



Denne opgave er udarbejdet af en studerende/en gruppe studerende

Ved Peqqissaanermik Ilisimatusarfik / Institut for Sygepleje og Sundhedsvidenskab. Opgaven er udtryk for den/ de studerende

Egen synspunkter, der ikke nødvendigvis deles af skolen.

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

Uddannelse:

Sygeplejerskestudiet

Hold:

Hold 2021

Semester:

8. Semester

Opgavetype:

Bachelor opgave

Opgaveløsere:

Ane Nielsen

Måned og år:

Marts - Juni 2025

Vejleder:

Carsten Juul Jensen

Samlet antal anslag

57.612

ILSIMATUSARFIK



University of Greenland

Hvordan kan sygeplejersken I Grønland forbedre telefonvisitation i praksis, med fokus på borgernes perspektiv på utilfredshed?

Uddannelsessted navn & adresse

Peqqissaanermik Ilisimatusarfik/ Institut for Sygepleje og Sundhedsvidenskab Manutooq 1,3905 Nuussuaq.

Underskrifter:

Ane N



Indholdsfortegnelse

1. Resumé / Abstract	4
2. Indledning.....	5
2.1 Initierer problem	5
2.2 Telefonvisitation i Grønland – fra et historisk perspektiv til i dag	5
2.3 Problematisering af kvalitativt spørgeskema som datametode i bachelorpraktikken	8
3. Afgrænsning.....	9
4. Problemformulering.....	9
5. Litteratursøgning.....	9
5.1 Indledende litteratursøgning	10
5.2 Systematisk litteratursøgning	10
5.3 Systematisk søgnings proces	10
5.4 Inklusions- og eksklusionskriterier	11
6. Metode & Teori.....	12
6.1 Videnskabsteoretiske position	12
6.2 Design	13
6.3 Feltnoter	14
6.4 Kvalitativt spørgeskema	15
6.5 Informanter	16
6.6 Ethiske og juridiske overvejelser	18
6.7 Analysestrategi.....	18
6.9 ChatGPT.....	19
7. Analyse	19
7.1 Resultater	19
7.2 Uoverensstemmelse mellem sundhedsprofessionelle og borgeren	20
7.3 Utilfredshed.....	21
7.4 Borgernes ønsker i forbindelse med telefonvisitation.....	23
7.5 Borgernes viden	25
8. Diskussion.....	27
8.1 Metode	27
8.2 Teori.....	28
8.3 Empirivalg	28
9. Konklusion.....	29
10. Perspektivering.....	29
Perspektivering af forskningsartiklen i relation til egen empiri.....	30



11. Litteraturliste	31
<i>Obligatorisk litteratur.....</i>	<i>31</i>
<i>Selvvalgt litteratur</i>	<i>34</i>
Bilagsfortegnelse	38
Bilag 1: Opkald registreringer i skadestuen	39
Bilag 2: Kvalitetsvurderinger	40



1. Resumé / Abstract

Denne bacheloropgave har til formål at undersøge hvordan telefonvisitationen i Grønland opleves af borgerne, og hvordan sygeplejersken kan medvirke til at forbedre denne praksis.

Baggrund

Telefonvisitation spiller en central rolle i det grønlandske sundhedsvæsen, hvor geografiske afstande kan gøre fysisk kontakt vanskelig. Sygeplejersker, medicinstuderende og sygeplejestuderende varetager i telefonvisitationen, men der opstår ofte uoverensstemmelse mellem borgernes forventninger og sundhedsprofessionelles faglige vurderinger, hvilket kan skabe utilfredshed hos borgerne.

Metode

Undersøgelsen er gennemført med en kvalitativ og hermeneutisk tilgang, hvor forståelse af borgernes oplevelser sker gennem fortolkning af mening i deres udsagn og handlinger. Empirien består af deltagerobservation (feltnoter) og et kvalitativt spørgeskema indsamlet under praktikophold på skadestuen i Nuuk. Analysen tager afsæt i Erving Goffmans teori om totale institutioner.

Resultater

Analysen viser, at utilfredshed opstår, når borgernes behov for tryghed og forståelse ikke mødes af systemets logik og strukturer. Særligt fremhæves manglende viden om telefoniske kontaktmuligheder, sproglige barrierer og oplevelsen af ikke at blive anerkendt i samtalen.

Konklusion

For at styrke borgernes oplevelse af telefonvisitation anbefales øget fokus på patientinddragelse, kommunikation træning og udvikling af retningslinjer med patientcentreret tilgang. Implementering af tosprogede sygeplejersker og brug digitale løsninger såsom sundhedsapp vurderes som relevante tiltag i en grønlandsk kontekst.



2. Indledning

2.1 Initierer problem

Under min bachelor praktik, der havde jeg observerede, hvor jeg så form for utilfredshed ved telefonvisitation, således vil jeg undersøge mere hvorfor borgerne utilfreds ved telefonvisitation. (Det kan du se på side 18-19) Televisitation kombinerer ordene ”tele” (afstand) og ”visitation”, der refererer til at graden af patienternes mere eller mindre akutte behov for lægehjælp og eventuel behandling vurderes på afstand gennem dialog på en telefon. (Würgler, Navne, 2020, s. 11). Visitationen af patienters sundhedsbehov vurderes således uden fysisk tilstedeværelse af hverken en sundhedsprofessionel eller en borger. Borgeren ringer til den sundhedsprofessionel, der forsøger at lytte sig frem til, hvad problemet er.

I Grønland er der mest pres på telefonvisitationen efter kl. 16:00, hvor lægeklinikken lukket. Det er netop her jeg har oplevet den utilfredshed, som jeg skriver ovenfor. Utilfredshed kan forstås som en negativ følelsesmæssig reaktion på en oplevelse, der ikke lever op til individets forventninger eller behov. Det handler ofte om en oplevet mangel, eksempelvis respekt, forståelse eller retfærdighed. (Tranberg, Christensen, Vedsted, 2018, s. 5). Utilfredsheden er ikke altid bliver sagt højt. Borgerne kan være høflige, men alligevel føle sig usikre og skuffede over at de ikke få deres forventninger eller behov. (Riiskjær, 2011, s. 2). I Grønland er sådan såkaldte telemedicinske løsninger essentielle for at for at få kunne skabe sammenhæng i sundhedsvæsenet. (Nielsen, Krebs, Albert, Anderson, Catz, Hale, Hansen, Hounsgaard, Kim, Lindeman, Spindler, Marcin, Nesbitt, Young, Dinesen, 2017, s. 1). Hvilke jeg vil problematisere nedenfor.

2.2 Telefonvisitation i Grønland – fra et historisk perspektiv til i dag

I 1994 blev telemedicine implementeret i Grønland med henblik at forbedre adgangen til sundhedsydelser, blandt andet gennem brug af telefonvisitation. (Stensgaard, 2000, s. 1). Forstavelsen *tele* i telemedicin kommer af det oldgræske *têle*, der betyder fjernt. Ordet *medicin* kommer af latin, *medicina*, lægekunst, afledt af *mederi*, som betyder helbredelse. Telemedicin kan således oversættes til ”helbredelse på afstand”. (Sorknæs, 2020, s. 270). Telefonvisitation betyder, at borgeren ringer til sundhedsvæsenet og får en



faglig vurdering fra en sygeplejerske eller anden sundhedsprofessionel via telefon. Formålet er at sikre, at borgerne får den rette behandling. (Andersen, Skovsgaard, 2019, s. 527-528).

Grønland er et stort land hvor idealet om at tilbyde lige sundhed til alle trods bopæl, kan være vanskelig at imødekomme. Her kan telemedicinske og telefonvisitation være vigtigt, da elektronikken kan fungere på store afstande. (Nielsen, Krebs, Albert, Anderson, Catz, Hale, Hansen, Hounsgaard, Kim, Lindeman, Spindler, Marcin, Nesbitt, Young, Dinesen, 2017, s. 1). Siden 2011 sundhedsvæsenet i Grønland er blevet organiseret i fem sundhedsregioner: Ilulissat (Region Avannaa), Aasiaat (Region Disko), Sisimiut (Region Qeqqa), Qaqortoq (Region Kujataa), samt Dronning Ingrid's Hospitalet i Nuuk fungerer både som regionssygehus og landshospital. Alle sundhedsregioner benytter telemedicinske, men at der i nogle områder internetforbindelsen kan være ustabil. Telemedicin bruges blandt andet til videomøder og onlinekonsultationer, hvilket har stor betydningen i et land med store afstande, ekstreme vejrforhold og lang transporttid. (Larsen, Olesen, 2022, s. 1).

Ifølge oplysninger fra det grønlandske sundhedsvæsenets hjemmeside *Peqqik.gl* (u.å.), har telefonvisitation siden 2014 fået en større rolle i det grønlandske sundhedsvæsenet. Det fremgår, at den stigende anvendelse af telefonvisitation i Nuuk, at sundhedspersonalet har fået mindre tid til personlige, fysiske konsultationer med patienterne. Samtidig er der opstået et stort pres på telefonvisitationen, fordi mange borgere ringer til lægeklinikken med ønske om konsultation. hvilket konsekvens skaber åbningstid på kun 15 minutter. Som konsekvens blev åbningstiden for lægetelefonen i Nuuk ændret til kun at være 15 minutter dagligt. Fra et sygeplejefagligt perspektiv er det et problem, hvor borgere øget sygdomsbyrde, og der samtidig mangler forebyggende og sundhedsfremmende tiltag fra sundhedsvæsenet side, derfor der sket ulighed adgang til sundhedsvæsenet på grund af telefonpres. Sundhedsfremme betyder at fremme sundhed den enkeltes sundhed, (Evron, 2020, s. 68), mens forebyggelse handler om at forhindre opståen af psykosociale problemer. (Ibid. s. 70).

Tidligere fungerede telefonvisitationen på Dronning Ingrid's Sundhedscentre (DIS) ved, at borgerne ringede direkte til lægerne og blev placeret i en telefon kø. Systemet var indrettet således, at opkaldet blev hængende på linjen, indtil en læge fik tid til at besvare det, uanset hvor lang tid det tog. Denne model håndterede i gennemsnit omkring 200 opkald



dagligt. I efteråret 2021 blev telefonsystem ændret med det formål forbedre at kunne imødekomme henvendelser fra borgere. I det nye system svarer ufaglærte telefon og sætter patienten på en liste til opringning senere på dagen, lægerne ringer herefter tilbage til så mange patienter som muligt. Efter få måneder var antallet af daglige opkald steget til omkring 300, hvilket konsekvenserne var op til 100 patienter om dagen ikke er blevet ringet tilbage af DIS. (Aagaard, 2023, s. 90-91). Dette er en tydelig kvalitetsbrist, da sundhedsvæsenet ikke formår at sikre, at alle henvendelser bliver håndteret. Et kvalitetsbrist er en svaghed, mangel eller fejl som gør, at sundhedsfaglige ydelser, teknologi eller organisering ikke er i overensstemmelse med den forventede kvalitet. (Pedersen & Lund & Eldrup & Glasscock, 2019, s. 289).

At mange borgere ikke får opkald tilbage. Hvis borgeren ikke modtager et opkald retur, er der manglende patientinddragelse hos borgerne, hvor der mangel på kontinuitet i plejen, hvor der mangler sammenhæng og koordination. (Seibæk, 2020, s. 150). Kvalitetsbristen ligger i det tværfaglige samarbejde som er; læge, sygeplejerske, og ufaglærte som står i telefonen. Deres samarbejde er manglende som det skal være klart for alle aktører, hvilken fagperson eller enhed der har ansvaret for at initiere og udføre telefon pleje og behandling borgernes kontakter. (Liljehult, Sommer, 2019, s. 197). (Sundhedskommissions betænkning, 2023, s. 313). Dette indeholder også, at der mangler relationskompetence fra ledelse. Kvalitetsbrist fra ledelse, hvor der manglende at kunne koordinere samarbejde mellem forskellige faggrupper. (Graff, Falk, 2018, s. 273).

I Region Sermersooq er bemandede med tværfagligt sundhedspersonale, herunder læger, sygeplejersker, sundhedsassistenter, sundhedsplejersker, jordemødre, somatiske og psykiatriske, hjemmesygeplejersker, fysioterapeuter, bioanalytikere, portører samt medhjælpere og sundhedshjælpere. Men i bygder og mindre sundhedscentre mere begrænset. (Aagaard, 2023, s. 68). Denne ulighed får konsekvenser for telefonvisitation som ofte er den primære kontaktform for borgere i ydeområder, især akuttesituationer, uden for almindelig åbningstider. Her opstår et sygeplejefaglige problemer, hvor borgernes adgang til sundhedsvæsenet afhænger i deres geografiske placering, og i den tilfælde når bygde konsultation ikke er mulige for behandling, skal borgeren evakueres med helikopter eller båd til regionssygehuset, eller i mere alvorlige tilfælde videre til Dronning Ingrid's Hospitalet i Nuuk. Og denne proces kan stærkt afhængig af vejrforhold, hvor dårligt vejr kan forhindrer fly i at lande. Denne organiseringen er manglende med stærkt fokus på patientsikkerhed, da



det kan føre til forsinket eller manglende behandling ved akut tilstand. Da patientsikkerhed indeholder forebygge forsinkelser i patient eller borgernes forløbet og til systematisk at forebygge specifikke komplikationer. (Liljehult, Sommer, 2019, s. 202). Denne organisering skaber en social ulighed, hvor borgerne der bor tættest på sundhedsvæsenet i Nuuk, har mulighed for at kontakte via telefon, når de skal konsultere, mens borgere, der bor langt væk i Nuuk, eksempelvis i bygderne, stadig forventes at møde op fysisk. Social ulighed i sundhed betyder, at sundhed og sygdom er skævt fordelt blandt samfundets socioøkonomiske grupper. (Pedersen, 2020, s. 115).

For det femte problem i det grønlandske sundhedsvæsen er manglen på fastansatte uddannede sygeplejersker. Denne personalemangel har betydning for borgernes telefonvisitation, hvor det kan føre til ustabil gennem telefonvisitation og øget arbejdspress for sundhedspersonale. (Mougaard & Aagaard, 2020, s. 329).

Et sjette problem i forhold til presset på telefonvisitationen, er at borgere i Grønland er mere syge, og på en anden måde sammenlignet med andre europæiske lande. Forsknings artkelen viser hvor 50% af grønlandske befolkninger er rygere, derfor er højt frekvens af respiratorisk sundheds problemer. Grønland verdens tredjehøjeste forekomst af svær depression, desuden er antallet af selvmordsforsøg I Grønland ligger højt, forekomsten af seksuelt overførte infektioner såsom syfilis, gonoré og klamydia er høj, og ifølge data fra Grønlands Selvstyre enormt højt. (Hedvig, Botvid, Hove, Mikkelsen, Skovgaard, Pedersen, Backe, 2023, s. 6).

2.3 Problematisering af kvalitativt spørgeskema som datametode i bachelorpraktikken

Der er viden om borger tilfredshed med telemedicin. Det vil sige der er viden om borger tilfredshed med telemedicin som konkluderer at borgerne generelt er tilfredse. Det kan hænge sammen med at det er den eneste måde borgere, der bor i øde områder i Grønland, kan få sundhedshjælp. (Nielsen, Krebs, Albert, Anderson, Catz, Hale, Hansen, Hounsgaard, Kim, Lindeman, Spindler, Marcin, Nesbitt, Young, Dinesen, 2017, s. 1). Men der findes mig bekendt ikke direkte viden om telefonkonsultation andre steder end på Peqqiks hjemmeside; *peqqik.gl*

Det er i mange sygehuse og sundhedscentre sygeplejersker, der tager telefonen, når borgere ringer ind for at få hjælp med et sundhedsproblem. Televisitation kan



være en sygeplejefaglig arbejdsopgave og er kvaliteten af televisitationen mindre god, må sygeplejerskerne arbejde på at gøre det bedre, da det er deres professionelle ansvar at sikre patienternes pleje, behandling og oplevelse. Sygeplejerskernes kerneopgaver er at udføre, at lede, at formidle og at udvikle plejen til patienterne med henblik på forebyggelse, sundhedsfremme, sygdomsforebyggelse og behandling. (Glasscock, 2019, s. 23), (Evron, 2020, s. 68-70), (Agerholm, Chræmmer, 2018, s. 23). Kvaliteten, som er afgørende for borgernes oplevelser og videre behandling i telefonvisitationen er dermed et sygeplejersansvar, hvis patienten ikke visiteres til den rette behandling. . (Würgler, Navne, 2020, s. 11).

3. Afgrænsning

I følgende afsnit vil den kliniske sygeplejefaglige problemstilling bliver afgrænset til projektets endelige problemformulering.

Telefonvisitationen er en udbredt kontaktform i det grønlandske sundhedsvæsen, hvor store geografiske afstande, mangel på sundhedspersonale, samt hvor borgerne i Grønland mere sygere, er udfordringer. Under min bachelorpraktik observerede jeg et massivt telefonpres og oplevede, at mange borgerne udtrykte utilfredshed med servicen. Således i denne opgave har til formål at jeg ønsker at undersøge, hvordan telefonvisitationen i Grønland opleves af borgerne, og hvordan sygeplejersken kan medvirke til at forbedre denne praksis. Således vil resten af opgave vil tage udgangspunkt i nedenstående problemformulering.

4. Problemformulering

Hvordan kan sygeplejersken i Grønland forbedre telefonvisitation i praksis, med fokus på borgernes perspektiv på utilfredshed?

5. Litteratursøgning

I dette afsnit beskrives den indledende litteratursøgning, efterfulgt af den systematiske litteratursøgning, samt en beskrivelse af inklusions- og eksklusionskriterier.



5.1 Indledende litteratursøgning

For en bred orientering omkring telefonvisitation i Grønland, har jeg med bevidst ”tilfældig søgning”. (Nielsen, Hjørnholm, Jørgensen, 2021, s. 92). Foretaget indledende søgning på søgedatabasen GoogleScholar.com og Pubmed. Problemformuleringen har dannet en baggrund for søgeord. De anvendte søgeord var blandt andet ”telefonvisitation” ”Grønland” og ”borgernes perspektiv”. Jeg oversatte disse ord til engelsk og udførte datasøgning. Denne indledende litteratursøgning gav viden, til forståelsen af hvad der årsager pres på telefonvisitationen.

5.2 Systematisk litteratursøgning

Den systematiske litteratursøgning indebærer valget af de passende databaser, udformningen af udvalgte søgeord og søgeprofil, præcisering af hvilke artikler der udvælges, på baggrund af søgningen, og hvordan man dokumenterer samt beskriver søgeprocessen. (Nielsen, Hjørnholm, Jørgensen, 2021, s. 93). Jeg har gennemført en kvalitetsvurdering af artiklerne som jeg brugt, ved hjælp af Casp-tjekliste og PICO-Skema. (Se bilag 2) Denne proces indebærer en systematisk evaluering af forskningsartiklens metodologiske kvalitet. Ved at bruge Casp-tjeklister vurderes artiklens pålidelighed, gyldighed, og anvendelighed, mens PICO-skemaet hjælper med at formulere og afklare forskningsspørgsmålene samt at identificere relevante data i artiklen. PICO bruges forkortelsen for population, intervention, control og outcome. (Rosén, 2018, s. 454).

Kvalitetsvurdering er en systematisk proces, hvor man vurderer om det er rimeligt at kombinere de inkluderede studier i en samlet analyse, hvilket kræver, at studierne design, intervention og patienter er rimeligt ensartede. (Lund, Juhl, Andreasen, Møller, 2014, s. 103). Sundhedsfaglig intervention forstås som en fagligt begrundet handling, der har til formål at påvirke en sundhedstilstand, adfærd eller livssituation. (Maindal, 2016, s. 265).

5.3 Systematisk søgnings proces

I den systematiske litteratursøgning har jeg primært benyttet mig af PubMed. PubMed (Public Medline) er en udgave af databasen MEDLINE, som alle kan få adgang til via internettet. (Karlsson, 2018, s. 105). PubMed bliver dagligt opdateret og man har mulighed for at finde meget nye artikler, som lige er blevet udgivet elektronisk. (Hørmann, 2018, s. 43).



Redskaberne der er benyttet til at søge i databaserne og sortere i søgeresultaterne, er systematisk brug af søgeord, der kombineres med blokke og med anvendelse af booleske operatører "OR, AND eller NOT" (Nielsen, Hjørnholm, Jørgensen, 2019, s. 97). Og disse søgeord, kan beskrive den problemstilling, der ønskes belyst i opgaven. (Kristensen, 2020, s. 211). På baggrund af min problemformulering udvalgte jeg følgende søgeord: "telemedicine" "healthcare" "citizens perspective". De udvalgte søgeord blev forbundet med "OR" og var den første blok, og blev koblet sammen de andre blokke med operatøren "AND". Og jeg valgt abstract/titel, fordi abstraktet giver mere detaljeret indsigt i artiklens omfang. Og titel indeholder ofte nøgleord, som kan hjælpe med at identificere, om artiklen handler om specifikke emner eller områder af interesser. De inkluderede søgekriterier var kraven om, en publikations varighed skulle være indenfor de seneste ti år. Jeg foretog mig en avanceret søgning med følgende ord og operatør: "telemedicine" OR "healthcare" AND "citizens perspective". Med denne søgeprofil fik jeg 4 resultater, og udvalgte det kvalitative studie "Relationship between citizens' perspective on digital health and underlying health risks".

Begrundelse for valg af artiklen er blandt andet at i Danmark undersøgt hvordan befolkninger med risikoprofiler herunder alder, kronisk sygdom, rygning og socialt netværk, forholder sig til digitale sundhedstilbud, ved telemedicin, og sundhedsapps. (Pedersen, Sudzina, 2023, s. 5). Dette er særligt relevant i en grønlandsk kontekst, hvor telefonvisitation ofte er borgernes eneste eller primære kontaktform med sundhedsvæsenet. Samtidig er der store geografiske og teknologiske udfordringer, som skaber ulighed i både sundhedsadgang og digital adgang.

5.4 Inklusions- og eksklusionskriterier

Inklusions- og eksklusionskriterier defineres for at vide, hvad man vil undersøge og hvad man vil ekskludere at undersøge, for at indskrænke det materiale som man kan finde under en søgning. (Nielsen, Hjørnholm, Jørgensen, 2021, s. 58).

Min inklusionskriterier har været:

- Undersøgelser omhandlende de udvalgte søgeord, der vurderes relevante for mit emne.
- Artikler publiceret fra 2015 og frem.

Eksklusionskriterierne er alt det, som ikke indgår i inklusionskriterierne.



6. Metode & Teori

I dette afsnit argumenteres for det videnskabsteoretiske perspektiv, præsentation af empirien samt valg af teori. Desuden beskrives de etiske og juridiske overvejelser for projektet.

6.1 Videnskabsteoretiske position

Dette projekt handler om at undersøge og at forstå: *Hvordan kan sygeplejersken i Grønland forbedre telefonvisitation i praksis, med fokus på borgernes perspektiv på utilfredshed?*

Under min dataindsamling anvendte jeg deltagerobservation med en fænomenologisk tilgang. Fænomenologi betyder læren om bevidsthed, altså hvordan mennesker oplever deres virkelighed indefra. Og dette betyder menneskers følelser, tanker og handlinger som den virkelighed videnskaben skal undersøges. (Ibid. s. 150). Eksempelvis utilfredshed eller bekymring under telefonvisitationen.

Jeg har under observationen lagt min forforståelse til side i overensstemmelse med fænomenologisk metode. Det gjorde jeg for at kunne møde situationen åbent og for at lade borgernes oplevelser og reaktioner træde frem, som de udspillede sig i praksis.

Når man arbejder med en hermeneutisk tilgang, medbringer man altid sin egen forforståelse. Begrebet forforståelse betyder, at man allerede inden en undersøgelse har bestemte forventninger, meninger eller fordomme, man skal undersøge. (Birkler, 2021, s. 112). Før jeg gik i gang med at undersøge telefonvisitation, havde jeg selv en forforståelse af indtryk fra sociale medier, hvor jeg ofte havde set borgere udtrykke utilfredshed over lang ventetid og følelsen af ikke at blive hørt i skadestuen. På den baggrund havde jeg en forestilling om, at der er en problemstilling knyttet til telefonvisitationen, også selvom jeg endnu ikke vidste præcis, hvad problemet bestod i. Derfor valgte jeg at undersøge denne problemstilling, for at få en bedre forståelse af borgernes oplevelser og de eventuelle udfordringer, der ligger i telefonvisitationen.

Jeg arbejder med min forforståelse hele tiden, udvikler den i hermeneutisk cirkel, hvor der hele tiden sker horisont cirkel. Den hermeneutiske cirkel er at forståelsen cirkularitet. Gadamer beskriver, ifølge Birkler, vores forforståelse med alle sine fordomme, som samlet i en horisont, og som er det synsfelt, der omfatter og omslutter alt det, der er



synligt fra bestemt punkt. (Ibid. s. 114). Dette betyder at jeg fik nye erfaringer og data gennem observationer og kvalitativt spørgeskema (*det kan du se på side 15, hvad kvalitativt spørgeskema er*), blev min horisont udvidet. I denne undersøgelse udviklede jeg derfor min forforståelse, at jeg mødte borgernes udsagn, observationer, og læste forskningsartikler. På den måde har jeg arbejdet aktivt, med den hermeneutiske cirkel, i forsøget på at opnå en dybere og mere åben forståelse af problemstillingen omkring telefonvisitationen.

Først i analysen anvender jeg en hermeneutisk tilgang, fordi jeg inddrager teoretisk forståelse, særligt med udgangspunkt i Erving Goffmans teori om totale institutioner. (*Det kan du se på side 19.*) Jeg har valgt en hermeneutiske videnskabsteoretisk tilgang, fordi jeg ønsker at opnå en dybere forståelse af, hvad der ligger til grund for borgernes utilfredshed, når de kontakter sundhedsvæsenet, samt hvordan deres oplevelser og handlinger skal forstås i den sammenhæng. Begrebet hermeneutik er læren om forståelse. (Birkler, 2021, s. 111). Et hermeneutisk bachelorprojekt har til formål at opnå en ny og dybere forståelse af det fænomen, man har valgt at undersøge. I dette tilfælde, hvordan sygeplejerskernes telefonvisitation i Grønland opleves af borgerne, og hvad der ligger til grund for deres utilfredshed. Ved at arbejde hermeneutisk søger projektet at skabe ny indsigt i både sygeplejerskernes faglig praksis og borgernes subjektive oplevelser, med henblik på at identificere hvordan denne kontaktform kan forbedres. (Nielsen, Hjørnholm, Jørgensen, 2021, s. 160).

6.2 Design

Jeg har været i bachelorpraktik på skadestuen med deltagerobservation på telefonvisitation. Deltagerobservation er en dataindsamlingsmetode, hvor man observerer få indsigt i hvad mennesker rent faktisk gør, og ikke bare hvad de siger de gør. (Nielsen, Hjørnholm, Jørgensen, 2021, s. 235). Jeg tog selv kontakt til afdelingssygeplejersken for at høre, om det var muligt at have praktik med dette fokusområde. Efterfølgende blev jeg inviteret til en samtale om praktikpladsen, hvor jeg fik at vide, at telefonvisitationen primært foregår om aftenen, når lægeklinikken lukker. Derfor var jeg for det meste i praktik om aftenen, men jeg havde også en enkelt dagvagt for at opleve forskellen. Forskellen mellem aftenvagt og dagvagt beskrives nedenfor.



Når jeg mødte ind til praktikken, kiggede jeg, hvordan kommunikation foregik mellem sundhedsprofessionelle og borger under telefonvisitation. Når jeg kom til aftenvagte, ringede telefonen næsten konstant. Jeg var sammen med medicinstuderende og sygeplejestuderende, som håndterede telefonvisitationen, mens de erfarne sygeplejersker tog sig af de patienter, der mødte fysisk op på skadestuen, herunder også akutte tilfælde.

Der er tre forskellige telefoner i skadestuen. Den ene telefon bruges af alle byer og bygder i Sermersooq Kommune, som kan ringe efter lukketid i deres område, hvis der opstår en akut situation. Den anden telefon er kun til borgere i Nuuk, hvor de kan ringe ved skader. Den tredje telefon er ambulance/akutte telefonen, som benyttes ved akutte situationer, hvor der er behov for hurtig hjælp. Der ringede mange forskellige personer om aftenen, nogle ønskede lægeerklæringer til ambulance telefonen, andre spurgte efter medicin til skadestuen i Nuuk telefon, nogle ville gerne ses fra skadestuen, og hvis sundhedsprofessionelle sagde, at de skulle ringe til 80 11 11 lægeklinikken, når det åbnede, reagerede de fleste borgere med utilfredshed.

Da jeg kom til dagvagten for at observere forskellen mellem dagvagt og aftenvagt i forhold til telefonvisitation, bemærkede jeg, at telefonen stort set ikke ringede. Især om morgenen var der helt stille, da 80 11 11 lægeklinikken stadig var åbent. Først om eftermiddagen ringede telefonen indimellem, det var typisk borgere med skader, som skulle vurderes af sundhedsprofessionelle, og der var ingen utilfredshed blandt dem. Vi havde også en patient, der tidligere havde ringet til lægeklinikken via 80 11 11. Postoperativ patient var alvorligt hjertesyg og blev efterfølgende indlagt på intensivafdelingen. Postoperative refererer til tiden efter en operation, hvor patienten overvåges for komplikationer og modtager nødvendig pleje for at fremme heling og rehabilitering. (Schultz, Skræp, 2023, s. 519). Vedkommende fortalte, at de ikke vidste, hvor de skulle ringe hen, og derfor havde ringet til 80 11 11 og ventet i lang telefon kø.

6.3 Feltnoter

Feltnoter er noter, som man skriver, mens man observerer i praksis. De bruges i kvalitativ forskning til at dokumentere, hvad man ser, hører og oplever i situationen. (Nielsen, Hjørnholm, Jørgensen, 2021, s. 245). Under min bachelorpraktik førte jeg dagligt feltnoter i en form for dagbog. Jeg strukturerede noterne med en overskrift med dato og



skrev ned, hvad jeg observerede og oplevede i praksis. Noterne omfattede både konkrete beskrivelser af situationer eksempelvis, samtaler mellem borgere og sundhedspersonale.

I analysen har jeg brugt feltnoter som illustrative eksempler på borgernes oplevelser af telefonvisitation, hvordan sygeplejefaglige problemstillinger, som for eksempel utilfredshed, manglende inddragelse, kan komme til udtryk i den praksis.

6.4 Kvalitativt spørgeskema

På baggrund af de observationer, hvor jeg oplevede borgernes utilfredshed i forbindelse med telefonvisitation, samt på baggrund af forskningsartikler for eksempel forskningsartiklen sundhedskommission betænkning fra 2023, der pegede på samme problemstillinger i Grønland. Således udarbejdede jeg et kvalitativt spørgeskema med seks spørgsmål. Et kvalitativt spørgeskema indeholder åbne spørgsmål, der lægger op til svar i form af forklaringer med flere ord, som skal tolkes kvalitativt som for eksempel ”Hvad er din holdning til elevers brug af mobiltelefon?” (Agerup, Willaa, 2016, s. 140).

Mine spørgsmål blev formuleret med udgangspunkt i de konkrete situationer, jeg havde observeret under utilfredsheden, som nogle borgere udtrykte under telefonvisitationen. Her er på mine spørgsmål:

1. Når du ringer til skadestuen, hvordan bliver du modtaget, og hvordan oplever du servicen?
2. Hvad synes du om telefonvisitationen i Grønland?
3. Hvad tænker du, kunne have været bedre i forhold til telefonvisitationen? Har du nogle forslag?
4. Hvordan bliver du inddraget i din telefon konsultation?
5. Når du ringer til skadestuen, hvordan føler du dig forstået?
6. Ved du, hvornår du skal ringe til skadestuen, og hvornår du skal ringe til 80 11 11 (lægeklinikken)? Kan du beskrive det lidt?

Første spørgsmål: Dette spørgsmål udspringer af min observation af, at flere borgere følte sig afvist eller ikke imødekommet, når de ringede til skadestuen. Jeg ønskede at undersøge, hvordan borgerne oplever kontakten med sundhedspersonalet, både kommunikationen og den generelle service ved telefonvisitationen.



Anden spørgsmål: Dette spørgsmål blev formuleret for at indsamle borgernes overordnede holdning til selve systemet. Det er direkte koblet til utilfredshed over for telefonvisitationens funktion.

Tredje spørgsmål: Her ønskede jeg at undersøge, hvordan borgerne selv ser muligheder for forbedring. Spørgsmålet er koblet til den utilfredshed, hvor borgerne ofte efterlod samtalen uden svar eller løsning.

Fire spørgsmål: Dette spørgsmål koblet på mine observationer af manglende patientinddragelse i samtalerne. Flere borgere udtrykte, at de ikke følte sig hørt, især når de fik beskeden om, at de først kunne ringe, når lægeklinikken åbnede. Det skabte frustration hos nogle, som følte, at deres henvendelse ikke blev taget alvorligt, og samtidig oplevede det som tidskrævende og besværligt at skulle vente. Da jeg tror, at en del af utilfredsheden skyldes manglende patientinddragelse og følelsen af at blive afvist uden at blive lyttet til, ønskede jeg med dette spørgsmål at undersøge borgernes egne oplevelser af medinddragelse i telefonkonsultation.

Femte spørgsmål: Dette spørgsmål relaterer sig til mine observationer af, at nogle borgere følte sig ikke forstået fra sundhedsprofessionelle under telefonvisitation. Jeg observerer, hvor sundhedsprofessionelle ikke anerkendte borgernes behov, fordi problemet ikke blev vurderet som akut. Da jeg tror, at utilfredsheden også kan opstå, når borgerne føler, at deres situation ikke forstået, ønskede jeg med dette spørgsmål at belyse, hvordan borgerne selv oplever af forståelserne i mødet med sundhedssystemet.

Sjette spørgsmål: Dette spørgsmål er direkte koble til mine observationer af, at mange borgere var i tvivl om, hvem de skulle kontakte. For eksempel opstod der frustration, når en borger oplevede smerter, og sundhedsprofessionelle sagde, at det ikke en akut og at de måtte vente, indtil lægeklinikken åbnede, da skadestuen var for skade og akutte. Denne usikkerhed og ventetid skabte utilfredshed og gjorde det uklart for borgerne, hvor de kunne få hjælp. Spørgsmålet har derfor til formål at undersøge, om borgerne kender forskellen mellem skadestuen og lægeklinikken.

6.5 Informanter

I denne undersøgelse anvendes begrebet informanter om de personer, der har bidraget med deres erfaringer og perspektiver gennem besvarelse af kvalitativt



spørgeskemaet. Informanter bruges i undersøgelser og dækker over de deltagere, der ud fra deres oplevelser og viden kan give indblik i den problemstilling, der undersøges. (Nielsen, Hjørnholm, Jørgensen, 2021, s. 182).

Jeg har valgt informanter ud fra fire specifikke, herunder begrundes hvert enkelt valg:

1. Personer, der har søgt behandling på skadestuen:

Disse borgere har konkret erfaring med at kontakte sundhedsvæsenet og har derfor mulighed for at give relevante svar i forhold til undersøgelsens fokus.

2. Personer, der er verbalt kommunikerende og i stand til at deltage i et kvalitativt spørgeskema:

Da spørgeskemaet er skriftligt og består af åbne spørgsmål, er det vigtigt, at informanterne er i stand til at læse spørgsmålene og svar skriftligt. Hvis informanter havde behov for støtte til at læse spørgsmålene eller svar spørgsmålene, tilbød jeg hjælp, så de stadig kunne deltage.

3. Personer, der ikke har alvorlige fysiske symptomer eller akut tilstand:

Ved at udelukke borgere med akutte symptomer sikrer jeg, at de har behov for ro. Derfor ville svarene fra en akut syg patient ikke nødvendigvis afspejle deres egentlige oplevelse med telefonvisitation.

4. Personer, der ikke har små børn med sig, som kan kræve deres fulde opmærksomhed:

Forældre med små børn har ofte travlt og bliver afbrudt. For at sikre, at informanten kunne fokusere på kvalitativt spørgeskemaet uden distraktioner, blev borgere med små børn fravalgt.



6.6 Etiske og juridiske overvejelser

Når man arbejder med informanter i forbindelse med eksempelvis en spørgeskemaundersøgelse, er det vigtigt at vise hvordan man som forsker respekterer deltagere, beskytter deres oplysninger, og sikrer, at ingen kommer til skade ved at deltage. (Nielsen, Hjørnholm, Jørgensen, 2021, s. 121). I denne undersøgelse betyder det, at jeg gav informanterne en mundtlig introduktion til formålet med undersøgelsen og sikrede, at de gav informeret samtykke, før de udfyldte det kvalitative spørgeskema. Deres deltagelse var frivillig, og alle svar skal blev behandlet anonymt for at beskytte informanternes identitet og integritet.

Derudover er både min feltnoter og min dagbog fra bachelorpraktikken anonymiseret. På den måde er undersøgelsen gennemført i overensstemmelse med etiske principper og med respekt for de medvirkendes ret til anonymitet og beskyttelse.

6.7 Analysestrategi

Inden jeg i gang med analysen, har jeg valgt analysestrategi. Hvor havde jeg valgt deduktiv analysestrategi. Deduktiv analysestrategi tager udgangspunkt i de udvalgte teorier. Den deduktive tilgang kaldes også for en teoristyret eller top-down-tilgang, da man bevæger sig fra det generelle, dvs. teorien om det almene, til at sige noget om det enkeltstående eller empirien. (Nielsen, Hjørnholm, Jørgensen, 2021, s. 251). Analysen tager udgangspunkt i den canadisk og amerikansk sociolog Erving Goffmann (1922-1982) hans teori om totale institutioner. (Kristiansen, Jacobsen, 2018, s. 164). Denne teori kobles til en hermeneutisk forståelsesramme, hvordan sundhedsprofessionelle og borgere har forskellige logikker. Sundhedsprofessionelle følger en faglig tilgang, mens borger møder sundhedsvæsenet med deres egne behov og forventninger.

Jeg starter med at gennemlæse, hvor jeg læser alt helheds ting der er i informanternes svarede. Helhedslæsning er at man gennemlæsning af sin data. Herefter fandt jeg 4 temaer, blandt andet var: uoverensstemmelse, utilfredshed, borgernes ønsker, og borgernes viden. Herefter samledes de 4 temaer til 4 koder. (Nielsen, Hjørnholm, Jørgensen, 2021, s.255).



6.9 ChatGPT

ChatGPT er en kunstig intelligens udviklet af OpenAI. Da jeg har dansk som andetsprog, har jeg brugt ChatGPT til at forbedre sproget i min bacheloropgave. Jeg har først skrevet mine egne sætninger, som ofte mangler i formulering. Derefter har jeg brugt ChatGPT til at omformulere sætningerne, så de blev grammatisk korrekte.

7. Analyse

Dette afsnit præsenterer de resultater, der er fremkommet gennem dataindsamlingen. Resultaterne er opdelt i to dele: først feltnoter, der blevet nedskrevet under observationer i praksis, og dernæst resultaterne fra det kvalitative spørgeskema. Derefter analyseres med afsæt i Erving Goffmans teori om totale institutioner.

7.1 Resultater

Det er mandag aften og der er travlhed på skadestuen. Lægeklinikken har lukket, derfor telefonen i skadestuen ringer hyppigt.

Omkring kl. 22 ringer en mor, der er bekymret for sin 5-årige søn, som er vågnet med smerter i benene. Den sygeplejestuderende, som er i del job på skadestuen, besvarer opkaldet. Under samtalen kan barnet høres barnet græde højt i baggrunden.

Den sygeplejestuderende spurgt om inflammation for at indsamle oplysninger om barnets tilstand. Moderen oplyser, at dette er første gang, barnet oplever denne type smerter, og at der endnu ikke er givet nogen form for smertestillende medicin.

Herefter vurderer den sygeplejestuderende, om der er tegn på inflammation. Der spørges ind til rødme, hævelse, varme, misfarvning samt bevægeindskrænkninger. Moderen fortæller, at der ikke er tegn på inflammation, og at barnet frit kan bevæge benene, selvom han klager over smerter.

Den sygeplejestuderende kontakter en erfaren sygeplejerske, der slutter at tilstanden sikkert skyldes vokseværk og der ordineres paracetamol.

Afslutningsvis blev moderen informeret om, at hun kunne kontakte lægeklinikken igen næste morgen i lægebestillingstiden mellem kl. 8:15 til 10:00, hvis



barnets symptomer fortsætte. Moderen afslutter pludseligt opkaldet, før vejledningen er helt gennemført. Så kan man se på sygeplejestuderendes ansigt lidt undrende på det.

7.2 Uoverensstemmelse mellem sundhedsprofessionelle og borgeren

Den første tema kommer frem, det var uoverensstemmelse mellem sundhedsprofessionelle og borgeren. Uoverensstemmelse defineres som konflikter mellem to parter, hvor der opstår uenigheder, eller manglende fælles forståelse mellem sundhedsprofessionelle og borgeren. Uoverensstemmelse kan dreje sig om ønsker, behov, mål eller værdier. (Nørby, 2022, s. 185).

Gennem telefonvisitationen i min feltnoter ser jeg uoverensstemmelse, hvor moderen ringer sent om aftenen, bekymret for sit barn, som græder og har ondt, hvor moderen signalerer for ham en akut og alvorlig situation. Den sygeplejestuderende og den erfarne sygeplejerske vurderer, at der ikke er fare på færde, og mistænker ”vokseværk”, som er en ufarlig og almindelig tilstand. Vokseværk er en almindelig smerte, som børn oplever i benene, når de vokser, især om aftenen eller om natten, men ufarligt. (Wong, Larsen, 2024, s. 2).

Ifølge Goffman en total institution kan beskrives som et sted, hvor mange mennesker opholder sig med faste regler, og hvor deres dagligdag er adskilt fra det omkringliggende samfund. (Larsen, 2018, s. 244) Her opstår konflikter mellem to forskellige logikker, moderens følelsesmæssige logik og sundhedssystemet logik. Moderen ender med at afbryde opkaldet brat, hvilket kan konflikten fortolkes som et udtryk for at stå uden for systemets.

I de kvalitative spørgeskemaer fremgår uoverensstemmelse, hvor borgeren generelt oplever telefonvisitationen som velfungerende, men at der alligevel opstår situationer, hvor kommunikationen ikke fungerer optimalt. Hvor borgeren beskriver ”Jeg synes, at telefonvisitation i Grønland fungerer godt, men nogle gange kan jeg mærke, at sundhedsprofessionelle ikke helt forstår, hvad der præcis foregår.” Dette viser, at der kan være en oplevelse af uoverensstemmelse, hvor borgeren føler sig ikke helt forstået.

Med udgangspunkt i Goffmans teori om totale institutioner kan det ses, hvordan borgerens behov for at blive forstået ikke bliver mødt, fordi kontakten med sundhedssystemet foregår inden for en institutionel ramme.



En anden borger skriver ”*Jeg var heldig så både personalet i telefon og jeg kunne tale samme dansk sprog.*” Her bliver det tydeligt, at sproglig uoverensstemmelse, hvor mange borgere i Grønland har grønlandsk som førstesprog, mens mange sundhedsprofessionelle i skadestuen er dansktalende.

Goffman totale institutioner perspektiv indikerer, at systemets primære kommunikationsform dansk ikke nødvendigvis afspejler borgerens sproglige virkelighed, som ofte er grønlandsk.

Samlet viser temaet, at manglende fælles forståelse og sproglige udfordringer kan skabe afstand i relationen mellem borger og sundhedsprofessionelle. Det understøtter Goffmans teori om totale institutioner, hvor forskellige logikker, der kan føre til uoverensstemmelse.

7.3 Utilfredshed

Et andet tema, som kom frem i analysen, handler om utilfredshed hos borgerne. I feltnoten og kvalitative spørgeskemaer viser, at borgerne er utilfredse ved telefonvisitation. Utilfredshed kan forstås som en negativ følelsesmæssig reaktion på en oplevelse, der ikke lever op til individets forventninger eller behov. Det handler ofte om en oplevet mangel, eksempelvis respekt, forståelse eller retfærdighed. (Tranberg, Christensen, Vedsted, 2018, s. 5). Utilfredsheden er ikke altid bliver sagt højt. Borgerne kan være høflige, men alligevel føle sig usikre og skuffede over at de ikke få deres forventninger eller behov. (Riiskjær, 2011, s. 2).

Gennem i min feltnote ser jeg utilfredsheden, hvor moderen nonverbalt afbryde opkaldet, uden at sige noget. Nonverbal kommunikation handler om, kommunikeres uden ord, eksempelvis; stilhed, ansigt udtryk eller handlinger som at lægge på telefonen. (Jørgensen, 2021, s. 60). Telefoniske samtaler afsluttes normalt med en gensidig bekræftelse, hvor alle parter markerer, at samtalen er slut. (Jensen, 2005, s. 12-13). Når denne afslutning udebliver, og opkald i stedet afsluttes brat uden tekniske årsager, bliver det en stærk form for nonverbal kommunikation. Det kan tyde på, at moderen ikke føler sig mødt i sine bekymringer eller ikke oplever, at hendes behov i situationen bliver taget alvorligt.



Goffmans teori om totale institutioner kan denne situation forstås som et udtryk for den ubalance, der opstår mellem borgeren og systemet. Det sundhedsvæsenets systems logik; travlhed, procedurer/retningslinjer, visitation. Mens moderen personlige logik, som handler om omsorg og bekymring for hendes barn, måske også om vejledning om vokseværk, ikke imødekommet, således sker utilfredshed.

I kvalitative spørgeskemaer ser jeg utilfredshed, hvor borgeren oplever servicen som de modtager fra de sundhedsprofessionelle som negativt. Hvor borgeren siger: *"Jeg har selv arbejdet i sundhedsvæsenet og ved derfor, hvordan systemet fungerer, hvilket gjorde mig i stand til tydeligt at forklare min situation, men sundhedspersonalet spurgte alligevel: "Hvordan kan jeg så hjælpe dig?" Det spørgsmål gjorde mig vred, og jeg svarede: "I arbejder i 3900 Nuuk, derfor er det jeres ansvar at hjælpe mennesker." Sundhedspersonalet bad mig derefter om at bestille en tid i lægeklinikken, men det ønskede jeg ikke."* Borgeren viser tydeligt, at hun/han kendskab til sundhedsvæsenet system og arbejdsgange. Med Goffmans begreber om totale institutioner kan man forstå, at borgeren har indsigt i, hvad man som patient skal sige for at blive taget alvorligt. Det vil sige hvilke symptomer skal præsenteres, som passer ind i sundhedsprofessionelle forventninger at lytte til. Alligevel bliver borgeren utilfredse og vred, da hun/han bliver mødt med spørgsmålet *"Hvordan kan jeg (så) hjælpe dig?"* Dette spørgsmål forstås som en manglende anerkendelse, hvor borgeren har netop forklaret, og muligvis som en indirekte afvisning. Når borgeren svarer: *"I arbejder i 3900 Nuuk, derfor er det jeres ansvar at hjælpe mennesker"* afsløres en klar forventning om, at sundhedspersonalet tager professionelt ansvar. Sundhedspersonalets opgave er netop at tage ansvar, når borgeren søger hjælp. (Dau, Nielsby, 2018, s. 26). Det fremgår ikke, hvorfor borgeren afslår at bestille en tid i lægeklinikken, men det kan være udtryk for en utilfredshed med systemets krav om, at borgeren selv tage initiativ til næste skridt, i stedet for, at personalet tager over og handler på problemet.

Anden borger beskriver sin utilfredshed under telefonvisitation som: *"Jeg ringede, fordi jeg havde hofte smerter, men sundhedspersonalet sagde: "Ring igen i morgen." Denne service er helt dårligt."* Selvom vi ikke kender hele samtalens indhold, tyder borgerens oplevelse på, at kontakten var kortfattet og præget af afvisning. I dette udsagn fremstår, borgerens hofte smerter ikke blive taget alvorligt. Det virker, som om der ikke bliver lyttet problemet, men i stedet hurtigt gives en besked om at ringe tilbage dagen



efter. Her bliver det tydeligt, at borgerens savner, at de sundhedsprofessionelle tager initiativ i mødet i sådan problemet.

Ud fra Goffmans teori om totale institutioner kan vi forstå denne situation som et møde mellem to modsatrettede logikker, dermed også skabe en utilfredshed hos borgeren. Fra borgerens perspektiv, forventes det, at sundhedspersonalet handler, tager ansvar og viser omsorg i mødet med borgerens problemet. Når det ikke sker, opleves det som dårlig service. Omsorg er en professionel og menneskelig handling, hvor man reagerer på et andet menneske behov med nærvær og ansvarlighed. (Martinsen, 2010, s. 11).

Fra systemets logik, som sundhedspersonalet vurderet borgerens smerter ud fra faglige, da tilstanden vurderes som ikke akut, og afsluttes samtalen hurtigt med beskeden *"Ring igen i morgen."* I Goffmans perspektiv bliver borgerens subjektive oplevelse underordnet, eksempelvis smerte, utryghed, eller behov for kontakt. Subjektive oplevelser handler om, hvordan et menneske oplever, forstår og føler en situation ud fra sin egen indre verden. (Bernild, 2018, s.47)

Samlet viser temaet, at borgernes oplevelser af telefonvisitationen ofte er præget af manglende forståelse og anerkendelse af deres subjektive oplevelser, således utilfredshed opstår i telefonvisitationen.

7.4 Borgernes ønsker i forbindelse med telefonvisitation

Det tredje tema handler om borgernes ønsker i forbindelse med telefonvisitation. At afdække den ønskede tilstand betyder, at borgernes forventninger, idealer og værdier bliver tydelige, og dermed bliver målet for kontakten også klarere for borgerne. (Schultz, Bagger, 2009, s. 61).

I feltnoten fremgår det ikke direkte, hvad moderen ønsker, men det kan fortolkes, at hun søger tryghed og klarhed omkring sit barns tilstand. At hun vælger at afslutte opkaldet pludseligt, kan tolkes som et udtryk for, at hendes ønske ikke blev imødekommet.

Ud fra Goffman teori om totale institutioner, moderens ønskede tilstand kan tolkes som tryghed, støtte, afklaring ikke bliver mødt. I moderens tilfælde bliver hendes oplevelse af situationen ikke anerkendt i samtalen. Den sundhedsfaglige vurdering, som der konkluderer vokseværk, er faglig korrekt, men er ikke nødvendigvis den tryghed og kontakt,



som moderen har brug for eller ønske. Når hendes ønske om omsorgsfuld eller bekræftende kontakt ikke bliver at afslutte opkaldet brat.

I de kvalitative spørgeskemaer ses det også, borgerens ønske lægger vægt på behovet for en mere personlig kontakt. En borger udtrykker: *"Telefonvisitation kan blive bedre, hvis sundhedsprofessionelle kan ønske at se borgeren, før de foretager en klinisk vurdering."* Borgeren ønsker før sundhedspersonalet foretager en klinisk vurdering, vil gerne ses, mødt og forstået fra sundhedspersonalet. Det handler om en anerkendelse af det hele menneske, ikke kun om symptomerne. Borgeren viser tydeligt, før en klinisk vurdering foretages, fysisk tilstedeværelse er ikke muligt. Når sundhedspersonalet foretager en klinisk vurdering uden at se og forstå borgeren, øges risikoen for fejl i vurdering, eller for, at borgerens situation bliver misforstået. Selvom borgeren kan forsøge at forklare sine symptomer, kan der stadig opstå risiko fejl i vurdering, da den sproglige formidling ikke altid giver et præcist billede af, hvordan borgeren reelt har det. Borgeren kan have svært ved at finde de rigtige ord, eller beskrive symptomerne, hvilket kan føre til en forkert vurdering. (Martinsen, 2010, s. 28).

Goffman teori om totale institutioner kan borgerens ønske om at blive set og mødt før en klinisk vurdering kan fortolkes som systemets logik kommer til at dominere over det personlige møde. I en total institution som for eksempel skadestuen, er der ofte faste procedurer og rutiner, der styrer kontakten. Et eksempel at hvis borgerens situation vurderes ikke som akut, henvises til selv at bestille en tid hos læge. Dette illustrerer, hvordan institutionens systematiske og strukturelle logik dominerer og hvordan borgeren ovenfor ønske ikke kan imødekommes, fordi det ikke passer ind i systemets faste rammer.

Anden borger beskriver sit ønske om telefonvisitation med følgende ord: *"Telefonvisitationen kunne forbedres, hvis sundhedspersonalet havde mulighed for at besvare opkald hurtigere, og hvis lægebestillingstiden blev forlænget."* Borgeren et klart ønske om forbedret tilgængelighed og tid i kontakten med sundhedsvæsenet. Borgeren ønsker ikke nødvendigvis en ændring i den faglig vurdering, men i rammerne for kontakten, nemlig at opkald besvares hurtigere, og at der er bedre adgang til at bestille læge tid. "... hvis sundhedspersonalet havde mulighed for..." viser en forståelse for systemets begrænsninger, men stiller samtidig et forslag, der peger på strukturændringer, der har betydning for borgerens oplevelse af at blive mødt fra telefonvisitationen.



Goffman teori om totale institutioner kan ses som, hvordan borgernes logik, altså kontaktmulighederne i telefonvisitation begrænses af ventetid, manglende personale, tidspres illustrerer det, hvordan systemets struktur styrer relationen, ikke det menneskelige behov.

Samlet set viser borgernes ønsker i forbindelse med telefonvisitation et behov for mere tilgængelighed, personlig kontakt og anerkendelse i mødet med sundhedsvæsenet. Ønskerne er mod rammerne for kontakten, hvor borgerne oplever, at deres behov ikke bliver imødekommet, enten på grund af mangel på tid, faste procedurer, eller manglende mulighed for at blive set og forstået som hele mennesket.

7.5 Borgernes viden

Fjerde tema som kom frem i analysen, handler om borgernes viden om telefonsystemet. Viden er forståelse, når man kan forklare noget. (Philipsen, 2019, s. 382) Her viden kan forstås som borgernes forståelse af, hvordan systemet fungerer, herunder hvornår og hvor man kan ringe.

Ud fra feltnoten kan det tolkes, at moderen har kendskab til skadestuen, man skal henvende sig, når der opstår akutte situationer. Moderen fremstår bekymret for sit barn tilstand og reagerer med at søge hjælp via telefon. Det er uklart, om moderen ved, hvornår hun kan kontakte lægeklinikken. Men da den sygeplejestuderende informerer hende om, at hun kan ringe igen næste morgen, hvis symptomerne fortsætter, afslutter moderen pludseligt. Det kan lyde som om, at moderen ikke ønsker at ringe igen, fordi hun oplever, at hendes behov ikke bliver imødekommet i situationen.

Goffman teori om totale institutioner at moderen har en grundlæggende forståelse af systemets ydre adgangspunkter, eksempelvis hvornår man kan ringe til skadestuen, hvilket telefonnummer man bruger, at man kan få hjælp, hvis der opstår akutte situationer. Men samtidig bliver det tydeligt, at moderen ikke kender systemets indre logik eksempelvis hvilke symptomer vurderes som akutte, hvilken behandling eller handling sundhedspersonalet må give over telefon, at telefonvisitation skal følge retningslinjer og procedurer, at fagligt personale prioriterer ressourcer ud fra systemets behov, ikke blot ud fra borgerens bekymring.

I de kvalitative spørgeskemaer borgeren beskriver at hun/han manglende viden om telefonsystemet, hvor borgeren skriver: *"Vi kommer fra Nordgrønland og vidste derfor ikke,*



hvilket nummer vi skulle ringe til, da vi ikke er fra Nuuk. Men vi er taknemmelige, for vi kunne altid spørge vores familie, som bor i Nuuk, de hjalp os hurtigt, da vi kontaktede dem. Nu har jeg gemt flere vigtige telefonnumre på min mobil, hvor man kan ringe til. Så jeg er forberedt til fremtiden.” Borgeren beskriver en udfordring som mangel information om, hvilket nummer der skal ringes til. De oplever, at der er svært at bruge et nyt system, fordi det er anderledes end de kender. Men borgeren også nævnte, hvordan viden kan deles gennem netværk og tilegnes over tid for at sikre bedre forberedelse i fremtiden.

Med afsæt i Goffmans teori om totale institutioner bliver det, at sundhedssystemet fungerer som en institution, hvor der forventes, at borgere allerede forstår og følger struktur. Men i denne situation står borgerne uden for institutionens logik, hvor de ikke kender telefonnumrene, de ved ikke hvordan systemet er organiseret i Nuuk. De skal derfor søge hjælp uden for institutionen, gennem netværk (familie). Organisation er et socialt system, hvor mennesker arbejder sammen, og samarbejdet kræver struktur. I sundhedsvæsenet organisation således betyder at der skal være klare retningslinjer for, hvordan patienter kontaktes, vurderes og behandles, samt hvem der har ansvar for hvad. (Eldrup, 2019, s. 56)

Den anden borger skriver: *”Vi var i tvivl, fordi skaden skete om lørdagen, og vi vidste ikke, om min partner kunne gå direkte til røntgen. Da vi var usikre, valgte vi at vente til mandag, fordi skaden sad i anklen.*” Borgeren oplever en skade om lørdagen, det vil sige uden for almindelig åbningstid, desuden skaber tvivl om, hvad man kan gøre, og hvilke muligheder der er for at få behandling. Borgerne føler sig usikre og havde ikke informeret om, hvordan man skal handle i en skadesituation uden for almindelige åbningstider, da de ikke kontakte sundhedsvæsenet på grund af tvivl. Dette viser en manglende viden om sundhedssystemet tilgængelighed i weekend, hvilket fører til forsinkelse i behandlingen. Ubehandlede skader kan forværres, medføre øget smerte og kan risikere for at længerevarende komplikationer. (Andersen, Ozel, 2019, s. 642)

Goffmans teori om totale institutioner kan ses som systemet er organiseret fra en logik. Det betyder, at borgere især dem der ikke har erfaringer med systemet, ofte står uden for den institutionelle viden, der med på baggrund af usikkerhed hos borgerne. Borgernes valg om at vente til mandag, bliver borgerne uden for institutionelle logik, der ikke er fuldt informeret om hvornår og hvor borgerne skal kontakte sundhedsvæsenet.



Samlet set viser temaet, at flere borgere ikke har kendskab til, hvor og hvornår de kan kontakte sundhedsvæsenet. Dette skaber usikkerhed og tvivl, fordi de ikke ved, hvad de må, kan eller bør gøre.

8. Diskussion

8.1 Metode

Jeg har valgt en kvalitativ metode med deltagerobservation og et kvalitativt spørgeskema, fordi undersøgelsen har til formål at indfange borgernes egne stemmer og oplevelser i mødet med telefonvisitation.

Selvom der findes mange typer undersøgelsesdesign, anvendes ingen af de klassiske kvantitative designs i dette projekt. Det er ikke en randomiseret kontrolleret undersøgelse, fordi jeg ikke tester en intervention på tilfældigt fordelte grupper. Der er heller ikke en kohorte undersøgelse, da jeg ikke følger en gruppe over tid. Det er ikke en case-kontrol-undersøgelse, da jeg ikke sammenligner ”syge” og ”raske” med henblik på at identificere en risikofaktor. Endelig er det ikke en tværsnitundersøgelse, da jeg ikke har foretaget en kvantitative stikprøve og målt. (Schmidt, 2020, s. 167-179) (Nielsen, Hjørnholm, Jørgensen, 2021, s. 318-319).

Havde fokus i undersøgelsen på hvorfor så mange borgere kontakter skadestuen, og kvantificere antallet af opkald, kunne det være at vælge en kvantitativ undersøgelsesmetode. For eksempel kunne man have analyseret opkaldsstatistik, som det fremgår af bilag 1. Under min bachelorpraktik fik jeg udleveret opkaldsstatistik fra skadestuen af afdelingssygeplejersken, da materiale kan være anvendeligt.

Det kvalitative spørgeskema blev kun uddelt til de borgere, som fysisk mødte op på skadestuen i Nuuk i min praktikperiode. Det betyder, at undersøgelsen omfatter borgere, der kun kontakter skadestuen telefonisk, og derfor kan resultaterne ikke generaliseres til hele befolkningen i Nuuk. Derudover blev kvalitative spørgeskemaer kun tilbudt de borgere, som selv var til stede, hvilket skaber selektion bias, da eksempelvis pårørende eller befolkningen i Nuuk ikke blevet inkluderet. (Schmidt, 2020, s. 197).

Under kvalitative spørgeskema oplevede jeg også, at nogle informanter gav korte og overfladiske svar, eksempelvis udsagn som *”Telefonvisitation kan være forbedres”*,



uden yderligere begrundelse eller eksempler. Det kan indikere, at de åbne spørgsmål har været for brede, og har begrænset informanternes refleksionsdybde.

Det er også vigtigt at nævne, at ikke alle informanter i kvalitative spørgeskemaerne udtrykte utilfredshed. Nogle borgere beskrev, at de havde haft gode oplevelser med telefonvisitationen og følte sig både lyttet til og inddraget i beslutningerne. Disse positive udsagn indikerer, at telefonvisitationen også kan fungere godt, når kommunikationen er tydelig, og borgeren oplever sig forstået. Disse udsagn er ikke medtaget i analysen, da fokus for undersøgelsen har været at borgernes oplevelser af utilfredshed. Dette valg er for at gå i dybden med de udfordringer, der kan opstå, og for at give plads til at analysere, hvordan telefonvisitationen kan forbedres, særligt set fra borgernes perspektiv.

8.2 Teori

Det kvalitative studie kunne også have været analyseret med udgangspunkt i Michael Foucaults teori om magt. Foucault ser magt som, der opstår i relationer mellem mennesker. Den kan kun udøves over for personer, der er frie og handlekraftige individer kan i stand til at yde modmagt. (Pedersen, 2018, s. 29). I analysen kunne dette anvendes til at undersøge, hvordan sundhedsprofessionelle faglige autoritet og medicinske viden påvirker telefonvisitation. Hvor borgerens oplevelse bliver underordnet den faglige vurdering, og ifølge den magtrelation kan skabe utilfredshed. Og borgerne der føler sig overset, afvist eller frustreret over telefonvisitationens svar, disse reaktioner forstås som modmagt.

8.3 Empirivalg

Jeg har valgt denne empiri, fordi der mangler data om borgernes oplevelser med telefonvisitation i Grønland, særligt med fokus på utilfredshed. Derfor tænkte jeg, at denne bacheloropgave kan bidrage med en dybere forståelse af borgernes perspektiver og erfaringer i mødet med sundhedsprofessionelle via telefon. Desuden opleves det i hverdagen og på sociale medier, at mange borgere i Grønland giver udtryk for deres utilfredshed med systemet. Dette understreger, at emnet er relevant og aktuelt, hvilket også kommer til udtryk i de data, jeg har indsamlet.



9. Konklusion

For at besvare problemformuleringen:

Hvordan kan sygeplejersken i Grønland forbedre telefonvisitation i praksis, med fokus på borgernes perspektiv på utilfredshed?

Gennem kvalitative spørgeskema svar og feltnoten fremkom det, at mange borgere oplever telefonvisitation som utilfredshedsstillende, særligt i situationer hvor de ikke føler sig forstået, hørt eller anerkendt i deres bekymringer. Borgerne giver udtryk for, at systemets rammer, som begrænsede åbningstider, travlhed og standardprocedurer kan skabe afstand og føre til oplevelser af utilfredshed på grund af afvist.

Analysen med Goffmans teori om totale institutioner har vist, at sundhedssystemets faste strukturer og logik ofte kommer til at dominere relationen. Det betyder, at borgernes subjektive oplevelser og følelsesmæssige behov ikke altid bliver inddraget i den faglige vurdering. Dette skaber en oplevelse af utilfredshed.

Derudover peger borgerne på strukturelle forbedringer såsom hurtigere svar tider på opkaldet, længere åbningstider og et øget fokus på patientinddragelse, hvor borgerne føler sig hørt og forstået.

Som afslutning viser analysen, at manglende viden om telefonsystemet for eksempel hvornår og hvor man kan ringe, bidrager til usikkerhed og kan forsinke behandling.

10. Perspektivering

Mine fund peger på et behov for yderligere forskning i, hvordan patientinddragelse kan styrkes gennem sundhedsprofessionalles arbejdstilgang i mødet med borgerne. Patientinddragelse indeholder patient og borgernes indflydelse på beslutninger om og planlægning af individuelt pleje og behandlingsforløbet. (Fredskild, Pii, 2017, s. 32).

For at fremme grønlandsk kontekst foreslås følgende implementeringstiltag:

1. Et muligt implementeringstiltag i klinisk praksis kunne være at tilbyde undervisning med fokus på kommunikation og patientinddragelse i telefonisk kontakt. Derudover kunne der udvikles retningslinjer for telefonvisitation, som understøtter en mere



personcentreret tilgang. Patientcentrering betyder, at sundhedspersonalet tager udgangspunkt i patienternes behov, ønsker og oplevelser i behandlingen og kontakten. (Riiskjær, 2018, s. 293)

2. At sikre tilgængelighed af tilprogede telefonsygeplejersker.

Perspektivering af forskningsartiklen I relation til egen empiri

Forskningsartiklen som er baseret på data fra Danmark, undersøger, hvordan borgere opfatter digitale sundhedsløsninger, herunder apps, telemedicin, og hvordan deres sundhedsrisici som alder, rygning og socialt netværk, påvirker deres holdninger til digital sundhed. Denne afspejler sig i min empiri fra Grønland, hvor flere borgere udtrykker usikkerhed omkring, hvordan og hvornår de kan kontakte sundhedsvæsenet via telefon. (Pedersen, Sudzina, 2023, s. 2).

Telefonvisitationen er i denne sammenhæng en form for digital sundhedskontakt, og borgernes oplevelser viser, at tekniske løsninger og sundhedsfaglig logik ofte ikke matcher deres hverdagslogik og behov. Ligesom artiklen fremhæver fra dansk forhold, kan der også i Grønland mellem sundhedssystemets digitale udvikling af en sundhedsapp med kontaktoplysninger, symptomer tjek og information om, hvornår man skal ringe til skadestuen eller til læge.



11. Litteraturliste

Obligatorisk litteratur

Agerholm, Anne Hyttel; Chræmmer, Tanja (2018): Sygeplejersken på arbejde I: Frederiksen, Kirsten; Glinsvad Birte (red.): *Fag – Grundbog i sygepleje*. København, Munksgaard. s 21-42 (21 sider).

Bernild, Camilla (2018): Patientbegrebet. I: Danbjørg, Dorthe Boe; Tvistholm, Nina (red.): *Patient – Grundbog i sygepleje*. 2.udgave. København, Munksgaard. s. 41-59- (18 s.)

Birkler, Jacob (2021): Kap. 6. Forståelse I: Birkler, Jacob. (red): *Videnskabsteori*. København, Munksgaard, Danmark. 2. Udgave. 1. oplag. s. 109-136 (27 s.)

Eldrup, D. S. (2019): Kap. 2. Sundhedsvæsenet som organisation. I: Eldrup, D. S., Glasscock, T. (red.): *At lede sygepleje, sygeplejerskens virksomhedsområde*. København, Gads Forlag. s. 53-76 (23 s.)

Evron, L. (2020): Kapitel (kap.). 3, Sundhedsfremme og forebyggelse. I: Rasmussen, J., Pedersen, M. (red.). *Folkesundhedsvidenskab og epidemiologi*. 2. udgave. København. Gads Forlag. s. 53-85. (32 s.)

Glassock (2019): Klinisk lederskab i sygeplejen. I: Eldrup, Dorte Samson & Glasscock, Tine. *At lede sygepleje*. 2. udgave. København, Gads Forlag. s. 13-52 (39 s.)

Graff, H., Falk, K. (2018): Ledelse og samarbejde på tværs. I: Andersen, J. F., Falk, K. (red.): *Sundhedsvæsenet på Tværs*. 3. udgave, 1. oplag, København, Munksgaard. s. 271-286 (16 s.)

Jørgensen, Kim (2021): Kap. 6, Aktiv lytning, spørgsmål og gensvar. I: Jørgensen, Kim (red.) *Kommunikation – for sundhedsprofessionelle*. 5. udgave, 1. oplag. Gads Forlag. s. 109-123 (14 s.)

Jørgensen, Lone (2021): Kap. 3, Kommunikation i korte kontakter. I: Jørgensen, Kim (red.) *Kommunikation – for sundhedsprofessionelle*. 5. udgave, 1. oplag. Gads Forlag.s. 49-62 (13 s.)

Kristiansen, S., Hviid Jacobsen, M. (2018): Erving Goffman. I: Tanggaard Andersen, P., Timm, H. (red): *Sundhedssociologi- En grundbog*, s. 155-171 (16 s.)

Kryger Pedersen, I. (2018): Michel Foucault. I: Tanggaard Andersen, P., Timm, H. (red.): *Sundhedssociologi- En grundbog*. s. 29-44. (15 s.)



Liljehult, J.M., Sommer, A. (2019): Kap. 8. Forløbsbeskrivelser. I: Eldrup, D og Glasscock, T. (red): *At lede sygepleje - sygeplejerskens Virksomhedsområde*. 2. udgave, 1. oplag, Gads forlag København, s. 194-208 (15 s.)

Mainz, J. (2017): Kap. 3, Kvalitetsbegrebet. I: *Basal kvalitetsudvikling*. 1. udgave, 1. oplag. København, Munksgaard Danmark, s. 45-58 (13 s.)

Mainz, J. (2017): Kap. 7, Kvalitetsforbedring. I: *Basal kvalitetsudvikling*. 1. udgave, 1. oplag. København, Munksgaard Danmark, s. 121-145 (24 s.)

Martinsen, K. (2010): *At se med hjertets øje*. I: Martinsen, K. *Øjet og kaldet*. 2. udgave. København, Munksgaard, s. 11-30. (20 s.)

Martinsen, K. (2010). *Samtalen, kommunikation og sagligheden i omsorgsfagene*. I: Martinsen, K. *Samtalen, skønnen og evidensen*. 1. udgave, 4. oplag, København, Gads Forlag, s.27-52. (26 s.)

Mougaard-Frederiksen, H., Aagaard T. (2020): Rekruttering og fastholdelse i det grønlandske sundhedsvæsen set fra sygeplejerskernes perspektiv. I: Aagaard, T., Hounsgaard, L. (red.): *Menneske, sundhed, samfund og kultur*. 1. udgave, 1. oplag, Aarhus, Forfatterne og Klim s. 327–54 (27 s.)

Nielsen, D. A., Hjørnholm, T. Q., Jørgensen, P. S. (2019): Analyse og fortolkning i kvalitative projekter. I: *Det gode bachelorprojekt I sundhedsuddannelserne*. s. 247-265 (18 s.)

Nielsen, D. A., Hjørnholm, T. Q., Jørgensen, P. S. (2021): Kvalitative dataindsamlingsmetoder I: *Det gode bachelorprojekt I sundhedsuddannelserne*. s.181-246 (65 s.)

Nielsen, D. A., Hjørnholm, T. Q., Jørgensen, P. S. (2019): Kvantitative dataindsamlingsmetoder. I: *Det gode bachelorprojekt I sundhedsuddannelserne*. s. s. 291-316 (25 s.)

Nielsen, D. A., Hjørnholm, T. Q., Jørgensen, P. S. (2019): Litteratur og kilder. I: *Det gode bachelorprojekt I sundhedsuddannelserne*. s. 87-118 (31 s.)

Nielsen, D. A., Hjørnholm, T. Q., Jørgensen, P. S. (2021): Teori. I: *Det gode bachelorprojekt I sundhedsuddannelserne*. s. 133-160 (27 s.)

Nielsen, K. S. (2019): Kap. 12. Tværprofessionelt samarbejde og samarbejde med patient, borger og pårørende I: Eldrup, D. S., Glassock, T. (red.): *At lede sygepleje*,



sygeplejerskens virksomhedsområde. 2. udgave, 1. oplag, København, Gads forlag. s. 249-268 (20 s.)

Pedersen, I., Lund, M., Eldrup, D. S., Glasscock T. (2019): Kvalitetsudvikling. I: Eldrup, D., Glasscock, T. (red.): *At lede sygepleje – sygeplejerskens virksomhedsområde*. 2. udgave. Gads Forlag, København. s. 269-289. (20 s.)

Pedersen, M. (2020): Kap. 5, Social ulighed i folkesundhed. I: Rasmussen, J., Pedersen, M. (red.). *Folkesundhedsvidenskab og epidemiologi*. 2. udgave. København. Gads Forlag. s. 115-129. (14 s.)

Povlsen, L. (2020): Kap. 1, Sundhed og folkesundhed. I: Rasmussen, J., Pedersen, M. (red.). *Folkesundhedsvidenskab og epidemiologi*. 2. udgave. København. Gads Forlag. s. 17-31. (14 s.)

Riiskjær, Erik (2018): Patientcentrering. I: Danbjørg, Dorthe Boe; Tvistholm, Nina (red.): *Patient – Grundbog i sygepleje*. 2. udgave. København, Munksgaard. s. 293-313. (20 s.)

Schmidt, A. (2020): Kap. 7, Epidemiologiske design. I: Rasmussen, J., Pedersen, M. (red.). *Folkesundhedsvidenskab og epidemiologi*. 2. udgave. København. Gads Forlag. s. 159-189. (30 s.)

Schmidt, A. (2020): Kap. 8, Kausalitet og fejlkilder i epidemiologisk forskning. I: Rasmussen, J., Pedersen, M. (red.). *Folkesundhedsvidenskab og epidemiologi*. 2. udgave. København. Gads Forlag. s. 191-201 (20 s.)

Seibæk, Lene (2020): Patientinddragelse i klinisk hospitalspraksis. I: Aagaard, Tine; Hounsgaard, Lise (red.) *Menneske, sundhed, samfund og kultur*. 1. udgave. Aarhus, Forfatterne og Klim, s. 149-161 (12. s.)

Sundhedskommissionens betænkelighed (2023): Kap. 20. Diskussion og anbefalinger. 1. udgave. s. 312- 317 (7 s.)

Wium-Andersen Marie og Selim Ozel (2019): Bevægeapparatet I: Arne Lykke og Anette Walsøe Thorup (red.): *Sygdomslære – hånden på hjertet*. 3. udgave. Munksgaard, København. s.541-570. (29 s.)

I alt 711



Selvvalgt litteratur

Aagaard, Tine (2023): & Kap. 5. Sundhedssektoren i Grønland & Kap. 6. Det somatiske sundhedsvæsen I: Aagaard, Tine: *Sundhedskommissionens betænkning* 1. udgave. s. 51-79 (28 s.), 80-102 (22 s.)

Aagerup, Christian, Lars & Willaa, Katrine (2016): Kap. 4 Spørgeskemaundersøgelse I: Aagerup, Christian, Lars & Willaa, Katrine (red): *Lærereens undersøgelse*. 1. udgave. s. 139-151 (12 s.)

Andersen, S., John & Skovsgaard, Flemming (2019): Kap. 27 Den akutte patient i almen praksis I: Petersen, D. B., Callesen, T., Thomsen, P. T., Mogensen, C. B. (red.): *Den akutte patient*. 4. udgave, København, Munksgaard. s. 525-536 (11 s.)

Dau, Susanne & Nielsby, Ulla (2018): Klinisk Lederskab – en kompleks og multidimensionel størrelse I: Dau, Susanne & Nielsby, Ulla: *Klinisk Lederskab*. 1. Udgave s. 25-38 (13 sider)

Fredskild, U., Trine & Pii, H., Kathrine (2017): Kap. 1 De politiske og faglige intentioner med patientinddragelse I: Hoffmann, P. K. & Fredskild, T. U. (red.). *Patientinddragelse i praksis – erfaringer, metoder og perspektiver*. 1. udgave. Gads Forlag, København. s. 25-42 (17 s.)

Hedvig, Sofie & Botvid, Christina & Hove, S. Lone & Mikkelsen, S. Carsten & Skovgaard, Nils & Pedersen, L. Michael & Backe, B. Marie (2023): *Patterns in contacts with primary health care centres in Greenland* s. 1-9 (8 sider)

Hounsgaard, Lise & Jensen, B. Anne & Wilche, P. Julie & Dolmer, Ilone (2013): *The nature of nursing practice in rural and remote areas of Greenland* s. 1-9 (8 sider)

Hørmann, Ester (2018): Litteratursøgning I: Glasdam, Stinne (Red.), *Bachelorprojekter for det sundhedsfaglige område – indblik i videnskabelige metoder*. 2. udgave, s. 51-85. København: Nyt Nordisk Forlag. (34 sider)

Jensen, B., Torben (2005): Beskrivelse af metode I: Jensen, B., Torben: *Telefonrådgivning som metode til forebyggelse og sundhedsfremme* <https://www.sst.dk/~media/6312FFD073FC4287AC01B3E3230DC63C.ashx> (8 sider) besgøt d. 02.06.25

Karlsson, Karin (2018): Kap. 4 Informationssøgning I: Henricson, Maria (red): *Videnskabelig teori og metode*. 2. Udgave, 1. Oplæg. s. 103-122 (19 sider)

Kleemann, Natuk (2023): Grønland – Verdens største Ø I: Kleemann, Natuk: Grønland i tal 2023 5. udgave s. 4 (1 side) <https://stat.gl/publ/da/GF/2023/pdf/Gr%C3%B8nland%20i%20tal%202023.pdf> Besøgt d. 25. Maj, 2025



Kløvgaard, Marius & Nielsen, O. Nina & Sørensen, L. Thomas & Bjerregaard, Peter & Olsen, Britta & Christensen, T. Henrik (2016): *Children in Greenland: disease patterns and contacts to the health care system* s. 1-11 (10 sider)

Kristensen, G., Helen (2020): Litteratursøgning I: I: Rasmussen, J., Pedersen, M. (red.). *Folkesundhedsvidenskab og epidemiologi*. 2. udgave. København. Gads Forlag. s. 205-236 (31 sider)

Larsen, S., Niels (2018): Kap. 9 Møder mellem sundhedsprofessionelle og patienter I: Dalsgaard, Annemarie & Meldgaard, Lone. *SOCIOLOGI FOR SUNDHESPROFESSIONELLE*. s. 227-248 (21 sider)

Larsen, V., L., Christina & Olesen, Ingelise (2022): Det grønlandske sundhedsvæsen https://trap-groenland.lex.dk/Det_gr%C3%B8nlandske_sundhedsv%C3%A6sen (6 sider) besøgt d. 26. Maj, 2025

Lov nr. 15 af 6. november 1997 Landstingsforordning om sundhedsvæsenets ydelser m.v. https://nalunaarutit.gl/groenlandsk-lovgivning/1997/ltf-15-1997?sc_lang=da (7 sider) besøgt d. 25. Maj, 2025

Lund, Hans & Juhl Carsten & Andreasen, Jane & Møller, Ann (2014): Kap. 4 Kritisk vurdering af videnskabelige artikler I: Lund, Hans & Juhl Carsten & Andreasen, Jane & Møller, Ann: *HÅNDBOG I LITTERATURSØGNING OG KRITISK LÆSNING*. 1. udgave. s. 89-138 (49 s.)

Maindal, T., Helle (2016): Interventionsstudier I: Glasdam, Stinne: *Bachelorprojekter indenfor det sundhedsfaglige områder – indblik i videnskabelige metoder*. 2. udgave. s. 265-277 (12 s.)

Nielsen, A., Diana & Hjørnholm, Q., Thea & Jørgensen, S., Peter (2021): Etik I: *Det gode bachelorprojekt I sundhedsuddannelserne*. s. 121-132 (11 s.)

Nielsen, A., Diana & Hjørnholm, Q., Thea & Jørgensen, S., Peter (2021): Protokol i bachelorprojektet. I: *Det gode bachelorprojekt I sundhedsuddannelserne*. s. 53-64 (11 s.)

Nielsen, O., Lasse & Krebs, J., Hans & Albert, M. Nancy & Anderson, Nick & Catz, Sheryl & Hale, M., Timothy & Hansen, John & Hounsgaard, Lise & Kim, Y., Tae & Lindeman, David & Spindler, Helle & Marcin, P., James & Nesbitt, Thomas & Young, M., Heather & Dinesen, Birthe (2016): Telemedicine in Greenland: Citizens' Perspective <https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/tmj.2016.0134> (8 sider) besøgt d. 02. June, 2025



Noahsen, Paneeraq & Hansen L. Henrik (2020): Sundhed og sundhedsvæsen i Grønland år 2020 <https://ugeskriftet.dk/videnskab/sundhed-og-sundhedsvaesen-i-gronland-ar-2020> (6 sider) besøgt d. 21.05.25

Nørby, D., Karina (2022): Kommunikation og konflikthåndtering I: Jakobsen, Annette & Vibjerg, K., Jette (red): Akutsygepleje. 1. udgave. s. 183-199 (16 s.)

Pedersen, Esben & Sudzina, Frantisek (2023): Relationship between citizens' perspective on digital health and underlying health risk https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10387710/pdf/10.1177_20552076231191045.pdf (14 sider)

Peqqik: Lægetelefonen: *Reducering af kontakttid frigiver mere tid til behandling af patienter*. Hentet fra: https://peqkik.gl/Footerpages/Nyheder/Laegetelefontid_nedseattes?sc_lang=da-DK (2 sider) besøgt d. 30. Maj, 2025

Philipsen, Kristian (2019): Kap. 7 Innovationskompetence I: Philipsen, Kristian: *Innovationsgrundbogen – Entreprenørskab og intraprenørskab* s. 369-385 (16 sider)

Ragans, Sonne, Vanessa (2020): Videnskabsteori i opgaven I: Rienecker, Lotte & Jørgensen, Stray, Peter & Skov, Signe & Ragans, Sonne, Vanessa & Rasmussen, Thing, Lotte & Wien, Charlotte & Remvig, Kirstin & Klitgård, Ida (red): *Den gode opgave – håndbog i opgaveskrivning på videregående uddannelser*. 5. udgave, 2. oplag. s. 183-217 (34 s.)

Riiskjær, Erik (2011): Er 96% af patienterne virkelig tilfredse med sundhedsvæsenet? <https://www.defactum.dk/aktuelt/nyheder/nyheder-cfk-2011/patienttilfredshed-slores-i-kvantitative-undersogelser/> (3 sider) besøgt d. 26. Maj, 2025

Rosén, Måns (2018): Kap. 23 Systematisk litteraturreview I: Henricson, Maria (red): *Videnskabelig teori og metode – fra idé til eksamination*. 2. udgave. s. 447-464 (17 s.)

Schultz, Helen & Bagger, Christine (2009): Refleksionsmodeller I: Schultz, Helen & Christine, Bagger: *Vejledning af fagprofessionelle i klinisk praksis*. 1. udgave. s. 49-76 (27 s.)

Schultz, Helen & Skræp, Ulla (2023): Sygepleje til patienter i et operationsforløb I: Jastrup, Susanne & Rasmussen, H., Dorte: *Klinik*. 3. udgave, s. 508-529 (21 s.)

Stensgaard, Thomas (2000): Telemedicine in Greenland – from the early beginnings to the making of a business plan <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1258/1357633001934519> (2 sider) besøgt d. 05.06.25

Sorknæs, D., Anne (2020): Kap. 12 Telemedicin I: Niklasson, Grit: *Sundhed, menneske og samfund – i sundhedsarbejde*. 2. udgave. s. 269-284 (15 s.)



Tranberg, Mette & Vedsted, Peter & Bech, H., Bodil & Christensen, B., Morten & Birkeland, Søren & Moth, Grete (2018): Factors associated with low patient satisfaction in out-of-hours primary care in Denmark – a population-based cross-sectional study s. 1-10 (9 s.)

Wong, Christian & Larsen, Erling Peter (2024): Vokseværk
<https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/ortopaedi/tilstande-og-sygdomme/oevrige-sygdomme/voksevaerk/> (5 sider) besøgt d. 01.06.25

Würgler, M., W., & Navne, L., E., (2020): Når sygeplejersker visiterer i lægevagten: En analyse af sygeplejerskers telefonvisitation i lægevagten (VIVE-rapport). VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecentret for Velfærd.
<https://www.vive.dk/da/udgivelser/naar-sygeplejersker-visiterer-i-laegevagten-yy22jpz1> s. 11-15 (4 sider) besøgt d. 26. Maj, 2025

I alt 508



Bilagsfortegnelse

Bilag 1: Opkald registreringer i skadestuen

Bilag 2: Kvalitets vurderinger

Bilag 1: Opkald registreringer i skadestuen

OPKALD LISTE → skadestuen 'NUUK' 22/2-25

Nuuk	
Paamiut	
Kapisillit	
Qeqertarsuatsiaat	
Ittoqqortoormiit	

Paninguag Kjerri Lyberth
 xfd. spl. DIS, SKADESTUEN



Bilag 2: Kvalitetsvurderinger

Kritisk læsning af kvalitative studier

Oversat efter: Critical Appraisal Skills Programme (CASP)

Making sense of evidence

© Public Health Resource Unit 2002

Forfatter:	" Nielsen, O., Lasse & Krebs, J., Hans & Albert, M. Nancy & Anderson, N
Titel:	Telemedicine in Greenland: Citizens' Perspective
Tidsskrift:	2016
Nøgleord:	telemedicine, telenursing, e-Health, telehealth

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	
1) Har studiet en klar fremstilling af sit formål? - fremgår det hvad der er målet med undersøgelsen? - fremgår det hvorfor undersøgelsen er vigtig og relevant?	Ja ☒ Nej ☐ Ved ikke ☐
2) Er det velvalgt at undersøge problemstillingen med en kvalitativ metode? tilstræber studiet at fortolke eller belyse handlinger og subjektive oplevelser hos de personer, der indgår?	Ja ☒ Nej ☐ Ved ikke ☐
Detaljerede spørgsmål (hvis svaret til de ovenstående spørgsmål er ja)	
3) Er studiedesignet hensigtsmæssigt i forhold til formålet med studiet? har forfatteren begrundet valg af studiedesign?	Ja ☒ Nej ☐ Ved ikke ☐
4) Er udvælgelsesstrategien hensigtsmæssig i forhold til formålet med studiet? Overvej: - 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)?	Ja ☒ Nej ☐ Ved ikke ☐



5) Blev data indsamlet, så de omhandlede forskningsfeltet?

- 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?

Ja ☒

Nej ☐

Ved ikke ☐

6) Er forholdet mellem forfatter/forsker og deltager overvejet?

- har forfatteren undersøgt sin egen rolle, potentielle bias og indflydelse under:
 - 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?

Ja ☐

Nej ☒

Ved ikke ☐



7) Er etiske spørgsmål blevet overvejet?

- 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?

Ja ☒

Nej ☐

Ved ikke ☐

8) Er dataanalysen tilstrækkelig stringent?

Overvej:

- 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?

Ja ☒

Nej ☐

Ved ikke ☐



9) Er der en klar fremstilling af resultatet?

- 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?

Ja ☒

Nej ☐

Ved ikke ☐

10) Hvor værdifuld er studiet?

- 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?

Kommentarer

Forfatterne diskuterer tydeligt, at deres studie bidrager med ny viden om borgernes perspektiv på telemedicin i Grønland. Resultaterne er i kontekst af den grønlandske sundhedsstrategi og problemer som geografiske barrierer og sprog/kultur forskelle, som allerede er kendte udfordringer i praksis. Forfatterne påpeger, at der er behov for yderligere forskning i borgernes oplevelser i andre dele af Grønland.



Kritisk læsning af kohorte studie

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:	" Hedvig, Sofie & Botvid, Christina & Hove, S. Lone & Mikkelsen, S. Carsten
Titel:	Patterns in contacts with primary health care centres in Greenland
Tidsskrift:	2023
Nøgleord:	Greenland; primary health care; ICPC-2; medical records; contacts

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.



A: Er studiets resultater valide?	
Overordnede spørgsmål	
1) Har studiet en klart fokuseret problemstilling mht.? • den undersøgte population • de undersøgte risikofaktorer • de relevante kliniske outcomes • fremgår det, om undersøgelsen prøver at afdække en gavnlig eller en skadelig virkning?	Ja ☒ Nej ☐ Ved ikke ☐
2) Var et kohortestudie hensigtsmæssig i forhold til den aktuelle problemstilling? Overvej: • er kohortedesignet anvendeligt til at belyse problemstillingen under de givne omstændigheder? • omhandlede studiet reelt den aktuelle problemstilling?	Ja ☒ Nej ☐ Ved ikke ☐
Detaljerede spørgsmål (hvis svaret til de overordnede spørgsmål er ja)	
3) Blev kohorten rekrutteret på en forsvarlig måde? Se efter efterselektionsbias, som kan svække resultaternes generaliserbarhed: • var kohorten repræsentativ for en veldefineret population? • var der noget specielt ved den udvalgte kohorte? • var alle, der skulle være inkluderet, rent faktisk inkluderet?	Ja ☒ Nej ☐ Ved ikke ☐



4) Blev ekspositionen målt præcist for at minimere bias?

Se efter målings- og/eller klassifikationsbias:

- blev der anvendt subjektive eller objektive målemetoder?
- viser målingerne det, man vil have frem (er de blevet valideret)?
- blev samme procedure anvendt for at klassificere hver eneste studieperson efter eksposition?

Ja ☒

Nej ☐

Ved ikke ☐

5) Blev outcomes målt præcist for at minimere bias?

Se efter målings- og/eller klassifikationsbias:

- blev der anvendt subjektive eller objektive målemetoder?
- viser målingerne det, man vil have frem (er de blevet valideret)?
- blev der etableret et pålideligt system til at opfange alle tilfælde for at måle forekomst af sygdom?
- var målemetoderne ens i grupperne?
- blev der anvendt samme procedure for alle i ekspositionsgruppen for at registrere de relevante tilfælde?
- var studiepersonerne og de, der foretog observationen, blindede over for ekspositionen og har det nogen betydning?

Ja ☒

Nej ☐

Ved ikke ☐

Kommentarer

Ja, outcomes blev målt præcist. Artiklen baserer sig på objektive data indsamlet fra det elektroniske journalsystem (EMR), hvilket sikrer ensartet registrering af kontakter til sundhedscentre i hele Grønland.



6) Er alle væsentlige confounders identificeret og hvilke har forfatterne gjort rede for?

1. har forfatterne taget hensyn til potentielle confounders i studiedesignet og/eller analyse?
 - se efter forholdsregler i designet og teknikker for at kontrollere eller justere confounders (modellerings-, stratificerings-, regressions-, eller sensitivitetsanalyse i den statistiske analyse?)
2. nævn andre mulige confounders, som du mener har betydning, men som forfatterne har overset (genetiske, miljømæssige og socioøkonomiske)

Ja ☐

Nej ☒

Ved ikke ☐

7) Var opfølgningen på studiepersonerne tilstrækkelig og var selve opfølgningsperioden tilstrækkelig lang?

- de gode eller dårlige effekter af ekspositionen skulle gerne have haft tid til at vise sig
- de personer, der er tabt for follow-up, har måske anden sygelighed/outcomes end de, der er til rådighed for vurdering
- i en åben eller dynamisk gruppe: var der noget specielt ved resultaterne for dem, der forlod studiet, eller ved eksponeringen af dem, der trådte ind i studiet?

Ja ☐

Nej ☒

Ved ikke ☐



B: Hvad er resultaterne af studiet?	
8) Hvad er resultaterne af studiet? • hvad er slutresultatet? • er størrelsen eller forholdet mellem eksponerede/ikkeeksponerede oplyst (forskelle i ratio/frekvens)? • hvor tydelig er relationen mellem eksponering og resultat (Relative Risk eller andre associationsmål)? • hvor stor er den absolutte risikoreduktion (Absolute Risk Reduction)?	Kommentarer Studiets resultater viser mønstre i kontakten med primær sundhed i Grønland, herunder forskelle i alder, køn og geografi. Slutresultatet peger på, at der er stor variation i brugen af sundhedscentre, både i forhold til hyppighed og demografiske forskelle.
9) Hvor præcise er resultaterne og risikovurderingen? • måles på størrelsen af konfidensintervallerne	Kommentarer Artiklen rapporterer ikke konfidensintervaller eller andre statistiske mål, som kan bruges til at vurdere præcisionen af resultaterne og risikovurderingen.
10) Tror du på resultaterne? • det er svært at se bort fra stor effekt! • kan resultaterne skyldes tilfældigheder, bias eller confounders? • er studiets design og metode så mangelfuld, at det gør resultaterne upålidelige? • tænk på Bradford Hills kriterierne (tidssekvens, dosis-respons gradient, biologisk plausibilitet, konsistens)	Ja ☐ Nej ☐ Ved ikke ☒



C: Kan resultaterne overføres til din egen praksis?

11) Kan resultaterne anvendes på den lokale population?

Overvej:

- om studiets deltagere synes så forskellige fra din population, at det kan være problematisk at anvende resultaterne
- om din lokale kontekst afviger meget fra studiets
- om du kan kvantificere lokale fordele og ulemper

Ja ☐

Nej ☐

Ved ikke ☒

12) Stemmer studiets resultater overens med anden tilgængelig viden?

Overvej overensstemmelse med al tilgængelig evidens fra RCTs, systematiske oversigtsartikler, case kontrol studier og andre kohortestudier

Ja ☒

Nej ☐

Ved ikke ☐

NB: Et kohortestudie er sjældent tilstrækkelig evidens til at anbefale ændringer i klinisk praksis eller af sundhedspolitiske beslutninger

Anbefalinger fra kohortestudier og fra observationsstudier i det hele taget står stærkere, hvis de understøttes af evidens fra eksperimentelle studier (randomiserede kontrollerede undersøgelser mv.)

Dog er kohortestudier for visse spørgsmål den eneste form for evidens, der kan findes.



PiCo skema til strukturering af kvalitative søgninger

Formuler problemstillingen som et spørgsmål struktureret efter følgende 3 dele:		Skriv evt. hele spørgsmålet her:	
Patient/problem/population (P) Hvilken patientgruppe/tilstand/sygdom drejer det sig om? Over 4000 danske borgere, der har besvaret et spørgeskema om digital sundhed		Hvordan påvirker borgernes sundhedsrisici (som alder, rygning og socialt netværk) deres opfattelse af og støtte til forskellige digitale sundhedsløsninger (fx apps, telemedicin og datadeling) i Danmark?	
(Phenomenon of) Interest (I) Hvilke aktiviteter, erfaringer, oplevelser eller processer drejer det sig om? Borgernes sundhedsrisici (for eksempel alder, rygning, socialt netværk) og deres holdning til digitale sundhedsløsninger (apps, telemedicin, datadeling).		Hvilke databaser/informationskilder søges der i? PubMed, Cochrane, Cinahl, PsycInfo, Embase etc.	
Context (Co) Hvilken kontekst/setting/lokation drejer det sig om? Borgernes opfattelse af digitale sundhedsløsninger, hvilke funktioner der værdsættes eller fravælges afhængigt af risikoprofil.		Evt. inklusions- og eksklusionskriterier: Køn, aldersgruppe, sprog, publikationsdato, studiedesign etc. Hvordan påvirker borgernes sundhedsrisici (som alder, rygning, og socialt netværk) deres opfattelse af og støtte til forskellige digitale sundhedsløsninger (for eksempel apps, telemedicin, og data deling) i Danmark?	
Angiv søgeord og mulige synonymer fra PiCo – søgeordene skal være på engelsk:			
OR	AND		
	Patient/problem/population (P)	(Phenomenon of) Interest (I)	Context (Co)
	Citizens	Telemedicine	Citizens perspective