



Opgaveløser: Ajaaja Nielsen

Tupaarnaq Carla Jupin Haase

Hold: Sygepleje Hold 2018

Opgavetype: Ekstern prøve

Uddannelsesafsnit: 8. Semester

Antal ECTS: ECTS: 22,5

Afleveringsfrist: 10/6-2022

Vejleder: Carsten Juul Jensen

Adjunkt

Institut for Sundhed & Natur

Anslag: 69.509 anslag med mellemrum

Hvordan kan sygeplejersken i Grønland forberede den grønlandske kræftpatient i deres *oplevelse af sammenhæng* i et sammenhængende patientforløb inden de skal til behandling i Danmark?

Denne opgave er udarbejdet af en studerende/en gruppe studerende ved Peqqissaanermik Ilisimatusarfik Institut for Sygepleje og Sundhedsvidenskab.

Opgaven er udtryk for den/de studerendes egne synspunkter, der ikke nødvendigvis deles af skolen.

Kopiering eller anden gengivelse af opgaven eller dele af den, er kun tilladt forfatterens/ernes tilladelse.

Peqqissaanermik Ilisimatusarfik/
Institut for Sundhed & Natur
Manutooq 1, 3905 Nuussuaq

Indholdsfortegnelse

Resumé.....	4
1.0 Indledning	5
1.2 Problemstillinger - Sammenhængende patientforløb.....	6
1.2.1 Patientforløb.....	6
1.2.2 Patientinddragelse	7
1.2.3 Eksisterende undersøgelser	12
2.0 Afgræsning.....	13
2.1 Problemformulering.....	14
2.1.1 Vores problemformulering lyder således:	14
3.0 Litteratursøgning	14
3.1 Bloksøgning	14
3.1.1 Inklusions- og eksklusionskriterier	15
3.2 Søgeprofil.....	15
4.0 Metode og teori	16
4.1 Videnskabsteoretisk tilgang	16
4.2 Design	17
4.2.1 Interview afsnit	18
4.2.2 Sted	18
4.2.3 Informanterne.....	18
4.2.4 Interviewguide	19
4.2.5 Gennemførelse	20
4.2.6 Transskription	20
4.2.8 Ethiske overvejelser	20
4.3 Analyseproces	21
4.3.1 Deduktiv analyse proces	21
4.3.2 OAS	21
5.0 Analyse	22
5.1 Ajunngilaq.....	23
5.1.1 Delkonklusion	24
5.2 Misigisat.....	25
5.2.1 Informanternes oplevelser med forstyrrelse i patientforløbet	25
5.2.2 Delkonklusion	28
5.3 TASSA!.....	28
5.3.1 Delkonklusion	30
5.4 Piareersarluarneq.....	30

5.4.1 Delkonklusion.....	31
6.0 Diskussion.....	31
7.0 Konklusion.....	33
8.0 Perspektivering	34
9.0 Reference	36
9.1 Obligatorisk litteraturliste	36
9.1.1 Supplerende litteraturliste	38
10.0 Bilagsfortegnelse.....	41
Bilag 1: Tematisering, design af interviewundersøgelsen og interviewspørgsmål.....	42
Bilag 2: Søgestrategi.....	44
Bilag 3: Søgeprofil	45
Bilag 4: Kvalitetsvurdering af udvalgte forskningsartikel (CASP) om: Cancer incidence and Mortality in Greenland 1983-2014- Including Comparison With the Other Nordic Countries (Yousaf 2018).	47
Bilag 5: Kvalitetsvurdering af udvalgte forskningsartikel (CASP) om: Patient involvement in Greenland hospital-care. A qualitative study of the study of the patient perspective (Seibæk 2021)	50

Resumé

Baggrund: Projektets formål er at undersøge hvordan sygeplejersken kan forberede den grønlandske kræftpatient inden de rejser til behandling i Danmark, og hvorledes de oplever sammenhængen i deres patientforløb med Antonovskys teori om OAS som udgangspunkt.

Problemformulering: ”*Hvordan kan sygeplejersken i Grønland forberede den grønlandske kræftpatient i deres oplevelse af sammenhæng i et sammenhængende patientforløb inden de skal til behandling i Danmark?*”

Metode: Projektet har en hermeneutisk tilgang og tager udgangspunkt i Antonovskys teori om OAS som forforståelse. Vores empiri er kvalitative interviews af grønlandske kræftpatienter der er indlagt i Det grønlandske Patienthjem på Østerbro i København.

Resultater: Analysen er delt op i fire emner med grønlandske overskrifter: Ajunngilaq, Misigisat, Tassa! og Piareersarluarneq.

Konklusion: Sygeplejersken skal bruge de fire kernekompetencer som er at vejlede, undervise og formidle og inddrage patientens oplevelser, reaktioner og bruge pårørendes viden for at støtte patienten så vidt muligt. Således kan sygeplejersken forberede den grønlandske kræftpatient i deres patientforløb inden rejsen til et behandlingsforløb i Danmark.

1.0 Indledning

Projektets formål er at undersøge hvordan sygeplejersken kan forberede den grønlandske kræftpatient i deres forløb i Grønland inden rejsen til deres behandling i Danmark, med fokus på den medicinske sociolog Aaron Antonovskys teori *oplevelse af sammenhæng* (OAS) (Antonovsky, 2000, s. 151-152) i patientforløbet.

Vi har begge under vores kliniske ophold gennem uddannelsen mødt en del af disse patienter. Det har undret os, hvordan mon de grønlandske patienter oplever deres ophold i Danmark og om de forstår sammenhængen i deres patientforløb. Her også om de føler de får de nødvendige informationer man skal have inden en undersøgelse eller operation. Antonovsky definerer OAS således, at han sætter det op i tre begreber. Begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed (ibid., s. 34), disse begreber uddyber vi senere i opgaven. Når de grønlandske patienter bliver sendt til Danmark, kan der opstå brud i patientforløbet under overgangene, og således påvirke patientens *oplevelse af sammenhæng* (Eldrup, 2019, s. 55). Derfor er det relevant at kigge på denne problemstilling og se hvordan de grønlandske kræftpatienter på Det grønlandske Patienthjem (DGP) oplever dette.

Når vi ser på kræft, hvor hovedparten sendes til behandling i Danmark, er antallet stigende, og hvis vi ser på indbyggertal, så har Grønland med 55.000 indbyggere er der omkring 200 kræfttilfælde om året og 110 kræftdødsfald årligt (Cancer.dk, 2018). En undersøgelse lavet af Umbreen Yousaf, overlæge, som i samarbejde med Kræftens Bekæmpelse og Statens Institut for Folkesundhed har lavet viser, at antallet af kræftpatienter er steget gennem de sidste 32 år i Grønland. Fra perioden 1983-2014 var der 4716 tilfælde af kræfttramte og 3231 der døde af kræft. Derfor er det interessant at undersøge, hvordan man som sygeplejerske kan støtte den grønlandske kræftpatient i at fremme deres OAS.

En undersøgelse lavet af Kræftens Bekæmpelses Patient støtteudvalg, hvor 1.518 kræftpatienter deltog, blev der vist, at kræftpatienter ofte dør med de psykiske aspekter ved at blive syg. Undersøgelsen viser blandt andet, at 69% oplevede angst, og 70% oplevede nedtrykthed som følge af deres kræftsygdom (Vedtofte 2013 s.103). Derfor vil det være interessant at undersøge hvordan sygeplejerskens rolle kan være i forhold til at støtte patienten i den psykiske del af sygdommen.

1.2 Problemstillinger - Sammenhængende patientforløb

I det her afsnit i konkretiseringen af problemstillingerne er sammenhængende patientforløb den overordnede del, hvor vi ser på, hvilken betydning dette har i forhold til Antonovskys teori om OAS.

Som der kan læses ovenfor, så er patienter med kræft en stor procentdel i forhold til Grønlands indbyggertal. Igennem årene er der en del grønlandske patienter der kommer til Danmark for at blive undersøgt eller opereret. I en redegørelse af Departement for Sundhed fra 2017 og 2018, vises der, at der kommer omkring 1900 patienter til Danmark til at undersøge eller operationer hvert år (Departement for Sundhed, 2019). Disse patienter kommer igennem systemet som indebærer overgangene mellem et hospital i Grønland og videre til et hospital i Danmark, og disse overgange på patientforløbet kan påvirke den *grønlandske patients oplevelse af sammenhæng*. I dette afsnit kobler vi OAS til problematikker i forhold til sammenhængende patientforløb og patientinddragelse af den grønlandske patient. I en redegørelse på kræftområdet i Grønland udarbejdet af Departement for Sundhed og Infrastruktur i 2013 står der, at det er en stor udfordring at sikre et kræftforløb der er sammenhængende, effektive med patienten i centrum, hvor patienten føler sig informeret og tryk. Dette er blandt andet fordi at aktiviteterne indebærer blandt andet at komme fra sin lokale sundhedsarbejder i bygden til det lokale sundhedscenter, videre til Regionssygehus til Dronning Ingrid's Hospital (DIH) og derefter til DGP og videre til Rigshospitalet eller et andet sygehus i Danmark (Naalakkersuisut 2013 s.32).

1.2.1 Patientforløb

Patientforløb er en beskrivelse af patientens vej gennem sundhedsvæsenet og det kan være komplekst og indebærer ofte flere aktiviteter som foregår i både almen praksis, kommune og sygehuset som tilsammen repræsenterer sundhedsvæsenet, og disse overgange har paralleller til patientens OAS, da deres oplevelse af sammenhæng kan blive forstyrret ved overgangene. For at patienten kan *opleve sammenhæng* i patientforløbet må de tre instanser arbejde sammen (Eldrup, 2019, s. 54). Et patientforløb kan forklares som "*De aktiviteter, kontakter og hændelser i sundhedsvæsenet, som en patient eller en defineret gruppe af patienter gennemgår i forbindelse med et givet helbredsproblem*". De aktiviteter og hændelser der sker for de grønlandske patienter der bliver sendt til Danmark, er overflytning fra et grønlandsk hospital til et dansk hospital. Mange af fejlene eller brist kan ske i sektorovergange generelt, og ikke kun sektorer i Grønland (ibid, s. 55), her er der risiko for, at patienter får en reduceret

oplevelse af sammenhæng. Begrebet *sammenhængende patientforløb* er udgangspunktet for sygeplejerskens kliniske lederskab. Ud fra Kirkevolds betegnelse betyder klinisk lederskab: “kompetanse til å veilede andre, organisere og prioritere arbeidsopgaver og bruke pleieteamets samlede ressurser og kompetanse best mulig for å møte pasientenes behov” (Glasscock 2019, s.142). Det betyder, at når sygeplejersken møder en patient, skal hun være opmærksom på, at de aktiviteter hun sætter i gang faktisk er én af flere kontakter og aktiviteter i ét forløb for patienten. Her kan rammerne for professionernes udøvelse være forskellige og dermed også beslutningerne der bliver taget ændres undervejs. Disse arbejdssituationer kan skabe udfordringer, hvor sygeplejersker står med koordinationsopgaver som ikke er klart defineret og som sygeplejersken ikke altid har kompetencerne til at kunne løse (Nielsen 2019, s. 252). De forskellige rammer og beslutninger der bliver taget kan komme til udtryk ved, at patienten kan opleve en reduceret *oplevelse af sammenhæng* i patientforløbet, hvis informationer og handlinger bliver forskellige under patientforløbet. Det kan eksempelvis være, hvis der er brud i overgangene.

Som Antonovsky siger, skal man støtte patientens *oplevelse af sammenhæng*. (Antonovsky, 2000, s. 151-152). Støtten indebærer, at sygeplejersken taler og lytter til patienten og deraf hjælpe patienten til at kunne skabe en *større oplevelse af sammenhæng* i forhold til deres sygdom og sygdomsforløb, særligt når de grønlandske patienter skal igennem mange forskellige aktiviteter gennem deres forløb fra Grønland til Danmark. Derfor skal sygeplejersken være opmærksom på risikoen for, at der opstår brud i overgangene mellem aktiviteterne og kontakterne ved patientforløbet (Eldrup, 2019, s. 55).

1.2.2 Patientinddragelse

Patientinddragelse er et vigtigt element for at skabe en stærkere OAS for patienten. Som vi tidligere har nævnt, har Antonovsky tre komponenter i teorien om OAS, som indebærer begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed. Antonovsky har en salutogenetisk synsvinkel som fokuserer på det sunde menneske frem for det syge. Det vil sige, at han fokuserer på, hvordan et sundt menneske evner at håndtere stressfaktorer, og mener, at hvis man ikke kan håndtere stressfaktorer kan det udvikle sig til stress som kan påvirke livskvaliteten og helbredet (Antonovsky 2000 s.146) . For at patienten kan håndtere sit sygdoms- og behandlingsforløb skal patientinddragelsen være optimal, og dermed kan det give patienten ro til at begribe og overskud til følelsen af meningsfuldhed.

Patientinddragelse betyder, at patienten får viden om sit behandlingsforløb, og her skal sygeplejersken hjælpe patienten til at få en større forståelse af sit forløb. Her kan patienten deltage i den fælles beslutningstagen, i forbindelse med sin sygdom, eller sige til og fra til behandling (Schaarup, 2019 s.183). Fælles beslutningstagen er en metode til at inddrage en patient på, som indebærer en dialogbaseret planlægning af patientforløbet i samarbejde mellem patient og sundhedsprofessionel (Grimshaw-Aagaard, Hansen, 2019 s. 136). Her kan man også give patientpjecer, som også er en måde at inddrage patienten på (Riiskjær 2014, s. 124).

Patientinddragelse findes også i lovgivningen, og er ikke kun et ønske fra sundhedsprofessionel, patient og pårørende, her er den grønlandske lovgivning fra 2001 om patienters retsstilling §11 som siger:

“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. Patientens tilkendegivelser skal, i det omfang de er aktuelle og relevante, tillægges betydning.” (Lovgivning, 2001).

Det er dermed også lovbestemt, at man som patient skal give informeret samtykke under sine behandlinger. Herunder har sygeplejersken ansvaret i forbindelse med sit kliniske lederskab for, at kunne vurdere patientens behov ved informationsgivning, og herunder vurdere om patienten har en forståelse for sit behandlingsforløb (Glasscock, 2019, s.18). Dermed kan man forstærke patientens *oplevelse af sammenhæng*, ved at lytte til patientens behov for at opnå den bedst mulige patientinddragelse for den enkelte patient.

“Patienter og pårørende forventer individuel patientinddragelse, og mødet foregår mellem den enkelte patient og en eller flere professionelle.” (Andersen 2019, s.226).

Patientinddragelse er ikke kun en politisk bestemmelse, men også en forventning. Ved samtale med lægen kan patienten spørges ind til hvor meget patienten ønsker at være inddraget, og hvordan det skal ske. Det skal forstås ved, at sygeplejersken skal samarbejde med patienten og foretage en vurdering af patientens behov (ibid., s.226). Sygeplejersken skal også være opmærksom på det nonverbale sprog, som er kropssproget, mimikken, øjenkontakten, stilhed, stemmens klang og berøring (Jørgensen 2021 s.109-111). Her kan patienten få et bedre overblik over sin behandling og forstå hvad og hvordan det skal ske i et forsøg på at styrke patientens OAS.

En problemstilling omkring kommunikationsbrist og manglende patientinddragelse kan ses i en undersøgelse lavet i en grønlandsk kontekst, skrevet af Helle Mougaard-Frederiksen og Lene Seibæk fra 2021, som hedder “*Sundhedsprofessionelle perspektiver på patientinddragelse i det grønlandske sundhedsvæsen*”, kan vi se, at de sundhedsprofessionelle oplever, at patienterne ikke bliver inddraget grundigt. I undersøgelsen vises der, at der er mange kommunikationsbrist allerede i begyndelsen af deres patientforløb, som ofte starter i kysten, hvor de ikke bliver forklaret eller forberedt på deres behandlingsplan, som en deltager i undersøgelsen siger her:

“*Jeg tror bare den får udleveret billet og plan... Jeg tror det er kontordamen der udleverer, eller receptionisten*” (Mougaard-Frederiksen, Seibæk 2021 s.150). Således kan man se, at det er en udfordring når en patient allerede i begyndelsen af sit patientforløb oplever kommunikationsbrist og dermed ikke føler sig grundigt inddraget eller forberedt på sit behandlingsforløb.

Et problem omkring patientinddragelse kan være, hvis forskellige sundhedsprofessionelle ikke har samme idé om, hvad patientinddragelse indebærer. Det kan have den betydning at patienten ikke bliver inddraget grundigt og dermed kan forstå sammenhængen i sit patientforløb. ViBIS (Videnscenter for brugerinddragelse i sundhedsvæsenet) har lavet en undersøgelse om sundhedsprofessionelles forståelser af patientinddragelse. I undersøgelsen kan man se, hvor forskelligt fagpersonerne forstår begrebet patientinddragelse. Det vil sige, at fagpersonerne ikke havde en fælles forståelse omkring, hvad patientinddragelse er (danskepatienter.dk, 2013, s. 33). Der er grundlæggende beskrevet fem forskellige forståelser af patientinddragelse: Patienten informeres løbende om sygdom og behandling (passiv information), Patienten mødes med en individuel, empatisk og personlig tilgang, Patienten behandles med udgangspunkt i sine individuelle behov, ønsker og viden, Patienten oplæres til at udføre egenbehandling, Patienten har medbestemmelse og tager aktiv stilling til behandlingsmuligheder (aktiv information) (ibid. s.16). Forskellene ved disse forskellige former for patientinddragelse er for eksempel, at den første forståelse indebærer, at give patienten passiv information ved at informere patienten om sin sygdom og behandling, hvor andet eksempel er, at give aktiv information, hvor patienten har medbestemmelse og aktivt tager stilling til sine behandlingsmuligheder. Denne forskel har en betydning for, hvordan en patient kan opleve at blive inddraget i sit behandlingsforløb, da man først kan opnå den bedst

mulige patientinddragelse, hvis alle har en fælles forståelse for, hvad patientinddragelse indebærer.

Nu har vi været inde på sundhedsprofessionelles forskellige forståelser af patientinddragelse og nu vil vi kigge på patientens evne til at blive inddraget i sit behandlingsforløb. Overskud til overblik for patientens behandlingsforløb kan være en faktor hos patienten, da det kan være en ulempe, hvis patienten mangler overskud, som eksempelvis her, hvor en dansk læge forklarer hans oplevelse omkring deres patientinddragelse:

“Når man er syg, er det ikke altid, at man magter at kapere alle de oplysninger, man får, endsige overhovedet at forholde sig til det [...] Jeg tror, vi nogle gange overinformere folk, jeg synes faktisk nogle gange, at folk de drukner lidt [...] fordi vi gerne vil inddrage dem” (ibid, s. 25).

Hvis en patient ikke har overskud til at forstå alle oplysninger omkring sit behandlingsforløb, vil det gøre patientens OAS svagere, og dermed give patienten følelsen af håbløshed og apati (Antonovsky 2000, s. 152). Det er et problem for patienten og betyder således, at patienten har brug for ekstra støtte og vejledning.

En kvalitativ undersøgelse som hedder: *“Brugernes oplevelse af det grønlandske sundhedsvæsens”* der er lavet i 2019 bliver der interviewet grønlandske patienter om deres oplevelse af patientinddragelse, herunder ses ét af dem:

“Vi ligger under dem, og jeg tror, vi går forbi hinanden, en følelse af, at man ikke forstår. Man får ikke en fællesforståelse. Det føles som om, de har den holdning, “I skal høre på os, det er os, der har erfaringen”, selvom man ikke er det sted, og man måske har et andet budskab.” (Olesen m.fl. 2020 s.41).

Citatet viser, hvordan en grønlandsk patient oplever kommunikationen mellem ham og en dansk sundhedsprofessionel. Det viser, at den sundhedsprofessionelle prøver at styrke patientens OAS, men dette mislykkedes grundet misforståelser mellem parterne og derfor gør patientens OAS svagere i stedet.

Tine Aagaard har lavet denne forskning i Grønland: *Hverdagsliv med sygdom - patienters kulturelle perspektiver på sundhedspraksis i Grønland*. Her vises der en undersøgelse fra 1994 som omfattede 50 patienter og 50 behandlere, hvor undersøgelsen konkluderede, at det danske personale mente, at de grønlandske patienter virkede uinteresserede for medicinske facts, at de var autoritetstro og dermed overlod ansvaret til lægen. Undersøgelsen beskriver ordret, at de grønlandske patienter var ligeglade og uansvarlige for deres situation. I forhold til afsnittets fokus på patientinddragelse, er dette et godt eksempel på, hvordan en mislykket patientinddragelse kan se ud. Det danske personale udtrykte også grundet de grønlandske patienters uvidenhed om medicinske og fysiologiske forhold var det svært at forklare dem, hvad de fejlede (Aagaard 2015, s.20). Det har også en stor betydning for, hvor succesfuld patientinddragelsen kan blive, når sundhedspersonalet har dette synspunkt, og ligeledes også en betydning for patientens OAS. Selvom ovenstående undersøge fra 1994 er lavet for 28 år siden, kan man stadig se, hvordan patientinddragelsen kan briste:

“Jeg føler ikke, jeg bliver inddraget i min behandling, og jeg ved ikke, hvordan jeg skulle kunne bidrage. Vi respektere dem, som ved, hvad de laver.” (Olesen m.fl 2020 s.41).

Dette citat viser netop, at de grønlandske patienter ikke er ligeglade eller uansvarlige, men stoler blindt på sundhedspersonalet og er autoritetstro.

I en anden kvalitativ undersøgelse, *“Patient involvement in Greenland hospital-care: A qualitative study of the patient perspective”*, der er lavet af Helle Mouggaard-Frederiksen og Lene Seibæk i 2021, hvor det sundhedsprofessionelles perspektiv er i centrum i forhold til patientinddragelse bliver der vist, at sundhedsprofessionelle ønsker forbedringer ved patientinddragelse og at der er forbedringsmuligheder. Undersøgelsen viser, at de sundhedsprofessionelle så de grønlandske patienter som afventende, fordelene var, at patienterne var tålmodige, ulempen var, at patienterne var meget autoritetstro. De sundhedsprofessionelle beskrev de grønlandske patienter som ressourcestærke, som er tålmodige, udholdende og gode til at støtte hinanden (Mouggaard-Frederiksen, Seibæk 2021, s. 152). Undersøgelsen viser således, at der stadig er udfordringer ved patientinddragelse, men en større forståelse af handlingerne bag den grønlandske patient.

I en artikel fra landslægeembedet fra 2020, *Sundhed og sundhedsvæsen i Grønland år 2020*, bliver der beskrevet, at der i stor omfang er rekruttering af dansk sundhedsprofessionelle, og det forventes at fortsætte fremover (Hansen, Noahsen 2020 s. 47). Når det grønlandske sundhedsvæsen er domineret af dansk personale påvirker det de grønlandske patienter, fordi

de er mere tilbageholdende, føler sig begrænset i deres ordforråd ved konsultationer og som tidligere nævnt ikke har lyst til at gøre sig til besvær.

1.2.3 Eksisterende undersøgelser

Nu har vi kigget på det sammenhængende patientforløb og patientinddragelse og dem vil vi tage udgangspunkt i, i forhold til den grønlandske patient herunder.

Problematikker i forhold til grønlandske patienter i behandling i Danmark er undersøgt i bogen *Menneske sundhed, samfund og kultur* hvor har Anna Kleist Egede, Lise Hounsgaard og Lene Sibæk har skrevet om den grønlandske patient og deres måde at håndtere deres situation på. De beskriver, at de grønlandske patienter ofte har en lav sygdomsindsigt og viden i bagagen når de bliver overflyttet fra det grønlandske sundhedsvæsen til Rigshospitalet. De føler sig nervøse og ensomme og ængstelse, og dette kan også hænge sammen med det vi tidligere har beskrevet om, at den grønlandske patient er meget autoritetstro og har tendens til at overlade ansvaret til sundhedspersonalet. Når de grønlandske patienter ankommer til DGP i København bliver de overvældet af de mange nye indtryk og skal også forholde sig til det praktiske som fx offentligt transport og tidsforskellen (Egede, Hounsgaard, Seibæk, 2020, s. 107-108). Ved dette projekt vil vi forsøge, at forstå begrebet OAS af Antonovskys ved at tage Antonovskys briller på når vi kigger på den grønlandske patient der tager til undersøgelse eller behandling i Danmark.

At de grønlandske patienter er autoritetstro er ikke noget nyt, og i en artikel fra Dansk sygeplejeråd (DSR) fra 2018 fortæller daværende chefsygeplejerske i Styrelsen for Sundhed og Forebyggelse i Grønland, at man i Grønland generelt ikke taler så meget, og særligt den ældre befolkning er meget autoritetstro og sjældent sætter spørgsmålstegn ved, hvad sygeplejersken siger (Klit 2018). Forholdet mellem grønlændere og danskere har i flere hundrede år været meget komplekst, da danskere ofte er blevet set som autoritære personer, og dette komplekse forhold kan stadig mærkes i dag, særligt når en ældre grønlandsk patient møder en dansk læge på hospitalet.

De grønlandske patienters første møde med det grønlandske sundhedsvæsen i Grønland har også en betydning for deres videre forløb, da Det Grønlandske sundhedsvæsen er påvirket af stor udskiftning kan man se, at de grønlandske patienter bliver påvirket således, at de ikke føler der er overskud til ro og nærvær og grundig informationsgivning fra personalets side

(Mougaard-Frederiksen, Seibæk 2021 s. 144). Dette kan reducere følelsen af OAS hos den grønlandske patient, da de således ikke har overskud til at deltage fuldt ud på patientinddragelsen.

I det danske sundhedsvæsen kan mangelfulde informationer og mangelfuld støtte ved overgangene af patientforløbet for den grønlandske patient opstå grundet den geografiske afstand, kulturelle og sproglige barriere mellem patienter og sundhedspersonale, samt mangelfuld viden om det samlede behandlingsforløb hos patient og personale (Egede, Hounsgaard, Seibæk, 2020, s. 117-119).

2.0 Afgræsning

Ved de ovenstående afsnit kan vi se, at grønlandere med kræft er steget gennem årtier. Denne patientgruppe er en stor del af dem der kommer til Danmark for at blive undersøgt eller behandlet. De grønlandske patienter bliver som beskrevet tidligere ikke informeret grundigt fra personalets side i Grønland, da det grønlandske sundhedsvæsen blandt andet er præget af stor udskiftning. Udover dette, føler de grønlandske patienter sig nervøse, ensomme og ængstelige når de ankommer til Danmark. Overskud har stor betydning i forhold til, om man som patient kan overskue at blive inddraget i deres patientforløb. Man skal som patient give samtykke til al behandling og undersøgelse, og hvis man som disse grønlandske patienter ikke føler de har det største overskud, kan det være svært at modtage og forstå informationer. Under det *sammenhængende patientforløb* er det også relevant, at man som patient føler der er en sammenhæng i sit behandlingsforløb. Der er stor risiko for, at sammenhængen i patientforløbet kan gå tabt når man som grønlandsk patient går igennem flere aktiviteter som at blive overflyttet fra Grønland til Danmark og tilbage til Grønland igen.

For at støtte patienten i at håndtere krisesituationer og forberede dem på rejsen til et behandlingsforløb i Danmark, kan sygeplejersken hjælpe patienten i at forberede sig på disse.

2.1 Problemformulering

Formålet med denne opgave er, at vi kaster lys på Antonovskys teori om OAS og et sammenhængende patientforløb og patientinddragelse ved de grønlandske kræftpatienter der skal rejse til Danmark for at blive behandlet for deres sygdom i et sundhedsvæsen i Danmark.

2.1.1 Vores problemformulering lyder således:

Hvordan kan sygeplejersken i Grønland forberede den grønlandske kræftpatient i deres *oplevelse af sammenhæng* i et sammenhængende patientforløb inden de skal til behandling i Danmark?

3.0 Litteratursøgning

Noget af det første vi gjorde efter at have udviklet problemformuleringen var, at søge litteratur der hang sammen med vores problemstillinger. I dette afsnit forklarer vi hvordan vi har søgt på evidensbaseret forskningsartikler, bloksøgning, inklusions- og eksklusionskriterierne, og den udarbejdede søgeprofil.

Ved dette projekt har vi søgt efter evidensbaseret forskningsartikler for at bekræfte problemet ved vores problemformulering (Nielsen, Hjørnholm, Jørgensen 2021 s.88). Dette afsnit redegøre den søgestrategi vi har anvendt i forhold til litteratursøgning. Forskningsartiklerne vi har fundet handler om grønlandske patienter og grønlandske forhold, som derved kan være med til at besvare vores problemformulering.

3.1 Bloksøgning

Vi gjort brug af databaserne Cinahl (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) og PubMed (Public Medline) (Karlsson, 2019 s. 105). Vi gør brug af bloksøgning, da søgningen nemt kan redegøres. Vi har lavet en søgestrategi før vi søgte under databaserne. Søge strategien indebærer søgeord som er relevante i forhold til vores problemstillinger (bilag 1). Derefter har vi koblet søgeordene og anvendt boolske operatører “AND”, som gør søgningen afgrænset og mere specifik (ibid, s.114). Vi har også anvendt kædesøgning og søgning med udgangspunkt i referencer og relevante bøger.

3.1.1 Inklusions- og eksklusionskriterier

Dette afsnit omhandler inklusions- og eksklusionskriterier ved søgning på litteratur i databaserne.

Inklusionskriterier

- Kræftpatienter
- Kvalitative undersøge
- Patientinvolvering
- Sammenhængende patientforløb
- Grønlandske forhold
- Arktiske forhold
- Informationstab

Eksklusionskriterier

- Diabetes
- Kvantitative
- Hjertepatienter
- Pædiatri

3.2 Søgeprofil

Vi har søgt evidensbaseret forskningsartikler i databaserne cinahl og pubmed, og søgt under vores problemstillinger for at bekræfte at de grønlandske patienter oplever udfordringer ved sammenhængende patientforløb og ved patientinddragelse. Her vil vi beskrive, hvordan vi har søgt systematisk søgning i forskellige databaser (bilag 3).

Først og fremmest har vi søgt under Cinahl, som er en evidensbaseret database med videnskabelige artikler med sygepleje- og sundhedslitteratur (Karlsson, 2019 s. 105). Her har vi brugt søgeord om patientinvolvering, sprogbarriere, kommunikationsbarriere. Vi har også søgt under databasen PubMed, som er en database der indeholder materiale fra det biomedicinske område (ibid s.105).

Vi har desuden søgt på stat.gl, dsr.dk, lovgivning.gl, google.com, cancer.dk, sst.dk, WHO.

Som tidligere nævnt i indledningen, så har vi fundet denne artikel, som er et systematisk review med denne overskrift: *Cancer incidence and Mortality in Greenland 1983-2014 - Including Comparison With the Other Nordic Countries* (Yousaf 2018). En kvantitativ undersøgelse fra 1983 til 2014, hvor der vises en stigende incidenstal over kræft i Grønland gennem årene. Undersøgelsen konkluderer hermed, at Grønland bliver lige så ofte ramt af kræft, som de øvrige nordiske lande. Denne forskningsartikel har vi kvalitetsvurderet ud fra en CASP tjekliste (bilag 4), dette har vi gjort for at sikre kvaliteten.

Den anden forskningsartikel vi har fundet er en kvalitativ undersøgelse: *Patient involvement in Greenland hospital-care: A qualitative study of the patient perspective* (Seibæk, 2021). Den omhandler et sundhedsprofessionel perspektiv på patientinddragelse. Det er en undersøgelse der går i dybden ved at interviewe sundhedsprofessionelle, hvor man spørger dem ind til deres syn på patientinddragelse, og udfordringerne derom. Denne forskningsartikel har vi også kvalitetsvurderet med en CASP tjekliste (bilag 5).

4.0 Metode og teori

I dette afsnit redegøres opgavens opbygning, den videnskabsteoretiske tilgang, design, interview afsnit, sted, informanterne, interviewguide, gennemførelse, transskription, deduktiv analyseproces og etiske overvejelser.

4.1 Videnskabsteoretisk tilgang

Vi har nu været inde på litteratursøgningen og hvordan vi har udviklet søgeprofilen ud fra problemstillingerne. Nu vil vi komme ind på den videnskabsteoretiske tilgang vi har gjort brug af.

Den videnskabsteoretiske tilgang vi gør brug af i projektet er hermeneutik. Hermeneutik tager udgangspunkt i humanvidenskab og betyder at fortolke, fortolkningskunst, eller læren om forståelse (Birkler, 2016, s. 96). Her gør vi brug af Antonovskys forforståelse, og således tager hans briller på når vi skal kigge på vores empiri. Hans-Georg Gadamer er en teoretiker der taler om hermeneutik og forforståelse. Gadamer mener, at mennesket har fordomme og disse er vores forventninger og formeninger, som kendetegner vores måde at være til stede på. Han siger, at fordomme er noget mennesker lever ud fra (ibid, s. 96). Hermeneutikken har et centralt nøgleord der hedder Den hermeneutiske cirkel, som illustrerer, at vores

forforståelse ikke begynder på bar bund når vi skal forstå et nyt fænomen da vi bruger den viden vi allerede har, som er vores egen forforståelse om fænomenet. Det bruger vi til at fortolke og således at kunne skabe en ny forståelse. Når vi så udveksler erfaringer og får en fælles forståelse af virkeligheden opstår en horisontsammensmeltning (ibid s. 98). Vi kan sige, at forforståelse er nogle briller man tager på, og ud fra disse briller kan man have en bestemt mening. Det er Antonovsky og hans teori om OAS der er vores synsfelt og hans teorier vi bruger som retning i vores opgave.

4.2 Design

I dette afsnit vil vi forklare designet og hvordan vi har udviklet vores interviewguide, og ligeledes hvordan vi har fundet frem til interviewspørgsmålene. Vi vil også komme ind på hvor interviewene fandt sted, og komme ind på de informanter vi fandt frem til.

Dette projekt er en kvalitativ forskningsinterview, med åbne spørgsmål som patienterne svarer på baggrund af deres oplevelser, erfaringer, følelser, opfattelser, synspunkter og viden (Danielson, 2019, s.179). Det hermeneutiske interview har netop fokus på at indhente data om informanternes oplevelser og erfaringer, og også informanternes fortolkninger, meninger og holdninger til det undersøgte fænomen (Nielsen, Hjørnholm, Jørgensen 2021 s. 185).

Ud fra den norske professor Steiner Kvale, så er der 7 faser af en interviewundersøgelse (Nake, 2014 s.154). Første fase omhandler tematisering. Her startede vi med at tematisere ud fra problemformulering, og gik i dybden med undersøgelsens *hvorfor*, *hvad* vi skal have afklaret og *hvordan*. Her kom vi frem til 6 temaer: forventninger, rejsen, sprog/kultur/værdier, oplevelser/gode/dårlige, medansvar for sygdom og følelser. Designet er et kvalitativt forskningsinterview, som gør det muligt at forstå verden ud fra patientens synspunkter. Vi har valgt at gennemføre interviewene på grønlandsk, for at opnå den mest korrekte forståelsen af patientens livsverden (ibid. s.158), de relevante citater vi skal bruge til analysen, vil vi oversætte til dansk. Til interviewet har vi lavet 10 spørgsmål på dansk, og derefter fik vi oversat spørgsmålene til grønlandsk, med hjælp fra tolkene på Rigshospitalet. Dette gjorde vi for at få de mest korrekte spørgsmål og for at kunne besvare vores problemformulering på den mest fyldestgørende måde. Således udarbejdede vi interviewguiden (bilag 2).

4.2.1 Interview afsnit

I dette afsnit kommer vi ind på, hvor interviewene fandt sted, vi introducerer informanterne, vi forklarer interviewguiden hvor vi præsenterer hvordan vi har bygget interviewet op, og derefter forklarer vi gennemførelsen og til slut transskriberingen af interviewene.

Vi har valgt at bruge interview som empiri til vores projekt. Dette har vi valgt fordi, at vi mener vi kan få et indblik i de grønlandske kræftpatienters *oplevelse af sammenhæng* i et sammenhængende patientforløb inden de skal til behandling i Danmark.

4.2.2 Sted

Udarbejdelsen af interviewene foregik på det DGP på Østerbro i København, hvor vi var på observationspraktik. Under denne observationspraktik skrev vi også feltnoter ud fra det vi så, hørte og fornemmede i observerede situationer (Jensen 2020, s. 112).

4.2.3 Informanterne

Måden vi har rekrutteret informanterne på var ved at kigge på patientlisten på Det grønlandsk patienthjem. Da vi i forvejen har udvalgt kræftpatienter er de derved indsnævret til denne patientgruppe, og derfra kunne vi kigge på hvilke patienter der på daværende tidspunkt var indkvarteret på patienthjemmet. Vi har også ønsket at snakke med kræftpatienter der har været på patienthjemmet i en længere periode, og ligeledes nogen der lige er ankommet. Vi har ud fra disse kriterier fundet 3 patienter.

Alle 3 patienter vi har interviewet er anonymiseret, og vi har valgt at give dem et andet navn.

Den første informant i vores interview, er patienten som er en kvinde på 70 år og vi har valgt at kalde hende *Gitte*. Hun er sendt til Rigshospitalet for at blive behandlet for cervix cancer, som er kræft i livmoderhalsen (Rørth 2000, s.128). Hun har boet på DGP i en længere periode. Hun bor oprindeligt i nordgrønland.

Den anden informant er en ældre herre på omkring 80 år, som vi kalder *Bent*. Han har cancer ventriculi, som er kræft i mavesækken (ibid. s. 120), og bliver behandlet på Rigshospitalet. Han har boet på DGP i en længere periode, og han bor oprindeligt i vestgrønland.

Den tredje og sidste informant er en ung dame på omkring 30 år, hende kalder vi *Lotte*. Hun har cervix cancer, som er kræft i livmoderhalsen (Ibid. s. 128). Hun er netop ankommet til DGP og skal igennem et behandlingsforløb på Rigshospitalet. Hun bor til hverdag i den nordligste del af Grønland.

4.2.4 Interviewguide

I dette afsnit vil vi komme ind på, hvordan vi har opbygget vores interviewguide, og som vi tidligere har forklaret, så gjorde vi brug af Kvaales 7 faser (ibid s.154) som hjalp os frem til at finde disse temaer under første fase som omhandlede tematisering:

1.	Forventninger	4.	Oplevelser/gode/dårlige
2.	Rejsen	5.	Medansvar for sygdom
3.	Sprog/kultur/værdier	6.	Følelser

(Bilag 1)

Ud fra disse 6 temaer har vi konstrueret interviewspørgsmålene (Bilag 2), og således mener vi, at vi har fundet frem til de spørgsmål som kan hjælpe os med at få besvaret vores problemformulering.

Her er vores forskningsspørgsmål og vores interviewspørgsmål kan ses i bilag 1.

Forskningsspørgsmål
OAS/ oplevelse af sammenhæng
Sammenhængende patientforløb
Patientinvolvering
Den grønlandske patient

4.2.5 Gennemførelse

I dette afsnit vil vi komme ind på, hvordan og hvor gennemførelsen af interviewene foregik.

Som vi tidligere har beskrevet, foregik interviewene på DGP. Efter rekrutteringen af informanterne, ringede vi på deres dør og spurgte om de var interesseret i at deltage i vores projekt. Således fandt vi tre informanter der gerne ville deltage. Den første informant blev interviewet den første dag, hvor de andre to blev interviewet dagen efter.

Den første informant, Gitte, var interesseret i at gennemføre interviewet med det samme, så her blev interviewet gennemført i informantens værelse, ved sofaen i rolige omgivelser. Her satte vi lydoptagelsen mellem os, og vi sad ved siden af hinanden. Interviewet varede 14 minutter. Den anden informant, Bent, var også villig til at gennemføre interviewet lige efter vi havde ringet på døren. Dette foregik således, at vi sad på sofaen og informanten sad på sin seng overfor. Lydoptageren blev placeret på et bord imellem os. Interviewet varede i 13 minutter. Den tredje informant, Lotte, var på vej ned for at spise morgenmad da vi skulle ringe på hendes dør. Her fortalte vi hende om projektet og hun var interesseret med det samme og ville gerne gennemføre interviewet inden hun skulle spise morgenmad. Her sad hun på sin sofa, og jeg sad på en stol lige overfor hende, og placerede lydoptagen på sofaen ved siden af informanten. Interviewet varede i 10 minutter.

4.2.6 Transskription

Da alle interviewene blev gennemført begyndte vi at transskribere dem. Da interviewene foregik på grønlandsk, blev de transskriberet på grønlandsk. Derefter gennemgik vi alle interviews, hvor vi hver især fandt frem til nogle temaer som vi kunne anvende i analysen. De citater vi bruger i analysen bliver oversat til dansk.

4.2.8 Ethiske overvejelser

De etiske overvejelser har vi tænkt over før, under og efter vores indsamling af data ved interviews. Interviewene gennemføres i overensstemmelse med Helsinki-Deklarationens regler om frivillighed og anonymitet (laeger.dk), for at sikre deltagernes anonymitet, er deres navne ikke angivet. Vi har også gennemført interviews i overensstemmelse med International Council og Nurses' etiske kodeks for forskning (International council of nurses, 2001 s.5). Ligeledes har vi fået informanterne til at underskrive en samtykkeerklæring som beskriver de

etiske overvejelser omkring interviewet, som blandt andet indebærer at de har ret til at trække interviewet tilbage og melde fra på mail.

Samtykkeerklæringen blev læst og underskrevet før alle interviewene blev gennemført. De har beholdt originalen og vi fik en kopi af samtykkeerklæringen (Nielsen, Hjørnholm, Jørgensen 2021 s125.)

4.3 Analyseproces

For at besvare vores problemformulering, har vi anvendt nogle teoretiske begreber. I dette afsnit præsenterer hvilken analyse proces vi har anvendt og teoretikeren og begreberne herunder vi har anvendt.

4.3.1 Deduktiv analyse proces

Vi har nu introduceret vores empiri, og nu vil vi komme ind på den deduktive analyse process vi har gjort brug af. Analyseprocessen foregik således, at vi har taget Antonovskys briller på med teorien om OAS, herunder også begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed. Da vi netop har taget en teori henover analysen, har vi gjort brug af en deduktiv tilgang (Priebe, Landström 2019 s. 45).

Den overordnede teori vi har valgt at bruge ved analysen er Aaron Antonovskys teori om OAS. Denne teori vil blive anvendt til at belyse, hvordan sygeplejersken i Grønland kan forberede den grønlandske kræftpatient i deres oplevelse af sammenhæng i et sammenhængende patientforløb inden de skal til behandling i Danmark.

4.3.2 OAS

I dette afsnit præsenteres teoretikeren og begreberne.

Aaron Antonovsky (1923-1994) var som tidligere forklaret professor i medicinsk sociologi. Antonovsky skrev en række videnskabelige artikler og bøger, blandt andet Helbredets mysterium fra år 2000 (Antonovsky, 2000 s.9). Ifølge Antonovsky, så ligger fokus på de faktorer der fremmer sundheden hos mennesket, frem for sygdommen. Antonovsky definerer mestringsstrategien OAS således, at han sætter det op i tre begreber. Begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed. Det første begreb, *begribelighed* omfatter, at man som person har en stærk oplevelse af begribelighed, hvis man kan se en sammenhæng i de stimuli som personen kommer til at møde i fremtiden, og finder dem forudsigelige. Det andet

begreb, *håndterbarhed*, omfatter, at man som person har kontrol eller ressourcer personen kan kontrollere, når man bliver stillet over for de stimuli man møder. Det tredje begreb er *meningsfuldhed*. Dette indebærer, at hvis man som person mener at éns oplevelser giver mening, har man en stærk OAS. Det vil sige, at man som person kan se sammenhængen og meningen i den situation personen står i (Antonovsky, 2000, s. 34-37).

Teorien OAS af Antonovsky har relevans i sygeplejen til grønlandske kræftpatienter der bliver sendt til Danmark fra Grønland for at blive undersøgt eller behandlet. Antonovsky taler om, hvordan er sundt menneske evner at håndtere stressfaktorer, og hvordan håndteringen af disse stressfaktorer kan være med til at påvirke livskvaliteten og helbredet. Her er det essentielt for patienten at kunne håndtere sit sygdoms- og behandlingsforløb, så patienten kan mærke ro til at begribe og overskud til følelsen af meningsfuldhed (ibid., s.148). Det er relevant at gå i dybden med de grønlandske kræftpatienters OAS, da man som sygeplejerske således kan danne et billede af, om deres OAS er stærk eller svag i forhold til om de kan mestre svære situationer (ibid., s. 151-152). Det vil sige, at de grønlandske kræftpatienters OAS kan have en betydning for deres håndtering af krisereaktioner.

5.0 Analyse

I dette afsnit vil vi analysere vores empiri, som er de interviews vi har foretaget i DGP. Her har vi udvalgt nogle citater som er relevante for vores opgave, og er med til at besvare vores problemformulering. Vi startede analysen ved at kigge på den grønlandske transskribering og derefter har vi oversat de relevante citater til dansk.

Vi har brugt grønlandske overskrifter i analysen og ligeledes lavet en forklaring på ordets betydning, dette har vi gjort fordi danske ord ikke er lige så fyldestgørende som de grønlandske ord. Grønlandske ord har ofte flere betydninger og dermed mere fyldestgørende.

DGP har kun danske sygeplejersker og assistenter ansat, som ikke taler grønlandsk. De grønlandske patienter foretrak at tale med den grønlandsktalende sygeplejerskestuderende frem for det danske personale når det omhandlede hvordan de havde det. Dette bunder eksempelvis ved, at de grønlandske patienter ikke føler sig trygge ved at tale dansk, og ved at man som grønlænder ofte føler stor ydmyghed og vil ikke gøre sig til besvær. Her kunne patienterne åbne sig op og blive fortrolige med den grønlandsk talende

sygeplejerskestuderende, og nogle af disse informationer var meget relevante for deres patientforløb. Disse informationer ville gå tabt, hvis ikke informationerne gik videre til det danske personale.

Når en grønlandsk patient ikke taler dansk, kan det være svært at opretholde en stærk OAS i patientforløbet i Danmark, og derfor er det vigtigt at have en tolk med sig til samtalerne. Når en grønlandsk patient ikke taler dansk eller fuldt ud forstår dansk, skal de bede om at have en tolk med til samtalerne. Det er vigtigt fordi patienten skal inddrages og kan give samtykke og deltage i den fælles beslutningstagen. Når man ikke forstår sproget, er det svært at kunne se sammenhængen, kunne begribe eller håndtere sit patientforløb. Det er med til at styrke den grønlandske patients OAS, da de således får overblik over deres sygdom og patientforløb.

DGP har ansat grønlandske ufaglærte medarbejdere de kalder for servicemedarbejdere, som agerer som tolke og vejledere i forhold til det praktiske ved at komme til Danmark.

Patienterne kan bruge disse servicemedarbejdere, hvis de har behov for en tolk til samtaler.

Når patienterne skal til lægesamtaler på de omkringliggende hospitaler i Danmark, så sidder der 6 ufaglærte grønlandske tolke på Rigshospitalet, der bliver fordelt mellem disse samtaler rundt omkring.

5.1 Ajunngilaq

Vi kan se, at de grønlandske normer også kan påvirke vores informanternes oplevelser, og det kan ses ved, at de holder sig tilbage med at kritisere for ikke at skabe en konflikt og bibeholde ydmygheden. I dette afsnit vil vi komme ind på, hvad dette bundet i.

Det grønlandske ord [Ajunngilaq] betyder: “Det er godt”, “Det er i fint”, “Det er i orden”.

Begrebet kan bruges i mange sammenhænge, men har den grundlæggende betydning, at man accepterer samtalen og således lukker samtalen for at skabe harmoni. Normerne i Grønland kan være lidt anderledes i forhold til normerne i Danmark. I Grønland afbryder man ikke hinanden ved samtaler, man lytter grundigt til hinanden, man taler ikke højt, man diskuterer ikke, og på den måde viser man respekt over for den man taler med. Hvis man eksempelvis kritiserer noget, bliver det anset som, at man er konfliktsøgende og negativt ladet. Derfor gør man ofte brug af ordet “Ajunngilaq”, for at lukke en samtalen på en sober måde for at komme videre i teksten, og dæmpe konflikten.

Et eksempel på brug af “Ajunngilaq” er her Gitte på 70 år, der fortæller om hendes oplevelse af kommunikationen mellem afdelingerne:

“Engang imellem kan man mærke at de forskellige afdelinger måske ikke har så god forbindelse til hinanden. At de måske ikke kommunikerer ordenligt med hinanden. Det er jo meget forståeligt når afstanden er så stor, og kommunikationen foregår igennem telefon eller fax. Derfor kan der opstå skævheder i kommunikationen, men det er fint”.

Her kritiserer Gitte eksempelvis den manglende kommunikation mellem sektorerne, men hun tager kritikken tilbage og slutter af med at udtrykke: “kisiat ajunngilaq” [men det er fint]. Dette er et ydmygt udtryk selvom hun mener det er kritisk, at kommunikationen ikke er optimal. Et andet eksempel på en ydmyg måde at udtrykke “Det er fint” på, er Lotte på 30 år der fortæller: “Når jeg tager til konsultation i Grønland er det kun danskere, og derfor har jeg bare vænnet mig til det”. Her udtrykker Lotte, at hun har vænnet sig til, at det oftest er dansk personale i sundhedsvæsenet, men det bunder i, at Lotte altid har oplevet det grønlandske sundhedsvæsen med et dansk personale, hun kender ikke til andet. Det betyder ikke det er optimalt for grønlandske patienter, at være nødsaget til at skulle tale dansk eller have en tolk med til alle konsultationer. Grundet sprogbarrieren er der stor risiko for, at de grønlandske borgere/patienter ikke fortæller alle de relevante informationer til konsultationerne, og det kan være problematisk for deres videre patientforløb.

5.1.1 Delkonklusion

Som sygeplejerske skal man derfor være opmærksom på de grønlandske normer, når man arbejder med grønlandske patienter, for at kunne støtte den grønlandske patient bedst muligt. Det er essentielt for den grønlandske patient at blive forstået, da det kan påvirke deres OAS således at de kan risikere ikke at kunne begribe, håndtere og se meningen i deres sygdom og patientforløb og dette kommer vi ind på i næste afsnit.

5.2 Misigisat

Det grønlandske ord [Misigisat] betyder: “Oplevelser”, “Følelser”, “Sanser”, og disse tre ord er koblet sammen i ét ord, Misigisat. Derfor mener vi at dette begreb sammenfatter dette afsnit der omhandler vores informanternes oplevelser, følelser og sanser i deres patientforløb.

I dette afsnit vil vi se på hvordan informanternes oplevelser påvirker deres OAS. Vi har erfaret, at deres oplevelser kan give forskellige grader af OAS, og oplevelserne kan påvirke deres videre patientforløb. Når en patient er i krise kan deres OAS blive svag, fordi de kan miste følelsen af mening og får sværere ved at håndtere deres sygdom og patientforløb. Patienter der oplever krisereaktioner oplever ofte deres behandlingsforløb som forvirrende og føler sig usikre på grund af nye og ukendte omgivelser, og de bliver ofte passive og føler hjælpeløshed fordi de bliver usikre på, hvordan de skal efterleve råd og vejledning (Kopp, 2000, s. 302-303). Krisen kan opstå på mange måder, og vores informanter fortæller om, hvordan de oplevede de lange ventetider under deres patientforløb, og ventetiderne har gjort deres krise værre fordi de oplever tankemylder og har dermed svært ved at falde til ro og se meningen. Vores informanter fortæller også, hvordan de ofte har taget ansvar for deres patientforløb og sat spørgsmålstejn, hvis ikke de har følt der var sammenhæng, hvilket viser en stærk OAS. Vores informanter har således været presset ud til at tage ansvar, grundet de lange ventetider.

5.2.1 Informanternes oplevelser med forstyrrelse i patientforløbet

Vi ser, at vores informanter kan opleve krisesituationer på forskellige måder, eksempelvis ved ventetider grundet vejr- og afstandsforhold, misforståelser i en lægesamtale med tolk og når en kræftpatient får kræft diagnosen af en læge. Her vil vi gå i dybden i, hvor vores informanter oplever forstyrrelse i deres patientforløb.

Vi har erfaret, at det virkelig kan ryste et menneskes fundament, når en læge fortæller, at man er alvorligt syg fx fortæller Bent:

“Men det er noget helt særligt, når en læge siger “Du har fået kræft”, det er meget specielt. At få det at vide så direkte, at man har kræft. Derefter vidste jeg ikke hvor jeg skulle henvende mig, hvem jeg skulle tale med, hvem skal jeg bearbejde det med. Jeg følte mig meget ensom dengang jeg fik beskeden, jeg blev ikke kontaktet af nogen overhovedet og jeg fik ikke at vide hvem jeg kunne kontakte efter beskeden. Jeg fik

heller ikke at vide, om jeg kunne kontakte Kræftens bekæmpelse overhovedet. Jeg følte mig meget alene dengang, og det var rigtig hårdt”.

Bent er i vildrede, han føler sig ensom da han får beskeden og han bliver handlingslammet, og herunder uddyber han yderligere hvordan det udvikler sig til tankemylder:

“Med tiden, så opstår der tankemylder når man ikke taler med nogen om det. Det hele kører rundt i tankerne. Det ville være lettere hvis der var nogen der sad klar til at tale med én, og man fik at vide hvem man kunne kontakte. Hvem der kunne hjælpe én igennem det”.

Bents tanker kører rundt, og han har brug for at få orden i tankerne. Han har brug for at vende hele situationen med nogen fordi han selv ved, at det ville gavne ham at få talt ud om denne krisesituation, Bent vil gerne tage ansvar, men han har ikke fået hjælp til dette.

Noget der også kan give en krisereaktion er, når der opstår misforståelser som her, da Bent har behov for en tolk fordi han er hørehæmmet:

“Jeg har brug for en tolk fordi jeg er meget døv. Jeg skal under alle omstændigheder have en tolk, og min tolk huskede at sige at jeg ikke skulle have en alt for kraftig kemobehandling, og det viser sig, at jeg fik en meget kraftig kemo behandling, jeg spiste ikke i 20 dage og tabte 25 kg. Derefter fik jeg at vide at jeg ikke kunne tåle den kemobehandling, og det var meget tungt for mig. Jeg var ved at give op til sidst”.

Bent er fast besluttet på at have en tolk med til samtalen, til trods for at han forstår dansk men grundet hans hørehæmmelse vil han gerne undgå at der opstår misforståelser. Alligevel er planlægningen af kemobehandlingen mellem læge og patient blevet misforstået, fordi Bent har fået en kraftigere kemobehandling selvom han bad om en mildere behandling. En tolk oversætter, men noget er misset under kommunikationen som gør, at der opstår en misforståelse. Bent vidste godt selv at han ikke kunne tåle en stor dosis kemo, men han tabte 25 kg inden det blev konstateret, at han ikke kunne tåle behandlingen. Da det har taget meget hårdt på Bent og har været tæt på at give op, har det påvirket hans psykiske tilstand som har gjort, at han har mistet overblikket over sin behandling, og kommer tilbage til en krisereaktion.

Dette afsnit bliver sidste del af analysen og omhandler de lange afstande og vejrforhold i Grønland og hvordan afstandene kan påvirke de grønlandske patienters patientforløb. Når man tager prøver ude i kysten skal disse sendes videre til Danmark til undersøgelse, og den rejse prøverne skal på, afhænger af vejrforholdene og dermed skal på en lang rejse. Den rejse kan tage flere uger, og kan påvirke patientens forløb med lange ventetider. Alt efter hvilke prøver der er tale om, er de også ofte afhængige af at skulle transporteres på en bestemt måde, og hvis der opstår problemer under transporten, kan det engang imellem ende ud i, at der skal sendes nye prøver til Danmark. Her kan ventetiden yderligere forlænges. Her fortæller Lotte om hendes oplevelse af ventetiden:

“Mine prøver blev forsinket på grund af helikopteren. De havde svært ved at ankomme så de blev så svarene blev yderligere forsinket, og derfor var der mere ventetid. Det var ubehageligt. Jeg prøvede også at kontakte privathospitaler, om jeg kunne bliver behandlet der. Men selvfølgelig var det ikke muligt, fordi jeg har kræft. Det gik meget langsomt det hele.”

Her eksemplificerer Lotte afstands problematikken med blodprøverne der bliver forsinket grundet vejret. Lotte fortæller også, at hun selv har forsøgt at kontakte privathospitaler, da ventetiden gjorde, at hun følte sig nødsaget til selv at tage initiativ til at der skulle ske noget. Her rammer Lotte en mur som kan udvikle endnu en krise. Lotte bor i nordgrønland, og derfor skal blodprøverne på en længere rejse, end hvis de blev sendt fra vestgrønland i Nuuk. Lotte fortæller yderligere, hvordan ventetiden påvirker hende:

“Al den ventetid var smertefuldt, ikke at vide om kræften har spredt sig. Jeg var bange og nervøs fordi det hele gik så langsomt. Men det er forståeligt fordi Grønland har et vejr der er utilregneligt og meget koldt.”

Det er psykisk smertefuldt for hende at have uvisheden om kræften har spredt sig, hun føler sig meget bekymret, da hun tilsyneladende godt ved, at hvis det går for langsomt kan det gå ud over hendes behandling. Hun siger yderligere, at “det er forståeligt” når hun taler om grunden til forsinkelsen på hendes prøver, da vejret er utilregneligt. Her er endnu et udtryk for [Ajunngilaq], “Det er fint” til trods for, at det giver hende frustrationer.

5.2.2 Delkonklusion

I dette afsnit vises der, at det er systemet der presser vores informanter til at være nødsaget til at tage hånd om deres egen behandling. En tolkesamtale der går galt og giver patienten en krise, og ventetider forårsaget af vejr- og afstandsforhold, som kan påvirke patientens psykiske tilstand, og således kan være med til at mindske patientens OAS. I arbejdet med analysen og vores empiri har vi kunne se, at nogle informanter havde en krise, og derfor kan vi gøre brug af teoretikeren Johan Cullbergs teori om krise. Cullberg taler om de fire faser i en krise, den første fase er chokfasen, anden fase er reaktionsfasen, tredje fase er bearbejdningsfasen og til slut nyorienteringsfasen (Cullberg 2007 s. 139). I ovenstående afsnit kan vi se, at Bent er i chokfasen, hvor han netop har fået konstateret sin kræftdiagnose, her føler han afmagt, ensomhed og har et stort behov for at tale med nogen (ibid. s. 139)

Kriser kan påvirke informanternes OAS, da de kan have svært ved at håndtere, begribe og håndtere deres sygdoms- og behandlingsforløb, og disse krise reaktionerne kan udvikle sig til depression, og kan også forbindes med flere genindlæggelser fremover (ibid. s. 150).

5.3 TASSA!

Det grønlandske ord [Tassa] betyder: “Stop”, “Nu er det nok”, “Ikke mere”, og disse tre ord er koblet sammen i ét ord, Tassa. Da dette afsnit handler om informanternes oplevelse om at tage hånd om deres behandling, og hvordan nogle af informanterne har sat grænser over for nogle af de beslutningerne læger har taget.

De oplevelser vores informanter havde ovenfor gjorde, at de blev udfordret i ikke at kunne se sammenhængen i deres patientforløb. Men som man også kan se ovenfor, udviser vores informanter også nogle ressourcer, som vi vil gå nærmere ind på i dette afsnit herunder.

Inden Bent kom til Danmark for at blive behandlet for sin kræft, ventede han på at blive kontaktet af det grønlandske sundhedsvæsen i omkring tre uger. Dette gjorde, at han selv handlede og tog kontakt, som han fortæller om herunder:

“Der gik over tre uger hvor jeg ikke hørte noget. Jeg tog selv kontakt til sygehuset, jeg ringede til kræftsygeplejersken og ville høre hvorfor jeg ikke var blevet kontaktet. Så fik jeg at vide, at min sag var stoppet på Rigshospitalet. Men så startede de sagen

igen efter jeg kontaktede dem og derefter gik der 14 dage til jeg rejste til Danmark, og her blev jeg grundigt undersøgt”.

Bent tog sagen i egen hånd for at skubbe til sin sag, som uheldigvis var blevet stoppet på Rigshospitalet af ukendte årsager. Heldigvis startede de sagen igen, og Bent kom derefter hurtigt til Danmark for at blive behandlet. Informanten Gitte fortæller også her, hvordan hun selv har taget ansvar for sin kræftbehandling i Danmark i en samtale hun havde med lægerne her:

“I første omgang da jeg ankom sagde de (lægerne), at jeg skulle komme til Danmark hver måned og få kemo behandling. Jeg får to forskellige kemo behandlinger, og det skulle jeg få den ene gang og den anden den anden gang. Det ville vare meget lang tid, til omkring 2023. Så sagde jeg, i efteråret da jeg ankom, nej, jeg kan ikke rejse frem og tilbage fra Grønland, særligt til nordgrønland. Når vejret er dårligt så bliver jeg forsinket. Det kan ikke betale sig. Slut.”

Gitte har en viden om de udfordringer man har i Grønland omkring vejr- og afstandsforhold. Hun fortæller lægerne, at deres oprindelige plan med at skulle rejse frem og tilbage mellem Grønland og Danmark hver måned for at få kemobehandling, er for urealistisk for hende. Da Gitte er kritisk og bestemt bliver det konkluderet, at den behandling hun skal have skal foregå som hun selv har besluttet. Hun slutter citatet af med at sige “slut”, for at vise at hun har truffet den beslutning.

Gitte fortæller herunder, hvor vigtigt det er for håndterbarheden, begribeligheden og meningsfuldheden at have sin pårørende ved sin side, når man får informeret, at man er syg med kræft:

“At høre at man har kræft, den er hård. Heldigvis bor min datter og hendes mand i Nuuk, så dem bor jeg hos når jeg skal til lægen i Nuuk. Selvom det er meget hårdt, så er det rart, fordi jeg håndterer det bedre når jeg er sammen med dem”.

Selvom det er en hård oplevelse at få informeret, at man er syg med kræft, fortæller Gitte også, hvor vigtigt det har været at have støtte fra hendes pårørende for bedre at kunne håndtere situationen. Det har således givet Gitte gode ressourcer til senere at kunne acceptere

hendes sygdom, som hun fortæller her: *“Så tænkte jeg, nå, sådan er det, jeg er nødt til at acceptere det, jeg kan ikke gøre noget ved det. Så jeg har accepteret det (at hun har kræft)”*. Accepten har givet Gitte en begribelighed, som giver hende en ro til at kunne håndtere hendes sygdom og accepten har givet hende en mening med hendes liv.

5.3.1 Delkonklusion

I dette afsnit viser vores informanter, hvordan de selv har taget hånd om deres patientforløb. Informanterne udviser således en stærk OAS som gør, at de får ressourcer og dermed lettere ved at håndtere deres sygdom, de får en stærkere følelse af meningsfuldhed og begribelighed over deres patientforløb. Som sygeplejerske kan vi støtte patienterne ved at motivere dem til at bibeholde de ressourcer de selv har.

5.4 Piareersarluarneq

Det grønlandske ord [Piareersarluarneq] betyder: *“Grundig forberedelse”, “At gøre sig klar”, “At gøre sig parat”*. Begrebet betyder også, at man gør sig klar både fysisk men også psykisk.

I dette afsnit vil vi se på, hvordan vores informanter mener om den støtte de har fået inden rejsen til Danmark, og de forslag de kommer med, for som vi tidligere har beskrevet, så føler grønlandske patient sig ofte nervøs, ensom og ængstelig når de ankommer til Danmark. De grønlandske patienter har også ofte en lav sygdomsindsigt når de kommer til behandling i Danmark, og her ville det være sygeplejerskens ansvar i Grønland, at støtte patienten i at få en bedre sygdomsindsigt inden de rejser. Således vil den grønlandske patient blive mere klædt på til rejsen.

Informanten Gitte fortæller her om, at det ville gavne at forberede den grønlandske patient i, hvad der skal ske når de ankommer til Danmark, inden afrejse:

“Inden de rejser til Danmark, ville det måske hjælpe at få det hele grundigt forklaret. Når du ankommer til Danmark, så vil du få hjælp til det og det, og det her skal ske, ik’, det mener jeg ville være vigtigt, hvis de fokuserede på. Efter min mening”.

Gitte har observeret hvor uforberedte de grønlandske patienter er, både fysisk og psykisk når de er ankommet til DGP. Hun fortæller yderligere, at hun ofte har sagt til sine medpatienter, at de skal huske at tage vand og madpakke med når de skal til undersøgelse på hospitalerne.

Vi har netop hørt Gittes forslag omkring forberedelse inden rejsen til Danmark, og her fortæller Bent også om, hvad han mener kunne gavne den grønlandske patient:

“Efter min mening burde der være mere støtte til rådighed. Som ældre mennesker er vores kroppe mere svage og derfor har vi mere behov for støtte omkring os. Det er derfor ellers meget nødvendigt at have en støtte ved sin side”.

Han fortæller, at man som grønlandsk patient har behov for mere støtte før, under og efter rejsen til behandlingen i Danmark. Særligt når man er ældre og man har en svagere fysisk tilstand. Her kunne en sygeplejerske være den støtte ved hans side, som kunne hjælpe ham til at kunne håndtere, begribe og således give meningsfuldhed for ham i hans patientforløb.

5.4.1 Delkonklusion

I dette afsnit har vi kigget på vores informanters bud på, hvordan forberedelse kunne gavne den grønlandske kræftpatients oplevelse af sammenhæng inden rejsen til Danmark.

Informanterne har erfaret, hvad konsekvenserne kan være når man rejser uforberedt til Danmark. Informanterne tydeliggøre, hvor vigtigt det er at få støtte af sygeplejersken før og under behandlingen, og her er sygeplejerskens fire kerneopgaver at kunne vejlede, undervise og formidle og inddrage patientens oplevelser, reaktioner og bruge pårørendes viden for at støtte patienten så vidt muligt (Studieordningen 2016, s.4).

6.0 Diskussion

I vores analyse fandt vi frem til, at de grønlandske kræftpatienter ikke følte sig grundigt forberedte inden rejsen til deres behandling i Danmark.

I dette afsnit vurderes og fortolkes analysens resultater. Formålet med projektet er, at vi besvarer problemformuleringen som lyder således:

Hvordan kan sygeplejersken i Grønland forberede den grønlandske kræftpatient i deres oplevelse af sammenhæng i et sammenhængende patientforløb inden de skal til behandling i Danmark?

I vores analyse kan vi se, at vores problemformulering ikke direkte er besvaret, men ud fra vores informanters oplevelser er vi kommet frem til, at de grønlandske kræftpatienter har

behov for mere forberedelse inden de rejser til deres behandling i Danmark. De var overladt alene med en svær sygdom, de oplevede en del ventetider som var med til at skabe tankemylder der kunne udvikle sig til kriser, og de oplevede at de var nødsaget til, selvstændigt tage hånd om deres sygdom og patientforløb.

Ud fra artiklen “*Sundhedsprofessionelle perspektiver på patientinddragelse i det grønlandske sundhedsvæsen*” fra 2021, som vi tidligere har nævnt, kan vi se, at de grønlandske patienter ikke føler sig tilstrækkeligt informeret eller forberedte, allerede i begyndelsen af deres patientforløb. Her informerer eller forbereder sundhedspersonalet patienterne ikke grundigt inden de skal til DIH og videre til behandling i Danmark (Mougaard-Frederiksen, Seibæk 2021 s.150). Derfor kan vi bekræfte, at problemet stadig eksisterer ved vores informanternes oplevelser. Disse forskellige aktiviteter som patienterne oplever kan give brud i deres patientforløb, og dermed opstå kommunikations-, dokumentationsbrist og misforståelser som kan påvirke deres patientforløb (Eldrup, 2019, s. 54).

Den grønlandske patient er tidligere beskrevet i *Menneskets sundhed, samfund og kultur* som nervøse, ensomme og angstelige og overvældet når de ankommer til Danmark, da de oven i at skulle have styr på deres plan over behandlingsforløb, også skal forholde sig til det praktiske som offentligt transport og tidsforskellen (Egede, Hounsgaard, Seibæk, 2020, s. 107-108). Disse fund kan også ses ved vores informanternes oplevelser, eksempelvis når vores informant Bent fortæller, at han er ensom og føler håbløshed efter at have fået diagnosen kræft, og når informanten Lotte fortæller hun rammer en mur da hun føler stor frustration over den lange ventetid, som efterlader hende med tankemylder om kræften har spredt sig. Her kan vi bekræfte, at vores informanter oplever de samme følelser, som de informanter der blev interviewet i undersøgelsen fra *Menneskets sundhed, samfund og kultur*.

Sproget har stort betydning for den grønlandske patient, der begår sig i et sundhedsvæsen domineret af dansk sundhedspersonale både i Grønland og i Danmark. Som vi har skrevet i analysen har vi gjort brug af grønlandske overskrifter, da der er mange ord på dansk som ikke er fyldestgørende på grønlandsk. I en artikel skrevet i *Læger* med overskriften *Sprog og tavshed i grønlandsk psykiatri* fra 2020 bliver der også beskrevet, at den største barriere ved kommunikationen er, om patienten og tolken kender ordene der bliver oversat, og om de giver mening. Ligeledes står der, at tolken ofte er ufaglært og derfor uden klinisk erfaring og uden kendskab til fagterminologi (Mondrup 2020 s.154). Disse fund har vi også fået

bekræftet ved vores analyse, og vi kan derfor bekræfte endnu engang, at sproget har en stor betydning for at kunne skabe en stærkere OAS for den grønlandske kræftpatient.

Da vi har gjort brug af en deduktiv analysemetode i hele opgaven, hvor vi har brugt Antonovskys teori om OAS, håndterbarhed, begribelighed og meningsfuldhed og således taget hans briller på, kan man sige, at vores forforståelse kan være "forurennet" af dette. I forhold til den hermeneutiske tilgang, har vi været bevidst om at lægge vores egen forforståelse til side og arbejdet med analysen ud fra vores empiri med de teoretiske briller på, og således har vi været åben for at vores egen horisont kan rykkes. Patientperspektivet er essentielt at inddrage i sygeplejen, for at optimere patientforløbet. Patientperspektivet er i den grad kommet på dagsordenen i sundhedsvæsenet da man gerne vil tage hensyn til patienternes værdier i kliniske beslutninger (Thorgård 2013, s. 31, 33), og derfor er det en styrke, at vores empiri indeholder den grønlandske kræftpatienter oplevelser under deres behandlingsforløb.

Da vi kun har interviewet tre informanter, kan det være svært at generalisere til alle grønlandske kræftpatienter som skal til behandling i Danmark, men da vi har fundet en del litteratur som har bekræftet deres oplevelser kan vi således også konkludere, at de grønlandske kræftpatienter har behov for mere forberedelse inden rejsen til Danmark.

7.0 Konklusion

Projektets formål var at undersøge hvordan sygeplejersken kan forberede den grønlandske kræftpatient i deres forløb i Grønland med fokus på Aaron Antonovskys *oplevelse af sammenhæng* i et sammenhængende patientforløb inden de skal til behandling i Danmark. Vi erfarede ud fra vores tre informanter, at de oplevede manglende følelse af sammenhæng i patientforløbet allerede fra begyndelsen, hvor de alle tre oplevede en del ventetid. Under denne ventetid fortæller de også om den krise der kan opstå, når de ikke ved hvad der skal ske og får tankemylder omkring deres sygdomsforløb. De tre informanter fortalte også, at grundig forberedelse ville være til stor gavn, så de grønlandske patienter følte sig mere klædt på til rejsen til et behandlingsforløb i Danmark, dette vil mindske følelsen af ensomhed, nervøsitet og ængstelse. Heriblandt konkluderer vi, at de grønlandske kræftpatienter savner mere forberedelse, og her kan sygeplejerskens rolle være essentiel, da sygeplejersken har en vigtig rolle i forhold til patienten, da sygeplejersken har en viden om deres sygdom og patientforløb, som de kan give videre til patienten. Sygeplejersken har også en viden, som er i

stand til at udøve en professionel sygepleje i praksis, og nogle gange er sygeplejersken stedfortræder hos den hjælpeløse patient, der ikke har den styrke, vilje eller viden til at kunne varetage sine grundlæggende behov (Mathisen, 2012, s. 25). Derfor er vi kommet frem til, at sygeplejersken skal gøre brug af de fire kernekompetencer, som er at vejlede, undervise og formidle og inddrage patientens oplevelser, reaktioner og bruge pårørendes viden for at støtte patienten så vidt muligt (Studieordning 2016, s.4). Vi er således også kommet frem til, at sygeplejersken kan fremme patientens OAS ved hjælp af de fire kernekompetencer. Sygeplejersken kan hjælpe patienten i at gøre patientforløbet meningsfuld og således motivere den grønlandske kræftpatient i at klare sig igennem sit sygdomsforløb.

8.0 Perspektivering

Det er vores ønske, at dette projekt kan være med til at skabe tydelighed omkring, hvor vigtigt det er at forberede de grønlandske patienter på deres patientforløb inden de rejser til et behandlingsforløb i Danmark. I dette projekt undersøgte vi, hvordan vores informanter oplevede deres patientforløb, hvilke følelsesmæssige oplevelser de kom igennem og hvad de mente der kunne have været bedre under deres patientforløb. Alle informanterne kom ind på, hvor svært det var at få at vide fra lægen, at man har kræft. Vi har også tidligere nævnt en undersøgelse fra Kræftens Bekæmpelses patient støtteudvalg fra 2013, hvor den viser, at 70% oplevede nedtrykthed som følge af deres kræftsygdom og 69% oplevede angst (Vedtofte 2013 s.103). Da vi kan se en lighed mellem vores informanters oplevelser og denne undersøgelse, synes vi det er yderst relevant at kunne undersøge, hvordan man kan forebygge eller mindske procentdelen af de kræftpatienter der oplever nedtrykthed. Mange kræftframte mennesker der får en kræftsygdom, har oplevelsen af, at det er et eksistentielt chok, og de kastes ud i en livskrise hvor de må forholde sig til spørgsmålet om liv og død (Busch, 2020, s. 109). Nedtrykthed og angst kan føre til en krise, og som vi tidligere har nævnt, så taler den svenske professor i psykiatri Johan Cullberg om de fire faser i en krise (Stokkebæk 2016 s.24-30). Krisefaserne indebærer første fase, som er chokfasen, anden fase, som er reaktionsfasen, tredje fase, som er bearbejdningsfasen og fjerde og sidste fase som er nyorienteringsfasen (Franklin, Rom, 2017, s. 151). Sygeplejersken kan være bevidst om disse faser, og støtte kræftpatienten ved at gøre brug af de fire kernekompetencer som er, at vejlede, undervise og formidle og inddrage patientens oplevelser, reaktioner og bruge pårørendes viden for at støtte patienten så vidt muligt (Studieordningen 2016, s.4). Den amerikanske sygeplejerske og professor Virginia Henderson har lavet 14 grundlæggende principper i sygeplejen, og her kan sygeplejersken også have disse principper i sin sygepleje

til den grønlandske kræftpatient. Her er én af principperne blandt andet, at skulle hjælpe patienten til at kommunikere med andre ved at give udtryk for følelser, behov, frygt osv. (Henderson, 2012, s. 48). Dette er relevant fordi den ovenstående undersøgelse viser, at 70% kræftpatienterne føler sig nedtrykte og angst, og således vil gavne patienten at kommunikere og give udtryk for sine følelser. Når kræftpatienten skal vejledes og undervises kan sygeplejersken bruge de tre centrale pædagogiske begreber som indebærer information, vejledning og undervisning der er dialogbaseret, som man bruger i forbindelse med, at der skal foregå en pædagogisk aktivitet mellem patient og sundhedsprofessionel.

Informationsdelen betyder, at modtageren (patienten) ikke er den aktive del, hvor afsenderen (sygeplejersken) er den der bringer information til modtageren. Vejledningsdelen betyder, at sygeplejersken vejleder patienten, og således leder patienten på vej og sætter en faglig udvikling i gang hos patienten. Undervisningsdelen er en cirkulær proces, hvor underviseren (sygeplejersken) tager situationen i spil og underviser den lærende (patienten) om et bestemt indhold, hvor denne proces er en samspilsproces som er dialogbaseret (Vedtofte, Dorit 2013, s. 59-68). I forbindelse med denne samspilsprocess skal sygeplejersken bestemme lærings tempoet og det faglige niveau, som skal tilpasses patientens præmisser. Således tilpasses undervisningen den enkelte patient (Saugstad, Gabrielsen 2021 s.111). Vi forestiller os, at sygeplejersken kan støtte den kræfttramte, og således "gribe" kræftpatienten inden de kommer i krise, og således være med til at forebygge eller mindske den procentdel af de kræftpatienter der føler sig nedtrykte eller angst.

9.0 Reference

Referencelisten er delt to afsnit:

Obligatorisk litteratur: 934 sider.

Supplerende litteratur: 895 sider.

I alt : 1.829 sider.

9.1 Obligatorisk litteraturliste

- Andersen, Janne Friis (2019): Pakkeforløb for kræftområdet. I: Eldrup, Dorte Samson; Glasscock, Tine (red.): *At lede sygepleje- sygeplejerskens virksomhedsområde*. 2. udgave, 2. oplag. København, Gads Forlag. Kapitel 10. s.217-231. (14 sider)
- Antonovsky, Aaron (2000): *Helbredets mysterium*. 2. oplag. København, Hans Reitzels Forlag, s. 19-207 (188 sider)
- Birkler, Jakob (2016): *Videnskabsteori- en grundbog*. 1. Udgave, 11. oplag 2016, Munksgaard, København. Kapitel 6. s.33-44, (10 sider)
- Danielson, Ella (2019): Kvalitativt forskningsinterview. I: Henricson, Maria (red.): *Videnskabelig teori og metode*. 2. udgave, 2. oplag. Munksgaard, København Kapitel 9. s.177-191. (14 sider)
- Egede, Anna Kleist; Hounsgaard, Lise; Seibæk, Lene (2020): At være grønlandsk patient i Danmark - patientens perspektiv I: Aagaard, Tine; Hounsgaard, Lise (red.): *Mennesket sundhed, samfund og kultur*. 1. udgave, 1. oplag Aarhus 2020 s. 91-161 (70 sider)
- Eldrup, Dorte Samson (2019): Sundhedsvæsenet som organisation I: Eldrup, Dorte Samson; Glasscock, Tine (red.): *At lede sygepleje- sygeplejerskens virksomhedsområde*. 2. udgave, 2. oplag. København, Gads Forlag. Kapitel 2. s. 53-76. (23 sider)
- Franklin, Hanne; Rom, Gitte (2017): Krise og sorg I: Hansen, Christel Fandt (red.): *Sygeplejen 1- Profession og patient*. 5. udgave, 1. oplag. Gads Forlag. Kapitel 9 s.150-165 (15 sider)
- Glasscock, Tine (2019)I: Eldrup, Dorte Samson; Glasscock, Tine (red.): *At lede sygepleje- sygeplejerskens virksomhedsområde*. 2. udgave, 2. oplag. København, Gads Forlag. Kapitel 1 & 5. s. 13-52 og 120-152 (61 sider)

- Henderson, Virginia (2012): *Sygeplejens grundlæggende principper*, Dansk Sygeplejeråd, 7.udgave, Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck, s. 11-59 (48 sider)
- International council of nurses (2001): *ICN's etiske kodeks for sygepleje*. Besøgsdato 15.04.2022:
https://dsr.dk/sites/default/files/479/icn_etisk_kodeks_for_sygeplejersker.pdf
(12 sider)
- Jørgensen, Kim (2021): *Aktiv lytning, spørgsmål og gensvar I: Jørgensen, Kim (red.): Kommunikation for sundhedsprofessionelle*. 5. Udgave, 1. oplag, Gads Forlag, Kapitel 6 (16 sider)
- Karlsson, Karin (2019): *Informationssøgning I: Henricson, Maria (red.). Videnskabelig teori og metode*. 2. udgave, 2. oplag. Munksgaard, København Kapitel 4. s.103-121 (18 sider)
- Kjellström, Sofia (2019): *Forskningsetik I: Henricson, Maria (red.). Videnskabelig teori og metode*. 2. udgave, 2. oplag. Munksgaard, København Kapitel 3. s.75-99 (24 sider)
- Mathisen, Jorunn (2012): *Hvad er sygepleje - Virginia Hendersons svar: I: Hjortsø, Marianne (red.): Sygeplejebogen 2 grundlæggende behov*. 4. udgave, 1.oplag, Gads Forlag, Kapitel 1 s.9-31 (22 sider)
- Nielsen, Cathrine Sand (2019): *Tværprofessionelt samarbejde og samarbejde med patient, borger og pårørende I: Eldrup, Dorte Samson; Glasscock, Tine (red.): At lede sygepleje- sygeplejerskens virksomhedsområde*. 2. udgave, 2.oplag. København, Gads Forlag. Kapitel 12 s. 249 -268 (19 sider)
- Nielsen, Diana Astrup; Hjørnholm, Thea Qvist; Jørgensen, Peter Stray (2021) I: *Det gode bachelor projekt- I sundhedsuddanleserne*. 1.udgave, 4.oplag, samfundslitteratur. Kapitel 8- 9 s.87- 119, 121 - 131 og 181-235 (96 sider)
- Olesen, Ingelise m.fl (2020): *Brugernes oplevelse af det grønlandske sundhedsvæsen*. Besøgsdato 01.04.2022:
https://www.sdu.dk/da/sif/rapporter/2020/brugernes_oplevelse_af_det_groenlandske_sundhedsvaesen_dk?fbclid=IwAR0voR-iE57ItDsE_o_TTq0u9K55u80QF1eYEnHoE6zANcSInNwNiqu5MIE
(55 sider)
- Priebe, Gunilla; Landström, Catharina (2019): *Den videnskabelige erkendelses muligheder og begrænsninger- grundlæggende videnskabsteori I: Henricson, Maria (red.): Videnskabelig teori og metode*. 2. udgave, 2.oplag. Munksgaard, København. Kapitel 1 s. 37-57 (20 sider)

- Riiskjær, Erik (2014): Patienten som partner. I: Danbjørg, Dorthe Boe; Tvistholm, Nina (red.): *Patient grundbog i sygepleje*. 1. udgave, 1. oplag. København, Munksgaard. Kapitel 5. s.121-145. (24 sider)
- Saugstad, Tone; Gabrielsen, Nanna (2021): Pædagogisk vejledning I: Saugstad, Tone; Gabrielsen, Nanna: *Sundheds pædagogik for praktikere*. 4. udgave, 1. oplag, København, Munksgaard. Kapitel 5 s.109-129 (20 sider)
- Schaarup, Susanne Zielke (2019): Grundlag for klinisk beslutningstagning I: Eldrup, Dorte Samson; Glasscock, Tine (red.): *At lede sygepleje- sygeplejerskens virksomhedsområde*. 2. udgave, 2. oplag. København, Gads Forlag. Kapitel 7 s.178-193 (15 sider)
- Stokkebæk, Anne (2016): *Psykologi 2 - Sundhedspsykologi* 1. udgave, 2. oplag København, Munksgaard. Kapitel 1 s.15-44 (29 sider)
- Studieordning (2016): *Bachelor i sygepleje*. Besøgsdato 06.06.2022: <https://uni.gl/media/5122999/sygeplejerske-studieordning-rettet-jun-19.pdf> (48 sider)
- Vedtofte, Dorit Ibsen (2013): Information, vejledning og undervisning- tre centrale pædagogiske begreber I: Vedtofte, Dorit Ibsen (red.): *Pædagogik- for sundhedsprofessionelle* 2. udgave, 1. oplag, Gads Forlag. Kapitel 5 s.59-68 (9 sider)
- Vedtofte, Jakob Ibsen (2013): Særlige patientgruppers deltagerforudsætninger I: Vedtofte, Dorit Ibsen (red.): *Pædagogik- for sundhedsprofessionelle* 2. udgave, 1. oplag, Gads Forlag. Kapitel 7 s. 91- 116. (25 sider)
- Aagaard, Tine (2015): *Hverdagsliv med sygdom. Patienternes kulturelle perspektiver på sundhedspraksis i Grønland*. INUSSUK, Arktisk forskningsjournal 1. Naalakkersuisut, Nuuk. Kapitel 1. Side 9-48. (39 sider)

9.1.1 Supplerende litteraturliste

- Busch, Christian (2020): Kræftdiagnosen- et eksistentielt vendepunkt I: Wittrup, KArina; Cumberland, Marianne (red.): *Kræftsygepleje i et forløbsperspektiv* 2. udgave, 1. oplag, København, Munksgaard, Kapitel 5 s.109-129 (20 sider)

- Cancer.dk (2018): *Flere får kræft i Grønland: Højere dødelighed end i de andre nordiske lande*. Besøgsdato 28.03.2022: <https://www.cancer.dk/nyheder/flere-faar-kræft-i-groenland-hoejere-doedelighed-end-de-andre-nordiske-lande/> (2 sider)
- Cullberg, Johan (2007): *Krise og udvikling* 5. udgave, 2.oplag. Hans Reitzels Forlag, København s.15-218 (203 sider)
- danskepatienter.dk (2013): *Sundhedsprofessionelles forståelser af patientinddragelse - En kvalitativ undersøgelse*. Besøgsdato 24.03.2022: https://danskepatienter.dk/sites/danskepatienter.dk/files/media/Publikationer%20-%20Egne/B_ViBIS/A_Rapporter%20og%20unders%C3%B8gelser/sundhedsproffesionelles_forstaaelse_kvalitativ.pdf (50 sider)
- Grimshaw-Aagaard, Søserr; Hansen, Carrinna Aviaja (2019): Fælles beslutningstagning i et narrativt perspektiv I: Jørgensen, Kim (red.): *Patient inddragelse - politik, profession og bruger* 1.udgave, Samfundslitteratur, Kapitel 6 s.133-156 (23 sider)
- Hansen, Henrik L; Noahsen, Paneeraq (2020): *Sundhed og sundhedsvæsen i Grønland år 2020*. Besøgsdato 10/05-22: <https://nun.gl/-/media/landslaegeembedet/sundhedsprofessionelle/regionslaeger/sundhed-og-sundhedsvsen-i-grnland-r-2020.pdf?la=da> (16 sider)
- Jensen, Carsten Juul (2020): Deltagerobservation- hverdagslivet på medicinske afsnit I: Frederiksen, Jesper; Larsen, Niels Sandholm (red.): *Undersøgelsesmetoder i sundhedsfagligt arbejde* 1.udgave, 2.oplag Samfundslitteratur Kapitel 6 s.103-118 (15 sider)
- Klit, Maria (2018): I Grønland er det vind og vejr, der bestemmer I: *Sygeplejersken*. Nr.14, 118. årgang, Dansk Sygeplejeråd s 52 (1 side)
- Kopp, Kirsten (2000): Psykosociale aspekter i kræftsygeplejen I: Ankersen, Lena mf. *:Behandling og pleje af patienter med kræftsygdomme* 1. udgave, Dansk sygeplejeråd s.298-313 (15 sider)
- laeger.dk: *Helsinki-deklarationen*. Besøgsdato 15.04.2022: <https://www.laeger.dk/helsinki-deklarationen> (1 side)

- Lovgivning (2001): *Landstingsforordning nr. 6 af 31.maj 2001 om patienters retsstilling*. Besøgsdato 25.03.2022: <https://lovgivning.gl/lov?rid=%7B8C9355D7-E4DA-4A94-8DA9-B4F5B76A5D36%7D> (3 sider)
- Mondrup Line (2020) :*Sprog og tavshed i grønlandsk psykiatri*. Besøgsdato 06.06.2022: <https://ugeskriftet.dk/bfl/der-er-groede-i-den-groenlandske-psykiatri> (23 sider)
- Mouggaard-Frederiksen, Helle; Seibæk, Lene (2021): *Patient involvement in Greenland hospital-care: A qualitative study of the patient perspective*. Besøgsdato 15.04.2022: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34455936/> (11 sider)
- Nake, Bjørn (2014): *Interview* 3.udgave, 3.oplag. Hans Reitzels Forlag, København. Kapitel 2. 17-404 (387 sider)
- Naalakkersuisut (2013): *Kræftplan for Grønland, Departementet for Sundhed og Infrastruktur, EM 2013/24*. Besøgsdato 07.06.22: https://ina.gl/dvd/EM2013/pdf/media/1020448/pkt24_em2013_kraeftplan_2013_rg_dk.pdf (56 sider)
- Rørth, Mikael (2000): De store sygdomsgrupper inden for onkologi. I: Ankersen, Lena mfl.(red.): *Behandling og pleje af patienter med kræftsygdomme* 1. udgave, Dansk sygeplejeråd s.108-148 (40 sider)
- Yousaf, Umbreen m.fl (2018): *Cancer Incidence and Mortality in Greenland 1983.2014- Including Comparison With the Other Nordic Countries*. Besøgsdato 29.03.2022: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2589-5370%2818%2930023-3> (13 sider)

10.0 Bilagsfortegnelse

Bilag 1: Tematisering, design af interviewundersøgelsen og interviewspørgsmål

Bilag 2: Søgestrategi

Bilag 3: Søgeprofil

Bilag 4: Kvalitetsvurdering af udvalgte forskningsartikel (CASP) om: *Cancer incidence and Mortality in Greenland 1983-2014- Including Comparison With the Other Nordic Countries (Yousaf 2018)*.

Bilag 5: Kvalitetsvurdering af udvalgte forskningsartikel (CASP) om: *Patient involvement in Greenland hospital-care. A qualitative study of the study of the patient perspective (Seibæk 2021)*

Bilag 1: Tematisering, design af interviewundersøgelsen og interviewspørgsmål

Tematisering og design af interviewundersøgelsen

Problemformulering

Hvordan kan sygeplejersken i Grønland forberede den grønlandske kræftpatient i deres *oplevelse af sammenhæng* i et sammenhængende patientforløb inden de skal til behandling i Danmark?

Undersøgelsens HVORFOR og HVAD skal være afklaret, før spørgsmålet om HVORDAN.

Vi vil spørge informanterne ind på deres sammenhængende patientforløb, patientinddragelse og dem som patienter, og dermed hvilken betydning det har for deres følelsesmæssige og kropslige oplevelse af sammenhæng og inddragelse i behandlingsforløbet.

Tematisering:

1.	Forventninger	4.	Oplevelser/gode/dårlige
2.	Rejsen	5.	Medansvar for sygdom
3.	Sprog/kultur/værdier	6.	Følelser

Design

Kvalitativ forskningsinterview gør det muligt at forstå verden ud fra patientens synspunkter. Vores interview vil blive udført på grønlandsk, for at opnå den mest korrekte forståelse af patientens livsverden (Kvale and Brinkmann, 2009).

Design

Kvalitativ forskningsinterview gør det muligt at forstå verden ud fra patientens synspunkter. Vores interview vil blive udført på grønlandsk, for at opnå den mest korrekte forståelse af patientens livsverden (Kvale and Brinkmann, 2009).

Interviewspørgsmål

1. Vil du fortælle om dit patientforløb fra begyndelsen?
Nakorsiaqqaarninninngaanniit maannamut ingerlanneqarnerit aallaqqaataaniit oqaluttuarilaarsinnaaviuk?
2. Kan du fortælle om der er gode eller dårlige oplevelser under dit patientforløb?
Nakorsiaqqaarninninngaanniit suliap ingerlanerani misigisimasatit – nuannersut nuanniitsut – oqaluttuarilaarsinnaavigit?
3. Hvad synes du om at kommunikere med et primært dansktalende personale på hospitalerne i Grønland og i Danmark?
Kalaallit nunaanni qallunaallu nunaanni qallunaatut oqaasillit tunngaviusumik saaffigisartussaeneri qanoq isumaqarfigaangit?
4. Hvordan oplever du det at blive forstået?
Paasineqartutut misigisimaneq ilinni qanoq misiginarpa?
5. Kan du fortælle hvordan du oplever det med at blive inddraget i din behandling?
Katsorsarneqarnerpit ingerlaneranut peqataatinneqaqqissaarnerit ilinnut qanoq misiginarpa?
6. Hvilken betydning har det for dig at blive inddraget i din behandling?
Katsorsarneqarinnut peqataatinneqaqqissaarnerit ilinnut qanoq isumaqarpa?
7. Hvordan har du det med at være nødsaget til at forlade Grønland og tage til Danmark for at blive behandlet/undersøgt?
Kalaallit Nunaat qimallugu Qallunaat Nunaannut katsorsartikkiartortariaqarnerit / misissortikkiartortariaqarnerit ilinnut qanoq misiginarpa?

8. Hvordan oplever du det at kunne se en sammenhæng i det der sker i de forskellige dele af din behandling (her får i under interviewet et overblik over alle de kontakter som patienten havde haft, som I måske kan spørge konkret ind til). Hvad følte du, kunne jeg godt finde på at spørge uddybende til, når de fortæller om oplevelser.

Katsorsarneqarninnut tunngatillugu immikkoortortaqaarfiit assigiinngitsut aqqusaartortariqarsimani taakkualu imminnut ataqatigiissusaat ilinnut qanoq misiginarpat (uani apersorneqarnermi katsorsartittup aqusaarsimasai takuneqarsinnaapput. Taakkunungalu immaqa itisiliinissamut apeqquteqarsinnaavusi)?
Assersuutigalungu: Misigisimasaminnik oqaluttuarneri atorluarlugit "tassani qanoq misigivit"-mik itissusiliisitsiniarlunga aperisarsinnaavunga.

9. Har du noget at tilføje med hensyn til dit behandlingsforløb i Danmark?

Qallunaat Nunaanni katsorsarneqarninnut tunngatillugu arlaanik ilassutissaqarpit?

10. Hvad tænker du, kunne have været bedre?

Illit isummat malillugu suut pitsaanerusinnaappat?

Intervieweren må gerne stille spørgsmål og bede informanten om at uddybe sine svar, hvis det er nødvendigt.

Bilag 2: Søgestrategi

Søgestrategi:

Sammenhængende pt forløb	Patientinddragelse	Grønlandske patient
- Overflytning	- Involvering	- Autoritetstro
- Forskellige personaler/sygehuset	- Med til fælles beslutning	- At brug andetsprog
- OAS	- Samtykke	- Patientperspektiv
- Informationstab	- Informationstab	- Arktiske forhold
- Kræft		

Bilag 3: Søgeprofil

Database	Søgeord	Begrænsninger	Resultater	Dato for søgning	Artikel	Evaluering
Cinahl	Transfer AND patient involvement		92	10/03-22	(NAssaalarisa)	
Cinahl	Patient involvement AND language barriers OR communication barriers OR non english speaking		32	10/03-22	Patient involvement and language barriers: Problems of agreement or understanding?	
Cinahl	Patient involvement AND language barriers OR communication barriers OR non english speaking		32	10/03-22	Barriers for an effective communication around clinical decision making: an analysis of the gaps between doctors' and patients' point of view	
Cinahl	Transfer between hospitals	NOT pediatric	109	11/03-22		
Pubmed	Cancer AND epidemiology AND nordic countries AND arctic		266	11/03-22	Cancer incidence and mortality in Greenland 1983-2014 - Including Comparison With the Other Nordic Countries	
Pubmed	Hospital-care AND patient involvement		51	11/03-22	Patient involvement in Greenland hospital-care: A	

	AND patient perspective				qualitative study of the patient perspective	
stat.gl	Usystematisk søgning, for at finde kræftpatienter i Grønland		0	14/03-22	Ingen data.	
dsr.dk	overflytning		3	14/03-22	0 relevante	
lovgivning.gl	patienters retsstilling		1	16/03-22	om patienters retsstilling	
google.dk	Grønlandske kræftpatienter		35.300	16/03-22	Behov for hurtigere kræftdiagnoser i Grønland	
google.dk	Patientinddragelse i Grønland		12.900	16/03-22	Sundhedsprofessionelle perspektiver på patientinddragelse i Grønland	
Google.dk	Patientinddragelse i Grønland		12.900	16/03-22	Brugernes oplevelse af de grønlandske sundhedsvæsen	
cancer.dk	Grønland		10	16/03-22	Højere dødelighed end i de andre nordiske lande	
sst.dk	kræftpatient		95	17/03-22	0 relevant	
sst.dk	Kræftpatienter i Grønland		111	17/03-22	0 relevant	
WHO	cancer		?	17/03-22	0 relevant	
D4?						

Bilag 4: Kvalitetsvurdering af udvalgte forskningsartikel (CASP) om: Cancer incidence and Mortality in Greenland 1983-2014- Including Comparison With the Other Nordic Countries (Yousaf 2018).

Kritisk læsning af et systematisk review eller en metaanalyse

Oversat efter: Critical Appraisal skills Programme (CASP)

Making sense of evidence

© Public Health Resource Unit 2002

http://www.phru.nhs.uk/casp/critical_appraisal_tools.htm

Forfatter:	Umbreen Yousaf, mfl.
Titel:	Cancer Incidence and Mortality in Greenland 1983-2014 - Including Comparis
Tidsskrift:	2018
Nøgleord:	Cancer incidence, cancer mortality, greenland, Inuit, Arctic, Cancer, Carcinom

Overvej følgende spørgsmål:

- Er studiets resultater valide?
- Hvad siger resultaterne?
- Kan resultaterne overføres til din egen praksis?

*Til vurdering heraf kan nedenstående spørgsmål være retningsanvisende.
De første 2 spørgsmål er overordnede. Hvis svaret til begge er ja, gå videre.
Hvis nej, er der ingen grund til at fortsætte.*

Overordnede spørgsmål	
<p>1) Har reviewet en klart fokuseret problemstilling mht.?</p> <ul style="list-style-type: none"> • den undersøgte gruppe/population? • interventionen eller eksponeringen? • de formodede resultater? 	<p>Ja <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Nej <input type="checkbox"/></p> <p>Ved ikke <input type="checkbox"/></p>
<p>2) Inkluderede reviewet de relevante typer studier?</p> <p>Overvej om de valgte studier:</p> <ul style="list-style-type: none"> • beskæftiger sig med reviewets problemstilling • har et relevant studiedesign 	<p>Ja <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Nej <input type="checkbox"/></p> <p>Ved ikke <input type="checkbox"/></p>
Detaljerede spørgsmål (hvis svaret til de overordnede spørgsmål er ja)	
<p>3) Prøvede reviewets forfattere at finde frem til alle relevante studier?</p> <p>Overvej:</p> <ul style="list-style-type: none"> • hvilke databaser blev anvendt? • var det tale om opfølgning på referencer? • var der personlig kontakt med eksperter? • søgte forfatterne efter upublicerede studier? • søgte forfatterne efter ikke-engelsksprogede studier? 	<p>Ja <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Nej <input type="checkbox"/></p> <p>Ved ikke <input type="checkbox"/></p> <p>Kommentarer</p> <div style="background-color: #e6f2ff; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p>4) Vurderede reviewets forfattere kvaliteten af de inkluderede studier?</p> <p>Var der på forhånd en strategi for udvælgelsen af de inkluderede studier? Se efter:</p> <ul style="list-style-type: none"> • et pointsystem/en skala • om der var mere end én person til at vurdere 	<p>Ja <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Nej <input type="checkbox"/></p> <p>Ved ikke <input type="checkbox"/></p>

<p>5) Hvis resultaterne blev numerisk sammenfattet, var det så rimeligt at gøre dette?</p> <p>Overvej:</p> <ul style="list-style-type: none"> • om hver enkelt undersøgelses resultater tydeligt fremgår • om resultaterne er ens for de enkelte undersøgelser (er der testet for uensartethed?) • om årsager til eventuelle variationer i resultaterne bliver diskuteret 	<p>Ja <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Nej <input type="checkbox"/></p> <p>Ved ikke <input type="checkbox"/></p>
<p>6) Præsenteres resultaterne klart, og hvad er det væsentligste resultat?</p> <p>Overvej:</p> <ul style="list-style-type: none"> • hvordan udtrykkes effekten af resultaterne (f.eks. odds ratio, relativ risiko)? • hvor stor er effekten og hvor klinisk relevant er resultatet? • hvordan vil du formulere resultatet af reviewet i én sætning? 	<p>Ja <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Nej <input type="checkbox"/></p> <p>Ved ikke <input type="checkbox"/></p>
<p>7) Er resultaterne præcise?</p> <p>Hvis et konfidensinterval blev opgivet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • overvej om din afgørelse mht. anvendelse af den pågældende behandling ville være den samme ved øverste som ved nederste grænse for dette interval? • blev en p-værdi opgivet, hvor der ikke forefandtes konfidensintervaller? 	<p>Ja <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Nej <input type="checkbox"/></p> <p>Ved ikke <input type="checkbox"/></p>

<p>8) Kan resultaterne anvendes på din egen population?</p> <p>Overvej:</p> <ul style="list-style-type: none"> • om populationsudsnittet som reviewet dækker afviger fra din population på måder, der vil kunne føre til andre resultater • om din lokale kontekst afviger meget fra reviewets • om du kan tilbyde den samme intervention 	<p>Ja <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Nej <input type="checkbox"/></p> <p>Ved ikke <input type="checkbox"/></p>
<p>9) Har reviewets forfattere overvejet alle vigtige resultater?</p> <p>Overvej resultaterne ud fra:</p> <ul style="list-style-type: none"> • individet • administratorer og professionelle • pårørende/omsorgspersoner • samfundet i bredere forstand 	<p>Ja <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Nej <input type="checkbox"/></p> <p>Ved ikke <input type="checkbox"/></p>
<p>10) Bør politik eller praksis ændres som følge af resultaterne?</p> <p>Overvej:</p> <ul style="list-style-type: none"> • om rapporterede fordele er større end tilsvarende ulemper og/eller udgifter • hvis der savnes oplysninger herom, kan de så fås på anden vis? 	<p>Ja <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Nej <input type="checkbox"/></p> <p>Ved ikke <input type="checkbox"/></p>

Bilag 5: Kvalitetsvurdering af udvalgte forskningsartikel (CASP) om: Patient involvement in Greenland hospital-care. A qualitative study of the study of the patient perspective (Seibæk 2021)

Kritisk læsning af kvalitative studier

Oversat efter: Critical Appraisal Skills Programme (CASP)

Making sense of evidence

© Public Health Resource Unit 2002

Forfatter:	Lene Seibæk
Titel:	Patient involvement in Greenland hospital-care: A qualitative study of the patient perspective
Tidsskrift:	2021
Nøgleord:	Greenland, patient involvement, patient perspective, interviews, hospital-care

Overvej følgende spørgsmål:

- Er undersøgelsen valid?
- Hvad siger resultaterne?
- Kan resultaterne overføres til din egen praksis?

Til vurdering heraf kan nedenstående spørgsmål være retningsanvisende.

De første to spørgsmål er overordnede. Hvis svaret til begge er ja, gå videre.

Hvis svaret er nej, er der ingen grund til at fortsætte.

Overordnede spørgsmål	
<p>1) Har studiet en klar fremstilling af sit formål?</p> <ul style="list-style-type: none"> • fremgår det hvad der er målet med undersøgelsen? • fremgår det hvorfor undersøgelsen er vigtig og relevant? 	<p>Ja <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Nej <input type="checkbox"/></p> <p>Ved ikke <input type="checkbox"/></p>
<p>2) Er det velvalgt at undersøge problemstillingen med en kvalitativ metode?</p> <ul style="list-style-type: none"> • tilstræber studiet at fortolke eller belyse handlinger og subjektive oplevelser hos de personer, der indgår? 	<p>Ja <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Nej <input type="checkbox"/></p> <p>Ved ikke <input type="checkbox"/></p>
Detaljerede spørgsmål (hvis svaret til de ovenstående spørgsmål er ja)	
<p>3) Er studiedesignet hensigtsmæssig i forhold til formålet med studiet?</p> <ul style="list-style-type: none"> • har forfatteren begrundet valg af studiedesign? 	<p>Ja <input type="checkbox"/></p> <p>Nej <input type="checkbox"/></p> <p>Ved ikke <input type="checkbox"/></p>
<p>4) Er udvælgelsesstrategien hensigtsmæssig i forhold til formålet med studiet?</p> <p>Overvej:</p> <ul style="list-style-type: none"> • har forfatteren beskrevet, hvordan studiepersonerne blev udvalgt? • har forfatteren forklaret, hvorfor de blev udvalgt i forhold til den type viden, studiet skal afdække? • er der nogen diskussion af rekrutteringsforhold (fx hvorfor nogle valgte ikke at deltage)? 	<p>Ja <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Nej <input type="checkbox"/></p> <p>Ved ikke <input type="checkbox"/></p>

<p>5) Blev data indsamlet, så de omhandlede forskningsfeltet?</p> <ul style="list-style-type: none"> • er rammerne for dataindsamlingen begrundet? • er det klart, hvordan data blev indsamlet (fx fokusgruppe, semistruktureret interview)? • har forfatteren begrundet den valgte metode? • har forfatteren tydeliggjort metoden (er det beskrevet, hvordan interviews blev udført? Var der en interviewguide)? • blev metoderne ændret i løbet af studiet? Har forfatteren forklaret hvordan og hvorfor? • er datatype tydelig (fx båndoptager, video, noter)? • har forfatteren diskuteret mætning af data? <p>6) Er forholdet mellem forfatter/forsker og deltager overvejet?</p> <ul style="list-style-type: none"> • har forfatteren undersøgt sin egen rolle, potentielle bias og indflydelse under: <ul style="list-style-type: none"> ○ formulering af spørgsmål? ○ ved dataindsamlingen, rekrutteringen og valg af sted? • står det klart hvordan forfatteren forholdt sig til begivenheder i forløbet og om man overvejede ændringers eventuelle indflydelse på studiedesignet? 	<p>Ja <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Nej <input type="checkbox"/></p> <p>Ved ikke <input type="checkbox"/></p> <p>Ja <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Nej <input type="checkbox"/></p> <p>Ved ikke <input type="checkbox"/></p>
---	--

<p>7) Er etiske spørgsmål blevet overvejet?</p> <ul style="list-style-type: none"> • er der detaljer om hvordan studiet blev forklaret til studiepersonerne, så det kan vurderes om etiske standarder er overholdt? • har forfatteren diskuteret spørgsmål, der udsprang af studiet (fx informeret samtykke og hvordan man håndterer den effekt studiet kan have på studiepersonerne under og efter studiet)? • er der søgt om godkendelse af den etiske komité? <p>8) Er dataanalysen tilstrækkelig stringent?</p> <p>Overvej:</p> <ul style="list-style-type: none"> • er der en dybdegående beskrivelse af analyseprocessen? • bruges der tematisk analyse? Står det da klart, hvordan temaerne blev udledt af data? • beskriver forfatteren, hvordan de præsenterede data blev valgt ud fra den oprindelige mængde for at demonstrere analyseprocessen? • er der præsenteret nok data til at underbygge resultatet? • i hvilken udstrækning tages modstridende data i betragtning? • undersøger forfatteren kritisk sin egen rolle, potentielle bias og indflydelse under analyse og udvælgelse af data til præsentation? 	<p>Ja <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Nej <input type="checkbox"/></p> <p>Ved ikke <input type="checkbox"/></p> <p>Ja <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Nej <input type="checkbox"/></p> <p>Ved ikke <input type="checkbox"/></p>
--	--

<p>9) Er der en klar fremstilling af resultatet?</p> <ul style="list-style-type: none"> • fremgår det tydeligt, hvad resultaterne er? • er der tilstrækkelig diskussion af evidensen for og imod forfatterens argumenter? • har forfatteren diskuteret troværdigheden af resultaterne (fx triangulering, validering af respondenter, mere end én analytiker)? • er resultaterne diskuteret i forhold til de oprindelige spørgsmål? <p>10) Hvor værdifuld er studiet?</p> <ul style="list-style-type: none"> • diskuterer forfatteren hvad studiet bidrager med i forhold til eksisterende viden? • sættes resultaterne i forhold til gældende praksis og politik eller i forhold til relevant litteratur? • identificerer forfatteren nye områder hvor forskning er nødvendig? • har forfatteren diskuteret, om og hvordan resultaterne kan overføres til andre populationer eller overvejet om resultaterne kan bruges på anden måde? 	<p>Ja <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Nej <input type="checkbox"/></p> <p>Ved ikke <input type="checkbox"/></p> <p>Kommentarer Da der er begrænset forskning på grønlandske sundhedsvæsen af dette meget relevant. Derfor er denne forsknings artikel er værdifuld.</p>
--	--