overordnet overbevisende og præsenteres på en meningsfuld måde. Fortolkningen understøttes endvidere af resultater fra tidligere studier. Disse styrker øger studiets troværdighed. Overførbarhed: Studiet er udført i Frankrig, som har et sundhedsvæsen relativt lig det danske, hvor egenbetaling for sundhedsydelser ikke er udbredt, hvilket styrker overførbarheden til specialet. Dog beskriver studiets forfattere hvordan læge-patient forholdet i Frankrig er forskelligt fra andre vestlige lande, hvilket kan reducere overførbarheden til en dansk kontekst. Informanterne var patienter med forskellige typer kræft, og ikke udelukkende lungekræftpatienter, hvilket kan være en svaghed for overførbarhed til specialet, såfremt at disse patientgrupper adskiller sig fra hinanden i henhold til oplevelsen af sygdomsforløbet. Dog ses der ikke indikation på dette. Stringens: Studiets metode er inspireret af det oprindelige PELICAN studie Grundig beskrivelse af dataindsamling, hvori der præsenteres in- og eksklusionskriterier, øger studiets transparens. En svaghed for studiet er, at der ikke er indhentet etisk godkendelse. Studiets metode er tydeligt beskrevet for transskribering og databehandling, hvilket styrker studiets transparens. Der gives også en grundig præsentation af studiets framework analyse. Udførelse af interview fremstår tydeligt, hvor også interviewerens kompetencer og baggrund belyses. En styrke for studiet er, at der påpeges at forskeren ingen tidligere relationer havde til patienterne. Dog er der en svaghed i at der ikke beskrives kulturel eller teoretisk baggrund for de resterende forskere, hvoraf den ene indgik i dataanalysen, da deres overbevisninger og værdier kan have indflydelse på studiets resultater. Studiet har overordnet god kongruens mellem forskningsspørgsmål, metode, analyse og konklusion. Det er dog en svaghed, at videnskabsteoretisk position ikke tydeligt angives. Konklusionen bygger tydeligt på udsagn fra data, hvilket yderligere styrker kongruensen. Vurdering: Høj kvalitet

Tabel 11 Skematisk overblik over studiet af Woulfe et al. (2020)

Titel	"Wolverine, I think it is called: Blood thinners but in tablets." Patients experience of living with cancer associated thrombosis in New Zealand (PELICANZ)
Forfatter(e)	T. Woulfe, K. Mann, D. Pollack, P. Swarnkar, A. Nelson, S. Noble
Årstal	2020
Land	New Zealand
Formål	At udforske oplevelsen af at leve med CAT hos patienter med kræft samt hvilken betydning CAT har for kræftforløbet. Endvidere ønskes det udforsket hvilken indvirkning behandlingen for CAT har samt den emotionelle indvirkning CAT medfører. Slutteligt ønskes patienternes informationsbehov belyst. Inspireret af "The PELICAN study" fra Storbritannien
Studiepopulation	• 10 kvinder, 10 mænd (N=20) • 51-83 år (mean: 69) • Varierende kræft diagnoser (Lymfe, bryst, hjerne, lever, tyk- og endetarm, prostata, livmoderhals, lunge, blære) • Varierende VTE-detajler (DVT, PE, hals, nyre) ○ 60% var symptomatiske ○ 40% var tilfældigt fundet
Design	Kvalitativt interviewstudie
Metode	Forfatterne henviser til det oprindelige PELICAN-studie for detaljeret beskrivelse af metoden. Der blev anvendt purposive sampling af patienter med CAT, der benytter ambulant trombose tjenester. Interviewguiden var udarbejdet ud fra "The PELICAN study", og interviewene blev optaget. Transskriberinger blev håndteret i NVivo 10, hvor der blev anvendt Ritchie & Spencers frameworkanalyse.
Resultater	På baggrund af de udførte interview blev der identificeret tre overordnede temaer: 1. Informationsbehov (Mangel på meningsfuld information før CAT diagnose, informationsbehov ved diagnose, stoisk tilgang til sygdomsviden). 2. Håndtering af CAT (CAT administreret uafhængigt af kræft, manglende ejerskab til CAT, patientens praktiserende læge måtte påtage sig ansvaret for behandling).
Kvalitetsvurdering	Troværdighed: Som i det originale PELICAN-studie, er det en styrke at analysen præsenteres med tydelige temaer og undertemaer, som ligeledes præsenteres visuelt i et flowchart. Endvidere præsenteres relevant patientkarakteristika i et skema, og citater anvendes i efterfølgende analyse. Analysen fremgår overordnet overbevisende og præsenteres på en meningsfuld måde. En svaghed ses dog i fortolkningen af resultaterne, hvor litteratur fra andre studier inddrages, men til at forklare årsager til studiets fund, på en måde som ikke fremgår troværdigt. Endvidere fremgår der modsatrettede fortolkninger i diskussionsafsnittet, hvilket yderligere svækker troværdigheden. Overførbarehed: Studiet er udført i New Zealand, som har et sundhedsvæsen relativt lig det danske, hvor egenbetaling for sundhedsydelser ikke er udbredt, hvilket styrker overførbareheden til specialet. Dog anses den New Zealandske kultur for at være relativt forskellig fra den danske, hvilket kan reducere overførbareheden til en dansk kontekst. Informanterne var patienter med forskellige typer kræft, og ikke udelukkende lungekræftpatienter, hvilket kan være en svaghed for overførbarehed til specialet, såfremt at disse patientgrupper adskiller sig fra hinanden i henhold til oplevelsen af sygdomsforløbet. Dog ses der ikke indikation på dette. Stringens: Studiets metode er inspireret af det oprindelige PELICAN studie. Metodeafsnittet er overordnet mangelfuldt beskrevet, da der blot refereres til det oprindelige PELICAN studie, hvilket er en svaghed for studiets stringens, da det ikke kan vides hvordan studiet konkret er udført i den australske kontekst. Analysen beskrives som værende tilsvarende det oprindelige PELICAN studie, hvor det angives at forskeren ingen tidligere viden havde om CAT. Den overvældende mangel på transparens for studiets metode, anses som værende en stor svaghed. Vurdering: Lav kvalitet

Tabel 12 Skematisk overblik over studiet af Mockler et al. (2012)

Titel	The Experiences of Patients with Cancer who develop Venous Thromboembolism: An Exploratory Study
Forfatter(e)	A. Mockler, B. O'Brien, J. Emed, G. Ciccotosto
Årstal	2012
Land	Quebec, Canada
Formål	At undersøge oplevelsen af VTE blandt patienter med kræft før, under eller efter kræftbehandling
Studiepopulation	• 5 ambulante patienter, 5 indlagte patienter ◦ 4 kvinder, 6 mænd • 35-78 år • Varierende typer af kræft, diagnosticeret 2-18 måneder før interview (Tyktarm, lymfom, cervikal, uterin, skjoldbruskkirtel, stor B-celle lymfom, mave) • Forskellige stadier af kræftbehandling • Fem deltagere havde PE (Pulmonary Embolism), fem havde DVT (Dyb Venetrombose) • Modtog LMWH, IVC filter og/eller warfarin
Design	Kvalitativt interviewstudie
Metode	Dataindsamling bestod af semistrukturerede interview. Rekruttering blev udført gennem purposive sampling, blandt patienter der for nyligt havde gennemgået eller var under kræftbehandling og som havde modtaget en VTE-diagnose inden for det seneste år. Tematisk analyse blev anvendt for at opnå dybdegående forståelse af patienters oplevelser af en fælles situation.
Resultater	Patienternes første reaktion på VTE inkluderede blandt andet "VTE som en livstrussel", "Tidligere erfaring med VTE" og "VTE som 'dét, der fik bægret til at flyde over'" i lyset af andre kræftrelaterede helbredsproblemer. Patienternes mestring af VTE omfattede også tre temaer: 1. VTE bliver overskygget af uafklaret kræftrelateret bekymringer. 2. VTE som et tilbageslag i kræftbehandlingen. 3. Holdninger til VTE-behandling. Det mest fremtrædende fund var, at patienter der ikke havde tidligere erfaringer med VTE, oplevede VTE som mere psykisk belastende, end patienter der tidligere havde haft VTE.
Kvalitetsvurdering	Troværdighed: Det anses som en styrke, at patientkarakteristika præsenteres overskueligt i et skema. Det anses som en mindre svaghed, at temaer og analyse ikke præsenteres visuelt tydeligt i teksten, hvorfor overskrifter og citater kan være lette at overse. Dog præsenteres citater med efterfølgende analyse, og fortolkningen understøttes med inddragelse af relevant litteratur. Analyse og fortolkning fremgår derfor overbevisende, men præsenteres visuelt på en mindre hensigtsmæssig måde. Overordnet øger disse styrker studiets troværdighed. Overførbarhed: Studiet er udført i Canada, som har et strukturelt forskelligt sundhedsvæsen fra det danske, hvor egenbetaling udgør en større del af sundhedsvæsenets ydelser. Informanterne var patienter med forskellige typer kræft, og ikke udelukkende lungekræftpatienter, hvilket kan være en svaghed for overførbarhed til specialet, såfremt at disse patientgrupper adskiller sig fra hinanden i henhold til oplevelsen af sygdomsforløbet. Dog ses der ikke indikation på dette. Stringens: Studiet har overordnet god kongruens mellem metodologien, dataindsamling, analyse og fortolkning. Det er dog en svaghed, at videnskabsteoretisk position ikke tydeligt angives. I metodeafsnittet beskrives studiets design grundigt, hvor rekrutteringsstrategi, analyse og patient karakteristika fremgår, hvilket bidrager til studiets stringens. En svaghed for studiets transparens er dog, at forskernes værdier og overbevisninger ikke angives, ligesom forskernes indflydelse på resultaterne ikke diskuteres. Etisk godkendelse er indhentet, hvilket er en styrke. Slutteligt er studiets konklusion kongruent med studiets metode. Vurdering: Høj kvalitet

Tabel 13 Skematisk overblik over studiet af Baddeley et al. (2021)

Titel	A mixed-methods study to evaluate a patient-designed tool to reduce harm from cancer-associated thrombosis: The EMPOWER study
Forfatter(e)	E. Baddeley, A. Torrens-Burton, A. Newman, A. Nelson, N. Pease, R. Nelson, S. Noble
Årstal	2021
Land	Storbritannien
Formål	At vurdere effekten af patientinformationsvideoen "Blood Clots, Cancer and You", målrettet patienter med kræft, der modtager behandling. Studiet ønskede at evaluere indvirkningen af videoen ved brug af flere metoder.
Studiepopulation	• 55 kvinder, 45 mænd (N=100) • 36-83 år • Varierende kræft diagnoser (lunge, hjerne, bryst, lever, reproduktionssystemet, bugspytkirtlen, mave) • Varierende formål for kræftbehandling ○ 2% helbredende intention (n=2) ○ 27% adjuvant/neoadjuvant (n=27) ○ 71% palliativ (n=71)
Design	Mixed-method studie
Metode	Studiets har 4 komponenter: 1. Gennemgang af data for den tid det tager patienten at kontakte lægen, ved udvikling af symptomer. 2. Gennemgang af data over radiolog ressourcebrug. 3. Spørgeskema omhandlende patienters kendskab til: bivirkninger ved kemoterapi, DVT og PE, risikofaktorer for VTE samt symptomer på VTE og hvad der skal handles på. 4. Interview af onkologiske sygeplejersker. Videoen blev anvendt i klinisk praksis på det regionale kræftcenter i tre måneder. Kun spørgeskema- og interviewundersøgelsen bidrager til besvarelse af specialets problemformulering i den tematiske analyse, hvorfor kun resultaterne af disse komponenter rapporteres. Spørgeskemaundersøgelsen var målrettet patienter, og bestod af tolv spørgsmål med følgende fire fokusområder: bivirkninger af kemoterapi, kendskab til DVT og LE, risikofaktorer for VTE, symptomer på VTE samt hvordan man bør reagere på disse. Der blev anvendt semistrukturerede interview til undersøgelse af sygeplejerskers perspektiv på kommunikation om VTE. Der blev brugt purposive sampling.
Resultater	Spørgeskemaundersøgelse Patienter, som havde set videoen, var bekendte med termene "DVT" og "LE", og 60% af disse patienter vidste at kræftbehandling er en risikofaktor for VTE, mens kun 2% af patienterne, som ikke havde set videoen, vidste dette. 80% af patienterne, som havde set videoen, opfattede VTE som en alvorlig komplikation, mens kun 4% af patienterne, som ikke havde set videoen, havde denne opfattelse. 33% af patienterne, som havde set videoen, var i stand til at identificere symptomer på VTE, mens kun 3-4% af patienterne, som ikke havde set videoen, var i stand til dette. 100% af patienterne, som havde set videoen, ville søge øjeblikkelig hjælp ved symptomer, mens kun 69% af patienterne, som ikke havde set videoen, ville gøre dette. Interviewundersøgelse Flere temaer blev identificeret, hvor følgende blev som anset som relevante i henhold til kommunikation om VTE: "lav prioritering af VTE", "sygeplejerskers viden" og "prioritering af sepsis".
Kvalitetsvurdering	Spørgeskemaundersøgelse Validitet: Da der bliver benyttet et ikke-valideret spørgeskema, svækkes studiets interne validitet. Dog beskrives det, at spørgeskemaet gennemgik "field testing" og kognitive interviews, hvilket kan anses at styrke spørgeskemaets interne validitet. Der rapporteres ikke, om der tages højde for confounding eller effektmodifikation, hvilket ligeledes svækker den interne validitet. Studiets eksterne validitet til en dansk kontekst anses for at være en styrke, grundet Storbritanniens sundhedsvæsens ligheder med det danske. Reliabilitet: Metoden beskrives ikke tilstrækkeligt til at kunne vurdere undersøgelsens reliabilitet. Endvidere diskuteres metoden ej heller. Reliabiliteten af undersøgelsen vurderes som lav, da det ikke kan bedømmes, hvor pålidelig undersøgelsen er, grundet den mangelfulde metodiske beskrivelse. Replikerbarhed: Generelt vurderes studiets transparens som særdeles mangelfuld, da metoden ikke er beskrevet tilstrækkeligt til at studiet kan genskabes, hvorfor studiets replikerbarhed anses som værende lav. Vurdering: Lav kvalitet Interviewundersøgelse Troværdighed: Det anses som en styrke, at temaer og undertemaer præsenteres tydeligt og overskueligt på en meningsfuld måde. Dog præsenteres informanternes karakteristika ikke tydeligt, da det er vanskeligt at aflæse hvilken

tabel der er gældende for den kvalitative undersøgelse. I fortolkningen inddrages resultaterne af den kvalitative undersøgelse mindre end de andre delundersøgelser.

Overførbarhed: Undersøgelsen er udført i Storbritannien, hvilket anses som en styrke, da det engelske sundhedsvæsen og kultur vurderes til at være tilpas tæt på den danske. Informanterne bestod af onkologiske sygeplejersker, hvilket øger overførbarheden til specialet.

Stringens: En styrke for undersøgelsen er, at der ses en tydelig kongruens mellem studiets forskningsspørgsmål, dataindsamling, analyse og fortolkning af resultater. Det er dog en svaghed, at videnskabsteoretisk position ikke tydeligt angives. Yderligere ses ingen indikation på at studiet er blevet godkendt i henhold til etiske retningslinjer, hvilket anses som en svaghed.

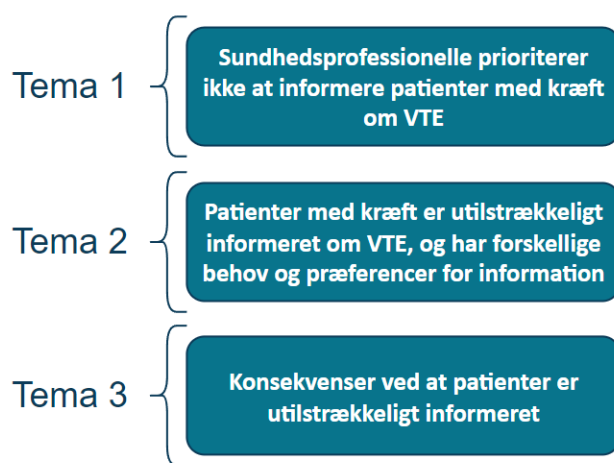
Vurdering: Middel kvalitet

Tabel 14 Skematisk overblik over studiet af Viale & Schwartz (2004)

Titel	Venous Thromboembolism in Patients With Cancer Part I - Survey of Oncology Nurses' Attitudes and Treatment Practices for Ambulatory Settings
Forfatter(e)	P. Viale & R. Schwartz
Årstal	2004
Land	USA
Formål	At undersøge onkologiske sygeplejerskers viden om VTE hos patienter med kræft.
Studiepopulation	• Sygeplejersker, N=567. • 34% arbejdede ambulant eller ambulante plejeområder. • 32% arbejdede i klinisk praksis. • 40% indikerede at deres arbejdsområde var en kombination af en ambulant kontekst eller anden type område. • 26% var avancerede sygeplejersker.
Design	Kvantitativt, survey
Metode	Et spørgeskema med 25 spørgsmål blev udsendt til 3916 onkologiske sygeplejersker, der blev fundet via databasen ONS (Oncology Nursing Society), hvor 567 (14,5%) blev besvaret. Spørgeskemaet var et pilot-spørgeskema, der blev anvendt til at vurdere onkologiske sygeplejerskers holdninger, viden om og behandling i praksis for VTE i en ambulant kontekst. Besvarelse af spørgeskemaet blev gjort ud fra en skala, der rangerede fra "stærkt enig" til "stærkt uenig".
Resultater	Sygeplejerskerne rapporterede, at der i deres arbejdsområde blev behandlet 0-40 patienter for VTE, med et gennemsnit på 4,5 patienter per måned. Overordnet anerkendte sygeplejerskerne betydningen af VTE hos patienter med kræft: 1. 93% var enige i at DVT med/uden PE, er en almindelig og ofte alvorlig problematik hos patienter med kræft. 2. 92% var enten enige eller meget enige i, at DVT kan være symptomatisk eller asymptomatisk. 3. 39% mente at DVT med efterfølgende PE var en hyppigt mistænkt dødsårsag for patienter med kræft. 4. 87% var enige i at patienter med kræft der gennemgår en mave- eller bækkenoperation, havde en øget risiko for DVT eller PE. 5. 65% var enige om at forekomst af DVT eller PE ville medføre en dårligere prognose for patienten. 6. 53% mente ikke at DVT eller PE var underdiagnosticerede eller underbehandlede. 7. 74% var enige eller meget enige om at der er en højere association med visse kemoterapi-stoffer og VTE i patienter med kræft. 8. Sygepleje blev generelt anset som havende en aktiv rolle i at hjælpe med at stille den indledende diagnose. 9. 58% angav, at de ingen protokol havde for behandling af VTE, hvor 42% angav at de havde. 10. 39% rapporterede, at DVT forbliver ubehandlet, indtil den er bekræftet. Områder med nødvendig uddannelse blev identificeret, herunder den foretrukne undervisningsmetode for sygeplejerskerne. Nogle sygeplejersker var ikke enige i, at visse kemoterapimidler og behandlinger øger VTE-risikoen for patienter med kræft eller at disse patienter har en dårligere prognose. De fleste af sygeplejerskerne var enige om, at patienter med kræft er i risiko at udvikle blodpropper. Etablering af protokoller for at hjælpe med at definere VTE-håndtering var et område, som sygeplejerskerne anså som værende vigtigt.
Kvalitetsvurdering	Validitet: Spørgeskemaets indhold og opbygning beskrives ikke, ligesom hvorvidt der blev udarbejdet constructs ej heller beskrives. Endvidere angives det ikke om spørgeskemaet er valideret, hvorfor dette reducerer studiets interne validitet, da det ikke kan vides om spørgeskemaet måler eller undersøger det, der var hensigten. Studiets resultater rapporteres som procentregning, hvor hverken signifikantest eller konfidensintervaller angives. Derfor anses studiet for at have lav ekstern validitet, da generaliserbarheden af resultaterne ikke kan vurderes. Reliabilitet: Metoden beskrives ikke tilstrækkeligt til at kunne vurdere undersøgelsens reliabilitet. Endvidere diskuteres metoden ikke. Reliabiliteten af undersøgelsen vurderes som lav, da det ikke kan bedømmes, hvor pålidelig undersøgelsen er, grundet den mangelfulde metodiske beskrivelse. Replikerbarhed: Generelt vurderes studiets transparens som særdeles mangelfuld, da metoden ikke er beskrevet tilstrækkeligt til at studiet kan genskabes, hvorfor studiets replikerbarhed anses som værende lav. Vurdering: Lav kvalitet

7.1.2 Tematisk analyse af forskningsartikler

Braun & Clarkes (2006) tematiske analysestrategi blev anvendt til at kode og danne temaer på baggrund af artiklerne fra den systematiske litteratursøgning. Den tematiske analyse resulterede i 29 koder, som blev sammenfattet til tre overordnede temaer, hvilket fremgår af figur 10. Det komplette kodetræ fremgår af bilag 5. En enkelt kode fra studiet af Mahé et al. (2020) blev ikke medtaget i sammenfatningen til temaer, da koden omhandler relationen mellem behandler og patient i en fransk kontekst, hvilket ikke blev vurderet til at være tilstrækkeligt overførbart til en dansk kontekst (jf. tabel 10).



Figur 10 De identificerede temaer fra litteraturstudiet

Tema 1: Sundhedsprofessionelle prioriterer ikke at informere patienter med kræft om VTE

Baddeley et al. (2021) viste, at information om VTE har lav prioritet på onkologiske afdelinger, til trods for at sygeplejerskerne er bevidste om, at patienter med kræft er i øget risiko for at udvikle kræftassocieret VTE. Eksempelvis informerede en sygeplejerske kun i begrænset omfang om risikoen for udvikling af VTE, og uden at informere om symptomer eller hvorfor patienternes har øget risiko: *"I just say that they are more at risk of blood clots. I don't really tell them why... I only say probably a sentence to patients."* (Baddeley et al., 2021, p. 8). Dette kan betyde, at patienter med kræft ikke identificerer og reagerer på symptomer på VTE, og derfor ikke søger lægehjælp i tide. Nedprioritering af information om VTE i patientsamtalerne, kan skyldes at sygeplejersker ikke ved nok om hvorfor eller hvor meget patienter med kræft er i øget risiko for VTE: *"... I would say, well you are at more risk, but I wouldn't be able to say how much more at risk."* (Baddeley et al., 2021, p. 8). En anden sygeplejerske gav udtryk for at manglende viden om hvilke mekanismer, der øger risikoen for VTE hos patienter med kræft: *"... I don't understand the mechanisms of that. So I guess that's probably a lot to do with why we don't go into so much detail."* (Baddeley et al., 2021, p. 8). Patienterne i studiet af Noble et al. (2015) oplevede at de

sundhedsprofessionelle ikke havde nok viden om VTE, idet alternative diagnoser ofte blev taget i betragtning før VTE. Dog viser Viale & Schwartz (2004) at sygeplejersker i onkologien kender til associationen mellem kræft og VTE, og at sygeplejerskerne mener at bestemte former for tumorer eller kræftstadier samt bestemte typer af kemoterapi, i højere grad er associeret med VTE. Endvidere viser studiet, at sygeplejerskerne ved at patienter med kræft, der udvikler VTE, har dårligere prognose, og at sygeplejerskerne finder det vigtigt at informere patienter med kræft om risikoen for at udvikle VTE (Viale & Schwartz, 2004). Trods dette oplever sygeplejersker behov for mere uddannelse i risikofaktorer og information om forebyggelse af VTE (Viale & Schwartz, 2004). Nedprioritering af information om VTE i patientsamtalerne kan ligeledes skyldes, at sygeplejersker mener, at det er vigtigere at prioritere information om sepsis, idet sepsis opfattes som den vigtigste bivirkning af kemoterapi: *"So I think it's a priority for them to be aware about the sepsis"* (Baddeley et al., 2021, p. 8). At sygeplejersker ikke informerer patienter med kræft om risikoen for og symptomerne på VTE kan endvidere skyldes, at de anvender standardiserede dokumenter og brochurer som udgangspunkt for de mest almindelige og vigtigste informationer, hvor risikoen for VTE ikke nævnes: *"It doesn't actually have clots on there, does it? So that one isn't in our checklist ..."* (Baddeley et al., 2021, p. 9). En sygeplejerske oplever endvidere at de skriftlige informationer bidrager til at patienterne kan huske informationerne:

"It's usually within that leaflet so it's, it's laid out there. ... you want to prioritize are within the leaflet ... It's easier for your patients to recall isn't it, so I think if you're, if you just go down that as it is in there it is easier." (Baddeley et al., 2021, p. 9).

At VTE enten ikke benævnes eller blot er en kort bemærkning i standardiserede dokumenter, der anvendes til at informere patienter med kræft om bivirkninger og komplikationer til deres sygdom og behandling, tyder på, at det ikke kun er sygeplejerskerne, der ikke føler de har viden nok til at informere patienterne, men at manglende opmærksomhed på VTE formentlig er et globalt og systematisk problem (Baddeley et al., 2021).

Tema 2: Patienter med kræft er utilstrækkeligt informeret om VTE, og har forskellige behov og præferencer for information

Alle PELICAN-studierne viste, at patienter med kræft havde modtaget utilstrækkelig information om VTE, følte at de havde manglende viden om VTE, eller gav udtryk for uopfyldt informationsbehov angående VTE (Font et al., 2018; Mahé et al., 2020; Noble et al., 2015, 2019; Woulfe et al., 2020). Patienter med kræft oplever, at de ikke har fået nok information om VTE i forbindelse med kemoterapien, trods risikoen for at udvikle VTE som konsekvens af behandlingen: *"I don't even remember that the word thrombosis*

had been mentioned" (Mahé et al., 2020, p. 68). Selv efter patienter med kræft har udviklet VTE, oplever de fortsat at være utilstrækkeligt informeret om VTE (Font et al., 2018; Mahé et al., 2020), og at fokus i kommunikationen primært er på den medicinske behandling: *"No, I wasn't informed well.. I was only told that I had an embolism and it had to be treated with heparin and that everything would be OK...and that's it."* (Font et al., 2018, p. 3237). Ifølge Noble et al. (2015) modtog patienter i kemoterapi, information om hvad de skulle gøre, hvis de udviklede tegn på sepsis, men dette var ikke gældende for VTE: *"[...] but they don't tell you you're gonna get clots after chemo"* (Noble et al., 2015, p. 340), hvilket indikerer at information om sepsis prioriteres højere end information om VTE.

Patienter med kræft har varierende behov for information om VTE, både internt og på tværs af studierne (Font et al., 2018; Mahé et al., 2020; Mockler et al., 2012; Noble et al., 2015, 2019; Woulfe et al., 2020). Nogle patienter gav udtryk for et uopfyldt informationsbehov: *"If anything it's been a bit sketchy for information"* (Woulfe et al., 2020, p. 35), mens andre patienter gav klart udtryk for et grundlæggende behov for information, dog ønskede de ikke nødvendigvis høj detaljeringsgrad:

"I don't need, you know graphic details and chemical things. As long as they tell me, you know, they think that's what caused it. That's the treatment we're going to give you and it should sort it out and this is what you need to look out for in the future [...]" (Noble et al., 2015, pp. 342–343).

I Mahé et al. (2020) gav en patient udtryk for lavt informationsbehov, da patienten ikke kunne se nytten af informationen: *"I can't see how it could've help me, to know technically about it."* (Mahé et al., 2020, p. 68). Et mindre behov for information om VTE, kan også anses som betydningsfuldt for om patienten har en informationssøgende adfærd: *"[...] I am not one of those people who looks things up on computers and researches things."* (Woulfe et al., 2020, p. 37). Hvorvidt patienter med kræft oplever et stort behov for information om VTE, kan også være forbundet til, hvorvidt de anser kræften eller VTE som primær i deres sygdomstilstand. Nogle patienter med kræft, som udvikler VTE, kan opleve VTE som alvorligere end kræften: *"Well, at first it made me feel that my health issues were even more terminal than the cancer originally"* (Noble et al., 2019, p. 156). Andre patienter anser begge tilstande som livstruende og alvorlige: *"[PE] is not cancer but it's dangerous too, because with both you are playing with your life"* (Mockler et al., 2012, p. 236). Nogle patienter anser endda VTE som mindre alvorlig end kræften: *"[The blood clot] didn't stress me out ..., so [the clot] didn't bother me as such. It's nothing"* (Mockler et al., 2012, p. 237). Ydermere gav en patient, som havde sin søn til at oversætte for sig, udtryk for at hun ikke ville høre om VTE'en hun havde fået, kun kræften: *"She thinks nothing about the clot. It is not worrying her because she has the other [cancer]. The information they give her about the blood clot – she doesn't listen. ... She keeps*

wanting information from the cancer doctor.” (Mockler et al., 2012, p. 237). Patienters behov for information er altså varierende, og patientens oplevelse af, hvorvidt kræften eller VTE er mest alvorlig, kan have betydning for deres informationsbehov.

Tema 3: Konsekvenser ved at patienter er utilstrækkeligt informeret

Fire af artiklerne viser, at diagnosticering af VTE opleves som et chok, og er en psykisk belastende periode for patienter med kræft, samt at VTE opleves som endnu en negativ helbredsproblematik at skulle forholde sig til (Font et al., 2018; Mockler et al., 2012; Noble et al., 2015, 2019). Endvidere viser artiklen af Font et al. (2018), at det ikke kun er patienterne der berøres, men at også de pårørende bliver bange og berørt af situationen. I artiklerne af Noble et al. (2015) og Font et al. (2018) fremgår det, at patienterne ikke forstår, hvorfor de har udviklet VTE, og ikke informeres om andet end den medicinske håndtering af sygdommen, hvilket kan lede til øget psykisk belastning hos patienterne. En patient beskriver hvordan utilstrækkelig information om VTE og det efterfølgende forløb leder til bekymringer: *“because of uncertainty ... because ... I don’t know ... where far (sic) this will go.. I don’t know ... All of these things make me cry ...”* (Font et al., 2018, p. 3237). Noble et al. (2015) finder, at når patienterne er utilstrækkeligt informeret, kan dette lede til, at de søger information og svar på deres spørgsmål via internettet, hvilket kan øge den psykiske belastning, da det kan være skræmmende at lære om en potentiel dødelig sygdom uden støtte og svar fra sundhedsprofessionelle. Endvidere udtrykker en patient i studiet af Woulfe et al. (2020), at vedkommende ikke forstår den information, som vedkommende finder om VTE på internettet: *“I’ve got very little understanding of it – just what I’ve read that it’s linked to metastasizing cancer. That’s all i know.”* (Woulfe et al., 2020, p. 36). Samtidig oplever nogle patienter med kræft ikke øget psykisk belastning som følge af begrænset information om VTE, og opsøger ikke yderligere information på internettet (Woulfe et al., 2020). Andre patienter erfarede, at de ikke kunne huske, hvad de var blevet informeret om, og ikke alle patienter læste den skriftlige information, de havde fået udleveret: *“... I got all these books and things to read and yes, can’t remember if it was in there. You go through a rollercoaster and you don’t want to read it all”* (Woulfe et al., 2020, p. 35). Dette kan tyde på, at nogle patienter med kræft ikke har lyst til at blive informeret alt, hvad de er i risiko for som følge af kræftsygdommen, eller er i stand til at huske al informationen, fordi de informeres om for meget på kort tid i en krisesituation. I artiklen af Mahé et al. (2020) oplever patienterne, at dét ikke at vide noget om VTE er en fordel, da patienterne derved ikke oplever den psykiske belastning, der kan være forbundet med at mangle viden og svar på spørgsmål: *“It’s not frightening because you don’t know it”* (Mahé et al., 2020, p. 68). Mockler et al. (2012) finder, at patienter med kræft som ikke har viden om VTE, oplever diagnosen som chokerende, skræmmende og overraskende. En patient udtrykker, at vedkommende næsten døde som

følge af ikke at vide vedkommende havde lungemboli: *"I almost died because I didn't know I had [PE], so thank God [the medical team] found it"* (Mockler et al., 2012, p. 236). Endvidere udtrykker, en patient i artiklen af Noble et al. (2019), alvorlig bekymring over ikke at kende til hvilke symptomer vedkommende skulle have holdt øje med og reageret på:

"The blood clot was a very scary thing because I didn't know if I should have been looking for something and from what questions I have been asked, there was nothing that would have alerted me... Because knowing nothing about clots, it just meant almost like a death sentence." (Noble et al., 2019, p. 157).

Noble et al. (2015) rapporterer, at patienter, som fik VTE, tilskrev deres symptomer andre forhold end VTE, som eksempelvis kemoterapi: *"I just thought I was getting short of breath anyway like [...] because of the chemo and everything."* eller eksisterende komorbiditeter: *"If I didn't have the mild asthma, I would have picked it, would pick it up quicker..."* (Noble et al., 2015, p. 341). At patienter ikke har viden om VTE kan derfor betyde, i tillæg til den psykiske belastning patienterne oplever som følge af at føle sig chokerede og bange for at dø, at patienterne ikke har mulighed for at identificere og reagere på deres symptomer. I kontrast hertil viser studiet af Mockler et al. (2012) at patienter, som enten tidligere har udviklet VTE, eller kender én der har, genkender symptomerne på VTE og søger lægehjælp, samt føler sig mindre bekymret om tilstanden: *"I was out of breath and I said to my partner, 'I think we are going to the hospital' without panic because I knew that it was something that could be rectified effectively."* (Mockler et al., 2012, p. 237).

Baddeley et al. (2021) har undersøgt effekten af at vise en informationsvideo om VTE i tillæg til skriftlig og mundtlig information om VTE ved en informationssamtale med en sygeplejerske, samt lade informationsvideoen være tilgængelig under kemoterapien på hospitalet. Studiet viste, at 4% af patienterne opfattede VTE som en vigtig komplikation før de havde set videoen, mens 80% af patienterne fandt VTE vigtig efter at have set videoen. Dette kan derfor tyde på, at en informationsvideo om VTE, i tillæg til skriftlig og mundtlig information, kan være en effektiv måde hvorpå patienter med kræft kan informeres om VTE. Endvidere resulterede visning af videoen i, at sygeplejerskerne i højere grad prioriterede at informere patienterne om risiko for udvikling af VTE, hvorfor implementering af en informationsvideo, udover at medvirke til at patienternes behov for information imødekommes, kan øge sundhedsprofessionelles opmærksomhed på risiko for VTE hos patienter med kræft (Baddeley et al., 2021).

7.2 Analyse af interviewundersøgelsen

I det følgende afsnit fremgår nedskrivelsen af den naive læsning, som er en eksplicitering af det, der berører specialeforfatterne i teksterne, og skal forstås som et umiddelbart udtryk for, hvad teksterne handler om. I den naive læsning rejses spørgsmål, der forsøges besvaret i den videre analyse og fortolkning. Endvidere fremgår strukturanalysen, hvor bevægelse fra, hvad der siges, til hvad der tales om, sker, og temaer dannes. Således skabes grundlag for videre fortolkning og diskussion, som tilsammen indgår i besvarelsen af problemformuleringens andet og tredje underspørgsmål.

7.2.1 Naiv læsning af interviewene

Det der umiddelbart berører i teksterne er, at de sundhedsprofessionelle er bekymrede for at overbebyrde patienterne med for meget information, da patienterne er i krise og skal modtage mange informationer om deres behandling og de mest almindelige bivirkninger før behandling kan igangsættes. De sundhedsprofessionelle gentager derfor informationerne i løbet af konsultationen. Dog giver patienterne udtryk for, at de godt kan overskue informationsmængden, men samtidig har patienterne svært ved at gengive, hvad de er blevet informeret om, når de bliver spurgt. Dette stemmer overens med at de sundhedsprofessionelle giver udtryk for, at patienterne glemmer information. Derfor opstår en undren om, hvorvidt de sundhedsprofessionelle kommunikerer med patienterne på en måde, der er forståelig for den enkelte patient. Informerer de sundhedsprofessionelle kun om de ting, som de vurderer patienten bør vide, og ikke de ting den enkelte patient ønsker at vide, siden patienterne ikke lader til at huske informationen? Hvad betyder den livskrise, som patienterne gennemgår, for kommunikationen?

De mest almindelige bivirkninger af kræftbehandlingerne lader til at omfatte feber som symptom på febril neutropeni, og generel forværring af patientens almentilstand. De sundhedsprofessionelle informerer derfor patienterne om at ringe til afdelingens akuttelefon, såfremt ovenstående opstår. De sundhedsprofessionelle informerer ikke om konkrete symptomer på VTE, og forventer at opfange symptomer herpå, hvis patienten ringer med generelt forværrede symptomer. Samtidig berører det, at nogle af de sundhedsprofessionelle ikke virker opmærksomme på associationen mellem VTE og kræftbehandlingerne, der tilbydes patienterne. Dette giver indtrykket af, at de sundhedsprofessionelle opfatter febril neutropeni som en mere alvorlig komplikation til kræftsygdommen, mens VTE opfattes som én af mange potentielle komplikationer. Det berører, at de sundhedsprofessionelle prioriterer at informere om konkrete symptomer på febril neutropeni, men ikke VTE. Hvorfor opfatter de sundhedsprofessionelle febril neutropeni som en alvorligere komplikation end VTE, når begge kan forebygges og i værste tilfælde have døden som følge?

De sundhedsprofessionelle fortæller, at de spørger patienterne, om de har spørgsmål undervejs og til slut i konsultationerne, og patienterne udtrykker, at de har god mulighed for at stille spørgsmål. Nogle patienter opsøger selv information, hvis de enten ikke er blevet informeret af de sundhedsprofessionelle eller ikke har forstået informationen, mens andre patienter ikke opsøger information selvstændigt, da de oplever at dette vil bringe mere forvirring end afklaring. Der opstår en undren om, hvorfor patienterne opsøger uddybende information selvstændigt, fremfor at spørge de sundhedsprofessionelle. Hvad kan være en barriere for at patienterne stiller de sundhedsprofessionelle spørgsmål under konsultationerne? Kan patienters health literacy være en begrænsning for deres kapacitet til at spørge, om dét de ikke forstår?

Patienterne udtrykker varierende informationsbehov, hvor nogle ønsker meget detaljeret information, og andre udtrykker at de kun vil informeres om det mest nødvendige, eller understreger at de ikke vil bekymres unødigt. Overvejende udtrykker patienterne, at der ikke er noget information som er vigtigere for dem end andet, og fortæller at de sundhedsprofessionelle må vide, hvad der er vigtigt for dem at få information om. Nogle patienter udtrykker, at de gerne vil have modtaget information om VTE fra de sundhedsprofessionelle, men at de ikke vidste noget om associationen med kræft. Andre udtrykker ikke behov for information om VTE. De sundhedsprofessionelle udtrykker bekymring over at skræmme patienterne med information om alvorlige komplikationer, som patienter med lungekræft *kan* udvikle, som eksempelvis VTE. Ydermere udtrykker en sundhedsprofessionel, at vedkommende ikke føler sig rustet til at informere om VTE. Dertil lægger de sundhedsprofessionelle vægt på at informere om akutte gener, hvorfor information om VTE først sker, hvis patienten mistænkes for at have udviklet VTE. En sundhedsprofessionel fortæller om en patient, som fik en VTE, og efterfølgende var frustreret over ikke at være blevet informeret. Dette giver indtrykket af, at sundhedsprofessionelle og patienter med lungekræft ikke kommunikerer om den enkelte patients behov for information om VTE. Det berører, at de sundhedsprofessionelle har antagelser om, hvad patienternes behov for information er, mens patienterne ikke helt er bevidste om, hvad de har behov for information om. Hvordan kan de sundhedsprofessionelle tilgodese den enkelte patients behov for information om VTE, hvis kommunikation herom ikke finder sted? Hvordan kan sundhedsprofessionelle tilgodese patientens individuelle behov, hvis patienten ikke selv er bevidst herom?

7.2.2 Strukturanalyse

I strukturanalysen fremkommer meningsenhederne i teksten gennem udvalg af citater. Ud fra meningsenheder søges at forklare hvad der tales om i interviewene, og derved fremkommer betydningsenhederne. På baggrund af betydningsenheder udledes temaer til videre fortolkning og diskussion (jf. afsnit 8.0). Strukturanalysen førte til fremkomsten af følgende tre temaer: **'VTE, én af mange', 'at skulle vide, hvad man ikke ved', 'balancen mellem at informere og at bekymre'**. Dette fremstilles for overskuelighedens skyld i tabel 15.

Informanternes citater er i det følgende skrevet med *kursiv* i anførselstegn "", og BLOKBOGSTAVER angiver toneleje, hvor der lægges tryk på ordet. Specialeforfatterenes præciserende ord er skrevet i klammer [], mens pauser i informanternes tale er angivet med (.). Udeladelse af ord i en sætning er angivet med tre punktummer Sproget i citaterne er bevaret, men der er sat komma og punktum, for at øge læsevenligheden.

Tabel 15 Strukturanalyse

Meningsenheder (Hvad der siges)	Betydningsenheder (Hvad der tales om)	Temaer
<i>"Men så har de HØRT det [information om behandlingen]. Og så når de får det at vide igen, jamen så er der ét eller andet der, der ringer." – SP6</i>	At gentage information.	VTE, én af mange.
<i>" ... Altså flere af de ting jeg har fået, der har også været papirer med så, så jeg så kunne læse ... " – P4</i>	At modtage og kunne læse skriftlig information.	
<i>"At man får bragt sit budskab videre, tror jeg, i et forståeligt sprog. Men igen, det er jo ikke altid de hører det der bliver sagt og at nogle gange får de jo noget helt andet ud af det, men derfor kommer der jo også det der på skrift, der er de vigtigste ting de kan tage med hjem ... " – SP4</i>	At informere på forskellige måder.	
<i>"Så tager hun [sygeplejersken] patienten med ud og så sidder de og snakker bagefter. ... så får de jo også lige mulighed for, hvis der dukker nogle ekstra spørgsmål op de ikke fik spurgt om, inde til lægesamtalen." – SP1</i>	At ansvarsfordelingen giver patienten mulighed for at stille spørgsmål til sygeplejersken, under deres samtale.	
<i>" ... Så det er også noget vi siger rigtig ofte. ... "Når i kommer hjem og læser alt det der materiale igennem, skriv ALLE spørgsmål ned ..." – SP6</i>	At opfordre patienten til at skrive spørgsmål ned.	
<i>"Men jeg havde jo så nogen med til at hjælpe med spørgsmål [kigger på pårørende og griner]" – P2</i>	At pårørende kan hjælpe med at stille spørgsmål og huske information.	
<i>" ... fordi man ikke selv kan følge med i når man sidder og snakker, så har jeg som regel min kone med som så noterer ned." – P4</i>		

<i>"... os sygeplejersker, tager patienterne med ... og sådan mere, det PRAKTISKE i det. Men vi gentager også MEGET af det lægen har sagt." – SP6</i>	At sygeplejersken gentager, hvad lægen har sagt.	
<i>"Jeg syntes at de [pårørende] spiller en vigtig rolle, dels fordi at det er god støtte og det er for patienten, og det er rigtig godt at der er flere der har hørt informationen, og så er de også tit brugbare ift. yderligere information, især for de patienter der ikke siger så meget selv, der er det der med hvor meget de kan osv." – SP3</i>	At pårørende er en god støtte for patienten, og kan hjælpe med at huske information.	
<i>"Det vil altid være individuelt ... Så jeg arbejder hvert fald ikke med en skabelon, men jeg kan skabe de her informationer ud fra samtalen efterfølgende, som kan systematiseres." – SP2</i>	At der ikke er en fastlagt procedure for samtals indhold.	
<i>"Altså jeg har nogle ting som jeg ved at jeg skal igennem uanset hvad deres behov er, men ellers er det meget hvad vej de [patienterne] også tager det ..." – SP3</i> <i>"Jeg tænker at de der SKAL-ting i første samtale, de er nødt til at ligge der, fordi det er det her information om behandling og bivirkninger og der hvor du får dit informerede samtykke ... den kan ikke flyttes, for det er hele forudsætningen for at man kan starte behandlingen." – SP3</i> <i>"Og så selvfølgelig skal vi informere om selve den onkologiske behandling og ... bivirkninger til behandlingen. Så patienten på et forhåbentligt velinformeret grundlag kan træffe beslutninger om det tilbud de ønsker at godtage." – SP1</i> <i>"... man har sine basisting man skal af med, og derefter er det meget hvad de [patienterne] har behov for." – SP3</i>	At information om behandling og bivirkninger skal gives, inden hensyn til patienten kan tages.	
<i>"Jamen den handlede om hvordan [jeg] skulle behandles og sådan noget." – P2</i>	At konsultationen omhandler behandling.	
<i>"... det er jo det der med hvor, hvor langt den er henne [kræften] ... hvad konsekvenserne er hver gang ... mulighed i andre baner, hvis det her stopper [effekten af behandlingen], og, det er sådan nogle ting der." – P4</i>	At have behov for at have information om prognose og behandling.	
<i>"... man kan jo ikke vide på forhånd om de får det, men de får at vide hvis der er nogen ændringer, så ring og snak med os. Altså det, det er i hvert fald sådan lidt jeg plejer at sige det. Hvis du oplever nogle nye ting så ring og så sige det til os og, og jeg siger, altså understreger det med, i hvert fald det med, med forværring af åndenød, at så skal de sige det. ..." – SP4</i>	At patienter skal kontakte Onkologisk Afdeling ved forværring af symptomer.	
<i>"hvis det er åndenød så er det vores opgave at og huske at det kan være øh, at det kan være lungeemboli eksempelvis." – SP2</i>	At have ansvar for at identificere VTE.	
<i>"... Og så er der også en [skriftlig information] om øh, om DVT ... Den går jeg egentlig ikke meget ind i ... jeg fortæller den er der og de skal læse den igennem, og hvis de har nogen</i>	At informere om VTE skriftligt.	

af de symptomer der står på den, så skal de kontakte os." – SP6		
"... Jeg tror i vores informationsmateriale, der står vist LIDT om risiko for blodpropper når man har kræft. Men det er mere sådan en parentesbemærket (.)." – SP1		
"... hvor mange og hvem læser alt den skriftlige information de får med hjem? Det er i hvert fald ikke alle der gør det. LANGT fra alle, ik'? Det må man også bare sige. Det orker de ikke. Eller, MANGE orker det ikke." – SP1	At mange patienter ikke læser den skriftlige information.	
"... jeg har ikke læst den fra enden til anden, den information. Men altså, der er sådan lige et sted hvor der er symptomerne på det, hvor jeg så siger "Jamen, det er de her (.) symptomer I skal være opmærksomme på." ... de skal selvfølgelig kontakte os hvis der, hvis der er noget. Men ellers så, nej, det [blodpropper] er altså ikke noget jeg går super meget ind i." – SP6	At sundhedsprofessionelle ikke prioriterer VTE.	
"... der står [i skriftlig information] det her med, forværring af din åndenød skal man reagere på, men ja (.) men der er ikke noget om det her med DVT." – SP4	At skriftlige informationer ikke indeholder information om VTE, men om ét af symptomerne på VTE.	
"Nej, det [blodpropper] har jeg ikke snakket med en læge [om], nej." – P1	Ikke at få information om VTE.	
"Jaaa [trækker på det], det er jeg jo helt sikkert [blevet informeret om VTE] ... hvad har jeg vidst i forvejen og hvad havde jeg fået af informationer?" – P3	Ikke at kunne huske, hvor man har fået information fra.	
"... eventualiteter, som en VTE jo er, det sker for mange, men vi ved jo ikke om det sker for alle, det vil vi ikke berøre, fordi det bliver alt for meget HVIS det her og HVIS det her." – SP3	At VTE er én af mange potentielle komplikationer der kan opstå.	
"Det [VTE] er én af mange, ikke? ... At der så kan komme blodprop i lungen, hjernemetastaser, knoglemetastaser, de kan få tværsnitsyndrom, alle mulige ting, det ridser vi ikke op som sådan nogle scenarier." – SP1		
"... Fordi man kan sige, kræften i sig selv kan give mange komplikationer, VTE er en af mange, ikke?" – SP5		
"... fordi for os i langt de fleste tilfælde er en blodprop i lungen jo lidt en bi-ting, vi giver noget blodfortyndende, også er vi videre, det andet [kræften] er det primære ... " – SP3	At kræften er den primære sygdom.	
"... hvis patienten præsenterer nogle symptomer hvor man TÆNKER det kunne være relevant at lave yderligere udredning, SÅ fylder det [information om VTE] ... Men det er ikke noget vi taler ekstra om, hvis ikke der er symptomer på det." – SP1	At VTE først bliver nævnt ved mistanke.	
"... deres fokus det er jo meget på, sådan konkret "Jamen, skal jeg dø nu?", "Hvor lang tid har jeg tilbage at leve i?"... Så det er jo det der fylder i sådan en samtale. Så hvad der	Ikke at informerer om eventualiteter, da eksistentielle	

eventuelt ekstra kan tilstøde, det bruger vi ikke tid på. ... det tager vi hen ad vejen, hvis de UDVIKLER symptomer på det.” – SP1	tanker fylder mere for patienten.	
”Øhm så man skal selekttere hvad er de, øh hvad er det vigtigste informationer man giver til patienter, og i det øhm, at de har en øget risiko for VTE (.) kan de måske ikke bruge så meget til, øh til i forhold til deres situation, fordi de prioriterer at lungekræft er måske lidt mere alvorlig, end at de har risiko for blodpropper.” – SP2	At sundhedsprofessionelle antager, at patienter ikke kan bruge information om VTE til så meget.	
” ... og det er jo heller ikke noget hvor de kan gøre så meget fra eller til selv, i virkeligheden, om de får en DVT eller ej, ja eller en lungeemboli” – SP5		
” ... Men det er svært, fordi altså ja, hvorfor nævner man feber, når man ikke nævner at de kan få hjernemetastaser og de kan få blodpropper og de kan få svampeinfektioner og alle de der ting, altså. Men så kan man jo blive ved i det uendelige hvis, hvis man skal informere om alt det potentielle der kan ske.” – SP4	At informere om én potentiel komplikation vil medbringe at skulle informere om alle potentielle komplikationer.	
” ... dels har vi jo ikke uanede muligheder, sådan tidsmæssigt, til at snakke om alle mulige komplikationer til en kræftsygdom ... ” – SP5	At tid er en begrænsning for at informere om alle potentielle komplikationer.	
” ... jeg har rimeligt travlt til de der ambulante kontroller, så jeg holder mig meget til det jeg selv skal sige og tager det patienten har, men går ikke udover det, hvis det kan undgås, fordi jeg er bange for at åbne for noget jeg ikke kan nå at få lukket igen.” – SP3	At der kun er tid til at informere om information der skal gives, og svare på patientens spørgsmål.	
” ... for mit vedkommende er der hvert fald ikke så meget tid til at snakke om andet end det mest presserende, fordi at de fleste patienter trods alt også er i en eller anden krise ... men det er egentlig ikke sådan noget jeg har gjort mig nogle tanker om, om man kunne snakke om det [VTE] her [opfølgende samtaler].” – SP3		
” ... tiden er god nok. De har jo også tid til at sætte af, men, men, men, jeg har ikke oplevet at de ikke har haft tid.” – P4	At tidsrammen for konsultationerne er passende.	
” ... vi har jo stort set en time, men det er så inklusiv lige at forberede lidt, og dikterer og sådan nogle ting. Og det syntes jeg er meget passende, og så har vi en halv time til opfølgningssamtaler, og det er jo tit også meget passende, men nogle gange er det jo for lidt, hvis der er nogle særlige ting, men altså i det store hele, ja.” – SP5		
” ... fordi sepsis er mere dødeligt sådan, altså det er noget man kan forebygge ved tidlige indsats ... det ved vi, vi virkelig kan gøre en kæmpe forskel ved at behandle med det samme, frem for at vente én eller to dage.” – SP4	At sepsis er dødeligt og tidlig indsats er vigtigt.	
” ... de hyppigste ting vi ser. De mest alvorlige ting. Det er jo sådan typisk det vi skal gøre opmærksom på. ... altså noget de potentielt kan dø af. Det kan de selvfølgelig også af en	At VTE ikke opfattes som en hyppig eller alvorlig bivirkning	

<i>lungeemboli, men igen det bliver nævnt; oplever du forværring i almentilstanden, forværring af åndenød, så skal vi høre fra dig.” – SP4</i>	på lige fod med andre bivirkninger.	
<i>” ... det [VTE] er egentlig heller aldrig noget jeg sådan har, har tænkt over at jeg skulle fortælle om ... ” – SP3</i> <i>”Noget, det tror jeg, det kan også være vane. Altså, men jo, vi har rigtig mange der får det [VTE].” – SP6</i>	Ikke at være opmærksom på at informere om VTE.	
<i>” ... Og så tror jeg det er vigtigt bare at nævne nogle få ting som vi ligesom skal (.) reagere på. Og igen, symptomer på lungeemboli er også noget af det der er nævnt så, så jeg synes på den måde bliver det jo lidt (.) dækket.” – SP4</i>	At symptomer på VTE bliver dækket af mere generelle symptombeskrivelser.	
<i>”Jamen altså det de mest har snakket om det er feber og diarre, og opkastning i forhold til, til, hvad man skal holde øje med.” – P4</i>	At blive informeret om feber og diarré.	
<i>”Det kan en DVT jo egentlig også [være livsfarligt]. ... Det ved jeg faktisk ikke. Det er ikke noget jeg sådan har tænkt over. Men det er nok og- altså, lægen fortæller altid om feber. De fortæller aldrig om DVT.” – SP6</i>	At lægens prioritering af feber påvirker hvad sygeplejersken tænker om alvorligheden af VTE.	
<i>” ... behandlingen kan give mange bivirkninger og dem er vi jo forpligtet til at fortælle en masse om, hvad de kan risikere, hvis de siger ja til den behandling, så det er der vi ligger vægten.” – SP5</i>	At bivirkninger ved behandlingen prioriteres.	
<i>” ... det er mest det her med bivirkningerne ... mest det her med feber og risikoen for febril neutropeni ... jeg lægger også vægt på det her med åndenød, hvis de oplever forværring eller sådan generelt forværring i deres almene tilstand, at så skal de ringe til os.” – SP4</i>	At der primært informeres om bivirkningerne feber og åndenød.	
<i>” ... hvis jeg sidder med nogen som jeg kan se, har behov for hjælp, eller har smerter eksempelvis, eller har behov for hjælp lige NU, så er det det vi har fokus på. Så skal vi nok tale om behandling, men lige nu har vedkommende behov for hjælp. Og det, det, det skal vi øhm hvad skal man sige prioritere.” – SP2</i>	At prioritere patientens akutte behov.	
<i>”Det ved jeg ikke rigtig om der egentlig er [association mellem kemoterapi og VTE], jeg tror i virkeligheden at hvis man får kemo der virker rigtig godt, på kræften, så er der formentlig en mindre risiko, men hvor godt det er undersøgt, det ved jeg faktisk ikke.” – SP5</i> <i>”... Altså, det er ikke fordi jeg sådan kan sige præcist hvor mange der får det osv., men bare at det er øget risiko.” – SP4</i> <i>”Så forventer jeg at de [lægerne] ved noget mere om det [VTE] ... Altså, vi har jo også nogen der har været på andre afdelinger, eller bare ved noget mere, fordi jeg stadigvæk er så ny en sygeplejerske.” – SP6</i>	At sundhedsprofessionelle ikke nødvendigvis har den fornødne viden om VTE.	

<i>"... jeg har brug for at vide fuldstændig hvordan står det til? At det ikke sådan bare er overfladisk ..." – P3</i>	At have behov for detaljeret information.	At skulle vide, hvad man ikke ved
<i>"Jamen altså, det bliver jo ikke bedre af at få mere information, andet end at du ved lidt hvad det drejer sig om [smågriner]." – P2</i>	At mere information ikke nødvendigvis gavner.	
<i>"... hun forstår mig og det er ikke, det går ikke hurtigt og den slags ting. ... Så kan jeg godt forstå hvad det drejede det hele forløb om, og sygdom." – P1</i>	At føle sig forstået og forstå informationen.	
<i>"... hvad har jeg gjort for at det skal ramme mig? Fordi man syntes jo at man har levet sundt og spist sundt og gjort alt muligt ikke?" – P3</i>	At have behov for en forklaring.	
<i>"... Der er også nogen der kommer ind og siger med det samme 'Jeg vil ikke høre noget. Jeg vil ikke vide noget.' ... De fleste patienter deltager i samtalen på ÉT eller andet niveau. Men der ER jo meget stor forskel på hvor meget de ØNSKER at vide." – SP1</i>	At sundhedsprofessionelle er opmærksomme på, at patienter har varierende informationsbehov.	
<i>"Vi har jo den helt stille tyste øh, thybo, som hvor bare konen hun siger alt ... Og så har vi jo dem som bare har, altså en hel A4-side skrevet ned med spørgsmål, altså. Og er meget engagerede og har læst utrolig meget på øh, internettet ... Der er MEGET forskel." – SP6</i>		
<i>"... Og nogen giver så selv udtryk for det, fra starten af. Eller også gør de henne i samtalen, kan man godt typisk godt SE, hvis folk er ved at være mættede med information og nogen siger selv 'Ej, nu kan jeg ikke høre mere.' ... man sikrer sig at de har forstået den VIGTIGSTE del af informationen." – SP1</i>	At vurdere om patienten kan rumme og forstå informationen.	
<i>"Vi læser meget øh patienten, og vi kan se om (.) man er MED, om vi har øjenkontakt, om de forstår hvad vi taler om. ... man får hurtig fornemmelse af øhm, de er med på det der skal foregå, og, og om de forstår alvorlighed af situationen eksempelvis." – SP2</i>		
<i>"... Så derfor vil samtalen selvfølgelig også tage udgangspunkt i hvad det er for en problemstilling PATIENTEN præsenterer. Hvad der er vigtigst for dem, SAMMEN med det andet [obligatorisk information]." – SP1</i>	At tage udgangspunkt i patientens behov.	
<i>"... man spørger altid om de øh føler sig velinformeret, om de har behov for at vide mere, om de har nogle spørgsmål." – SP2</i>	At spørge til patientens behov.	
<i>"... Der er nogen der har behov for at vide alt muligt om prognose, og bivirkninger, og hvad der kan ske ... Men så er der også andre der helst bare vil tage det som det kommer, og har ikke behov for så meget at vide ... Og så må de jo reagere hvis de syntes de har behov for det. De skal stadig vide om de typiske bivirkninger." – SP2</i>	At vurderer patienternes varierende informationsbehov på forskellige måder.	

"... Kan man mærke det er nogen der gerne vil vide det hele om det og de spørger meget detaljeret ind ... så fortæller man typisk også mere." – SP4 " ... hvis man beder patienterne om at fortælle en masse til at starte med, så kan man hurtigt spore sig ind på, om det er sådan nogle der er nede i alle detaljer og har brug for det, eller om det er sådan nogle der egentlig ikke har lyst til at høre en hel masse." – SP5		
"Nej de informerede mig godt men somme tider jeg tænker "årh har jeg også forstået det hele helt godt?" så kigger jeg lige på internettet, hvad de mener med den slags ting, også jeg har en god nabo, sådan der snakker jeg også med ... " – P1	At søge information andre steder, hvis man ikke er sikker på om man har forstået informationen.	
"Ja det ved jeg godt, men det [at søge på internettet] er forbudt for mit vedkommende ... Det gider jeg ikke." – P2	Ikke at ville søge information internettet.	
" ... så har man en opfølgende samtale, hvor det bliver ret tydeligt at de måske ikke har forstået noget så basic som at de ikke bliver raske af det ... det er ikke altid at patienterne har opfattet det rigtigt ... i nogle tilfælde er det nok en psykologisk forsvarsmekanisme" – SP5	At patienter ikke altid forstår den information som bliver givet.	
" ... hvis de spørger og gerne vil vide mere, jamen så prøver jeg da at fortælle om, altså sige det her med at der ER en øget risiko og du skal særligt være opmærksom på hvis det ene ben hæver op eller du får ondt i det ene ben eller det bliver misfarvet, eller du får øget åndenød eller brystsmerte, hjertebanken og sådan nogle ting. " – SP4	At sundhedsprofessionelle informerer om VTE, hvis patienter efterspørger det.	
"Så hvis de havde sagt det [VTE], så ville jeg nok vide ... hvad gør jeg når øh, hvad skal jeg forholde mig til ... og symptomer og sådan noget." – P4	At ønske viden om symptomer på VTE.	
"Jamen det [kommunikationen] har sådan set været godt nok, for har jeg bare spurgt, hvis der var mere" – P2	At kunne stille spørgsmål.	
" ... jeg ved ikke om der var noget der var vigtigere end andet. ... der var ikke noget bestemt der var vigtig." – P2	At noget information ikke er vigtigere end andet.	
" ... jeg havde sådan en patient, jeg havde set hver 3. uge, jeg ved ikke hvor længe. ... så forventer jeg egentlig også at, patienten har jo også, altså, kan jo også selv sige hvis der er noget der rører sig." – SP6	At tillægge patienten medansvar for at kommunikere.	
"... de tænker "Det er LÆGEN der ved noget om min krop. " og jeg tænker "Nej, det er DIG der ved noget om din krop. Det er DIG der ved om der er noget der ændrer sig, ikke?"... " – SP1	At kun patienten kan mærke, om noget ændrer sig i sin krop.	
"... altså så kan jeg godt være Fru Skrap. ... Altså, over for nogen patienter. Fordi øh, hvor jeg siger "Det er simpelthen ikke i orden", altså. "Du skal simpelthen ringe herind. ". Men det ville jeg jo aldrig sige til en jeg IKKE kender ... Og sådan er	At relationen med patienten har betydning for måden der kommunikeres på.	

det jo med alle, altså. Man siger jo ikke alt til folk man ikke kender.” – SP6		
”Og skulle ringe herud. Og det har nok været den sværeste del af, fordi det, det, det er jo tit om aftenen, og så er det jo afdelingerne, altså sengeafdelingerne jeg kommer i kontakt med, og de har tit enormt travlt om aftenen ... ” – P4	At finde det svært at kontakte afdelingen om aftenen, da der ofte er travlt.	
” ... de skal ringe ind hvis de får feber fordi det er der mange der ikke er gode til. ... der flere hvor de tænker ”Ej, det går nok over” ... Men det kan simpelthen være livsfarligt. Og det, det prøver vi altså at forklare dem, at de skal VIRKELIG være opmærksom på.” – SP6	At patienter ikke altid ringer når de har feber.	
” ... Altså, dét oplever vi rigtig ofte. At patienterne ikke vil være til besvær eller ”Det går nok over ” ... ” – SP6	At patienterne ikke vil være til besvær.	
” ... udfordringen er særligt ved lungepatienter er særligt at mange af dem har åndenød i forvejen ... for dem er det nok endnu sværere at mærke efter om de har åndenød. ... men måske så meget desto mere grund til, de kan jo nok godt mærke om de får det værre end de plejer at have det.” – SP3	At patienter med lungekræft kan have vanskeligt ved at identificere symptomer på VTE.	
”... Altså, nogle gange så scanner vi jo nok alt for mange, fordi der er ikke rigtig nogen nem måde at finde ud af det på. Altså, de kommer ind og siger de har åndenød, jamen det kan være alt muligt.” – SP4	At symptomer på VTE overlapper med andre tilstande.	
” Så der ER meget de skal forholde sig til. De ved jo ikke hvad kemobehandling, immunterapi og strålebehandling er. Alle de der begreber er jo NYE for folk, så der er meget der, skal forklares.” – SP1	At patienter skal forholde sig til meget ny information.	Balancen mellem at informere og at bekymre
” der var jo mange ting at forholde sig til ... jeg syntes ikke der har været noget information som jeg ikke har kunne fordøje” – P3	Ikke at føle sig overbebyrdet af information.	
” ... jeg kan ikke huske den [informationen], hvert fald, hvad de snakker med mig, det kan jeg ikke huske” – P1	Ikke at kunne huske hvad der blev talt om.	
”Hmm, det kan nok ikke gøres ret møj anderledes.” – P2	At acceptere mængden af information.	
” ... folk [på cancerforum.dk] er flinke til at give folk sådan et boost og sige ”ved du hvad, kæmp videre” ikke også? ”det er stærkt” og ”det er godt gået” og ”det skal nok blive godt” og ”ved du hvad, det der har hjulpet mig” osv. ... ” – P3 ” ... også kan man skrive sammen med andre, som har nogenlunde samme sygdom, og give gode råd og ”hvad har jeg oplevet?” og ”nu er jeg angst for det”” – P3	At få støtte og råd fra andre i samme situation.	
” ... kan jeg bidrage til noget der kan hjælpe andre, så er jeg glad for det, og jeg har fået rigtig meget tilbage, også af positive ting og sådan ”kæmp” og ”det er stærkt” og ”hvor har du været igennem rigtig mange ting” og osv. [rystende	At hjælpe hinanden i en krise.	

stemme], så ja. super sted [cancerforum.dk] og det kan jeg kun opfordrer til at andre gør" – P3		
"... mange er jo forvirret og ved ikke hvor de skal søge hjælpen og får måske heller ikke den bedste forklaring altså, ja og så er det jo stedet [cancerforum.dk] hvor man kan skrive ind "ved du hvad, jeg har fået den besked, jeg forstår ikke, forstår ikke hvad det betyder" fx ... et eller andet latinsk ord eller (.) hvis de ikke har formået at spørge lægen, så er det jo stedet, at man kan smide op "er der nogle der kan hjælpe mig?" " – P3	At søge hjælp hos andre i samme situation, når man ikke har forstået hvad lægen har sagt.	
"... hvis der er nogle der har meget svært ved at tage det hele ind lige nu, så nogle gange gør vi også det at vi booker en tid, en uge eller to efter, til en ny samtale..." – SP3 "Altså nogle gange kan man godt se på patienterne at de er så meget i chok over egentlig at de har fået diagnosen. Og, faktisk næsten ikke rigtig kan rumme og få flere informationer. ... der er så mange små informationer. Og til sidst kan man bare se der er sådan en klap der går ned ... " – SP6	At patienter i chok ikke kan rumme informationer.	
"... men selvfølgelig har man fået alle de der informationer ikke? og det kan selvfølgelig have været svært for nogle at kapere, fordi man måske også kommer til at, det kan være ligegyldig altså, fordi man sådan nærmest har sagt farvel til livet, altså." – P3	At have svært ved at rumme information i en livskrise.	
"... nogle er sådan meget afklaret ... andre er jo i fuld fornægtelse over hvad de står i lige nu, og det gør selvfølgelig også informationen sværere, hvis du sidder med en der ikke er klar til at tage imod ... " – SP3	At copingmekanismer kan begrænse patienters evne til at modtage information.	
"... Nu er der en plan og det her det er den, den skal være. De har fået nogen tider, de har fået nogen information om at de skal have taget nogle blodprøver og udfylde sådan et spørgeskema og altså, så øh (.) så er det som om "Nu går det." og så kan man godt snakke lidt mere ind om noget, på (.) anden behandling eller tredje behandling." – SP6	At patienter finder ro i en handlingsplan, som giver plads til at snakke om andre ting.	
"... altså, men det var det der fyldte altså, at nu var det slut, ikke?" – P3	Frygten for at skulle dø.	
"... det kan også virke lidt skræmmende for dem at vide om alle de mulige bivirkninger og puha hvordan bliver det, og øhm, man ER lidt bange." – SP2	At være bekymret over at inducere angst hos patienterne.	
"... hvis de er i krise, så ville jeg nok være endnu mere tilbageholden med at fortælle om de her mulige ting, de er i risiko for at opleve, ja." – SP3	At undgå at overbebyrde patienter i krise med informationer om mulige komplikationer.	
"Jeg siger jeg har det godt, og hvad skal de så sige? De skal ikke gøre mig bange [griner]" – P2	At information ikke skal inducere angst.	

<i>"... man skal også respektere at man ikke skal, bare pålægge alt mulige informationer, øh, på dem." – SP2</i>	Ikke at ville pålægge patienten unødigt information.	
<i>" ... de burde ikke være druknet i information, så har jeg i hvert fald ikke gjort det godt nok." – SP5</i>	At det er den sundhedsprofessionelles ansvar ikke at overbebyrde patienten med for meget information.	
<i>" ... som sagt der havde jeg jo den her patient for nyligt hvor de faktisk var ret frustreret over det her med at jeg tog det lidt sådan "du fik en blodprop, og det ser vi egentlig tit" "jamen, hvis vi ser det tit, hvorfor hører vi så ikke mere om det" hvor jeg tænkte sådan "jamen det er da også rigtigt", og måske med bedre information at man kunne reagere tidligere ... " – SP3</i>	At patienter som får en VTE, kan opleve frustration, hvis ikke de er blevet informeret på forhånd.	
<i>" ... det er heller ikke lang tid siden at jeg sad med en der lige havde fået en lungeemboli hvor de pårørende var lidt frustrerede over vi ikke startede AK, blodfortyndende behandling, når vi nu ved det sker tit ... " – SP3</i>	At nogle pårørende er frustrerede over ikke at være informeret om VTE.	
<i>"... altså nu du siger det der med at man kunne opdage det hurtigere, eller at patienten kunne opdage det hurtigere, at der er vi jo allerede sådan med nogle ting, hvis du får feber så skal du ringe så vi kan opdage det hurtigt, og hvis du får andre ting, der hvor vi giver immunterapi er de i risiko for at få noget i lungerne der også giver åndenød og det informerer vi jo også om, så det kunne godt være, at man, sidder jeg bare og tænker over nu, godt kunne putte det ind sideløbende med alt det andet, at vi ved at nogle er i øget risiko for blodpropper i lungen, så hvis du oplever åndenød, måske ville det ikke være så stor en ting at lægge til, i alt det andet." – SP3</i>	At det er muligt at informere om VTE i forbindelse med information om bivirkning som åndenød.	

8.0 Kritisk fortolkning og diskussion

I den strukturelle analyse er tre temaer fremanalyseret, som i følgende afsnit vil blive fortolket og diskuteret kritisk med henblik på at besvare specialets problemformulering. Kommunikation om VTE mellem sundhedsprofessionelle og patienter med lungekræft er et komplekst fænomen, hvorfor temaerne interagerer med hinanden og er ikke gensidigt ekskluderende. Det betyder at dele af fænomenet går igen på tværs af datamaterialet, men som Kari Martinsen siger, er man nødt til at starte et sted: "Man kan ikke sige alt på en gang. Det er en egenskab ved sproget, at man er nødt til ikke at sige alt, hvis man vil sige noget." (Martinsen, 2006, p. 28). Med inddragelse af interviewcitater fra både sundhedsprofessionelle og patienter med lungekræft muliggøres fortolkning af de specifikke oplevelser og perspektiver som gør sig gældende på Aalborg Universitetshospitals Onkologiske Afdeling. Endvidere vil der i den kritiske fortolkning og diskussion indgå fund fra litteraturstudiet samt anden litteratur og teori, hvormed de almene træk ved kommunikation om VTE mellem sundhedsprofessionelle og patienter med lungekræft vil belyses. Således er fortolkning og diskussion en dialektisk proces, der pendulerer mellem det specifikke og det almene. Endvidere konstituerer den kritiske fortolkning og diskussion ikke alle mulige fortolkninger af datamaterialet, men indeholder de fortolkninger som specialets forfattere finder stærkest argumentation for gennem inddragelse af relevant litteratur og teori.

8.1 VTE, én af mange komplikationer

I kommunikationen med patienterne opfordrer de sundhedsprofessionelle patienterne til at stille spørgsmål, de informerer både mundtligt og skriftligt, og de lægger vægt på at gentage informationerne: "Men så har de HØRT det [information om behandlingen]. Og så når de får det at vide igen, jamen så er der ét eller andet der, der ringer." – SP6. Det betyder, at de sundhedsprofessionelle har en opfattelse af, at gentagelse af informationen fremmer patienternes forståelse. At gentage informationen er ifølge Silverman et al. (2013) et karakteristikum ved effektiv kommunikation, som bør være en interaktiv proces, der først er afsluttet, når afsenderen modtager feedback om, hvordan informationen er forstået. Det er derfor positivt, at de sundhedsprofessionelle gentager informationen, og indgår i dialog med patienterne for sikre sig, at de føler sig velinformerede og har forstået budskabet. I den indledende konsultation skal de sundhedsprofessionelle ifølge Sundhedsloven §20 informere om behandling og bivirkninger uanset patienternes behov (Sundhedsloven, 2019), men de sundhedsprofessionelle forsøger også at tage hensyn til den enkelte patients behov: "Altså jeg har nogle ting som jeg ved at jeg skal igennem uanset hvad deres behov er, men ellers er det meget hvad vej de [patienterne] også tager det ..." – SP3. Det betyder, at sundhedsvæsenet stiller krav til kommunikationen mellem patienter og sundhedsprofessionelle, men

samtidig forsøger de sundhedsprofessionelle at gøre samtalen patientcentreret. De sundhedsprofessionelle skal derfor balancere mellem at tilgodese både sundhedsvæsnets krav og den enkelte patients behov. Lovpligtig information om behandling og bivirkninger skal kommunikeres før patienten kan afgive informeret samtykke:

"Jeg tænker at de der SKAL-ting i første samtale, de er nødt til at ligge der, fordi det er det her information om behandling og bivirkninger og der hvor du får dit informerede samtykke ... den kan ikke flyttes, for det er hele forudsætningen for at man kan starte behandlingen." – SP3

Dette vidner om, at de sundhedsprofessionelle opfatter information om behandling og bivirkninger, som information der *skal* formidles under første konsultation, for at de kan indhente informeret samtykke fra patienten. Hvad lovpligtig information om behandling og bivirkninger indebærer, er dog et tolkningsspørgsmål, da patienter i behandling for kræft er i risiko for mange bivirkninger og for at udvikle mange komplikationer (Karle et al., 2013; Wang et al., 2018). VTE er én af de komplikationer, patienter med kræft kan udvikle under kræftbehandling (Chew et al., 2008; Farge et al., 2019; Heit et al., 2016; Noble & Pasi, 2010; Otten et al., 2015), men er tilsyneladende ikke en af de bivirkninger de sundhedsprofessionelle opfatter som noget der *skal* informeres om inden påbegyndelse af behandling. Nogle sundhedsprofessionelle informerer nemlig slet ikke om VTE, mens andre informerer om VTE via skriftlige informationsbreve, hvor risiko for VTE nævnes som en kort bemærkning: *"... Jeg tror i vores informationsmateriale, der står vist LIDT om risiko for blodpropper når man har kræft. Men det er mere sådan en parentesbemærket (.)." – SP1*. Det indikerer, at information om VTE prioriteres lavt i det skriftlige informationsmateriale. At informere om VTE udelukkende på skrift kan være problematisk, da studiet af Woulfe et al. (2020) viser, at ikke alle patienter med kræft læser den skriftlige information, der udleveres. Denne erfaring har de sundhedsprofessionelle på Onkologisk Afdeling ligeledes:

"... hvor mange og hvem læser alt den skriftlige information de får med hjem? Det er i hvert fald ikke alle der gør det. LANGT fra alle, ik'? Det må man også bare sige. Det orker de ikke. Eller, MANGE orker det ikke." – SP1

Det betyder, at de sundhedsprofessionelle er bevidste om, at mange patienter ikke læser den skriftlige information, de udleverer til patienterne. Det kan synes paradoksalt, at de sundhedsprofessionelle benytter denne måde at kommunikere på, velvidende at mange patienter ikke kan overskue at læse informationen. Samtidig læser de sundhedsprofessionelle ikke selv informationsbrevet om VTE:

"... jeg har ikke læst den fra enden til anden, den information. Men altså, der er sådan lige et sted hvor der er symptomerne på det, hvor jeg så siger "Jamen, det er de her (.) symptomer I skal være opmærksomme på. ". ... de skal selvfølgelig kontakte os hvis der, hvis der er noget. Men ellers så, nej, det [blodpropper] er altså ikke noget jeg går super meget ind i." – SP6

Dette indikerer, at de sundhedsprofessionelle ikke lægger vægt på information om VTE. At de sundhedsprofessionelle ikke lægger vægt på at informere om VTE, og at VTE indgår i det skriftlige materiale som en kort sidebemærkning, kan betyde at patienterne ikke informeres tilstrækkeligt om VTE. Dette kommer til udtryk, når patienterne adspørges om de er informeret om VTE: *"Nej, det [blodpropper] har jeg ikke snakket med en læge [om], nej."* – P1. Det betyder, at patienten ikke er informeret om VTE, eller at patienten ikke kan huske informationen, hvilket kan være udtryk for ineffektiv kommunikation. Kommunikationen om VTE lader til at bære præg af en lineær proces, som ifølge Silverman et al. (2013) er karakteriseret ved at formidlerens ansvar er afsluttet, når informationen er afgivet, hvilket kan betyde at kommunikationen skaber unødigt usikkerhed hos modtageren. Det betyder, at de sundhedsprofessionelle ikke sikrer sig, at den enkelte patient føler sig informeret om VTE, og har forstået hvilke symptomer de skal reagere på, da de sundhedsprofessionelle ikke følger op på eller modtager feedback fra patienten om informationen. Hvis kommunikationen om VTE finder sted, tyder det således på, at kommunikationen i højere grad er en overlevering af information, hvormed de sundhedsprofessionelle overlader patienterne til sig selv, når det kommer til forståelse af information om VTE. Det risikeres derfor, at patienterne ikke får den nødvendige information, og dermed ikke er i stand til at reagere på symptomerne. Det tyder derfor på at kommunikationen om VTE, ikke tager afsæt i patienternes behov, men bygger i højere grad på strategisk kommunikation, fordi formålet er at informere fremfor at samtale (L. Jørgensen, 2021).

At de sundhedsprofessionelle ikke altid informerer om VTE, eller i bedste fald informerer kortfattet og skriftligt, kan give indtrykket af, at de sundhedsprofessionelle ikke opfatter VTE som en vigtig potentiel komplikation, som patienterne bør være opmærksomme på: *"Det [VTE] er én af mange, ikke? ... At der så kan komme blodprop i lungen, hjernemetastaser, knoglemetastaser, de kan få tværsnitsyndrom, alle mulige ting, det ridser vi ikke op som sådan nogle scenarier."* – SP1. Citatet vidner om, at for de sundhedsprofessionelle er VTE én potentiel komplikation af mange. I de sundhedsprofessionelles perspektiv er det ikke vigtigt at informere patienterne om at de kan udvikle VTE: *"... fordi for os i langt de fleste tilfælde er en blodprop i lungen jo lidt en bi-ting, vi giver noget blodfortyndende, også er vi videre, det andet [kræften] er det primære ..."* – SP3. Dette vidner om, at de sundhedsprofessionelle opfatter VTE

som noget sekundært, der blot behandles, hvorefter fokus kan ledes tilbage på det primære som er lungekræften. Denne opfattelse eksisterer også blandt nogle patienter, som oplever kræftsygdommen som dominerende (Mockler et al., 2012). Dog viser flere studier, at andre patienter med kræft oplever udvikling af VTE som endnu et tilbageskridt i deres helbredstilstand, som de skal håndtere oven i kræftsygdommen, hvilket bidrager til den psykiske belastning, de oplever som følge af at leve med en alvorlig sygdom (Font et al., 2018; Mockler et al., 2012; Noble et al., 2015, 2019). Derfor fremgår det problematisk, hvis de sundhedsprofessionelles opfattelse af VTE som noget sekundært i forhold til lungekræften dominerer i samtalen, da patienterne derved ikke får mulighed for støtte til at håndtere potentielle bekymringer:

”Øhm så man skal selekttere hvad er de, øh hvad er det vigtigste informationer man giver til patienter, og i det øhm, at de har en øget risiko for VTE (.) kan de måske ikke bruge så meget til, øh i forhold til deres situation, fordi de prioriterer at lungekræft er måske lidt mere alvorlig, end at de har risiko for blodpropper.” – SP2

Ovenstående citat vidner om, at nogle sundhedsprofessionelle antager på patienternes vegne, at de ikke kan anvende information om VTE til så meget, hvilket *ikke* stemmer overens med Mockler et al. (2012), som indikerer at patienter med kræft, som er informeret om VTE, i højere grad genkender og reagerer på symptomer på VTE. De sundhedsprofessionelle giver endvidere udtryk for, at der er mange potentielle komplikationer, patienter med lungekræft kan udvikle:

” ... Men det er svært, fordi altså ja, hvorfor nævner man feber, når man ikke nævner at de kan få hjernemetastaser og de kan få blodpropper og de kan få svampeinfektioner og alle de der ting, altså. Men så kan man jo blive ved i det uendelige hvis, hvis man skal informere om alt det potentielle der kan ske.” – SP4

Citatet vidner om, at grundet de sundhedsprofessionelles opfattelse af VTE som én af mange komplikationer, rationaliserer de fraværet af information om VTE med tanken om at, så skal de informere om *alle* mulige komplikationer. På trods af at både patienter og sundhedsprofessionelle giver udtryk for, at der overordnet er god tid ved konsultationerne, oplever de sundhedsprofessionelle dog, at tid er en begrænsning for at informere om VTE: *” ... dels har vi jo ikke uanede muligheder, sådan tidsmæssigt, til at snakke om alle mulige komplikationer til en kræftsygdom ... ” – SP5.* Citatet vidner om, at de sundhedsprofessionelles opfattelse af VTE som én af mange potentielle komplikationer, og at information om VTE bør medføre, at de informere om alle potentielle komplikationer, resulterer i en følelse af, at der

ikke er tid nok til at informere om VTE. I modsætning til VTE anser de sundhedsprofessionelle neutropenisk sepsis som værende en meget alvorlig komplikation til kræftbehandling, hvorfor de i samtalen med patienterne understreger, at patienterne skal kontakte afdelingen, hvis de får feber:

” ... fordi sepsis er mere dødeligt sådan, altså det er noget man kan forebygge ved tidlige indsats ... det ved vi, vi virkelig kan gøre en kæmpe forskel ved at behandle med det samme, frem for at vente én eller to dage.” – SP4

Dette indikerer, at sundhedsprofessionelle anser sepsis som mere dødeligt end VTE, og at det er vigtigt at forebygge sepsis med en tidlig indsats. Prioriteringen af information om neutropenisk sepsis ses ligeledes i flere studier, som viser at patienter med kræft overvejende informeres om risikoen for samt symptomer på sepsis, men ikke VTE (Khorana et al., 2007; Mockler et al., 2012). Symptomer på VTE ekspliciteres ikke på samme måde som symptomer på sepsis under samtalen:

” ... de hyppigste ting vi ser. De mest alvorlige ting. Det er jo sådan typisk det vi skal gøre opmærksom på. ... altså noget de potentielt kan dø af. Det kan de selvfølgelig også af en lungeemboli, men igen det bliver nævnt; oplever du forværring i almentilstanden, forværring af åndenød, så skal vi høre fra dig.” – SP4

Citatet vidner om, at de sundhedsprofessionelle ikke opfatter VTE som en af de mest alvorlige bivirkninger hos patienter med lungekræft, og at de sundhedsprofessionelle synes, at de informerer tilstrækkeligt om symptomerne på lungeemboli, ved at nævne at patienterne skal ringe hvis de oplever forværring af almentilstand. Dette fund stemmer overens med Baddeley et al. (2021), hvor de sundhedsprofessionelle ligeledes prioriterede at informere patienter med kræft om risikoen for og symptomerne på sepsis, idet de opfattede sepsis som den mest alvorlige bivirkning af kemoterapi. At sundhedsprofessionelle opfatter sepsis som en mere alvorlig komplikation under kræftbehandling end VTE kan være problematisk, da VTE er den hyppigste årsag til død udover kræftsygdommen i sig selv, og begge tilstande kan medføre død, som er forebyggelig ved tidlig indsats (Chew et al., 2008; Farge et al., 2019). Sundhedsprofessionelle bør derfor informere om VTE på lige fod med sepsis, hvilket er i overensstemmelse med Nobel et al. (2015).

At sundhedsprofessionelle opfatter information om VTE som mindre vigtig end information om sepsis kan skyldes vaner: *”Noget, det tror jeg, det kan også være vane. Altså, men jo, vi har rigtig mange der får det [VTE].”* – SP6. Det betyder, at de sundhedsprofessionelle ikke nødvendigvis er bevidste om, hvorfor de ikke altid informerer patienterne om VTE. Ubevidste handlinger og antagelser kan ifølge Mannion &

Davies (2018) være et udtryk for kulturen i sundhedsvæsenet, hvorfor ovenstående citat vidner om, at sundhedsprofessionelles prioritering af information om VTE, kan skyldes kulturen på Onkologisk Afdeling.

At sundhedsprofessionelle opfatter sepsis som vigtigere at informere om end VTE, kan dog ligeledes skyldes at nogle sundhedsprofessionelle ikke har tilstrækkelig viden om VTE. Selvom de sundhedsprofessionelle overvejende udtrykker kendskab til symptomerne på VTE og associationen med kræft, udtrykker nogle sundhedsprofessionelle tvivl om associationen mellem VTE og kemoterapi:

”Det ved jeg ikke rigtig om der egentlig er [association mellem kemoterapi og VTE], jeg tror i virkeligheden at hvis man får kemo der virker rigtig godt, på kræften, så er der formentlig en mindre risiko, men hvor godt det er undersøgt, det ved jeg faktisk ikke.” – SP5.

Dette indikerer, at sundhedsprofessionelle ikke nødvendigvis har tilstrækkelig viden om associationen mellem VTE og kemoterapi. At kemoterapi kan reducere risiko for VTE stemmer ikke overens med litteraturen, som viser at patienter med kræft, som får kemoterapi, er i øget risiko for at udvikle VTE (Heit et al., 2002; Khorana et al., 2007; Otten et al., 2015). Ydermere giver en sygeplejerske udtryk for, at vedkommende forventer at lægen har den fornødne viden om VTE, til at kunne informere patienten:

”Så forventer jeg at de [lægerne] ved noget mere om det [VTE] ... Altså, vi har jo også nogen der har været på andre afdelinger, eller bare ved noget mere, fordi jeg stadigvæk er så ny en sygeplejerske.” – SP6.

Dette tyder på, at sygeplejersker ikke nødvendigvis har den tilstrækkelige viden om VTE, og derfor ikke føler sig rustet til at informere patienterne om VTE. Dette fund ses ligeledes i studiet af Baddeley et al. (2021), mens Viale & Schwartz (2004) finder at sygeplejersker i overvejende grad kender til associationen mellem kræft, kemoterapi og VTE, men at de stadig oplever behov for mere uddannelse herom. Utilstrækkelig viden om VTE blandt sundhedsprofessionelle kan derfor bidrage til, at patienterne ikke informeres om VTE eller at kommunikationen om VTE reduceres til overlevering af skriftlig information.

8.2 At skulle vide, hvad man ikke ved

Interviewundersøgelsen vidner om, at patienter har varierende informationsbehov, eftersom nogle patienter har behov for direkte og detaljeret information om deres sygdom og behandling: *”... jeg har brug for at vide fuldstændig, hvordan står det til? At det ikke sådan bare er overfladisk ... ”* – P3, mens andre udtrykker behov for kun de mest nødvendige informationer: *”Jamen altså, det bliver jo ikke bedre af at få mere information, andet end at du ved lidt hvad det drejer sig om [smågriner].”* – P2. Citaterne

vidner om, at for nogle patienter, vil detaljeret information, om hvilke komplikationer der potentielt kan opstå, som eksempelvis VTE, opfylde deres behov for information, mens for andre patienter kan information om VTE, opleves som uønsket. Derfor bør de sundhedsprofessionelle udforske den enkelte patients behov for kommunikation om VTE. At patienter med kræft har varierende informationsbehov er i overensstemmelse med flere studier (Font et al., 2018; Mahé et al., 2020; Mockler et al., 2012; Noble et al., 2015, 2019). De sundhedsprofessionelle er opmærksomme på patienters varierende behov, når patienterne giver udtryk herfor:

" ... Der er også nogen der kommer ind og siger med det samme "Jeg vil ikke høre noget. Jeg vil ikke vide noget. " ... De fleste patienter deltager i samtalen på ÉT eller andet niveau. Men der ER jo meget stor forskel på hvor meget de ØNSKER at vide. " – SP1

Dette indikerer, at de sundhedsprofessionelle bliver bevidste om, at patienterne har forskellige behov for information og deltagelse i kommunikationen, men først når patienterne udtrykker deres behov. Under samtalen vurderer de sundhedsprofessionelle, hvorvidt den enkelte patient har forstået informationen:

"Vi læser meget øh patienten, og vi kan se om (.) man er MED, om vi har øjenkontakt, om de forstår hvad vi taler om. ... man får hurtig fornemmelse af øhm, de er med på det der skal foregå, og, og om de forstår alvorlighed af situationen eksempelvis." – SP2

Citatet vidner om, at de sundhedsprofessionelle bruger deres sanser, til at fornemme om den enkelte patient har forstået informationen, hvilket giver indtrykket, at konsultationerne i højere grad handler om overlevering af information end dialog med patienten. Det kan være problematisk, hvis de sundhedsprofessionelle udelukkende informerer uden at kommunikere, idet de sundhedsprofessionelle derved risikerer at overse patientens behov. Endvidere opfatter de sundhedsprofessionelle, hvor detaljeret information patienten har behov for, ved at være opmærksomme på hvorvidt patienten spørger ind til det, der tales om: *"... Kan man mærke det er nogen der gerne vil vide det hele om det og de spørger meget detaljeret ind ... så fortæller man typisk også mere."* – SP4. Dette vidner dog om, at de sundhedsprofessionelle tager udgangspunkt i den enkelte, og indgår i dialog med patienten, men først når patienten tager initiativ til dialogen. Ifølge Martinsen (2006) er en treleddet relation, når patienten og den sundhedsprofessionelle er fælles om et problem eller en sag, og relationen er karakteriseret af, at begge parter deltager og engagerer sig i samtalen, hvormed både patient og sundhedsprofessionel forsøger sig at tilegne sig dét, den anden siger. At tilegne er at høre, hvad den anden har at sige, og svare på det med nye spørgsmål (Martinsen, 2006). Når patienten stiller uddybende spørgsmål, og den

sundhedsprofessionelle svarer med mere detaljeret information, kan det således anses som et udtryk for, at der opstår en treleddet relation mellem dem, hvormed den enkelte patients behov og præferencer tilgodeses ved, at samtalsens omdrejningspunkt bliver de forhold, som patienten har behov for at snakke om. Dog er det ikke altid, at patienterne giver udtryk for eller stiller spørgsmål til den sundhedsprofessionelle, hvis de ikke har forstået informationen:

"Nej de informerede mig godt men somme tider jeg tænker "årh har jeg også forstået det hele helt godt?" så kigger jeg lige på internettet, hvad de mener med den slags ting, også jeg har en god nabo, sådan der snakker jeg også med ... " – P1

Det betyder, at patienterne ikke modtager den information, de har behov for, da patienterne kan forlade konsultationen med en sundhedsprofessionel, uden at spørge uddybende til forhold de ikke forstår, og derfor søger informationen andre steder. Når patienterne ikke deltager i samtalen eksempelvis ved at stille spørgsmål, kan det betyde, at en treleddet relation ikke etableres, hvormed dialogen ifølge Martinsen (2006) udebliver. De sundhedsprofessionelle har ligeledes af og til en oplevelse af, at nogle patienter ikke forstår informationen som tiltænkt:

"... så har man en opfølgende samtale, hvor det bliver ret tydeligt at de måske ikke har forstået noget så basic som at de ikke bliver raske af det ... det er ikke altid at patienterne har opfattet det rigtigt ... i nogle tilfælde er det nok en psykologisk forsvarsmekanisme" – SP5

Citatet vidner om, at de sundhedsprofessionelle ikke altid formår at tilpasse informationen til den enkelte patients behov, da patienters behov ifølge Silverman et al. (2013) kan ændre sig kontinuerligt, som følge af ændringer i konteksten. Det betyder at, hvad der var klart for patienten den ene dag, ikke er klart den anden dag (Silverman et al., 2013). Patienter kan derfor opleve deres informationsbehov som værende opfyldt på et givent tidspunkt, men stadig ikke føle sig tilstrækkeligt informeret senere i sygdomsforløbet, hvorfor de sundhedsprofessionelle kontinuerligt må udforske patientens behov for kommunikation på forskellige tidspunkter. Dette kræver dog nærvær og tilstedeværelse (L. Jørgensen, 2021), hvilket kan være vanskeligt for de sundhedsprofessionelle i et sundhedsvæsen hvor omkostningseffektivitet er centralt (Palumbo, 2021; Regeringen & Danske Regioner, 2019). Hvis patienten ikke svarer den sundhedsprofessionelle med spørgsmål, men forholder sig til dét, den sundhedsprofessionelle siger som et faktum, kan relationen blive toleddet, hvormed patient og sundhedsprofessionel ikke deler samme sag, og dermed ikke opnår en fælles forståelse (Martinsen, 2006). Det betyder, at kommunikationen i højere grad bliver til overlevering af information end dialog, og at patientens behov for information derfor ikke

bliver en fælles sag for både sundhedsprofessionel og patient. Det kan derfor være vanskeligt for den sundhedsprofessionelle at vurdere den enkelte patients behov for information, hvis patienten ikke deltager tilstrækkeligt i samtalen. Således har både patient og sundhedsprofessionel indflydelse på, om kommunikationen bliver en overlevering af information i en toleddet relation, eller om kommunikationen tager udgangspunkt i en fælles sag, hvormed relationen bliver treleddet. Omvendt kan det dog diskuteres, hvorvidt det er patientens ansvar at etablere en treleddet relation, når patienten gennemgår en livskrise. Endvidere kan det være vanskeligt for patienter at stille spørgsmål om medicinske forhold, som de ikke nødvendigvis ved noget om. En problematik opstår derfor, når de sundhedsprofessionelle forventer at patienterne spørger ind til VTE, hvis de vil have information herom:

” ... hvis de spørger og gerne vil vide mere, jamen så prøver jeg da at fortælle om, altså sige det her med at der ER en øget risiko og du skal særligt være opmærksom på hvis det ene ben hæver op eller du får ondt i det ene ben eller det bliver misfarvet, eller du får øget åndenød eller brystmerter, hjertebanken og sådan nogle ting. ” – SP4

Det betyder, at patienten selv skal tage ansvar for at få sit informationsbehov om VTE opfyldt. Eftersom patienter med kræft oplever psykisk belastning som følge af kræftdiagnosen, kan det dog være vanskeligt for patienter at stille spørgsmål under konsultationen (Mazor et al., 2015). Det er derfor problematisk, hvis de sundhedsprofessionelle forventer, at patienterne spørger ind til VTE, hvis de vil have information herom, da dette kan betyde, at patienterne ikke får informationen, og dermed ikke får mulighed for at kunne identificere og reagere på potentielle symptomer på VTE.

På trods af at de sundhedsprofessionelle giver udtryk for at VTE er en *”eventualitet”*, som ikke er vigtig at informere om (jf. afsnit 8.1), udtrykker nogle patienter, at de gerne vil have information om symptomer på VTE, hvis de vidste, at der var en risiko: *”Så hvis de havde sagt det [VTE], så ville jeg nok vide ... hvad gør jeg når øh, hvad skal jeg forholde mig til ... og symptomer og sådan noget.”* – P4. Citatet vidner om, at nogle patienter gerne vil have information om VTE, selvom de ikke spørger ind til det. Som det fremgår af problemanalysen, er lav funktionel health literacy udbredt blandt patienter med lungekræft, hvorfor en del af patienterne har begrænsede ressourcer og muligheder for at anvende og forstå sundhedsfaglig information (Koay et al., 2013; Nutbeam, 2008). Mazor et al. (2015) har fundet, at patienters evne til at lytte til sundhedsfaglig viden er associeret med deres kapacitet til at stille spørgsmål, hvorfor den sundhedsprofessionelle bør tage ansvar for at stille spørgsmål i patienternes favør, og sikre sig at patienten eksponeres for alle de informationer patienten har behov for. Det er dog ikke altid at de sundhedsprofessionelle gør dette:

"... jeg havde sådan en patient, jeg havde set hver 3. uge, jeg ved ikke hvor længe. ... så forventer jeg egentlig også at, patienten har jo også, altså, kan jo også selv sige hvis der er noget der rører sig." – SP6

Det betyder, at patienten gøres til medansvarlig for, hvad kommunikationen med den sundhedsprofessionelle skal handle om, uden nødvendigvis at være rustet til dette. Når de sundhedsprofessionelle ikke informerer om VTE, eller i bedste fald giver patienterne et informationsbrev, de måske ikke læser, er det vanskeligt for patienterne at udtrykke et behov for information, hvormed dialogen, som muliggør at den sundhedsprofessionelle opnår forståelse af den enkelte patients behov for information om VTE, udebliver. Et paradoks opstår således når de sundhedsprofessionelle placerer ansvaret for at bringe VTE op i samtalen på patienten, når patienten ikke besidder medicinsk viden herom, eller nødvendigvis har de fornødne kompetencer til at spørge uddybende til den skriftlige information, de *måske* har modtaget. De sundhedsprofessionelle giver endvidere udtryk for at anerkende patienten som ekspert i egen krop:

"... de tænker "Det er LÆGEN der ved noget om min krop." og jeg tænker "Nej, det er DIG der ved noget om din krop. Det er DIG der ved om der er noget der ændrer sig, ikke?"... " – SP1

Citatet vidner om, at de sundhedsprofessionelle forventer, at patienterne kan mærke, reagere og italesætte ændringer i deres krop. Det er på den ene side positivt, idet de sundhedsprofessionelle giver patienten mulighed for indflydelse på samtalen, således omdrejningspunktet *burde* tage udgangspunkt i patientens behov og præferencer. Men på den anden side kan det være vanskeligt for patienter med lav funktionel health literacy at indtage en aktiv patientrolle, da det kræver, at de kan italesætte, hvad de mærker på deres krop, og identificere, hvad de ikke ved. Såfremt patienten ikke formår at deltage aktivt i samtalen, informerer den sundhedsprofessionelle derfor i højere grad om, hvad de selv vurderer som vigtig information, fremfor for hvad der er vigtig information for patienten. Derfor risikerer sundhedsprofessionelle at overse den enkelte patients behov for information, hvis ikke patienten stiller uddybende spørgsmål under samtalen, hvilket betyder at patienterne ikke får den fornødne information til at kunne identificere og reagere på symptomer på VTE. Denne problematik har også betydning efter konsultationen, da patienterne informeres om at kontakte Onkologisk Afdeling, såfremt de får feber eller ved forværring af deres almentilstand. Igen stiller det at identificere symptomforværring og at ringe til afdelingen, krav til patientens health literacy, da patienten må være i stand til at omsætte informationen fra de sundhedsprofessionelle til forstå, hvilke symptomer de skal reagere på, og endvidere at kunne

identificere og reagere på disse symptomer. Derfor kan patienterne opleve en barriere for at ringe til afdelingen:

"Og skulle ringe herud. Og det har nok været den sværeste del af, fordi det, det, det er jo tit om aftenen, og så er det jo afdelingerne, altså sengeafdelingerne jeg kommer i kontakt med, og de har tit enormt travlt om aftenen ... " – P4

Citatet vidner om, at patienterne kan føle sig til besvær, hvis de ringer til den onkologiske akuttelefon, hvilket understøttes i studiet af Jørgensen et al. (2021), som finder, at ambulante patienter tager hensyn til de sundhedsprofessionelle, når de ringer til en onkologisk akuttelefon. Konsekvensen af ikke at ringe, kan betyde at VTE ikke diagnosticeres og behandles i tide, hvilket problematisk da øget dødelighed er forbundet hermed (Anand et al., 1998; Smith et al., 2010). På trods af at de sundhedsprofessionelle specifikt informerer patienterne om at reagere ved feber, oplever de alligevel, at patienter ikke kontakter dem rettidigt:

" ... de skal ringe ind hvis de får feber fordi det er der mange der ikke er gode til. ... der flere hvor de tænker "Ej, det går nok over" ... Men det kan simpelthen være livsfarligt. Og det, det prøver vi altså at forklare dem, at de skal VIRKELIG være opmærksom på." – SP6

Det betyder, at de sundhedsprofessionelle oplever, at patienterne ikke altid forstår alvorligheden af feber, på trods af at de sundhedsprofessionelle er meget opmærksomme på at understrege dette under samtaler med patienterne. De sundhedsprofessionelle giver imidlertid udtryk for, at den manglende reaktion kan skyldes at patienterne ikke vil være til besvær: *" ... Altså, dét oplever vi rigtig ofte. At patienterne ikke vil være til besvær eller "Det går nok over" ... " – SP6.* Citatet vidner om, at de sundhedsprofessionelle fortolker fraværet af reaktion som udtryk for, at patienterne ikke vil være til besvær. Dette betyder, at patienterne ikke nødvendigvis kontakter Onkologisk Afdeling, hvis de oplever symptomer. At patienterne beskytter de sundhedsprofessionelle på bekostning af deres egne behov for information ses ligeledes i studiet af Jørgensen et al. (2021). Dette kan betyde at VTE ikke identificeres rettidigt, og dermed potentielt leder til forebyggelige dødsfald. De sundhedsprofessionelle er bevidste om, at det kan være svært for patienter med lungekræft at identificere symptomer på VTE, da flere symptomer på VTE og lungekræft overlapper:

" ... udfordringen ved lungepatienter er særligt, at mange af dem har åndenød i forvejen ... for dem er det nok endnu sværere at mærke efter om de har åndenød. ... men måske så meget desto mere grund til, de kan jo nok godt mærke om de får det værre end de plejer at have det." – SP3

Det betyder at, på trods af de sundhedsprofessionelle er bevidste om, at det kan være vanskeligt for patienterne at identificere forværring af åndenød grundet symptomoverlap mellem VTE og lungekræft, forventer de sundhedsprofessionelle alligevel, at patienterne er i stand til at mærke forværring og reagere herpå. De sundhedsprofessionelle begrundet manglende fokus på information om VTE med, at patienterne informeres om generelt at reagere på forværring af almentilstanden. Dette er dog paradoksalt, idet de sundhedsprofessionelle oplever, at patienter ikke altid reagerer på et specifikt og målbart symptom som feber, da det må antages at kræve højere grad af health literacy, at kunne reagere på uspecifikke og generelle symptomer.

8.3 Balancen mellem at informere og at bekymre

Patienter med lungekræft modtager mange informationer om behandling og bivirkninger: *"Så der ER meget de skal forholde sig til. De ved jo ikke hvad kemobehandling, immunterapi og strålebehandling er. Alle de der begreber er jo NYE for folk, så der er meget der, skal forklares."* – SP1. Citatet vidner om, at de sundhedsprofessionelle er opmærksomme på, at patienter med lungekræft skal forholde sig til mange informationer. Imidlertid oplever patienterne dog ikke at mængden af information i konsultationen, er uoverskuelig: *"... der var jo mange ting at forholde sig til ... jeg syntes ikke der har været noget information som jeg ikke har kunne fordøje"* – P3. På trods af at patienterne oplever informationsmængden som værende overskuelig, har flere patienter vanskeligt ved at genkalde konsultationen med den sundhedsprofessionelle: *"... jeg kan ikke huske den [informationen], ... hvad de snakker med mig, det kan jeg ikke huske"* – P1. Det vidner om, at der muligvis er noget til hinder for, at patienterne kan modtage information på det pågældende tidspunkt. Dette understøttes af Koay et al. (2012), som fremfører at når samtalerne handler om kræftdiagnosticering eller når dårlige nyheder skal gives, er nogle patienter ude af stand til at modtage yderligere informationer, da deres følelsesmæssige respons hindrer forståelse af sundhedsfaglig information. Dette vidner om et dilemma, da patienterne på den ene side skal modtage mange informationer om behandling og bivirkninger, før at informeret samtykke kan afgives og behandlingen dermed igangsættes. På den anden side er det for mange patienter med kræft ikke muligt at kapere mange informationer på kort tid, midt i en livskrise (Koay et al., 2012). Dog forekommer det vanskeligt at informere om VTE på et senere tidspunkt i forløbet, da størstedelen af VTE-tilfælde sker i de første tre måneder efter kræftdiagnosen (Chew et al., 2008; Noble et al., 2015). Dette bidrager til dilemmaet, da information om VTE herved tilføjes til mængden af information, som patienterne i forvejen har vanskeligt ved at rumme.

Patienternes behov handler også om at modtage emotionel støtte:

"... folk [på cancerforum.dk] er flinke til at give folk sådan et boost og sige "ved du hvad, kæmp videre" ikke også? "det er stærkt" og "det er godt gået" og "det skal nok blive godt" og "ved du hvad, det der har hjulpet mig" ..." – P3.

Citatet vidner om, at patienterne har behov for indgydelse af håb samt råd og vejledning i, hvordan kræftsygdommen kan håndteres emotionelt. Ifølge Walshe et al. (2017) er det de sundhedsprofessionelles opgave ikke udelukkende at fokusere på kliniske aspekter i mødet med patienten, men også at tilgodese patientens behov for information om at håndtere sygdommen emotionelt, ved at være opmærksomme på patientens behov (Walshe et al., 2017). Patienters behov må derfor anses at favne bredere end blot sundhedsfaglig information, grundet deres livskrise, hvilket de sundhedsprofessionelle er bevidste om:

"Altså nogle gange kan man godt se på patienterne at de er så meget i chok over egentlig at de har fået diagnosen. Og, faktisk næsten ikke rigtig kan rumme og få flere informationer. ... der er så mange små informationer. Og til sidst kan man bare se der er sådan en klap der går ned ... " – SP6.

Citatet vidner om, at krisen og chokket patienterne gennemgår som følge af kræftdiagnosen, kan hindre at patienten kan rumme informationerne, hvilket kan være synligt for de sundhedsprofessionelle. Dette betyder, at patienterne reelt ikke er i stand til at kapere al informationen grundet deres situation. Denne bekymring synes velbegrundet, da en patient giver udtryk for, at det for nogle kan være vanskeligt at overskue:

"... men selvfølgelig har man fået alle de der informationer ikke? Og det kan selvfølgelig have været svært for nogle at kapere, fordi man måske også kommer til at, det kan være ligegyldig altså, fordi man sådan nærmest har sagt farvel til livet, altså." – P3.

Dette indikerer, at patienter kan have svært ved at rumme informationer midt i en livskrise, da det at miste håbet fylder mere. For patienterne kan fortvivlelsen derfor fylde meget: *"... altså, men det var det der fyldte altså, at nu var det slut, ikke?" – P3.* Citatet vidner om, at eksistentielle bekymringer om liv og død kan overskygge patientens behov for sundhedsfaglig information. De sundhedsprofessionelle udtrykker bekymringer om at øge den emotionelle byrde, det er at have lungekræft, og at overbebyrde patienterne med informationer ved at informere om VTE: *"... det kan også virke lidt skræmmende for dem at vide om alle de mulige bivirkninger og puha hvordan bliver det, og øhm, man ER lidt bange." – SP2.*

Dette vidner om, at de sundhedsprofessionelle må balancere mellem at informere, således patienterne kan identificere og reagere på potentielle symptomer, og ikke at bekymre eller gøre patienten unødigt bange. Denne bekymring forstærkes, hvis de kan se at patienten, er i krise: ”... *hvis de er i krise, så ville jeg nok være endnu mere tilbageholden med at fortælle om de her mulige ting, de er i risiko for at opleve, ja.*” – SP3. Endnu en bekymring der er velbegrundet, da en patient udtrykker: ”*Jeg siger jeg har det godt, og hvad skal de så sige? De skal ikke gøre mig bange [griner]*” – P2. Det betyder, at nogle patienter ikke ønsker information, der kan bekymre dem, hvilket information om VTE potentielt kan. Et fund der understøttes af studiet af Mahé et al. (2020), som viser at nogle patienter oplever, at det er en fordel *ikke* at vide noget, da frygt for at udvikle endnu en potentiel dødelig sygdom derved undgås. Flere studier viser dog, at VTE er en psykisk belastende oplevelse for patienter med kræft, som forstærkes af ikke at være forberedt på at udvikling af VTE er en risiko (Font et al., 2018; Mockler et al., 2012; Noble et al., 2015, 2019). På den ene side kan information om VTE påføre unødigt psykisk belastning hos patienter som *ikke* udvikler en VTE, men på den anden side kan information om VTE reducere den psykiske belastning hos patienter som *får* en VTE. At de sundhedsprofessionelle *vælger* ikke at informere om VTE, kan anses som en paternalistisk tilgang til patientinddragelse, da paternalisme ifølge Vallgård et al. (2014) er kendetegnet ved at der blive truffet et valg for personen, med henblik på at gavne vedkommende, uafhængigt af hvorvidt vedkommende ønsker dette. De sundhedsprofessionelle forsøger imidlertid at imødekomme patienternes autonomi: ”... *man skal også respektere at man ikke skal, bare pålægge alt mulige informationer, øh, på dem.*” – SP2. Citatet vidner om, at de sundhedsprofessionelle respekterer patienternes ret til ikke at ville informeres, og dermed at undgå at bekymre patienten unødigt. Balancen mellem, at respektere patientens autonomi og ikke at påføre patienten unødigt bekymring anses som et centralt etisk dilemma i kommunikationen mellem sundhedsprofessionelle og patienter (Gillon, 1994). Det fremgår problematisk at respektere den enkelte patients ret til ikke at blive informere om VTE, hvis det betyder at de sundhedsprofessionelle antager at *ingen* patienter vil informeres om VTE. Ved at træffe valget om hvorvidt patienten skal informeres om VTE uden at inddrage den enkelte patient, risikerer de sundhedsprofessionelle at påføre unødigt psykisk belastning på patienter, som udvikler VTE, som kunne have haft gavn at være informeret forinden. En sundhedsprofessionel beretter om en oplevelse, hvor konsekvensen af *ikke* at informere patienter om VTE belyses:

”... *som sagt der havde jeg jo den her patient for nyligt hvor de faktisk var ret frustreret over det her med at jeg tog det lidt sådan "du fik en blodprop, og det ser vi egentlig tit" "jamen, hvis vi ser det tit, hvorfor hører vi så ikke mere om det" hvor jeg tænkte sådan "jamen det er da også rigtigt", og måske med bedre information at man kunne reagere tidligere ...*” – SP3.

Citatet vidner om, at der kan være forskel på hvad sundhedsprofessionelle vurderer er vigtig information, og hvad patienten finder vigtigt at vide. Derfor kan de sundhedsprofessionelles forsøg på at undgå at inducere angst eller at overbebyrde patienten med information betyde, at patientens informationsbehov ikke tilgodeses, hvilket kan resultere i frustration over ikke at være informeret om VTE. Sundhedsprofessionelle bør derfor være opmærksomme på den enkelte patients informationsbehov, frem for at formode at ingen patienter ønsker information om VTE.

9.0 Metodediskussion

I følgende afsnit diskuteres specialets anvendte metoder, som udgøres af den systematiske litteratursøgning og interviewundersøgelsen. Metodediskussionen har til formål at gøre specialets metodiske styrker og svagheder transparente.

9.1 Diskussion af studiedesign

I den kvalitative forskningstradition er der en begrænset typologi i henhold til studiedesigns, hvorfor forskning ofte beskrives i brede kategorier (Maxwell, 2012). Disse typologier kan kritiseres for ikke tilstrækkeligt at omfavne den kvalitative forskningsproces, hvor dataindsamling og -analyse, revidering af problemformuleringer, og udarbejdelse af resultater, foregår sideløbende med hinanden (Maxwell, 2012). Derfor blev specialets studiedesign på baggrund af Maxwells (2012) Interaktive Model for at sikre kongruens mellem undersøgelsens delkomponenter, hvilket anses som en styrke, da kongruens øger studiets validitet (Maxwell, 2012).

Observation indgik ikke som dataindsamlingsmetode, men blev anvendt til at specialets forfattere kunne få indblik i kommunikationen mellem sundhedsprofessionelle og patienter med lungekræft, således konteksten kunne beskrives. Studiedesignet kunne dog have været udformet som det Merriam & Tisdell (2016) definerer som et *basic qualitative study*, hvor observation kunne indgå som dataindsamlingsmetode i tillæg til interview. Observation kan ifølge Merriam & Tisdell (2016) bidrage med viden om interaktionen mellem mennesker, og de subtile handlinger som mennesker ureflekteret deltager i. Observation kunne derfor have bidraget med at indsamle viden om ubevidste handlinger, der foregår mellem de sundhedsprofessionelle og patienterne, som derfor ikke italesættes i interviewene. Dette kunne tillade specialets forfattere at få indsigt og forståelse af dele af kommunikationen, som hverken de sundhedsprofessionelle eller patienterne er bevidste om, hvilket kan formodes at kvalificere datamaterialet yderligere, da en dybere forståelse af fænomenet kunne opnås.

9.2 Diskussion af den systematiske litteratursøgning som metode

9.2.1 Søgestrategi

Søgestrategien blev udarbejdet i samarbejde med en informationsspecialist fra Aalborg Universitets bibliotek, hvilket anses som en væsentlig styrke for specialet, da dette har bidraget med at kvalificere søgningerne. Søgestrategien tog udgangspunkt i en fokusliste, hvori der indgik fire facetter, der dannede grundlaget for udarbejdelsen af søgeprofilerne, der blev anvendt på de fire databaser. I den indledende søgning blev nøgleord og begreber, der anvendes i relevante artikler, identificeret, hvorfor specialets

forfattere har opnået et grundigt kendskab til den anvendte terminologi i forskningslitteraturen. Dette kendskab kunne anvendes til identifikation af synonymer for søgeprofilerne (Lund et al., 2014), hvilket er en styrke for søgningen. Eksempelvis kan *sundhedsprofessionel* dække flere professioner, hvorfor mere konkrete synonymer som *sygeplejerske* blev anvendt, hvilket medførte at søgningernes resultater var mere relevante. Anvendelse af fire databaser med forskellige faglige fokusområder anses som en styrke, da dette bidrog med et nuanceret indblik i den tilgængelige forskningslitteratur. Der blev udført eksplorative søgninger på PsycINFO og Sociological Abstracts da de faglige fokusområder anses som værende relevante for specialets formål. Dog viste søgningerne i disse databaser ikke relevante artikler, hvorfor databaserne blev fravalgt. Anvendelse af andre databaser kunne potentielt have bidraget yderligere til det flervidenskabelige perspektiv, og derved andre relevante studier.

Søgningerne på patientperspektivet resulterede i få, men relevante resultater, hvorfor præcisionen kan siges at være høj. Fordelen ved høj præcision er, at kun få resultater er irrelevante, mens ulempen er at risikoen for at overse relevante artikler er til stede (Lund et al., 2014). En styrke ved søgningen på patientperspektivet er derfor, at mange resultater var relevante, mens en svaghed er, at der er risiko for at andre relevante resultater ikke blev fundet. Dog blev forskellige grader af præcision afprøvet i de eksplorative søgninger, hvorfor det vurderes at risikoen for at relevante artikler ikke er fundet, er minimal. Søgningerne på de sundhedsprofessionelles perspektiv resulterede i flere resultater, men kun få var relevante, hvorfor genfindingen kan siges at være høj. Fordelen ved høj genfinding er, at risikoen for at overse relevante artikler er reduceret, mens ulempen er, at søgningen medfører meget støj (Lund et al., 2014). En styrke ved søgningen på de sundhedsprofessionelles perspektiv er derfor, at risikoen for at overse relevante resultater er lille. Samlet set tyder resultatet af den systematiske litteratursøgning på, at kommunikation om VTE mellem sundhedsprofessionelle og patienter med lungekræft er et relativt uudforsket felt, hvor særligt de sundhedsprofessionelles perspektiv fremgår mindre undersøgt.

9.2.2 In- og eksklusionskriterier

Termen *kommunikation* blev ikke anvendt i søgestrategien, da denne blev vurderet til at bidrage med for meget støj, hvorfor det anses som en styrke, i stedet at anvende *kommunikation om VTE* som inklusionskriterie. Hertil blev det vurderet i udvælgelsen af studierne, hvorvidt kommunikation indgik i et tilstrækkeligt omfang. Yderligere var det et inklusionskriterie, at patienter med lungekræft skulle indgå i studiepopulationen. Dog foreligger der en svaghed i dette inklusionskriterie, da potentielt relevante artikler som ikke indeholdt patienter med lungekræft, men derimod andre kræfttyper, blev fravalgt. Dette blev gjort i et forsøg på at specificere litteraturstudiet til specialets målgruppe. Dog blev der ikke

differentieret mellem kræfttyper i litteraturstudiets analyse, hvorfor frasorteringen på baggrund af kræfttype i selektionsprocessen fremgår unødvendig. Dette anses som en svaghed i litteraturstudiet, da potentielt relevant artikler kan være frasorteret. For eksklusionskriterier blev det besluttet ikke at anvende studier hvori der udelukkende blev undersøgt behandlingstilgange og compliance i relation til behandlingen, hvilket anses som en styrke, da disse studier ikke belyser de ønskede perspektiver på kommunikation. En svaghed ved de opsatte eksklusionskriterier er, at der udelukkende blev anvendt studier på engelsk, dansk, norsk eller svensk, hvorfor potentielt relevante studier blev frasorteret, grundet sproget. Anvendelse af studier på andet sprog, ville dog kunne medføre en potentielt større svaghed, hvis specialets forfattere utilstrækkeligt fik oversat studierne, da dette ville påvirke kvalitetsvurderingen samt fortolkningen af studiets resultater.

9.2.3 Udvælgelse af artikler

Den samlede udvælgelse af relevante artikler var et produkt af intersubjektiv vurdering, hvilket ifølge Lund et al. (2014) styrker litteraturstudiets interne validitet, idet forskelle i udvælgelse af artikler identificeres og løses ved diskussion i plenum. En svaghed ved litteraturstudiet var dog, at 1968 artikler blev ekskluderet på baggrund af titel, hvorfor frasortering af relevant forskningslitteratur kan være forekommet, såfremt titlerne ikke har afspejlet studiets indhold tilstrækkeligt. For at imødekomme denne svaghed, har specialets forfattere konsekvent medtaget artikler til læsning af abstract, hvis der var tvivl om artiklens relevans. Dog kan mængden af ekskluderede artikler på baggrund af abstract ligeledes skyldes støj i søgningen.

9.2.4 Kvalitetsvurdering af artikler

Kvalitetsvurderingen af artikler med brug af vurderingslister ekspliciterer kvaliteten af evidensgrundlaget, som både den tematiske analyse samt kritisk fortolkning og diskussion bygger på, hvorfor dette anses som en styrke. En svaghed ved at anvende vurderingslister er dog, at kun de aspekter af studierne, som indgår i vurderingslisterne, kvalitetsvurderes. Dette er dog søgt imødekommet ved at anvende generelle kvalitetskriterier med udgangspunkt i Kitto et al. (2008) for kvalitative studier, og Bryman (2016) for kvantitative studier. I vurderingslisterne fra JBI angives ikke en fastlagt rangering, hvilket er en ulempe, da specialets forfattere derfor på egen hånd måtte foretage en samlet vurdering med henblik på at vurdere vægtningen af det enkelte studie i analysen. Anvendelse af andre vurderingslister kunne derfor have givet et andet resultat af kvalitetsvurderingen. Dog kan det anses som en styrke for validiteten af litteraturstudiet, at specialets forfattere i fællesskab måtte diskutere sig frem til en samlet vurdering af artiklerne, da resultatet af kvalitetsvurderingen dermed er et produkt af forskertriangulering.

JB1 har ikke udarbejdet en vurderingsliste for et mixed-method studie, hvorfor kvalitetsvurderingen af Baddeley et al. (2021) blev gjort ved at identificere henholdsvis den kvantitative samt kvalitative metode i studiet, for herefter at lave en samlet vurdering. En ulempe herved er, at der ikke laves en samlet vurdering af mixed-method studiet, hvorved studiets delkomponenter spiller sammen, ikke kvalitetsvurderes. Til dette formål kunne der med fordel have været anvendt en mixed-method vurderingsliste, som eksempelvis McGill University har udarbejdet (Hong et al., 2018).

Det oprindelige PELICAN studie af Simon Noble (2015) udgjorde fundamentet for fire tilsvarende studier, som blev udført i andre kontekster (Font et al., 2018; Mahé et al., 2020; Noble et al., 2019; Woulfe et al., 2020). At studierne har samme formål samt er udført i varierende kontekster, bidrager til at studierne kan supplere hinanden, eftersom de kulturelle og strukturelle forskelle kan belyse forskellige nuancer af problemstillingen.

9.2.5 Analysestrategi

En styrke ved analyse af forskningsartiklerne er, at Braun & Clarkes (2006) tematiske analysestrategi blev anvendt, idet analysestrategien bidrog til systematisk og struktureret analyse af datamaterialet. Analysestrategien er fleksibel i sin tilgang (Braun & Clarke, 2006), hvorfor det har været muligt at analysere både kvalitative såvel som mixed-method studier, hvormed den samlede analyse har bidraget med en nuanceret besvarelse af første underspørgsmål. Analysestrategiens fleksibilitet kan ifølge Braun & Clarke (2006) være en fordel, idet metoden tillader mange analytiske muligheder, og dermed potentielt flere betydninger af datamaterialet, men også en ulempe, idet de mange muligheder kan paralisere forskeren. For specialegruppen har analysestrategiens fleksibilitet imidlertid været en styrke, idet forfatterne forskellige perspektiver på den analytiske proces, har bidraget til interne diskussioner som har medført i refleksion og øget fælles forståelse af analysen. Den tematiske analysestrategi tillader induktiv kodning af datamaterialet (Braun & Clarke, 2006), hvilket har været en styrke for specialet, da datamaterialet dermed har været styrende for identificering af temaer. En kritik af den induktive tilgang i den tematiske analyse, kan dog være, at kodningen har haft deduktive elementer, idet specialegruppens forforståelse af genstandsfeltet har været formet af bekendtgørelse med de fremanalyserede temaer i forskningsartiklerne som følge af flere gennemlæsninger inden påbegyndelse af den tematiske analyse. Endeligt fremstår en risiko for overfortolkning som en svaghed ved den tematiske analyse, da indholdet i de kvalitative undersøgelser allerede er tematisk analyseret af artiklernes forfattere. For at reducere risikoen for overfortolkning er artiklernes resultater derfor analyseret så tekstnært som muligt.

9.3 Diskussion af interview som metode

9.3.1 Rekruttering af informanter

Strategien for rekruttering af informanter var snowball sampling, som ifølge Merriam & Tisdell (2016) er en type af purposeful sampling. En styrke ved purposeful sampling er, at alle informanterne kunne bidrage med informationsrige beskrivelser af deres oplevelser med genstandsfeltet (Merriam & Tisdell, 2016), hvorfor denne rekrutteringsstrategi bidrog med informanter, der kunne fortælle om deres perspektiver på kommunikation om VTE mellem sundhedsprofessionelle og patienter med lungekræft. De sundhedsprofessionelle på Onkologisk Afdeling var gatekeepere for adgang til patientgruppen, hvilket har været endnu en styrke for interviewundersøgelsen, idet patienter med lungekræft uden VTE, ikke har været tilgængelig på anden vis. Endvidere har de sundhedsprofessionelle kun rekrutteret patienter med en tilstrækkelig helbredstilstand og overskud til at deltage i et interview, hvilket har bidraget med fyldestgørende beskrivelser af deres oplevelser med kommunikationen. Rekruttering af de sundhedsprofessionelle forløb hensigtsmæssigt efter kontakt via e-mail eller direkte henvendelse til dem på afdelingen. Planlægningen af tid og sted for interviewene var med udgangspunkt i informantens præferencer. Dette anses ligeledes som en styrke i rekrutteringen af både patienter og sundhedsprofessionelle, da tidspunkt og placering kunne besluttet i fællesskab, således ingen informanter gik tabt grundet praktiske barrierer. En svaghed ved interviewundersøgelsen er dog, at maksimum variation i rekruttering af informanter, ikke blev opnået, da maksimum variation ifølge Merriam & Tisdell (2016) bidrager med øget overførbarehed i undersøgelsen. Inklusion af patienter med lungekræft, som *har* udviklet en VTE, kunne have bidraget med nuancer til fortolkningen af patienters behov for information om VTE, herunder konsekvenserne af utilstrækkelig kommunikation om VTE. Derfor er det en svaghed i rekrutteringen af patienter, at kun patienter med lungekræft, som ikke har haft VTE, er inkluderet. Endvidere er en svaghed, at de sundhedsprofessionelle som gatekeepere har vurderet hvilke patienter, der har været egnede til at deltage, hvilket formodes at have påvirket rekrutteringen, således patienter med en bedre helbredstilstand og overskud til at deltage i undersøgelsen kan være overrepræsenteret. Det betyder, at specialet ikke nødvendigvis har høj overførbarehed til patienter med ringere helbredstilstand og mindre overskud. Grundet travlhed på afdelingen var det udfordrende for de sundhedsprofessionelle at deltage i interview samt bidrage til rekruttering af patienter, hvilket har været en ulempe, idet dette kan have haft betydning for det samlede antal informanter i specialet.

Rekruttering, dataindsamling og -analyse blev udført i en iterativ proces, hvorfor det var muligt at identificere datamætning såfremt dette punkt blev nået. Hvornår datamætning er opnået, er

omdiskuteret indenfor kvalitativ forskning, hvorfor der ikke er entydighed omkring dette begreb (Gentles et al., 2015; Morse, 2015; Vasileiou et al., 2018). Ifølge Moser & Korstjens (2018) er datamætning opnået, når nye interview ikke tilføjer ny viden til analysen, mens Morse et al. (2002) påpeger at datamætning opnås, når data er tilstrækkelige til at afdække alle aspekter af det undersøgte fænomen. Endvidere har datas informationsrigdom, diversitet i informantgruppen samt omfanget af fænomenet, der undersøges, betydning for, hvor mange interview der må udføres, for at opnå tilstrækkelig viden om fænomenet (Moser & Korstjens, 2018; Vasileiou et al., 2018). Derfor er spørgsmålet om, hvorvidt datamætning er opnået, en intersubjektiv vurdering, der bliver gjort af undersøgelsens forfattere (Moser & Korstjens, 2018). Graden af datamætning blandt de sundhedsprofessionelle vurderes højere end blandt patienterne, da de sidste interview af de sundhedsprofessionelle bidrog med færre nye nuancer til analysen, sammenlignet med interview af patienter. Dog kunne flere interview med sygeplejersker formentlig bidrage med flere nuancer. Interviewene med patienterne bidrog med varierende perspektiver på kommunikation og informationsbehov, hvor en mindre del af det sagte gik igen på tværs af flere interview. Dette kan skyldes at patienternes oplevelser er baseret på deres personlige erfaringer med kommunikationen, hvorfor diversiteten i deres perspektiver på problemstillingen potentielt er større. Alle interview bidrog med ny viden eller nuancer på kommunikationen om VTE, hvorfor det vurderes at specialet samlet set ikke har formået at opnå fuld datamætning hos hverken de sundhedsprofessionelle eller patienter med lungekræft.

9.3.2 Udarbejdelse af interviewguide

En styrke i udarbejdelsen af interviewguiderne var at udførsel af pilotinterview med henholdsvis en forhenværende kræftpatient, og en medicinstuderende, bidrog med indblik i hvordan spørgsmålene blev forstået, og om spørgsmålene forekom relevante. Dertil blev enkelte spørgsmål og formuleringer justeret på baggrund af pilotinterviewene, hvilket kvalificerede interviewguiderne yderligere. Under dataindsamlingen bidrog interviewguiden med struktur for interviewet, således kommunikation om VTE forblev fokus under hele interviewet, hvilket bidrog med informationsrige data. Dog var der stadig rum til at interviewerens kunne stille spontane spørgsmål som fremkom naturligt i interviewsituationen, hvormed flere aspekter af kommunikationen om VTE blev undersøgt. Revidering af interviewguiderne i en iterativ proces under dataindsamlingsperioden var en styrke, idet erfaringer fra udførte interview bidrog til forfinelse af interviewguiderne, hvormed nye spørgsmål blev identificeret. Endvidere bidrog udarbejdelse af to interviewguider til revidering af begge interviewguider, da spørgsmål til den ene informantgruppe inspirerede til nye relevante spørgsmål hos den anden informantgruppe. Således har udarbejdelse af to

interviewguider haft indbyrdes påvirkning på hinanden, hvilket har yderligere kvalificeret begge interviewguider.

9.3.3 Udførelse af interview

Interviewene blev afholdt fysisk, hvilket ifølge Kvale & Brinkmann (2015) er en fordel, idet kropssprog og ansigtsudtryk kan sammenholdes med det sagte, hvorved ved at interviewerens modtager flere nonverbale indtryk. Dog er disse indtryk anvendt i begrænset omfang i analysen, da fokus var på betydningen af det sagte. Interviewerens fysiske tilstedeværelse havde også betydning fra et etisk perspektiv, da interviewerens kunne fornemme om informanten blev berørt af interviewets indhold, og derved har mulighed for at være sympatisk og forstående. Alle specialets forfattere var novicer i interview som dataindsamlingsmetode, hvilket ifølge Kvale & Brinkmann (2015) anses som en svaghed, da erfaring og kompetencer hos interviewerens, har indvirkning på kvaliteten af interviewets resultater. Grundet specialeforfatterens relative uerfarenhed med at interviewe, deltog en observatør sammen med interviewerens. Dette vurderes som en fordel, idet observatøren kunne støtte interviewerens med opfølgende spørgsmål, såfremt interviewerens kom til at fokusere overvejende på interviewguiden. Ydermere gav det mulighed for at observatøren kunne omformulere spørgsmålene, i forhold til den formulering interviewerens anvendte, hvilket hjalp med informanternes forståelse af spørgsmålene. Specialegruppens tilstedeværelse på Onkologisk Afdeling kan have påvirket de sundhedsprofessionelle til at informere om VTE, hvis ikke de gjorde det før, eftersom de fleste ansatte hurtigt blev opmærksomme på specialets igangsættelse og fokusområde. Dette kan have betydning for interview med både patienter og sundhedsprofessionelle, eftersom de potentielt har besvaret spørgsmålene omhandlende kommunikation om VTE anderledes, end hvis specialegruppen ikke havde været til stede, hvorfor det kan have påvirket datamaterialet. Endeligt kan det have påvirket datamaterialet negativt, hvis patienterne er autoritetstro overfor de sundhedsprofessionelle, og derfor har holdt sig tilbage i at beskrive deres oplevelser med kommunikationen, såfremt de har følt, at dette kunne reflektere negativt på de sundhedsprofessionelle.

9.3.4 Transskription af interview

At interviewerens transskriberede sine egne interview, anses som en styrke, da dette vurderes at have reduceret eventuelle vanskeligheder ved nedskrivning af meninger og følelsesmæssige udtryk tilknyttet talen. Såfremt transskriberingen blev udført af en forfatter, som ikke var til stede under interviewet, ville viden om informantens kropssprog og ansigtsudtryk ikke være tilgængeligt. Dog blev viden om nonverbale udtryk ikke anvendt i fortolkningsprocessen. Anvendelsen af transskriberingsguiden var en styrke for

analysen, da det ifølge Kvale & Brinkmann (2015) er vigtigt, at ensrette transskriberingsprocessen når der er flere forskere i samme undersøgelse. Fravær af ensretning kan skabe problemer når talesprog transskriberes til skriftsprog, hvilket kan påvirke fortolkningsprocessen (Kvale & Brinkmann, 2015). Dog er en svaghed for transskriptionernes reliabilitet, at der ikke er foretaget reliabilitetskontrol, hvor to forfattere har transskriberet samme interview, hvorefter transskriptionernes forskelligheder vurderes. En ulempe ved transskriptioner er ifølge Kvale & Brinkmann (2015) at mening kan gå tabt, når det sagte bliver optaget og transskriberet, eftersom kommunikation ikke blot er verbalt, men også nonverbalt. Dog er det en nødvendighed at transskribere interviewene, da Hermansen & Rendtorff (2002) påpeger, at ifølge Ricoeurs tekster, må det sagte nedskrives for at distancering opstår, hvorved fortolkning af meningsoverskuddet i det sagte muliggøres.

9.3.5 Analysestrategi

Analysen af de transskriberede interview tog udgangspunkt i Lindseth & Norbergs (2004) Ricoeur-inspirerede analysestrategi, hvorfor der vurderes at være kongruens mellem specialets videnskabsteoretiske position og den valgte analysestrategi. Kongruens mellem videnskabsteoretisk position og analysestrategi styrker ifølge Merriam & Tisdell (2016) specialets validitet. Den analytiske fremgangsmåde er grundigt beskrevet (jf. afsnit 6.4.5), hvilket er en styrke, da det øger pålideligheden af kvalitative undersøgelser (Merriam & Tisdell, 2016). I analysen og fortolkningen af interviewmaterialet, kan det ikke udelukkes at specialeforfatterne har vægtet fund som passer til forforståelsen, grundet tilegnelse af viden om problemstillingen i problemanalysen. Dog argumenterer Ricoeur for, at der findes mere end én fortolkning af en tekst (Hermansen & Rendtorff, 2002), hvorfor den præsenterede fortolkning skal anses som én af flere mulige. For at argumentere for den præsenterede fortolkning er valid, er forskningslitteratur og teori inddraget i den kritiske fortolkning og diskussion, hvorved fortolkningen løftes fra det specifikke til det almene, hvilket er i tråd med Ricoeurs tænkning (Hermansen & Rendtorff, 2002). Endvidere er der forsøgt at vise gennemsigtighed samt udført forskertriangulering i fortolkningsprocessen, hvilket ifølge Merriam & Tisdell (2016) styrker troværdigheden i kvalitative undersøgelser. Tilgangen til analysen var overvejende induktiv, hvilket anses som en styrke, da det tillod analysen at være orienteret mod dannelsen af ny viden omhandlende kommunikationen mellem sundhedsprofessionelle og patienter med lungekræft. Dog kan det diskuteres hvorvidt en fuldstændig induktiv tilgang til datamaterialet er mulig, da alle specialets forfattere har en forforståelse af problemstillingen, som har betydning for fortolkningen af datamaterialet. En deduktiv tilgang, ved brug af en teoretisk referenceramme, kunne potentielt have bidraget til en mere fokuseret analyse, hvilket kan

være en styrke, såfremt der ønskes et mere afgrænset fokus på kommunikationen mellem patienter og sundhedsprofessionelle, eksempelvis magtforhold.

9.4 Diskussion af etiske overvejelser

Patienter med lungekræft blev rekrutteret til interview gennem sundhedsprofessionelle, der agerede som gatekeepere, hvortil de sundhedsprofessionelle vurderede hvorvidt patienterne var egnede til at blive interviewet på baggrund af deres helbredstilstand. Fra et etisk perspektiv anses som en styrke, da sandsynligheden for at patienterne led overlast i forbindelse med interviewprocessen formodes at være reduceret. Alle patienters og sundhedsprofessionelles deltagelse i interviewene har været frivillig igennem hele dataindsamlingsperioden. Patienter der blev rekrutteret gennem de sundhedsprofessionelle på Onkologisk Afdeling, kan potentielt have oplevet pres eller en følelse af forpligtelse, grundet den asymmetriske magtrelation mellem de sundhedsprofessionelle og patienten, som blev fremanalyseret i problemanalysen (jf. afsnit 2.7.3). Såfremt at nogle patienter har følt sig presset til deltagelse i interview udgør dette en etisk svaghed for specialet. Ifølge Brinkmann (2020) har interviewerens magten til at definere hvad der tales om i interviewet, hvorfor interviewerens bør være opmærksom på, at de fleste mennesker har svært ved at sige i interviewsituationen, hvis der er noget de ikke vil tale om. Såfremt specialeforfatterne har opfordret patienterne til at snakke om forhold, som de ikke har lyst til at snakke om, eksempelvis risiko for VTE eller oplevelse af sygdomsforløbet, udgør dette således en potentiel etisk svaghed. Det kan yderligere være vanskeligt for patienterne at sige fra, da to speciale forfattere var til stede ved hvert interview, hvorfor informanterne ofte sad alene overfor to fremmede. Endeligt kan det asymmetriske magtforhold mellem informant og interviewer, ifølge Merriam & Tisdell (2016), påvirke interviewsituationen, således at informanten tilbageholder relevant information, hvorfor dette kan være en svaghed. På baggrund af undersøgelsesområdets følelsesmæssige betoning, kan der frembringes psykisk belastning hos patienterne som blev interviewet, da patienterne indgår i en samtale omhandlende et potentielt dødeligt sygdomsforløb. Endvidere kan interviewets fokus på VTE have ledt til psykisk belastning hos patienterne, såfremt at de ikke kendte til risikoen for VTE. Ifølge Brinkmann (2020) er forskning som praksis etisk begrundet, da det hjælper mennesker. Dog tilsiger Helsinki Deklarationen (2014), at individet altid skal tillægges højere værdi end forskningen, hvorfor den potentielle psykiske belastning interview om VTE kan medføre, udgør en etisk problemstilling i specialet. Selvom ingen patienter udtrykte bekymring til specialets forfattere under interviewets debriefing, kan interviewet have igangsat refleksioner om risikoen for VTE, hvilket kan lede til bekymring. Derfor kan det ikke udelukkes, at interviewundersøgelsen har skabt bekymring hos nogle af informanterne.

10.0 Konklusion

Specialet havde til formål at undersøge hvordan sundhedsprofessionelle kommunikerer om risiko for og symptomer på VTE, med patienter med lungekræft samt hvordan de sundhedsprofessionelle tager udgangspunkt i den enkelte patients behov og præferencer for information om VTE.

På baggrund af specialet kan det konkluderes at patienter med lungekræft har varierende behov for information om VTE, da nogle patienter foretrækker at leve uden den unødige bekymring, viden om en potentiel dødelig komplikation kan medføre, mens andre oplever øget psykisk belastning som følge af ikke at være forberedt. Endvidere kan det konkluderes at sundhedsprofessionelle enten ikke kommunikerer om VTE eller blot udleverer et informationsbrev om VTE, og at de ikke opfatter VTE som en vigtig komplikation at informere om. Fraværet af information om VTE synes at være funderet i en antagelse om, at information om VTE vil overbebyrde eller bekymre patienterne unødvendigt. Dog kan utilstrækkelig information om VTE lede til frustration hos nogle af de patienter som udvikler VTE. Diskrepansen mellem nogle patients behov for information om VTE, og de sundhedsprofessionelles opfattelse af VTE som en komplikation, der ikke er vigtig at informere om, er således et centralt fund i specialet. Det kan endvidere konkluderes, at de sundhedsprofessionelle ikke vurderer den enkelte patients behov for information om VTE, men blot informerer om VTE såfremt patienten giver udtryk for behov herom. Dette er paradoksalt, da en forudsætning for at patienterne kan udtrykke behov for information om VTE er, at de sundhedsprofessionelle informerer om VTE. Mange patienter er i krise, hvorfor de ikke er i stand til at modtage og forstå alt information der gives, og ligeledes er lav funktionel health literacy udbredt hos patienter med lungekræft, hvorfor der *må* prioriteres i, hvad patienterne informeres om. Om sundhedsprofessionelle bør informere om VTE i starten af behandlingsforløbet, er således et komplekst dilemma, da patienternes forudsætninger for at kunne reagere på symptomer på en potentiel dødelig komplikation forbedres, hvis de informeres om VTE, men samtidig er det vanskeligt for mange patienter at kapere alle informationerne de modtager, grundet den livskrise kræftsygdom medfører.

Specialet bidrager med viden om, at manglende opmærksomhed på at informere patienter med lungekræft om VTE, balancerer mellem at negligere patienternes ret til information og ikke at øge den psykiske belastning, patienterne lever med. Specialet tydeliggør, at hvis kommunikation om VTE skal tage udgangspunkt i den enkelte patients behov og præferencer, må de sundhedsprofessionelle være ansvarlige for at facilitere samtale om VTE, således den enkelte patient får mulighed for at give udtryk for sit behov for information om VTE.

11.0 Perspektivering

Specialet har bidraget med viden om og forståelse af kommunikation om VTE mellem sundhedsprofessionelle og patienter med lungekræft, som ikke har udviklet VTE. Fremtidige studier kan med fordel undersøge betydningen af ikke at være informeret tilstrækkeligt om VTE hos patienter med lungekræft, som *har* udviklet VTE, i en dansk kontekst. Dette kan potentielt bidrage med yderligere nuancering af forståelsen af kommunikation om VTE mellem sundhedsprofessionelle og patienter med lungekræft, da denne patientgruppe formegentlig kan bidrage med viden om patienters informationsbehov fra et andet perspektiv samt konsekvenserne ved ikke at informere tilstrækkeligt om VTE.

Et fund i specialet er, at fraværet af information om VTE kan være funderet i en antagelse om, at information om VTE vil overbebyrde eller bekymre patienterne unødvendigt. For at kunne vurdere om dette er tilfældet, er der behov for viden om, hvorvidt patienter som *ikke* får en VTE, bliver unødigt bekymret af at informeres om risiko for VTE i forbindelse med deres kræftsygdom. Dog forudsætter undersøgelse heraf, at kommunikation om VTE mellem sundhedsprofessionelle og patienter med lungekræft er etableret i klinisk praksis.

I specialet omfattede paraplytermen *sundhedsprofessionelle* både læger og sygeplejersker, men belyste imidlertid kun sygeplejerskers perspektiv på kommunikation om VTE i begrænset omfang. Inddragelse af flere sygeplejersker formodes at kunne medføre en mere nuanceret fortolkning af de sundhedsprofessionelles perspektiver på kommunikationen, hvorfor fremtidige studier med fordel kan differentiere mellem de to perspektiver i højere grad.

Endvidere blev det i specialet fundet, at kulturen på Onkologisk Afdeling, kan have betydning for, hvorfor de sundhedsprofessionelle ikke opfatter VTE som vigtigt at informere om. Fremtidige studier kan derfor med fordel undersøge hvordan kulturen blandt sundhedsprofessionelle har betydning for kommunikation om VTE.

Af problemanalysen fremgår det at organisatoriske og samfundsmæssige faktorer kan påvirke kommunikationen om VTE mellem sundhedsprofessionelle og patienter med lungekræft. Eftersom dette speciale afgrænsede sig til det inter- og intrapersonelle niveau, kan fremtidige studier undersøge kommunikation om VTE med udgangspunkt i meso- og makroniveau.

Referenceliste

- Aalborg Universitetshospital. (2022). *Onkologisk Afdeling*. <https://aalborguh.rn.dk/afsnit-og-ambulatorier/onkologisk-afdeling>
- Ageno, W., Agnelli, G., Imberti, D., Moia, M., Palareti, G., Pistelli, R., Rossi, R., & Verso, M. (2008). Factors associated with the timing of diagnosis of venous thromboembolism: Results from the MASTER registry. *Thrombosis Research*, 121(6), 751–756. <https://doi.org/10.1016/j.thromres.2007.08.009>
- American Heart Association. (2018). *Symptoms and diagnosis of venous thromboembolism (VTE)*.
- Anand, S. S., Wells, P. S., Hunt, D., Brill-Edwards, P., Cook, D., & Ginsberg, J. S. (1998). Does this patient have deep vein thrombosis? *Journal of the American Medical Association*, 279(14), 1094–1099. <https://doi.org/10.1001/jama.279.14.1094>
- Andersen, K. J. (2018). *Patienter lider under sygeplejerskers arbejdspress*. Sygeplejersken. <https://dsr.dk/sygeplejersken/arkiv/sy-nr-2018-8/patienter-lider-under-sygeplejerskers-arbejdspress>
- Andersen, K. J., & Bech, M. (2018). *Holbæk Sygehus får påbud for at bringe patienters sikkerhed i fare*. Sygeplejersken. <https://dsr.dk/politik-og-nyheder/nyhed/holbaek-sygehus-faar-paabud-for-at-bringe-patienters-sikkerhed-i-fare>
- Avallin, T., Muntlin Athlin, Å., Björck, M., & Jangland, E. (2020). Using communication to manage missed care: A case study applying the Fundamentals of Care framework. *Journal of Nursing Management*, 28(8), 2091–2102. <https://doi.org/10.1111/jonm.12963>
- Baddeley, E., Torrens-Burton, A., Newman, A., Nelson, A., Pease, N., Nelson, R., & Noble, S. (2021). A mixed-methods study to evaluate a patient-designed tool to reduce harm from cancer-associated thrombosis : The EMPOWER study. *January*, 1–12. <https://doi.org/10.1002/rth2.12545>
- Blann, A. D., & Lip, G. Y. H. (2006). Clinical review Venous thromboembolism. *British Medical Journal*, 332, 215–219.
- Botti, M., Endacott, R., Watts, R., Cairns, J., Lewis, K., & Kenny, A. (2016). Barriers in providing psychosocial support for patients with cancer. *A Cross Section of Nursing Research: Journal Articles for Discussion and Evaluation*, 29(4), 179–187. <https://doi.org/10.4324/9781315266862-29>

- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*.
- Brinkmann, S. (2020). Etik i en kvalitativ verden. In S. Brinkmann & L. Tangaard (Eds.), *Kvalitative metoder* (3.). Hans Reitzels Forlag.
https://absalon.itslearning.com/File/fs_folderfile.aspx?FolderFileID=3180286
- Brixen, P. A. (2017). *Læger og sygeplejersker: Afskaf produktivitetskravet*. <https://dsr.dk/politik-og-nyheder/nyhed/laeger-og-sygeplejersker-afskaf-produktivitetskravet>
- Bryman, A. (2016). *Social Research Methods* (5. udgave). Oxford University Press.
- Cataldo, J. K., Jahan, T. M., & Pongquan, V. L. (2012). Lung cancer stigma, depression, and quality of life among ever and never smokers. *European Journal of Oncology Nursing*, 16(3), 264–269.
<https://doi.org/10.1016/j.ejon.2011.06.008>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2020). *Data and statistics on HA-VTE*. Center of Disease Control. <https://www.cdc.gov/ncbddd/dvt/ha-vte-data.html#ref>
- Chapple, A., Ziebland, S., & McPherson, A. (2004). Stigma, shame, and blame experienced by patients with lung cancer: Qualitative study. *British Medical Journal*, 328(7454), 1470–1473.
<https://doi.org/10.1136/bmj.38111.639734.7c>
- Chew, H. K., Davies, A. M., Wun, T., Harvey, D., Zhou, H., & White, R. H. (2008). The incidence of venous thromboembolism among patients with primary lung cancer. *Journal of Thrombosis and Haemostasis*, 6(4), 601–608. <https://doi.org/10.1111/j.1538-7836.2008.02908.x>
- Danmarks Statistik. (2022). *Tabeller i Statistikbanken: Sygehusbenyttelse - Danmarks Statistik*.
<https://www.statistikbanken.dk/AMB01>
- Dansk Selskab for Almen Medicin. (2019). *Kræftopfølgning i almen praksis - klinisk vejledning for almen praksis*.
- Dansk Selskab for Trombose og Hæmostase, & Dansk Selskab for Klinisk Onkologi. (2020). *Cancer og Venøs Trombolisme - Retningslinje 2020*.
- Dansk Sygeplejeråd. (2015). *Tidspres er en trussel mod patientsikkerheden*. Sygeplejersken.
- Danske Regioner. (2013). ØGET FOKUS PÅ GODE RESULTATER PÅ SYGEHUSENE. *Ministeriet for Sundhed Og Forebyggelse*.

- Datatilsynet. (2022). *Hvad er personoplysninger?* <https://www.datatilsynet.dk/hvad-siger-reglerne/grundlaeggende-begreber/hvad-er-personoplysninger>
- Drummond, M., Sculpher, M. J., Claxton, K., Stoddart, G. L., & Torrance, G. W. (2015). *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes* (4. udgave). Oxford University Press.
- Eide, H., & Eide, T. (2016). *Kommunikasjon i relasjoner* (2. udgave). Gyldendal Norsk Forlag.
- Elliott, C. G., Goldhaber, S. Z., & Jensen, R. L. (2005). Delays in diagnosis of deep vein thrombosis and pulmonary embolism. *Chest*, 128(5), 3372–3376. <https://doi.org/10.1378/chest.128.5.3372>
- Europa-Parlamentet og Rådet for den Europæiske Union. (2017). Databeskyttelsesforordningen. In *Den Europæiske Unions Tidende*.
- Farge, D., Frere, C., Connors, J. M., Ay, C., Khorana, A. A., Munoz, A., Brenner, B., Kakkar, A., Rafii, H., Solymoss, S., Brilhante, D., Monreal, M., Bounameaux, H., Pabinger, I., Douketis, J., Ageno, W., Ajajuro, F., Al-Aboudi, K. R., Alcindor, T., ... Yamada, N. (2019). 2019 International Clinical Practice Guidelines for the Treatment and Prophylaxis of Venous Thromboembolism in Patients With Cancer. *The Lancet Oncology*, 20(10), e566–e581. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(19\)30336-5](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(19)30336-5)
- Finansministeriet. (2017). *Sygehusene fritages for produktivitetskrav i 2018*. <https://fm.dk/nyheder/nyhedsarkiv/2017/oktober/sygehusene-fritages-for-produktivitetskrav-i-2018/>
- Font, C., Nelson, A., Garcia-Fernandez, T., Prout, H., Gee, P., & Noble, S. (2018). Patients' Experience of Living with Cancer-associated thrombosis in Spain (PELICANOS). *Supportive Care in Cancer*, 26(9), 3233–3239. <https://doi.org/10.1007/s00520-018-4174-5>
- García-Fuster, M. J., Fabia, M. J., Furió, E., Pichler, G., Redon, J., Forner, M. J., & Martínez, F. (2014). Should we look for silent pulmonary embolism in patients with deep venous thrombosis? *BMC Cardiovascular Disorders*, 14(1), 1–5. <https://doi.org/10.1186/1471-2261-14-178>
- Gentles, S. J., Charles, C., Ploeg, J., & Ann McKibbin, K. (2015). Sampling in qualitative research: Insights from an overview of the methods literature. *Qualitative Report*, 20(11), 1772–1789. <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2015.2373>
- Gillon, R. (1994). Medical ethics: Four principles plus attention to scope. *Bmj*, 309(6948), 184. <https://doi.org/10.1136/bmj.309.6948.184>

- Gregson, J., Kaptoge, S., Bolton, T., Pennells, L., Willeit, P., Burgess, S., Bell, S., Sweeting, M., Rimm, E. B., Kabrhel, C., Zöller, B., Assmann, G., Gudnason, V., Folsom, A. R., Arndt, V., Fletcher, A., Norman, P. E., Nordestgaard, B. G., Kitamura, A., ... Meade, T. (2019). Cardiovascular Risk Factors Associated with Venous Thromboembolism. *JAMA Cardiology*, 4(2), 163–173.
<https://doi.org/10.1001/jamacardio.2018.4537>
- Grove, E. L., Schultz, J., Kjærgaard, J., Würtz, M., & Kümler, T. (2021). *Behandlingsvejledning: Lungeemboli og dyb venetrombose*. Dansk Cardiologisk Selskab.
<https://www.cardio.dk/lungeemboli#122-dyb-venetrombose>
- Hamann, H. A., Ostroff, J. S., Marks, E. G., Gerber, D. E., Schiller, J. H., & Lee, S. J. C. (2014). Stigma among patients with lung cancer: A patient-reported measurement model. *Psycho-Oncology*, 23(1), 81–92. <https://doi.org/10.1002/pon.3371>
- Heit, J. A., Silverstein, M. D., Mohr, D. N., Petterson, T. M., O'Fallon, W. M., & Melton, L. J. (2002). Risk factors for deep vein thrombosis and pulmonary embolism: A population-based case-control study. *Archives of Internal Medicine*, 160(6), 809–815. <https://doi.org/10.1001/archinte.160.6.809>
- Heit, J. A., Spencer, F. A., & White, R. H. (2016). The epidemiology of venous thromboembolism. *Journal of Thrombosis and Thrombolysis*, 41(1), 3–14. <https://doi.org/10.1007/s11239-015-1311-6>
- Hermansen, M., & Rendtorff, J. D. (2002). *En Hermeneutisk Brobygger: tekster af Paul Ricoeur*. Klim.
- Hirmerova, J., Seidlerova, J., & Chudacek, Z. (2018). The Prevalence of Concomitant Deep Vein Thrombosis, Symptomatic or Asymptomatic, Proximal or Distal, in Patients With Symptomatic Pulmonary Embolism. *Clinical and Applied Thrombosis/Hemostasis*, 24(8), 1352–1357.
<https://doi.org/10.1177/1076029618779143>
- Hong, Q. N., Pluye, P., Fàbregues, S., Bartlett, G., Boardman, F., Cargo, M., Dagenais, P., Gagnon, M.-P., Griffiths, F., Nicolau, B., Rousseau, M.-C., & Vedel, I. (2018). Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT), Version 2018. User guide. *McGill*, 1–11.
http://mixedmethodsappraisaltoolpublic.pbworks.com/w/file/attach/127916259/MMAT_2018_criteria-manual_2018-08-01_ENG.pdf
- Jørgensen, K. (2021). Kommunikation i sundhedsvæsenet. In K. Jørgensen (Ed.), *Kommunikation for sundhedsprofessionelle* (5. udgave, pp. 17–30). Forfatterne og Gads Forlag.

- Jørgensen, L. (2021). Kommunikation i korte kontakter. In K. Jørgensen (Ed.), *Kommunikation for sundhedsprofessionelle* (5. udgave, pp. 49–64). Forfatterne og Gads Forlag.
- Jørgensen, L., Jacobsen, H. R., Pedersen, B., & Uhrenfeldt, L. (2021). Calling an Oncological Emergency Telephone to Seek Advice: An Interview Study. *Cancer Nursing*, 44(2), 98–105.
<https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000778>
- Jørgensen, L., Kastrup Jensen, S., & Brogaard, B. (2020). Situational awareness in the outpatient encounter between patients with breast cancer or malignant melanoma and healthcare professionals: Patients' perceptions. *Journal of Clinical Nursing*, 29(11–12), 1981–1990.
<https://doi.org/10.1111/jocn.15122>
- Jørgensen, R., & Hansson, B. (2021). Den professionelle relation. In K. Jørgensen (Ed.), *Kommunikation for sundhedsprofessionelle* (5. udgave, pp. 85–105). Forfatterne og Gads Forlag.
- Juul, Søren, & Pedersen, K. B. (2012). *Samfundsvidenskabernes videnskabsteori: en indføring*. Hans Reitzels Forlag.
- Juul, Svend, Bech, B. H., Dahm, C. C., & Rytter, D. (2017). *Epidemiologi og evidens* (3rd ed.). Munksgaard Danmark.
- Karle, H., Hansen, M. B., Pilegaard, H. K., & Rørth, M. (2013). Blodsygdomme, blodtransfusion, transplantation og kræftbehandling. In *Basisbog i Sygdomslære* (2., pp. 603–638). Munksgaard.
- Kettunen, T., Poskiparta, M., & Gerlander, M. (2002). Nurse-patient power relationship: Preliminary evidence of patients' power messages. *Patient Education and Counseling*, 47(2), 101–113.
[https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(01\)00179-3](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(01)00179-3)
- Khorana, A. A., Francis, C. W., Culakova, E., Kuderer, N. M., & Lyman, G. H. (2007). Thromboembolism is a leading cause of death in cancer patients receiving outpatient chemotherapy [10]. *Journal of Thrombosis and Haemostasis*, 5(3), 632–634. <https://doi.org/10.1111/j.1538-7836.2007.02374.x>
- Kitto, S. C., Chesters, J. E., & Grbich, C. (2008). Quality in qualitative research: Criteria for authors and assessors in the submission and assessment of qualitative research articles for the Medical Journal of Australia. *The Medical Journal Of Australia*, 188(4), 243–246. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2008.tb01595.x>
- Kleeberg, U. R., Feyer, P., Günther, W., & Behrens, M. (2008). Patient satisfaction in outpatient cancer

- care: A prospective survey using the PASQOC® questionnaire. *Supportive Care in Cancer*, 16(8), 947–954. <https://doi.org/10.1007/s00520-007-0362-4>
- Kleinman, A. (1981). *Patients and Healers in the Context of Culture* (5th ed.). University of California Press.
- Koay, K., Schofield, P., Gough, K., Buchbinder, R., Rischin, D., Ball, D., Corry, J., Osborne, R. H., & Jefford, M. (2013). Suboptimal health literacy in patients with lung cancer or head and neck cancer. *Supportive Care in Cancer*, 21(8), 2237–2245. <https://doi.org/10.1007/s00520-013-1780-0>
- Koay, K., Schofield, P., & Jefford, M. (2012). Importance of health literacy in oncology. *Asia-Pacific Journal of Clinical Oncology*, 8, 14–23. <https://doi.org/10.1111/j.1743-7563.2012.01522.x>
- Kræftens Bekæmpelse. (2017). *Kræftpatienters behov og oplevelser med sundhedsvænet under udredning og behandling*. https://www.cancer.dk/dyn/resources/File/file/1/6911/1513858648/2017_kraeftpatienters-behov-og-oplevelser-med-sundhedsvaesenet-under-udredning-og-behandling.pdf
- Kræftens Bekæmpelse. (2021). Kræft i Danmark. *Kræftens Bekæmpelse*, 72. <https://www.cancer.dk/dyn/resources/File/file/7/9277/1621354359/kraeft-i-danmark-2021-web.pdf>
- Kræftens Bekæmpelse. (2022). *Statistik om lungekræft - Kræftens Bekæmpelse*. <https://www.cancer.dk/lungekraeft-lunsecancer/statistik-lungekraeft/>
- Krogstrup, H. K. (2016). *Evalueringsmodeller* (3. udgave). Hans Reitzels Forlag.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Interview: Det kvalitative forskningsinterview som håndværk* (3. udgave). Hans Reitzels Forlag.
- Laursen, L. C. (2013). Lungesygdomme. In S. Schulze & T. V. Schroeder (Eds.), *Basisbog i Sygdomslære* (2nd ed., p. 284). Munksgaard.
- Lindseth, A., & Norberg, A. (2004). A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18(2), 145–153. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2004.00258.x>
- Lund, H., Juhl, C., Andreasen, J., & Møller, A. (2014). *Håndbog i litteratursøgning og kritisk læsning - Redskaber til evidensbaseret praksis* (1. udgave). Munksgaard, København.

- Mahé, I., Chidiac, J., Pinson, M., Pinson, M., Swarnkar, P., Nelson, A., & Noble, S. (2020). Patients experience of living with cancer associated thrombosis in France (Le PELICAN). *Thrombosis Research*, 194(April), 66–71. <https://doi.org/10.1016/j.thromres.2020.06.024>
- Mannion, R., & Davies, H. (2018). Understanding organisational culture for healthcare quality improvement. *BMJ (Online)*, 363(November), 1–4. <https://doi.org/10.1136/bmj.k4907>
- Martinsen, K. (2006). *Samtalen, skønnet og evidensen* (1. udgave). Gads Forlag.
- Maxwell, J. A. (2012). *Qualitative Research Design - An Interactive Approach* (L. Bickman & D. J. Rog (eds.); 3. udgave). SAGE Publications Ltd.
- Maynard, G., Stein, J., & Society of Hospital Medicine. (2008). Preventing Hospital-Acquired Venous Thromboembolism A Guide for Effective Quality Improvement. *Agency for Healthcare Research and Quality.*, 94(12), 17–18. <https://doi.org/10.1097/00000446-199412000-00014>
- Mazor, K. M., Rubin, D. L., Roblin, D. W., Williards, A. E., Han, P. K. J., Gaglio, B., Cutrona, S. L., Constanza, M. E., & Wagner, J. L. (2015). Health literacy-listening skill and patient questions following cancer prevention and screening discussions. *Health Expectations*, 19, 920–934. <https://doi.org/10.1111/hex.12387>
- Merriam, S. B., & Tisdell, E. J. (2016). *Qualitative Research - A guide to Design and Implementation*. In *Jossey-Bass - A Wiley Brand* (4. udgave). Jossey-Bass - A Wiley Brand.
- Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. (2011). *Øget fokus på gode resultater og bedste praksis på sygehusene*.
- Mockler, A., O'Brien, B., Emed, J., & Ciccotosto, G. (2012). The Experience of Patients With Cancer Who Develop Venous Thromboembolism: An Exploratory Study. *Oncology Nursing Forum*, 39(3), E233-40. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=104561308&site=ehost-live>
- Møgeltoft, J. (2016). Værd at vide om depression - Til depressionsramte, pårørende, venner, kollegaer og andre interesserede. In *Landsforeningen for psykisk sundhed*. http://www.sind.dk/6storage/113/3114/2017_depression_samlet_lr.pdf?fbclid=IwAR0TOoeVKzGg_Kaq26UKOZBcocQI9Jegwte6cvVKwFo0jeo6Ag6cYbRw1mc
- Morse, J. M. (2015). Critical Analysis of Strategies for Determining Rigor in Qualitative Inquiry.

- Qualitative Health Research*, 25(9), 1212–1222. <https://doi.org/10.1177/1049732315588501>
- Morse, J. M., Barrett, M., Mayan, M., Olson, K., & Spiers, J. (2002). Verification Strategies for Establishing Reliability and Validity in Qualitative Research. *International Journal of Qualitative Methods*, 1(2), 13–22. <https://doi.org/10.1177/160940690200100202>
- Moser, A., & Korstjens, I. (2018). *Practical guidance to qualitative research. Part 3: Sampling, data collection and analysis*. European Journal of General Medicine.
- National Videnskabsetisk Komité. (2020). *Hvad skal jeg anmelde?* <https://www.nvk.dk/forsker/naar-du-anmelder/hvilke-projekter-skal-jeg-anmelde>
- Nimmon, L., & Stenfors-Hayes, T. (2016). The “handling” of power in the physician-patient encounter: Perceptions from experienced physicians. *BMC Medical Education*, 16(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12909-016-0634-0>
- Noble, S., Lewis, R., Whithers, J., Lewis, S., & Bennett, P. (2014). Long-term psychological consequences of symptomatic pulmonary embolism: A qualitative study. *BMJ Open*, 4(4), 1–8. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-004561>
- Noble, S., Nelson, A., Scott, J., Berger, A., Schmidt, K., Swarnkar, P., & Lee, A. (2019). Patient Experience of Living With Cancer-Associated Thrombosis in Canada (PELICANADA). *Research and Practice in Thrombosis and Haemostasis*, 4(1), 154–160. <https://doi.org/10.1002/rth2.12274> LK
- Noble, S., & Pasi, J. (2010). Epidemiology and pathophysiology of cancer-associated thrombosis.pdf. *British Journal of Cancer*, 102, 2–9.
- Noble, S., Pease, N., Sui, J., Davies, J., Lewis, S., Malik, U., Alikhan, R., Prout, H., & Nelson, A. (2016). Impact of a dedicated cancer-associated thrombosis service on clinical outcomes: A mixed-methods evaluation of a clinical improvement exercise. *BMJ Open*, 6(11), 1–7. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-013321>
- Noble, S., Prout, H., & Nelson, A. (2015). Patients’ experiences of living with CANcer-associated thrombosis: The PELICAN study. *Patient Preference and Adherence*, 9, 337–345. <http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L602484515%0> [Ahttp://dx.doi.org/10.2147/PPA.S79373](http://dx.doi.org/10.2147/PPA.S79373)
- NORDCAN. (2022a). *Faktasheet - Lungecancer*.

- NORDCAN. (2022b). *NORDCAN*. <https://nordcan.iarc.fr/en/factsheets>
- 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), 259–267. <https://doi.org/https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science and Medicine*, 67(12), 2072–2078. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050>
- Otten, H.-M. M. B., Mathijssen, J., Cate, H. ten, Soesan, M., Inghels, M., Richel, D. J., & Prins, M. H. (2015). Symptomatic Venous Thromboembolism in Cancer Patients Treated With Chemotherapy. *Archives of Internal Medicine*, 164, 8–12.
- Palumbo, R. (2021). *Leveraging Organizational Health Literacy to Enhance Health Promotion and Risk Prevention : A Narrative and Interpretive Literature Review*. 94(2), 115–128.
- Patientforeningen Lungekræft. (2022). *Hvad siger statistikken om lungekræft*. <https://lungekraeft.com/lungekraeft/siger-statistikken-lungekraeft/>
- Plessen, C. von, & Aslaksen, A. (2005). *Quality Improvement Report*. 1–75.
- Praktiserende Lægers Organisation. (2018). *PLO Analyse. Antallet af patienter hos de praktiserende læger stiger fortsat*. https://www.laeger.dk/sites/default/files/stigende_antal_patienter_pr_laege_0.pdf
- Prip, A., Møller, K. A., Nielsen, D. L., Jarden, M., Olsen, M. H., & Danielsen, A. K. (2018). The Patient-Healthcare Professional Relationship and Communication in the Oncology Outpatient Setting: A Systematic Review. *Cancer Nursing*, 41(5), 11–22. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000533>
- Regeringen & Danske Regioner. (2019). *Aftale om regionernes økonomi for 2019*. 1–32.
- Seaman, S., Nelson, A., & Noble, S. (2014). Cancer-associated thrombosis, low-molecular-weight heparin, and the patient experience: A qualitative study. *Patient Preference and Adherence*, 8, 453–461. <https://doi.org/10.2147/PPA.S58595>
- Sheard, L., Prout, H., Dowding, D., Noble, S., Watt, I., Maraveyas, A., & Johnson, M. (2013). Barriers to the diagnosis and treatment of venous thromboembolism in advanced cancer patients: A qualitative study. *Palliative Medicine*, 27(4), 339–348. <https://doi.org/10.1177/0269216312461678>

- Silverman, J., Kurtz, S., & Draper, J. (2013). *Skills for Communicating with Patients* (3. udgave). Taylor & Francis Group. <https://doi.org/10.1201/9781910227268-10>
- Smith, S. B., Geske, J. B., Maguire, J. M., Zane, N. A., Carter, R. E., & Morgenthaler, T. I. (2010). Early anticoagulation is associated with reduced mortality for acute pulmonary embolism. *Chest*, 137(6), 1382–1390. <https://doi.org/10.1378/chest.09-0959>
- Søgaard, K. K., Schmidt, M., Pedersen, L., Horváth-Puhó, E., & Sørensen, H. T. (2014). 30-Year mortality after venous thromboembolism a population-based cohort study. *Circulation*, 130(10), 829–836. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.114.009107>
- Sørensen, H. T., Mellekjær, L., Olsen, J. H., & Baron, J. A. (2000). Prognosis of cancers associated with venous thromboembolism. *New England Journal of Medicine*.
- Spencer, F. A., Lessard, D., Emery, C., Reed, G., & Goldberg, R. J. (2007). *Venous thromboembolism in the outpatient setting*. 167(14), 1471–1475. <https://doi.org/10.1001/archinte.167.14.1471>. Venous
- Spiezia, L., & Simioni, P. (2010). Upper extremity deep vein thrombosis. *Internal and Emergency Medicine*, 5(2), 103–109. <https://doi.org/10.1007/s11739-009-0320-x>
- Stein, P. D., Beemath, A., Meyers, F. A., Skaf, E., Sanchez, J., & Olson, R. E. (2006). Incidence of venous thromboembolism in patients hospitalized with cancer. *American Journal of Medicine*, 119(1), 60–68. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2005.06.058>
- Stormacq, C., Broucke, S. Van den, & Wosinski, J. (2018). Does HL mediate the relationship between SES and health disparities - Review.pdf. *2Health Promotion International*, 34, 1–17. <https://doi.org/10.1093/heapro/day/062>
- Sundhedsloven, (2019). <https://www.retsinformation.dk/eli/lt/2019/903>
- Sundhedspolitisk Tidsskrift. (2021). *Overlæger bruger mindre tid på patienter end tidligere*. <https://sundhedspolitisktidsskrift.dk/nyheder/5191-overlaeger-bruger-mindre-tid-pa-patienter-end-tidligere.html>
- Sundhedsstyrelsen. (2018a). *DANSKERNES SUNDHED - Den Nationale Sundhedsprofil 2017*. www.sst.dk
- Sundhedsstyrelsen. (2018b). *Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft* (Vol. 60).

- Sundhedsstyrelsen. (2018c). *Pakkeforløb for lungekræft - For fagfolk*.
- Sundhedsstyrelsen. (2018d). *Pakkeforløb for lungekræft - Pjece for patienter og pårørende*.
- Sundhedsstyrelsen. (2020). *Danskernes Rygevaner 2020 – delrapport 1: Nikotinafhængighed*.
- Vallgård, S., Diderichsen, F., & Jørgensen, T. (2014). *Sygdomsforebyggelse* (1. udgave). Forfatterne og Munksgaard.
- Vasileiou, K., Barnett, J., Susan Thorpe, & Terry Young. (2018). Characterising and justifying sample size sufficiency in interview-based studies: systematic analysis of qualitative health research over a 15-year period. *BMC Medical Research Methodology*, 18(1), 1–18.
- Viale, P. H., & Schwartz, R. N. (2004). Venous thromboembolism in patients with cancer. Part I. Survey of oncology nurses' attitudes and treatment practices for ambulatory settings. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 8(5), 455–461. <https://doi.org/10.1188/04.cjon.455-461>
- Walshe, C., Roberts, D., Appleton, L., Calman, L., Large, P., Lloyd-Williams, M., & Grande, G. (2017). Coping well with advanced cancer: A serial qualitative interview study with patients and family carers. *PLoS ONE*, 12(1), 1–25. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0169071>
- Wang, J. J., Lei, K. F., & Han, F. (2018). Tumor microenvironment: Recent advances in various cancer treatments. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*, 22(12), 3855–3864. <https://doi.org/10.26355/eurev-201806-15270>
- World Medical Association. (2013). Declaration of Helsinki, Ethical Principles for Scientific Requirements and Research Protocols. *Bulletin of the World Health Organization*, 79(4), 373. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
- World Medical Association. (2014). World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *The Journal of the American College of Dentists*, 81(3), 14–18. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199241323.003.0025>
- Woulfe, T., Mann, K., Pollack, D., Swarnkar, P., Nelson, A., & Noble, S. (2020). “Wolverine, I think it’s called: Blood thinners but in tablets.” Patients experience of living with cancer associated thrombosis in New Zealand (PELICANZ). *Thrombosis Research*, 189, 35–38. <https://doi.org/10.1016/j.thromres.2020.02.024>

