

BORGERPERSPEKTIVER PÅ ANVENDELSE AF SUNDHEDSVÆSENET OUT OF HOURS

ET KRITISK HERMENEUTISK PERSPEKTIV



Kandidatspeciale i Folkesundhedsvidenskab
Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet
Aalborg Universitet
4. Semester
Vejleder Lone Jørgensen
Bivejleder Camilla Hoffmann Merrild

Karina Antonsen Spring
Katrine Lea Schou Rasmussen
Maj 2024
Antal tegn inkl. mellemrum: 216.867

Titelblad

Titel: Borgerperspektiver på anvendelse af sundhedsvæsenet out of hours. Et kritisk hermeneutisk perspektiv

Vejleder: Lone Jørgensen samt bivejleder Camilla Hoffmann Merrild

Afleveringsdato: 31.05.2024

Anvendt referencesystem: APA7

Udarbejdet af: Karina Antonsen Spring og Katrine Lea Schou Rasmussen

Projektgruppe: 10301

Uddannelse: Kandidatspeciale i Folkesundhedsvidenskab, Aalborg Universitet

Foto forside: <https://hjertereforeningen.dk/2022/05/saadan-finder-du-vej-i-sundhedsvaesenet/>

Anslag med mellemrum: 216.867

Antal bilag: 6

Forord

Specialet er udarbejdet i perioden fra den 1. februar 2024 til den 31. maj 2024.

Specialet henvender sig til alle med interesse i at opnå viden om og indsigt i borgernes perspektiv på, hvad der af dem forstås som akut sygdom. Specialet omhandler borgernes motiver for at kontakte almen praksis og lægevagten udenfor almindelig telefontid.

En stor tak til Lone Jørgensen for god, kyndig og konstruktiv vejledning. Ligeledes rettes en stor tak til Camilla Hoffmann Merrild, for god sparring og vejledning. Begge har gennem specialet været meget engagerede i emnet og processen. En stor tak til de informanter, der har taget sig tid til, og har haft interesse i, at dele deres oplevelser med os.

Vi håber, at dette speciale vil kunne sætte fokus på borgernes perspektiver på tilgængeligheden af den almen praktiserende læge. Det vil kunne inspirere til en organisatorisk forandring, så almen praksis målrettes borgerne og deres behov.

God læselyst.

Karina og Katrine

Resumé

Introduktion: Der er forskel i borgernes og de sundhedsprofessionelles vurdering af akut sygdom, og mange henvendelser til sundhedssystemet out of hours, vurderes uhensigtsmæssige af de sundhedsprofessionelle. Flere faktorer har betydning for borgernes anvendelse af out of hours, herunder organiseringen og tilgængeligheden af den almen praktiserende læge. Bekymring og problemer med at vurdere sygdomssymptomer har ligeledes indflydelse på anvendelsen af out of hours. Forskning viser, at kontinuitet i borgernes behandling er vigtigt, og øget brug af out of hours kan forstyrre denne kontinuitet.

Formål: Formålet med specialet er at opnå forståelse for borgernes forståelse af akut sygdom og deres motiver for at kontakte sundhedsvæsenet out of hours. Dette med henblik på at udlede og kvalificere forandringsperspektiver, som har til hensigt at styrke, at de rette borgere får den rette hjælp på det rette tidspunkt.

Metode: I specialet anvendes systematisk litteratursøgning og semistrukturerede individuelle interviews. Otte borgere, som enten har anvendt den praktiserende læges akutfunktion eller lægevagten interviewes. Seks borgere er rekrutteret gennem specialegruppens netværk, og to er rekrutteret gennem Facebook. Der anvendes Braun & Clarkes (2006) tematisk analysestrategi til litteraturstudierne. Til fortolkning af interviewene anvendes Pedersen & Dreyers (2018) Ricoeur inspirerede analysestrategi.

Resultater: Den systematiske litteratursøgning og interviewundersøgelsen viser flere perspektiver på anvendelsen af out of hours. Resultaterne indikerer forandring i form af målrettet information. Informationen bør indeholde viden om akut sygdom og vurdering heraf og bør formidles, så der tages hensyn til borgernes forskellige niveauer af sundhedskompetencer. Der bør anvendes en helhedsorienteret tilgang til mødet med borgeren, hvor der lyttes og hvor borgerne involveres. Dette kan ske gennem fleksible konsultationer, som tilgodeser borgere med behov for ekstra tid og gennem udvidede åbningstider hos den praktiserende læge.

Konklusion: Resultaterne i undersøgelsen bidrager til forståelse af borgerperspektivet på akut sygdom og motiverne for at kontakte sundhedsvæsenet out of hours. Dette bidrager med viden om kompleksiteten i borgernes motiver. Det understreges ligeledes, at det er nødvendigt med yderligere undersøgelser med henblik på at imødekomme borgernes behov i mødet med sundhedsvæsenet.

Abstract

Introduction: There is a difference in citizens' and healthcare professionals' assessment of acute illness and many inquiries to out of hours services, are considered inappropriate by the health professionals. Several factors have an impact on citizens' use of out of hours, including the organization and availability of the general practitioner. Concern and problems with assessing disease symptoms also influence the use of out and hours. Research shows that continuity in citizens' treatment is important, but increased use of out of hours can disrupt this continuity.

Purpose: The purpose of the thesis is to gain an understanding of citizens' understanding of acute illness, and their motives for contacting the health service out of hours, with the aim of deriving and qualifying perspectives for change. The perspectives for change aim to strengthen, that the right citizens get the right help at the right time.

Method: In the thesis, systematic literature search and semi-structured individual interviews are used. Eight citizens who have either used the GP's emergency function or the doctor's on-call are interviewed. Six citizens are recruited through the group's network and two are recruited through Facebook. Braun & Clarke's (2006) thematic analysis strategy is used for the literature studies. To interpret the interviews, Pedersen & Dreyer's (2018) Ricoeur-inspired analysis strategy is used.

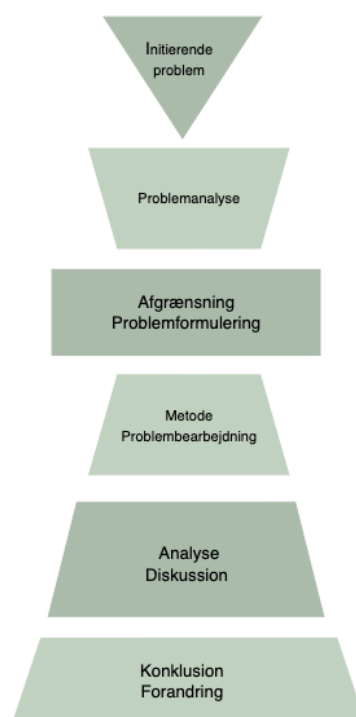
Results: The systematic literature search and the interviews show several perspectives on the use of out of hours. The results indicate change in the form of targeted information. The information should contain knowledge about acute illness and its assessment, and the information should be given so the citizens' different levels of health skills are considered. A holistic approach should be used for the meeting with the citizens, where people are listened to, and citizens are involved. This can be done through flexible consultations, which cater for citizens who need extra time, and through extended GP opening hours.

Conclusion: The results of the study contribute to an understanding of the citizen's perspective on acute illness, and the motives for contacting out of hours. This contributes with knowledge about the complexity in the citizens' motives. It also emphasizes that this require further studies in order to meet the citizen needs, in the meeting with the healthcare system.

Læsevejledning over specialets opbygning

Opbygningen af dette speciale tager udgangspunkt i Aalborg-modellen for problembaseret læring. Modellen har til hensigt at understøtte, at de studerende udvikler kompetencer til at løse problemer på tværs af vidensområder, praksis og samarbejde (Holgaard et al. 2014).

Som det ses i nedenstående model, begynder specialet med det initierende problem, hvori problemstillingen, som danner baggrund for problemanalysen, klarlægges. I problemanalysen undersøges og dokumenteres problemet, hvilket leder frem til en afgrænsning af problemet samt til problemformuleringen. Problemformuleringen danner baggrunden for valgene i specialet og styrer dermed hvordan problembearbejdningen tilrettelægges metodisk. Herefter præsenteres og diskuteres specialets resultater af problembearbejdningen. På baggrund af dette præsenteres forandringsforslaget og diskussion af metode. Til slut afrundes specialet med en konklusion.



Figur 1: Model over specialets opbygning, med inspiration fra Aalborg modellen. (Holgaard et al. 2014)

Indholdsfortegnelse

1.0 INITIERENDE PROBLEM	9
1.1 BEGREBSAFKLARING.....	10
2.0 PROBLEMANALYSE	11
2.1 ORGANISERING AF ALMEN PRAKSIS OG AKUTFUNKTIONEN OUT OF HOURS.....	11
2.2 SUNDHEDSVÆSENETS KOMPLEKSITET	12
2.3 FORSTÅELSE AF AKUT SYGDOM.....	14
2.4 FAKTORER AF BETYDNING FOR BORGERNES KONTAKT TIL OUT OF HOURS.....	15
2.5 SOCIAL ULIGHED I SUNDHED OG DENNES BETYDNING FOR BRUGEN AF OUT OF HOURS	18
2.6 HEALTH LITERACY OG DENNES BETYDNING FOR KONTAKT TIL OUT OF HOURS	19
2.7 ORGANISATORISK SUNDHEDSKOMPETENCE.....	21
2.8 PROBLEMAFGRÆNSNING	24
3.0 PROBLEMFORMULERING	25
4.0 VIDENSKABSTEORI.....	26
4.1 FORFORSTÅELSE OG NORMATIVT PERSPEKTIV	28
5.0 SAMMENHÆNG I UNDERSØGELSEN.....	30
6.0 METODE.....	32
6.1 ETISKE OVERVEJELSER	32
6.2 LITTERATURSØGNING.....	34
6.2.1 <i>Indledende litteratursøgning</i>	34
6.2.2 DEN SYSTEMATISKE LITTERATURSØGNING	35
6.2.3 <i>Søgestrategi</i>	35
6.2.4 UDVALGTE DATABASES	37
6.2.5 IN- OG EKSKLUSIONSKRITERIER AF ARTIKLER	38
6.2.6 UDVÆLGELSE AF VIDENSKABELIGE STUDIER.....	39
6.2.7 <i>Kvalitetsvurdering</i>	40
6.2.8 <i>Analysestrategi til videnskabelige studier</i>	41
6.3 KVALITATIV DATAINDSAMLING	42
6.3.1 <i>Det semistrukturerede kvalitative interview</i>	42
6.3.2 <i>Udvikling af interviewguide</i>	43
6.3.3 <i>Validering af interviewguide ved hjælp af pilotinterview</i>	44
6.3.4 <i>Rekruttering og udvælgelse af informanter</i>	45
6.3.5 <i>Transskribering af interviews</i>	46
6.3.6 ANALYSESTRATEGI TIL ANALYSE AF INTERVIEWS	47
6.3.6.1 <i>Naiv læsning</i>	48
6.3.6.2 <i>Strukturanalyse</i>	48
6.3.6.3 <i>Kritisk fortolkning og diskussion</i>	49
7.0 RESULTATER	50
7.1 RESULTATER AF LITTERATURSTUDIET	50
7.1.1 PRÆSENTATION OG KVALITETSVURDERING AF UDVALGTE VIDENSKABELIGE STUDIER.....	50
7.1.2 TEMATISK ANALYSE AF VIDENSKABELIGE STUDIER.....	59

7.2 RESULTATER AF INTERVIEWUNDERSØGELSEN	64
7.2.1 <i>Præsentation af informanter</i>	64
7.2.2 <i>Den naive læsning</i>	66
7.2.3 <i>Strukturanalyse</i>	67
7.2.4 <i>Kritisk fortolkning og diskussion</i>	80
8.0 FORANDRINGSFORSLAG OG IMPLIKATIONER FOR PRAKSIS.....	92
9.0 DISKUSSION AF METODE.....	97
9.1 VIDENSKABSTEORI OG SAMMENHÆNG I DEN KVALITATIVE UNDERSØGELSE.....	97
9.2 SYSTEMATISK LITTERATURSØGNING	98
9.3 TEMATISK ANALYSE	100
9.4 KVALITATIVT INTERVIEW	100
9.4.1 <i>Etiske overvejelser</i>	100
9.4.2 <i>Interview</i>	101
10.0 KONKLUSION	105
11.0 REFERENCER	106

1.0 Initierende problem

Det danske sundhedsvæsen reguleres af sundhedsloven og har til formål at fremme borgernes sundhed samt forebygge og behandle sygdom (Sundhedsloven, 2021). Ligeledes skal sundhedsloven sikre alle borgere ret til let og lige adgang til sundhedsvæsenet og dets ydelser (Sundhedsloven, 2021). Det ses dog, at den enkeltes adgang til sundhedsvæsenet er under påvirkning af mange faktorer, og nogle grupper i samfundet er mere udfordret i mødet med sundhedsvæsenet end andre (Udesen et al., 2020; Kjeld et al., 2022).

Borgerne har mulighed for at kontakte sundhedsvæsenet out of hours i tilfælde af akut opstået sygdom, som ikke kan vente til den førstkomende hverdag. I dette speciale defineres *out of hours* som kontakter til lægevagten i tidsrummet 16-08 på hverdage, samt i weekender og på helligdage. Out of hours gælder også kontakter til praktiserende læge udenfor dennes almindelig telefontid, men hvor praktiserende læge stadig har ansvaret i tilfælde af akut opstået sygdom hos borgerne (Sundhedsstyrelsen, 2020).

Mange kontakter til out of hours vurderes som uhensigtsmæssige og ikke-akutte af de sundhedsprofessionelle (Nørøxe et al., 2017; Lass et al., 2018). Op mod 50-87% af kontakterne vurderes af de sundhedsprofessionelle som ikke-akutte (Lass et al., 2018; Keizer et al., 2015). Således ses der ofte en diskrepans mellem, hvad borgerne vurderer som værende akut sygdom, og hvad de sundhedsprofessionelle anser som akut sygdom. Patienterne vurderer oftere deres symptomer som akutte end de sundhedsprofessionelle (Nørøxe et al., 2017; Moth et al., 2020). Der ses flere årsager til disse kontakter til out of hours, som af de sundhedsprofessionelle vurderes som uhensigtsmæssige. Patienterne kan have svært ved at vurdere, hvornår deres symptomer er akutte, og de har behov for at tale med en læge for at blive beroliget (Lass et al., 2018; Keizer et al., 2016). Det fremgår ligeledes, at tilgængeligheden af de praktiserende læger har indflydelse på patienternes brug af out of hours. Flere studier påpeger, at jo sværere det er at komme i kontakt med den praktiserende læge i løbet af åbningstiden, i jo højere grad gør patienterne brug af out of hours (Nørøxe et al., 2017, Moth et al., 2020). Sundhedssystemets kompleksitet kan være svær at navigere i og kan bidrage til, at det kan være svært at forstå, hvor og hvornår man skal ringe (Ida et al., 2021). De mange opkald til out of hours kan medføre lange ventetider og forsinkelser for patienter med akut opstået sygdom (Nørøxe et al., 2017; Moth et al., 2020). Ligeledes er der

samfundsmæssige udgifter forbundet med de mange uhensigtsmæssige kontakter til out of hours (Huibers et al., 2018; Keizer et al., 2016).

På baggrund af ovenstående er det derfor relevant at undersøge borgernes forståelse af akut sygdom og ligeledes forstå, hvilke motiver de har for at kontakte out of hours. Dette sker med henblik på at opnå indsigt i mulige forandringsperspektiver, som kan bidrage til, at patienternes behov i højere grad imødekommes og sikre, at de rette patienter får den rette hjælp på det rette tidspunkt.

1.1 Begrebsafklaring

I specialets anvendes flere steder ordlyden “uhensigtsmæssige henvendelser til out of hours”, da denne betegnelse anvendes i de videnskabelige studier. Specialegruppen er dog velvidende om, at dette beror på de sundhedsprofessionelles vurdering, og at borgernes motiver for at ringe out of hours er drevet af andre perspektiver. Gennem specialet anvendes betegnelsen borgere, da specialegruppen vurderer, at man er borger når man kontakter den praktiserende læge og out of hours. Når der refereres til den videnskabelige litteratur anvendes dog betegnelsen patient. Dette for at være tro mod kilderne ved at anvende deres betegnelse.

2.0 Problemanalyse

I de følgende afsnit vil problemstillingen, som er beskrevet i det initierende problem, blive udfoldet og analyseret. Dette sker med henblik på at opnå en forståelse af borgernes opfattelse af akut sygdom og deres motiver for at kontakte sundhedsvæsenet out of hours.

2.1 Organisering af almen praksis og akutfunktionen out of hours

Alle med en folkeregisteradresse i Danmark er som udgangspunkt tilknyttet en praktiserende læge (Sundhedsstyrelsen, 2020). Ifølge Danmarks statistik har den enkelte dansker i gennemsnit kontakt med almen læge ca. 6,7 gange om året, hvilket giver omkring 40 millioner kontakter årligt (Danmarks statistik, 2022). Der er i Danmark ca. fire praktiserende læger pr. 1000 indbyggere (Jessen, 2019). I 2007 blev strukturreformen indført som et led i udviklingen af sundhedsvæsenet. Målet med strukturreformen er overordnet, at alle skal have fri og lige adgang til undersøgelse, forebyggelse og behandling, og dette skal ydes på et højt fagligt niveau (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2004). Centralt i strukturreformen ses, at al henvendelse til sygehusvæsenet med akut somatisk sygdom og tilskadekomst skal være visiteret. Denne visitation skal foretages på baggrund af fælles visitationsretningslinjer og varetages enten via opkald til 112 eller af praktiserende læger. Visitationen for patienter med psykisk sygdom ses derimod forskellig ud mellem regioner (Sundhedsstyrelsen, 2020). De praktiserende læger er dermed vigtige nøglepersoner i sundhedsvæsenet og varetager visitationen til det øvrige sundhedsvæsen (Sundhedsstyrelsen, 2020). De praktiserende læger er således tovholdere på forebyggelse af sygdom, og hvor målet er at fremme sundhed og informere befolkningen herom (Timm, 1997). Almen praksis varetager vurderingen og behandlingen af almindelige sygdomme i dagtid og fungerer dermed som borgernes adgang til sundhedsvæsenet (Tranberg et al., 2018). Dermed spiller almen praksis en central rolle for patienterne, da denne ofte er deres første møde med sundhedsvæsenet (Danske Regioner, 2018). Almen praksis har ligeledes ansvaret for mindre alvorlig akut opstået sygdom hos patienterne i dagtimerne fra klokken 8-16, så almen praksis har dermed en afgørende funktion i det akutte sundhedsvæsen (Danske Regioner, 2018; Sundhedsstyrelsen, 2020). Den praktiserende læge vil ofte have en fastlagt telefontid hver dag, hvor patienter kan tale med lægen. Udenfor denne fastlagte telefontid vil telefonen ofte blive besvaret af en sekretær (Sundhedsstyrelsen, 2020). I en del af den praktiserende læges åbningstid vil der ofte være en telefonsvarer, som modtager patienternes opkald og anviser til videre handling. Det kan f.eks.

være til et akutnummer, der kan ringes på i tilfælde af akut opstået sygdom, og som ikke kan vente til næste dag. Uden for den praktiserende læges almindelige konsultationstid er der på tværs af regionerne forskel på indretningen af det primære akutte beredskab efter klokken 16 på hverdage, samt i weekender og på helligdage. I Region Hovedstaden ringes på en akuttelefon (1813), og i de resterende fire danske regioner kontaktes en vagtlægeordning i dette tidsrum. Denne vagtlægeordning varetages af de praktiserende læger gennem rotationer (Sundhedsstyrelsen, 2020; Tranberg et al., 2018; Søvsø et al., 2019). Ved akutte livstruende tilstande, der kræver hurtigt tilsyn og behandling, kontaktes det akutte beredskab 112 (Sundhedsstyrelsen, 2020).

2.2 Sundhedsvæsenets kompleksitet

Sundhedsvæsenet er komplekst og består af mange forskellige aktører, systemer og sundhedsudbydere (Vallgård & Krasnik, 2016). Sundhedsvæsenet består blandt andet af speciallæger, praktiserende læger, tandlæger og sygehuse (Sundheds- og ældreministeriet, 2018). Sundhedsvæsenet kan være mere krævende, end nogle grupper i befolkningen kan leve op til (Ida et al., 2021), hvorfor det ikke er alle, der får lige stor gavn af sundhedsvæsenet og dets ydelser (Aaby et al., 2022). Samtidig har kompleksiteten i sundhedsvæsenet indvirkning på borgernes evne til at forstå den information, der gives i dette system (Trezona et al., 2018), hvilket kan gøre det udfordrende at navigere i sundhedssystemet (Ida et al., 2021). Denne kompleksitet kan have betydning for patienternes brug af out of hours, da det ses, at problemer med at navigere i sundhedssystemet kan være årsag til henvendelser out of hours (Moth et al., 2020; O’Cathain et al., 2022). De sundhedsprofessionelle trækker ofte på en specialiseret viden, der ligeledes er abstrakt (Vardinghus-Nielsen & Bak, 2018). Dette kan medføre, at informationer, der er givet ud fra et sundhedsfagligt perspektiv og baseret på specialiseret viden, kan være svære at forstå for nogle patienter (Trezona et al., 2018). Dette kan skyldes, at lægfolk har et oplevelses- og hverdagsorienteret perspektiv, hvilket kan medføre, at kommunikationen mellem sundhedsvæsen og patient bliver svær (Timm, 1997; Vardinghus-Nielsen & Bak, 2018). Ifølge sociolog Niklas Luhmann består samfundet af forskellige systemer, som er lukkede om sig selv og ikke kan tale sammen (Knudsen & Vogd, 2015). Dette skyldes, at systemerne har hver deres måde at iagttage og kommunikere på og orienterer sig omkring forskellige værdier (Harste & Harste, 2018). Luhmann skelner overordnet mellem psykiske og sociale systemer, hvor psykiske systemer opererer ved hjælp

af bevidstheden, og sociale systemer opererer ved hjælp af kommunikation (Luhmann, 1999). Sundhedsvæsenet er et socialt system, hvorimod individet er et psykisk system (Vardinghus-Nielsen & Bak, 2018). Dette problematiserer dialogen, da sundhedsvæsen og patient kan have forskellige forståelser. Dette bidrager til at forstå kompleksiteten i at sikre lige adgang til sundhed for alle. Der er ifølge Luhmanns kommunikationsmodel, tre selektioner i kommunikation: *Information, selektion af meddelelsesform og selektion af forståelse og forståelseskontrol* (Harste & Harste, 2018). Information er emnet, der kommunikeres om, hvor meddelelsesformen som også kan forstås kropsligt, er måden, hvorpå der kommunikeres, hvor den tredje selektion er forståelse (Harste & Harste, 2018). Succeskriteriet for kommunikationen er forståelse, og kommunikationen er ifølge Luhmann først realiseret, når der er opnået forståelse (Rasmussen, 2004). Der kan ikke kommunikeres om alt på en gang, hvilket betyder, at der må ske en selektion af information, jævnfør første selektion, i kommunikationsprocessen (*hvad der tales om*) (Rasmussen, 2004). Dette betyder, at kommunikationen må udvælges, for det der er relevant for emnet. Når borgerne møder den sundhedsprofessionelle, sker der derfor en selektion af emnet, der skal kommunikeres om, men da den sundhedsprofessionelle og patienten taler ud fra forskellige systemer, kan der være uoverensstemmelse mellem det sagte og det forståede (Rasmussen, 2004). Det kan medføre, at borgeren ikke forstår den information, der er givet, samt at den professionelle ikke forstår, hvad der er på spil for borgeren. Borgeren og den professionelle kan dermed forstå informationen forskelligt (Rasmussen, 2004). Dette kan potentielt medføre, at patienterne i højere grad henvender sig out of hours, fordi de har svært ved at forstå kommunikationen i sundhedsvæsenet. Når patienterne ringer out of hours, vurderes en del af disse kontakter som uhensigtsmæssige af det sundhedsprofessionelle personale og kan ifølge deres vurdering vente til egen praktiserende læges åbningstid næstkommende hverdag (Moth et al., 2020; Nørøxe et al., 2017). Der er stort pres på out of hours, hvilket kan resultere i lange ventetider for akut syge patienter, og der er risiko for, at patienter med akutte helbredsproblemer kan opleve forsinkelse af deres behandling (Moth et al., 2020). Yderligere medfører uhensigtsmæssig brug af out of hours et øget forbrug af ressourcer, da disse kontakter er dyrere end kontakter indenfor almindelig åbningstid (Smits et al., 2015; Moth et al., 2020). Det er ligeledes problematisk, at henvendelser out of hours kan medføre forstyrrelser i kontinuiteten af patientens behandling, da kontakten ofte ikke vil være med patientens egen praktiserende læge, som kender patientens sygdomshistorie (Keizer et al., 2015). Det er derfor relevant at undersøge hvilke faktorer, der har betydning for borgernes

brug af out of hours. Dette sker for at styrke, at de rette borgere får den rette hjælp, når de har behovet. Det er ligeledes relevant for at tilpasse almen praksis mere til borgerne og deres behov.

2.3 Forståelse af akut sygdom

Akut sygdom kan forstås som pludseligt opstået sygdom eller pludseligt forværret sygdom, hvor symptomerne ofte er hurtigt indsættende og tydelige (Sundhedsstyrelsen, 2020). Der er flere sværhedsgrader af akut sygdom. Akut sygdom kan inddeles i livstruende sygdom, der kræver behandling med det samme eller akut sygdom, som skal behandles inden for nærmeste fremtid for at undgå forværring heraf (Sundhedsstyrelsen, 2020). Der ses dog ikke nogen yderligere definition af, hvad akut sygdom præcist indebærer, hvorfor det potentielt kan være svært for borgerne at vurdere alvoren af deres symptomer og dermed vurdere, hvornår deres sygdom er akut og kræver lægehjælp. Der ses ofte at være en diskrepans mellem det, som patienterne vurderer som akutte symptomer, og den lægefaglige vurdering af akut sygdom. Det ses ligeledes, at patienterne oftere vurderer deres symptomer som alvorligere end de sundhedsprofessionelle (Nørøxe et al., 2017; Moth et al., 2020).

Patienter og sundhedsprofessionelle kan have forskellig opfattelse af, hvad der forstås ved sundhed og sygdom. De sundhedsprofessionelle har en mere ensartet forståelse af sundhed og sygdom. De sundhedsprofessionelles forståelse tager afsæt i et medicinsk ekspertperspektiv, der er baseret på deres uddannelse og de kliniske erfaringer, de har gjort sig i deres arbejde (Kleinman, 1980; Timm, 1997). Patienternes forståelse af sundhed og sygdom er et lægmandsperspektiv, som tager udgangspunkt i det oplevelses- og hverdagsorienterede liv (Kleinman, 1980; Timm, 1997). Forskellen i de sundhedsprofessionelles og patienternes opfattelser af, hvad der er sygdom og akut sygdom, kan derfor bidrage til at forstå kompleksiteten i henvendelserne til out of hours. Forskellene i opfattelserne er vigtige i forhold til at arbejde med at undersøge, hvordan almen praksis kan tilpasses bedre til at imødekomme patienternes behov. Ydermere må det tages i betragtning, at patienternes helbred ikke må bringes i fare i et forsøg på at flytte flere patient kontakter over i almen praksis. Omkring hver fjerde opkald til out of hours i det primære sundhedsvæsen er unødvendigt i henhold til en lægefaglig vurdering og burde have været håndteret ved kontakt indenfor den praktiserende læges åbningstid (Nørøxe et al., 2017). Andre studier påpeger, at helt op til 50-87% procent af opkaldene til out of hours er ikke-akutte (Lass et al., 2018;

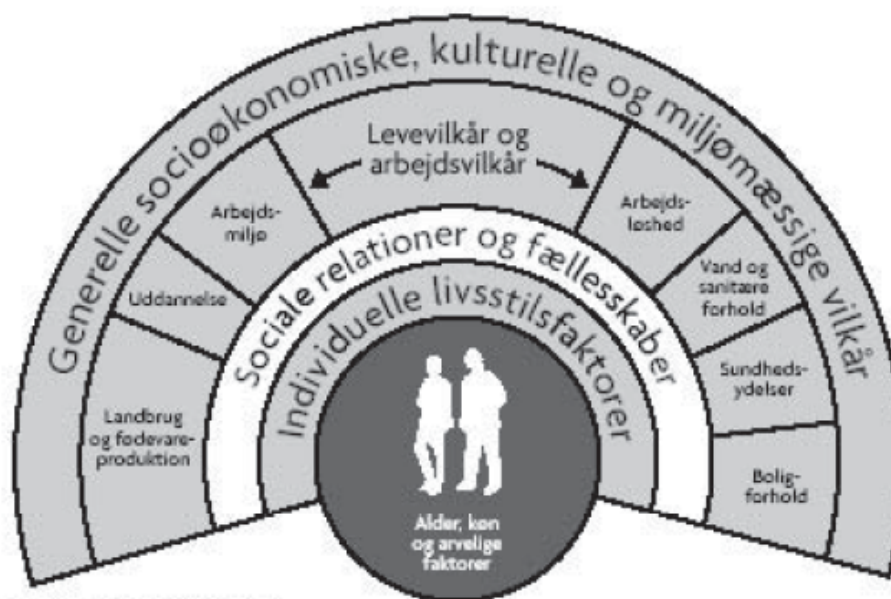
Keizer et al., 2015). Dette underbygger, at der er store forskelle i patienternes og de sundhedsprofessionelles forståelse og vurdering af akut sygdom.

2.4 Faktorer af betydning for borgernes kontakt til out of hours

Hyppigheden af kontakter til out of hours er forskellig mellem lande (Huibers et al., 2018). Dette kan være under indflydelse af, hvordan landenes sundhedsvæsen er opbygget. Herunder om der er afgifter forbundet med besøg hos læge eller skadestue, og ligeledes om der findes en gatekeeper funktion, som har betydning for adgangen til hjælp (Huibers et al., 2018). Det ses, at danske forældre med små børn i højere grad end hollandske forældre til små børn gør brug af out of hours (Huibers et al., 2018). En forklaring på dette kan være, at danske kvinder oftere arbejder fuldtid, hvormed de danske kvinder har sværere ved at tilgå praktiserende læge i dagstiden (Huibers et al., 2018). Dette aspekt vedrørende udfordringer med at opsøge den praktiserende læge i dagstiden understøttes i studiet af Lass et al. (2018), hvor det ses, at forældre til småbørn i Danmark er dem, som har den højeste frekvens af henvendelser til out of hours (Lass et al., 2018). Forældrene beskriver selv, at kontakten til out of hours handler om, at de er usikre på alvoren af deres børns symptomer, og at det ligeledes er svært at tilgå den praktiserende læge i dagstiden, på grund af deres arbejdstider. Det er derfor nemmere for dem at ringe out of hours (Lass et al., 2018). Dette underbygges i studie af Moth et al. (2020), som ligeledes finder, at unge voksne oftere end andre grupper kontakter out of hours. Det gør de på grund af logistiske udfordringer som f.eks. arbejdstider. De angiver oftere problemer med at få en tid hurtigt nok hos den praktiserende læge som årsag til at kontakte out of hours (Moth et al., 2020). Seeger et al (2019) påpeger ligeledes, at yngre patienter oftere anvender out of hours på hverdage end i weekender (Seeger et al., 2019). Dette hænger sammen med, at de ofte er på arbejde i den praktiserende læges åbningstid og enten ikke vil eller kan tage fri fra arbejde for at konsultere den praktiserende læge (Seeger et al., 2019). Det ser derfor ud til, at tilgængeligheden af de praktiserende læger, har indflydelse på patienternes brug af out of hours. Dette underbygges i flere studier, at jo sværere det er at komme i kontakt med den praktiserende læge i løbet af åbningstiden i dagtimerne, jo mere gør patienterne brug af out of hours (Nørøxe et al., 2017, Moth et al., 2020). De praktiserende lægers organisatoriske karakteristika som åbningstider, mulighed for sene tider, lange ventetider til ikke akutte henvendelser og dårlig adgang til telefonkonsultation, har betydning for patienternes anvendelse af out of hours (Smits et al., 2015). Tilgængeligheden af den praktiserende læge

har dermed stor betydning for patienternes brug af out of hours. Det kan derfor tyde på, at øget tilgængelighed og øget mulighed for at kontakte den praktiserende læge indenfor dagstid kan være med til at øge muligheden for, at patienterne får den rette hjælp på det tidspunkt, hvor de har brug for den. Flere unge voksne i alderen 18-39 år giver udtryk for manglende viden om, hvad de skal gøre i tilfælde af akut opstået sygdom og giver udtryk for, at de ikke ved, hvem de ellers skal ringe til (Moth et al., 2020). Dette kan være under indflydelse af samfundsændringer, da viden om akut sygdom og symptomer og viden om, hvordan man navigerer i sundhedsvæsenet, delvist erhverves igennem sociale netværk (Moth et al., 2020; Mogensen & Whyte Reynolds, 2007). Familien er i denne sammenhæng betydningsfuld, men som samfund indretter vi os i mindre familier og ofte har større afstande mellem familiemedlemmer (Moth et al., 2020). Det kan dermed være en faktor i de unge voksnes måde at søge hjælp på, at de ikke har opnået denne viden om akut sygdom, og om, hvordan man navigerer i sundhedssystemet (Moth et al., 2020). Mange af de unge voksne bor tilmed alene og kan dermed mangle andre mennesker at tale med om deres symptomer, hvorfor de ringer out of hours på grund af ængstelse og bekymring (Moth et al., 2020). Det ses, at kvinder hyppigere anvender out of hours i forhold til mænd, og ligeledes anvender ældre borgere oftere out of hours (Søvsø et al., 2020). Mange faktorer har betydning for patienters måde at søge lægehjælp på, herunder patienternes måde at anskue symptomer på, sociodemografi, kulturelle faktorer, tidligere erfaringer og holdning til brug af sundhedsvæsen (Nørøxe et al., 2017). Ligeledes har usikkerhed, angst, evne til at drage egenomsorg og viden om sundhed og sundhedskompetencer betydning for patienternes brug af out of hours (Nørøxe et al., 2017; Long et al., 2021).

Den socioøkologiske model af Göran Dahlgren og Margaret Whitehead (2007), illustreret i figur 2, kan anvendes til at nuancere de ovenfor beskrevne determinanter, som indbyrdes har betydning for patienternes brug af out of hours.



Figur 2: Den socioøkologiske model (Dahlgren og Whitehead, 2007)

Yderst i modellen på makroniveau findes de generelle rammer og vilkår, som er gældende i samfundet. Dette er blandt andet politiske beslutninger og den generelle samfundsudvikling, som er udenfor borgerens kontrol (Dahlgren & Whitehead, 2007). Disse efterfølges af henholdsvis leve- og arbejdsvilkår på mesoniveau og betydningen af de sociale relationer den enkelte indgår i. Inderst findes på mikroniveau de individuelle livsstilsfaktorer og centralt i modellen er alder, køn og arvelige faktorer, som ligeledes har betydning for individets sundhed (Dahlgren & Whitehead, 2007). Ved at inddrage Dahlgren og Whiteheads (2007) socioøkologiske model anskues specialets problemstilling ikke kun fra det individuelle perspektiv, men også fra et større perspektiv, hvor mange faktorer ses at være betydningsfulde. Det kan udledes, at patienternes kontakt til out of hours påvirkes på tværs af mange socioøkologiske lag. Beslutningen om at ringe out of hours kan således ikke kun anskues fra en side, men er et komplekst samspil mellem både individuelle, sociale og strukturelle determinanter (Dahlgren & Whitehead, 2007). Dette er yderligere med til at understøtte, at det ikke er tilstrækkeligt at kigge på det enkelte individs handlemønster i forhold til at kontakte out of hours. Det må forstås, at dette er en kompleks problemstilling, som kræver, at man opererer på flere socioøkologiske niveauer, hvis der ønskes at skabe en forandring, som skal sikre, at patienterne får den nødvendige lægehjælp. Fokus på individuelle faktorer alene har begrænset effekt (Dahlgren & Whitehead, 2007). Man må

derfor have fokus på de strukturelle faktorer som tilgængeligheden af den praktiserende læge, muligheden for at få en tid ved behov og mulighed for telefonkonsultation ved behov.

2.5 Social ulighed i sundhed og dennes betydning for brugen af out of hours

Danmark er en velfærdsstat, der bygger på principper om universalisme og fællesskab (Hornemann Møller et al., 2011). Velfærdsydelser skal ifølge loven udbydes på lige vilkår til alle borgere i landet (Hornemann Møller et al., 2011). På trods af at sundhedsloven (2021) skal sikre alle let og lige adgang til sundhedsvæsenets ydelser, samt behandling af høj kvalitet, ses der i Danmark en systematisk ulighed i sundhed mellem forskellige grupper i samfundet (Udesen et al., 2020). Social ulighed i sundhed handler overordnet om, at en række bagvedliggende årsagsmekanismer, herunder individers levevilkår, sundhedsadfærd, social udsathed og fattigdom har betydning for skabelse af og opretholdelse af uligheden (Vallgård et al., 2014; Kjeld et al., 2022). Den sociale ulighed i sundhed kommer til udtryk som en social gradient i befolkningen, hvor borgere med få socioøkonomiske ressourcer har den største risiko for et dårligere helbred (Diderichsen et al., 2011). Diderichsen et al. (2011) peger på tolv determinanter, som har betydning for social ulighed i sundhed. En af disse determinanter er *adgang til sundhedsvæsenet*, som er påvirket af individets mulighed for at tilgå og anvende de ydelser som sundhedsvæsenet udbyder (Diderichsen et al., 2011). For at forstå hvad der ligger til grund for de muligheder, individet har, og de valg og beslutninger som de træffer i forhold til deres sundhed, må man have fokus på de ressourcer, som individet har til rådighed. Disse ressourcer er bundet op på den kontekst, som individet indgår i. Link & Phelan (1995) har udviklet teorien om Fundamental causes, der omhandler de socioøkonomiske faktorer, som spiller ind på individers sundhed og sygdom. Det er gennem ressourcer som viden, penge, magt og fordelagtige sociale relationer, at individer vil være bedre stillet og i kraft af disse ressourcer være bedre i stand til at undgå sygdom og ligeledes håndtere sygdom, hvis den opstår (Link og Phelan, 1995, Phelan et al., 2010). Derved kan de socioøkonomiske faktorer anskues som værende grundlæggende årsager til håndtering af sygdom, idet de er adgangsgivende til afgørende ressourcer. Denne teori kan derfor bidrage til at forstå, hvad der får individer til at kontakte out of hours og dermed forstå, hvilke ressourcer individet kan gøre anvendelse af i sin beslutningstagen om at kontakte out of hours. De individer, som er velstillede socioøkonomisk, har dermed bedre adgang til ressourcer og må formodes at have en større forståelse af, hvornår og hvordan de skal navigere i

sundhedsvæsenet. Dermed formodes de, at være i bedre stand til at få den nødvendige hjælp, når de har brug for det. I et studie af Jansen et al. (2020) påpeges det, at individer med lav socioøkonomisk status oftere gør brug af out of hours end individer med høj socioøkonomisk status. De har ligeledes oftere et dårligt helbred og højere risiko for kronisk sygdom og multimorbiditet. Det betyder, at deres helbredsproblemer ofte er mere komplekse (Jansen et al., 2020). Det ses ligeledes i flere studier, at etniske minoriteter er overrepræsenterede, når det gælder kontakter til out of hours (Søvsø et al., 2020; Jansen et al., 2020). Der er flere årsager til etniske minoriteters øgede brug af out of hours. De oplever sproglige barrierer, som kan forhindre dem i at få kontakt til lægen, og når de får kontakt, kan de opleve problemer med at få tydeliggjort, hvad deres behov for hjælp består i (Keizer et al., 2017). Ligeledes kan de have andre forståelser af, hvad der er akut sygdom, og de kan have andre forventninger til, hvornår man fysisk skal undersøges af lægen og ikke blot have medicinsk information (Keizer et al., 2017). Ifølge WHO ses etniske minoriteter og immigranter ligeledes at have lavere health literacy end den etniske befolkning i lande på tværs af Europa (Kickbusch et al., 2013). Det ses, at beslutningen, om at kontakte både den praktiserende læge indenfor åbningstiden og out of hours er associeret med graden af health literacy, hvor patienter med lav health literacy har større tendens til at kontakte sundhedsvæsenet ved mindre alvorlig sygdom (O’Cathain et al., 2020; Berens et al. 2018). Den individuelle health literacy har dermed betydning for brugen af out of hours, hvorfor dette vil blive udfoldet i følgende afsnit.

2.6 Health literacy og dennes betydning for kontakt til out of hours

Health literacy refererer til kompetencer, som har betydning for individets evne til at forstå, opsoge og anvende viden og informationer om sundhed på en måde, som kan styrke og vedligeholde deres sundhed (Nutbeam, 2000; Nutbeam & Lloyd, 2021; Wayment et al., 2020). Fremadrettet i specialet anvendes det danske begreb sundhedskompetencer til at dække begrebet health literacy. Sundhedskompetencer er afgørende for den enkeltes evne til at kontakte sundhedsvæsenet, at navigere i dette og indgå i dialog med sundhedsprofessionelle (Aaby et al., 2022). Sundhedskompetencer kan inddeles i tre forskellige niveauer; funktionelt-, kommunikativt-og kritisk niveau. Det funktionelle niveau er de grundlæggende færdigheder individet skal besidde for at forstå sundhedsinformationer og en basal forståelse af sundhed. Det kommunikative niveau indebærer at individet ikke blot skal kunne forstå informationer om sundhed, men ligeledes kan anvende denne viden i sit

daglige liv (Nutbeam, 2000; Nutbeam & Lloyd, 2021). Det højeste niveau er det kritiske niveau, hvor individet kan forholde sig kritisk til informationen givet af sundhedsprofessionelle og kan reflektere over denne information. Ligeledes har individet her viden om, hvor de skal opsøge informationer, og det kritiske niveau har relation til begrebet empowerment, som forstås som evnen til at have kontrol over og tage ansvar for sit eget liv (Nutbeam, 2000; Nutbeam & Lloyd, 2021). Niveauet af sundhedskompetencer har derfor stor betydning for individers evne til at navigere i et stadigt mere komplekst sundhedssystem og dermed også for individers tilgang til sundhedsvæsenet og dermed for brugen af sundhedsvæsenet out of hours, da lave sundhedskompetencer er associeret med øget brug af out of hours (Søvsø et al., 2020). Lavere sundhedskompetencer medfører oftere dårligere valg i forhold til sundhed, mere risikofuld adfærd og dårligere helbred (Ida et al., 2021). Dette fører til flere indlæggelser blandt befolkningen med lave sundhedskompetencer, som ligeledes har sværere ved at deltage i behandlingen og beslutningerne herom (Trezona et al., 2018). Der ses sammenhæng mellem sundhedskompetencer og self-efficacy, og det ses at patienter med høje sundhedskompetencer har en bedre forståelse af egen sygdomssituation. Det gør dem i stand til, i højere grad, at udøve egenomsorg, end mennesker med lave sundhedskompetencer (Wayment et al., 2020). Ifølge Edwards et al. (2015) indgår individers sundhedskompetencer i et samspil med den sociale kontekst, som individet befinder sig i, dermed har andre individer, herunder sociale netværk og familie betydning for det enkelte individs evne til at opsøge og forstå sundhedsinformationer (Edwards et al., 2015). Ifølge Edwards et al. (2015) benævnes dette *distributed health literacy*, på dansk oversat til distribuerede sundhedskompetencer. Sundhedskompetencer kan hermed opnås og distribueres gennem individets sociale netværk, hvilket kan forbedre individets evne til at kommunikere med sundhedsprofessionelle og tage beslutninger vedrørende sin egen sundhed (Edwards et al., 2015). Sundhedskompetencer må derved forstås, som ikke alene en individuel egenskab, men derimod som en egenskab, der potentielt er tilgængelig gennem individets sociale netværk. Det må dermed antages, at hvis man ikke har et socialt netværk og lever socialt isoleret, kan mulighederne for at drage fordel af andre individers sundhedskompetencer, og derigennem styrke sine egne sundhedskompetencer, være begrænset. Dette underbygges ligeledes i studiet af Søvsø et al. (2020), hvor det påpeges, at der er sammenhæng mellem det at bo alene og hyppigere uhensigtsmæssige kontakter til out of hours (Søvsø et al., 2020). Der er ligeledes en social gradient i forhold til sundhedskompetencer. Der er ligeledes sammenhæng mellem lav uddannelse, lav socioøkonomisk status, høj alder, etniske

minoriteter, lave sundhedskompetencer og et øget forbrug af sundhedsvæsenet (Berens et al., 2018). Individer med de færreste sociale og økonomiske ressourcer er ligeledes dem, som har en dårligere sundhed, og som i mindre grad anvender forebyggende ydelser og specialist ydelser. De kontakter ofte sundhedsvæsenet for sent og får derfor ikke behandling i tide (Diderichsen et al., 2011; Kjeld et al., 2022). Praktiserende læge er dermed gatekeeper for henvisning til specialistbehandling, og da det viser sig, at disse individer ofte ikke føler sig hørt i mødet med sundhedspersonalet, kan dette være en medvirkende årsag til, at de i mindre grad gør brug af specialitydelser (Udesen et al., 2020; Diderichsen et al., 2011).

Det tyder derfor på, at det er et komplekst problem at styrke, at borgerne får den rette hjælp når de har behovet. Samtidig skal folk stadig opfordres til at kontakte en læge, hvis de har mistanke om sygdom. Det påpeger behovet for, at sundhedsvæsenets ydelser i højere grad skal tilpasses patienternes behov. Således tyder det på at lave sundhedskompetencer kan have alvorlige negative konsekvenser for individets sundhed. Det kan medføre, at individer ikke kontakter sundhedsvæsenet, fordi de ikke forstår, at symptomerne er alvorlige og ikke oplever at blive hørt. Ligeledes har det store konsekvenser for samfundet, at folk kontakter out of hours uhensigtsmæssigt. Det tyder derfor på, at det er vigtigt at have fokus på at styrke individers sundhedskompetencer. Det er ligeledes væsentligt, at organisationer, herunder sundhedssystemet, i højere grad tager hensyn til, at individer har forskellige niveauer af sundhedskompetencer. Det er derfor relevant at kigge på den organisatoriske sundhedskompetence, da denne ikke er rettet mod de individuelle kompetencer. Fokus skal være på tilrettelæggelsen af sundhedsvæsenet, så der uanset niveauet af individuelle sundhedskompetencer sikres lige adgang i sundhed for alle (Aaby et al., 2022).

2.7 Organisatorisk sundhedskompetence

På baggrund af kompleksiteten i sundhedsvæsenet kan det være vanskeligt for borgerne at navigere i, samt få adgang til sundhedsvæsenets ydelser og omsætte den givne information. Dette kompliceres yderligere ved lave individuelle sundhedskompetencer (Trezona et al., 2018). Organisatorisk sundhedskompetence skal ikke ses som svaret på de manglende individuelle sundhedskompetencer, men som et supplement hertil (Palumbo, 2021). For at imødekomme de manglende individuelle sundhedskompetencer bør sundhedsvæsenet tilrettelægges på en sådan måde, at det imødekommer de divergerende sundhedskompetencer

blandt befolkningen. Dette medfører ligeledes, at den manglende individuelle sundhedskompetence ikke bliver en hindring, for at opnå behandling eller forebyggelse (Aaby et al., 2022). Organisatorisk sundhedskompetence har dermed fokus på det organisatoriske, herunder de sundhedsprofessionelle og deres vilje til at inddrage borgerne som medproducenter af sundhed og i form af samskabende partnerskaber (Palumbo, 2021). Der stilles store krav til patienter for, at de kan begå sig i sundhedsvæsenet. De skal som minimum være i stand til at booke en tid hos lægen, navigere i sundhedssystemet, forstå lægens spørgsmål og kunne forklare deres symptomer, forstå skrevne materialer og kunne forstå og følge en behandlingsplan (Brega et al., 2019). Sundhedsvæsenet kan dog gøre meget for at mindske disse krav til patienterne og gøre det lettere for patienterne at tilgå det. Dette kan ske ved at øge kommunikationen med patienten og gerne dennes familie, og på denne måde forbedre adgangen til sundhedsvæsenet. Den øgede kommunikation gør det muligt for patienten selv at tage aktiv del i sit behandlingsforløb og gør det muligt at møde patientens behov og at hjælpe denne til egenomsorg (Brega et al., 2019). Organisatorisk sundhedskompetence kan dermed forstås som måden, hvorpå de forskellige systemer, organisationer og tilbud sætter deres informationer og ressourcer til rådighed for den enkelte, og som måden de imødekommer de divergerende individuelle sundhedskompetencer (Aaby et al., 2022). Samlet bør det medføre, at det trods individuelle sundhedskompetencer bliver nemmere at navigere i sundhedssystemet. Ved at nedbringe sundhedsvæsenets krav og kompleksitet kan man skabe et sundhedsvæsen for alle (Aaby et al., 2022).

Patienterne kontakter både praktiserende læge indenfor åbningstid og out of hours i forbindelse med mindre sygdomsproblematikker, som ofte vil kunne løses ved egenomsorg og kontakt med apoteket (O'Cathain et al., 2022). Der er derfor et behov for at reducere presset på de praktiserende læger både i åbningstiden og out of hours (O'Cathain et al., 2022). En måde at øge patienternes evne til egenomsorg ved mindre sygdomstilfælde kan være gennem interventioner målrettet sundhedskompetencer, som f.eks. letlæselige informationer på hjemmesider, plakater eller brochurer. Ligeledes er informationer, om hvilken del af sundhedsvæsenet man skal kontakte hvornår vigtige, da individer med lave sundhedskompetencer ofte har svært ved at forstå, hvilken del af sundhedsvæsenet de skal kontakte (O'Cathain et al., 2022). Studiet af Keizer et al. (2015) understøtter, at man bør fokusere på undervisning af de grupper, som har øget tendens til at kontakte out of hours. (Keizer et al., 2015). De fleste patienter mener, at deres symptomer er akutte når de kontakter out of hours, men cirka halvdelen af kontakterne vurderes ud fra et medicinsk perspektiv til at

være ikke alvorlige. Det kan tyde på, at der er et behov for at informere bestemte grupper af individer om, hvad formålet er med at kontakte sundhedsvæsenet out of hours, og hvordan diverse symptomer skal tolkes (Keizer et al., 2015). Ligeledes anbefales det, at de praktiserende læger øger deres fokus på at guide deres patienter til egenomsorg ved almindelige konsultationer og opfordrer patienterne til at søge informationer på internettet (Keizer et al., 2015). Dette skal ske for, at patienterne kan opnå en bedre forståelse for deres sygdom og sygdomssymptomer og dermed blive i stand til at håndtere fremtidige tilfælde af sygdom (Keizer et al., 2015; O’Cathain et al., 2020). Dog må der tages højde for, at det for individer med lave sundhedskompetencer kan være svært at tilgå sundhedsinformationer på internettet. Informationen skal derfor være tilpasset disse individer, eller man kan indføre interventioner til at hæve hele befolkningens niveau af sundhedskompetencer (O’Cathain et al. 2020).

2.8 Problemafgrænsning

Problemanalysen viser, at henvendelser til out of hours er et komplekst problem, idet mange faktorer har indflydelse herpå, herunder en diskrepans mellem borgernes og de sundhedsprofessionelles forståelse af akut sygdom. Ligeledes har den praktiserende læges tilgængelighed betydning for antallet af henvendelser til out of hours.

Kompleksiteten øges ved, at der er en social gradient i henvendelser til out of hours, hvor lav socioøkonomisk status og lave sundhedskompetencer har betydning for patienternes brug af out of hours. Sundhedsvæsenet er komplekst, og ikke alle borgere kan navigere i denne kompleksitet, hvilket stiller krav til sundhedsvæsenet om at tilpasse sine ydelser og informationer i forhold til borgerne.

Specialet afgrænses til at omhandle henvendelser til sundhedsvæsenet out of hours, som i specialet defineres som kontakter til lægevagten eller den praktiserende læge udenfor almindelig telefontid. Det afgrænses til at undersøge og belyse borgernes forståelse af akut sygdom, samt til at undersøge hvilke motiver der ligger bag deres beslutning om at kontakte sundhedsvæsenet out of hours. Ved at udforske borgerperspektivet kan der opnås viden, som kan bidrage til et forandringsperspektiv i forhold til at styrke, at de rette patienter får den rette hjælp og behandling på det rette tidspunkt.

3.0 Problemformulering

Hvilken forståelse af akut sygdom gør sig gældende blandt borgerne, og hvilke motiver ligger bag deres beslutning om at kontakte sundhedsvæsenet out of hours? Hvordan kan denne viden bidrage til et forandringsperspektiv, som har til formål at styrke, at de rette borgere får den rette hjælp, på det rette tidspunkt?

Til at besvare denne problemformulering tages der udgangspunkt i disse tilhørende forskningsspørgsmål

- Hvilken eksisterende viden foreligger om borgernes motiver for at kontakte sundhedsvæsenet out of hours?
- Hvilken forståelse har borgerne af akut sygdom, og hvilke motiver ligger bag deres beslutning om at kontakte sundhedsvæsenet out of hours?

4.0 Videnskabsteori

I følgende afsnit præsenteres Paul Ricoeurs kritiske hermeneutik, der er specialets videnskabsteoretiske position. Denne danner baggrund for analyse og fortolkning af den indsamlede data i specialet. Ricoeurs kritiske hermeneutik og fortolkningsteori kan bidrage til at forstå menneskers handlinger og oplevelser i en social og kulturel kontekst, og i fortolkningen kan der opnås nye muligheder for forståelse (Ricoeur, 2002). Den kritiske hermeneutik gør det muligt at forholde sig reflektivt til samfundets institutionaliserede tænkemåder (Ricoeur, 2002). Det åbner op for nye handlemuligheder, hvilket kan bidrage til et forandringsperspektiv. Den kritiske hermeneutik bidrager dermed med et ønske om at skabe forandring, hvilket stemmer overens med specialets mål om at skabe forandring med henblik på at styrke, at den rette patient får den rette hjælp på det rette tidspunkt.

Kendetegnende for Ricoeurs tænkning er, at den bygger på både fænomenologi og hermeneutik, som ifølge Ricoeur er tæt beslægtede (Ricoeur, 2002). Ricoeur tager afsæt i fænomenologiens *"bevidsthed er altid bevidsthed om noget for nogen"* (Ricoeur, 2002 s.13), og han forstår dermed menneskets bevidsthed som intentionel og altid rettet mod noget (Ricoeur, 2002). Denne intentionelle bevidsthed indfanges i dette speciale ved, at der søges et dybere indblik i borgerens forståelse af akut sygdom og motiverne for at ringe out of hours. Ifølge Ricoeurs kritiske hermeneutik er udgangspunktet for enhver erkendelse den forforståelse, som forskeren bringer ind i forståelsesprocessen. Det fortolkende individ har en historisk betinget forforståelse, som har betydning for den opnåede forståelse (Ricoeur, 2002). Der er dermed flere måder at erkende verden på. Forskellige mennesker med hver deres livserfaring vil tolke en tekst forskelligt, og der er derfor ikke kun en sand fortolkning (Ricoeur, 2002). Forforståelsen sættes i spil i fortolkningsprocessen, hvor helheden forstås ud fra de enkelte dele. Horisontsammensmeltning mellem forskerens forforståelse og erfaringer fra den sociale verden bidrager til ny erkendelse og forståelse (Juul, 2012; Ricoeur, 2002). I dette speciale har borgerens forforståelse, oplevelser og tidligere erfaringer dermed betydning for deres forståelse af akut sygdom. Dette giver ligeledes indblik i borgernes motiver for at ringe out of hours. På samme måde har specialegruppens forforståelse indflydelse på den forståelse, der opnås af borgerens forståelse af akut sygdom, og hvilke motiver de har for at ringe out of hours.

Sproget har en central rolle hos Ricoeur, idet der er brug for fortolkninger af de fortællinger, hvori mennesker udtrykker deres erfaringer (Pedersen & Dreyer, 2018). Sproget er et udtryk

for, hvordan mennesker forstår sig selv og verden. Sproget bliver dermed åbningen ind til menneskers verden (Pedersen & Dreyer, 2018; Ricoeur, 2002). I dette speciale bliver de individuelle interviews denne åbning, som kan bidrage til forståelse af nye handlemuligheder i forhold til at sikre, at den rette patient får den rette hjælp på det rette tidspunkt. En fortælling er ikke blot en kopi af virkeligheden, men derimod indeholder den altid en fortolkning af virkeligheden (Pedersen & Dreyer, 2018). Ricoeur anvender begrebet diskurs, hvilket forstås som, at der bliver sagt noget til nogen om noget (Pedersen & Dreyer, 2018). Diskurs i form af sproget er centralt for fortolkning, idet det formidler, hvordan mennesket ser sin væren i verden (Pedersen & Dreyer, 2018). Fortolkning betinges af forståelse, og forståelse fordrer en distancering mellem læser og tekst, da erkendelse af væren i verden foregår ad distanceringens omvej, nemlig fortolkning (Ricoeur, 2002). Læserens distance, fordomme og forudsætninger er dermed en betingelse for forståelse (Ricoeur, 2002).

Den kritisk hermeneutiske tekstfortolkning kan forstås ud fra Ricoeurs begreb om den trefoldige mimesis. Den trefoldige mimesis anvendes til at forstå menneskers væren i verden på ved fortolkning og ved, at der sker en horisontsammensmeltning mellem tekst og læser (Pedersen og Dreyer, 2018). I dette speciale anvendes Ricoeurs teori om den trefoldige mimesis til at analysere og fortolke borgernes forståelse af akut sygdom, og hvilke motiver der ligger til grund for deres beslutning om at ringe out of hours. Dermed opnås en dybere forståelse af fænomenet. Ricoeur anvender i sin fortolkningsteori tre former for mimesis: Mimesis 1, mimesis 2 og mimesis 3. Mimesis 1, også kaldet præfiguration, er den forforståelse mennesket har af verden forud for teksten eller fortællingen. Det er forestillinger om menneskers tanker og handlinger, der er indlejret i den verden og den kultur, vi lever i (Pedersen & Dreyer, 2018). Fortællingens fundering er oplevelser og erfaringer om handlinger og begivenheder i det daglige praktiske liv, og fortællingen er dermed en meningsgivende proces, hvori mennesker søger at forstå deres liv (Pedersen & Dreyer, 2018). I specialet relateres dette til, hvordan borgeren sprogligt fortæller om sin forståelse af akut sygdom og motiverne for at ringe out of hours. Mimesis 2, også kaldet konfigurering, er bindeleddet mellem mimesis 1 og mimesis 3. Her udformes en nedskrevet fortælling ud fra afbildningen af det daglige liv i mimesis 1, hvorigennem der kan opnås en dybere og reflekteret forståelse af menneskers handlinger (Pedersen og Dreyer, 2018). I specialet omfatter dette trin, at borgerens mundtlige fortælling omdannes til skrift. Mimesis 3, også kaldet refiguration, er forståelsesdelen, hvor teksten tilegnes og danner grundlag for fortolkning af læseren (Pedersen og Dreyer, 2018). Der foretages i fortolkningsprocessen en

konstant dialektisk bevægelse mellem forståelse og forklaring, og processen gentages, indtil den bedste forståelse og forklaring er fundet (Pedersen & Dreyer, 2018). I relation til dette speciale kommer det til udtryk ved, at vores kritiske fortolkning af borgerens fortælling, udvider vores forståelse for borgerens forståelse af akut sygdom og motiverne for at ringe out of hours. Det er gennem den trefoldige mimesis, der opstår mulighed for ny erkendelse hos læseren, og den medvirker derved til en forståelse af menneskets væren i verden (Ricoeur, 2002). Det er i dialogen mellem læser og tekst, at forståelsen bliver til. Læserens evne til at distancere sig fra sig selv og opnå sammensmeltning med tekstens horisont er en betingelse for forståelsen (Ricoeur, 2002).

I den kritiske hermeneutik sondres der mellem det faktiske *er* og det normative *bør*. Den kritiske hermeneutik indebærer, at nogle af de fordomme, som forskeren møder feltet med, er et kritisk perspektiv, som dermed udgør forskerens normative horisont (Juul, 2012). Et kritisk synspunkt er betinget af et normativt ideal, og forskeren må gøre sit yderste for at tydeliggøre og begrunde sit normative perspektiv. Dette er en forudsætning for, at dette kan bringes i spil og tilpasses i mødet med andre horisonter (Juul, 2012). Udgangspunktet er kritik af gældende sociale strukturer og magtformer, som står i vejen for idealet (Juul, 2012). Ricoeurs kritiske hermeneutik anvendes i dette speciale, da det bidrager til at åbne op for nye muligheder for handling og væren i verden (Ricoeur, 1979). Sondringen mellem *er* og *bør* gøre det muligt at forstå og foretage en kritisk fortolkning af borgerens forståelse af akut sygdom og motiverne for at ringe out of hours, så der kan identificeres forandringsperspektiver på brugen af out of hours.

4.1 Forforståelse og normativt perspektiv

Følgende afsnit har til formål at eksplicite specialeruppens forforståelse. Forforståelse består ifølge Kirsti Malterud (2001) af erfaringer, faglig viden, teoretisk grundlag og de antagelser, som forskeren kan have og bringe med ind i forskningsprocessen. Forforståelsen bør derfor beskrives inden påbegyndelse af forskningen, således det er muligt at forholde sig reflektivt til denne (Malterud, 2001).

Specialegruppens medlemmer er uddannet som henholdsvis sygeplejerske og bioanalytiker, begge med over 10 års klinisk erfaring. Det gruppemedlem, som er uddannet sygeplejerske, har i kraft af dette nogen erfaring med out of hours. Gruppemedlemmet, som er bioanalytiker,

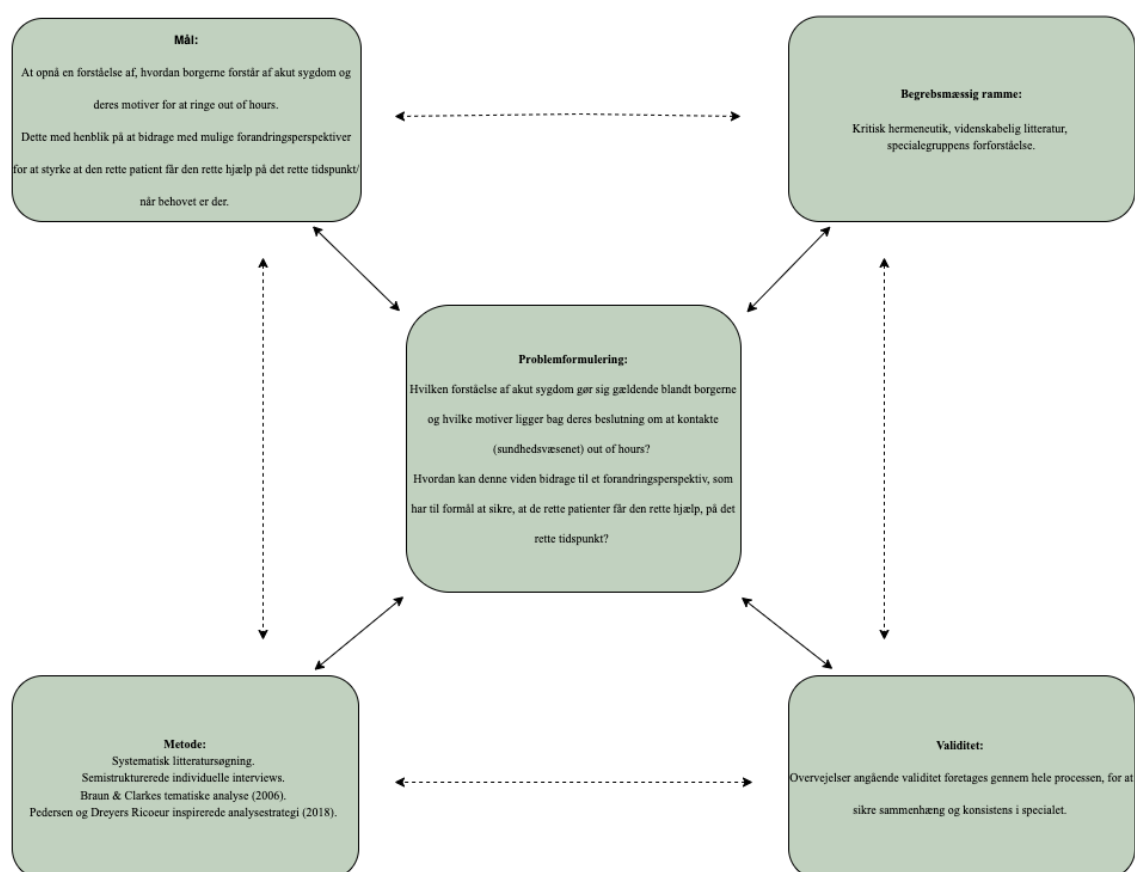
har ikke i samme grad erfaringer med out of hours. Begge gruppemedlemmer har dog stiftet bekendtskab med at ringe out of hours på både egne vegne og på familiens vegne. Dette medfører, at der er en allerede eksisterende viden om kontakter out of hours. Dette præger gruppemedlemmernes forforståelse og problemstillingens perspektiv.

Forforståelsen er ligeledes opstået under udarbejdelsen af problemanalysen, hvor der er opnået indgående viden om emnet. På baggrund af problemanalysen er det specialegruppens forforståelse, at der bør være en særlig opmærksomhed på, at den praktiserende læge i højere grad imødekommer patienterne i forhold til tilgængelighed og mulighederne for, at borgerne kan få kontakt til lægen og booke tider. Jo sværere det er at få kontakt til egen læge, jo mere gør borgerne brug af at kontakte out of hours (Nørøxe et al., 2017, Moth et al., 2020).

Specialegruppens normative perspektiv kan på den baggrund få indflydelse på det kritiske perspektiv på de organisatoriske og strukturelle forhold, som har indflydelse på, om den rette patient får den rette hjælp på det rette tidspunkt. Det tilstræbes igennem hele specialeprocessen at forholde sig reflektivt til egen forforståelse, ved kontinuerlig drøftelse og udveksling af perspektiver.

5.0 Sammenhæng i undersøgelsen

Joseph A. Maxwells interaktive model (2005) er anvendt til at sikre sammenhæng mellem delkomponenterne i specialets kvalitative undersøgelse og den systematiske litteratursøgning. Ifølge Maxwell (2005) er sammenhæng og stringens i undersøgelsens design afgørende for kvaliteten i en kvalitativ undersøgelse (Maxwell, 2005). Det er en iterativ og dynamisk proces mellem de fem komponenter: mål, forskningsspørgsmål, begrebsmæssig ramme, metode og validitet, hvor problemformuleringen er det centrale element i Maxwells interaktive model (Maxwell, 2005). Der fordres refleksivitet og metodiske overvejelser igennem hele processen for at sikre en stadig sammenhæng og konsistens i specialet. Det interaktive består i, at komponenterne er gensidigt afhængige og påvirker hinanden i udviklingen af specialet (Maxwell, 2005). I figur 3 ses en illustration af modellen, som den anvendes i dette speciale.



Figur 3: Specialegruppens gengivelse af Joseph A. Maxwells interaktive model. (Maxwell, 2005).

Forskningsspørgsmålet definerer ifølge Maxwell (2005), det som forskningen vil undersøge og det videnshul, der ønskes belyst. I dette speciale udgør forskningsspørgsmålet specialets problemformulering. Problemformuleringen er dermed det styrende element og er afgørende for, hvad der ønskes undersøgt og besvaret (Maxwell, 2005). I dette speciale ønskes der en forståelse af, hvad borgeren forstår som værende akut sygdom og hvilke motiver der ligger bag beslutningen om at ringe out of hours. Dette med et *Mål* om at bidrage med et forandringsperspektiv på borgernes brug af out of hours. *Den begrebsmæssige ramme* udgør den teori, litteratur, eksisterende viden, forforståelse og videnskabsteori, som specialet formes af (Maxwell, 2005). Den videnskabsteoretiske position afspejler den måde, som viden tilgås på. *Metode* indebærer ifølge Maxwell (2005) de metoder, der anvendes til besvarelse af problemformuleringen. Det er dermed de metoder, der anvendes i specialet til at indsamle og analysere den indhentede data (Maxwell, 2005). I dette speciale anvendes systematisk litteratursøgning samt semistrukturerede individuelle interviews til indsamling af data. De videnskabelige artikler udvalgt på baggrund af den systematiske litteratursøgning analyseres med anvendelse af Braun og Clarkes tematiske analysestrategi (2006). Data fra interview analyseres med Pedersen og Dreyers (2018) Ricoeur inspirerede analysestrategi. *Validitet* handler om, hvorvidt de anvendte metoder i tilstrækkelig grad er relevante i forhold til at besvare problemformuleringen (Maxwell, 2005).

6.0 Metode

I de følgende afsnit præsenteres de etiske overvejelser i forbindelse med specialet, og der redegøres og argumenteres for de metodiske valg, herunder dataindsamlingsmetoder og valgte analysestrategier.

6.1 Etiske overvejelser

Kvalitativ forskning er en værdiladet aktivitet, idet det omhandler menneskers liv og erfaringer og placerer private udsagn i en offentlig arena (Brinkmann, 2015). Man må derfor som forsker være bevidst om etiske overvejelser og mulige etiske problemstillinger. Etiske problematikker kan ifølge Brinkmann (2015) overordnet inddeles i to typer, henholdsvis de mikroetiske og makroetiske problematikker. De mikroetiske problematikker omhandler at tage hensyn til og tage vare på de interviewpersoner, der er en del af forskningen (Brinkmann, 2015). Dette er blandt andet imødekommet i specialet ved at indhente samtykke fra informanterne inden deltagelse, samt ved at sørge for at informanterne er informeret omkring tavshedspligten mellem informanter og specialegruppens medlemmer. Det er ligeledes sikret, at informanterne er pseudoanonymiseret, og at disse herved ikke kan genkendes i specialet. Informanterne har ligeledes modtaget kontaktoplysninger til specialegruppen i tilfælde af, at de ønsker at trække deres samtykke tilbage, eller hvis de skulle have nogle spørgsmål. De makroetiske problematikker omhandler den samfundsmæssige sammenhæng, og kan blandt andet omhandle det personlige incitament for undersøgelsen (Brinkmann, 2015). Dette blev ikke vurderet at være relevant i dette speciale, da gruppemedlemmerne ikke selv har stillet projektforslaget og dermed ikke har nogen forudgående interesse i emnet.

Ifølge Kvale og Brinkmann (2015) er der fire områder, som har særlig betydning: *informeret samtykke*, *fortrolighed*, *konsekvenser* og *forskerens rolle* (Kvale & Brinkmann, 2015). Der er i specialet indhentet *informeret samtykke* fra alle informanter. Dette har til formål at sikre, at informanterne har viden om, hvad de samtykker til at deltage i (Kvale & Brinkmann, 2015). Informeret samtykke består blandt andet i, at informanten er informeret om undersøgelsens formål, og ligeledes at deltagelse er frivilligt og at samtykket kan trækkes tilbage, hvorved informanten udgår af undersøgelsen (Kvale & Brinkmann, 2015). *Fortrolighed* omhandler blandt andet, at identificerbar information og private data ikke gøres offentligt tilgængelige (Kvale & Brinkmann, 2015). Specialegruppen er bekendt med datatilsynets retningslinjer,

som har til formål at sikre, at personfølsomme oplysninger behandles og opbevares forsvarligt og i henhold til gældende lov (Gildberg & Hounsgaard, 2018). Informanterne blev pseudoanonymiseret ved censurering af navn og andre private informationer, som ville kunne henføres direkte til informanten, med henblik på, at de ikke kan genkendes af udefrakommende. Lydfiler indeholdende interviewoptagelser blev opbevaret på en krypteret harddisk, og kun gruppens medlemmer havde adgang til disse filer. Efter transskribering blev lydfilerne slettet. Deltagelse i et kvalitativt interview kan have *konsekvenser* af både positiv og negativ karakter (Kvale & Brinkmann, 2015). Forskeren har et ansvar for at reflektere over de mulige konsekvenser for informanterne, og i lige så høj grad for den større gruppe som de repræsenterer. Man må være vidende om, at informanterne i interviewsituationen kan komme til at give oplysninger, som de senere kan komme til at fortryde (Kvale & Brinkmann, 2015). *Forskerens rolle* og integritet er essentiel for kvaliteten af både de etiske beslutninger, der træffes og den videnskabelige viden, der opnås i kvalitativ forskning (Kvale & Brinkmann, 2015). Specialegruppen anvendte i rollen som interviewer sig selv som redskab til indhentning af viden, og her er betydningen af forskerens integritet øget, idet forskeren ved denne metode er essentiel for indhentning af viden (Kvale & Brinkmann, 2015). Det er essentielt, at forskningsresultaterne repræsenterer forskningsfeltet så nøjagtigt og repræsentativt som muligt (Kvale & Brinkmann, 2015), hvilket specialegruppen har haft stort fokus på. Her forsøgte specialegruppen at være bevidste om sin forforståelse, som er nærmere udfoldet i afsnit 4.1, for ikke at komme til at favorisere bestemte svar frem for andre. Specialegruppen ønskede at opnå så ”rene” beskrivelser fra informanterne som muligt for dermed at styrke kvaliteten af den videnskabelige viden.

En yderligere etisk overvejelse må omhandle magtforholdet mellem informant og interviewer. Forskningsinterviewet kan ifølge Kvale & Brinkmann (2015) ikke anses som en åben og fri dialog mellem ligestillede individer. Forskeren har magt i form af videnskabelig kompetence og beslutter interviewemner og hvilke svar, hun vil følge op på (Kvale & Brinkmann, 2015). Interviewene tog udgangspunkt i en udarbejdet semistruktureret interviewguide, hvori interviewemnerne var defineret, men med mulighed for at informanten kunne bringe andre emner i spil. Spørgsmålene blev forsøgt udformet med henblik på ikke at præge informantens holdninger, og det blev tilstræbt at være så tro mod informantens beskrivelser som muligt både i interviewsituationen og i den efterfølgende analyseproces. Specialegruppen arbejdede overordnet med udgangspunkt i *Danish code of conduct*, hvor værdier som ærlighed, gennemsigtighed og ansvarlighed er grundlaget for god forskningspraksis, og hvis hensigt er

at forebygge videnskabelig uredelighed og brud på ansvarlig forskningspraksis (Gildberg & Hounsgaard, 2018).

6.2 Litteratursøgning

Følgende afsnit indeholder først en beskrivelse af, hvordan den indledende litteratursøgning er foretaget. Dernæst følger en beskrivelse og en begrundelse for den systematiske litteratursøgning, som skal bidrage med viden om borgernes motiver for at kontakte out of hours. Den systematiske litteratursøgning har dermed til formål at besvare specialets første underspørgsmål ” *Hvilken eksisterende viden foreligger om borgernes motiver for at kontakte sundhedsvæsenet out of hours?* ”.

6.2.1 Indledende litteratursøgning

Indledningsvist blev der foretaget usystematiske og brede søgninger for at identificere eksisterende litteratur om problemstillingen. De indledende søgninger blev udført i databaserne Embase, ProQuest og Cinahl, i søgemaskinen Google Scholar og i PRIMO. PRIMO er Aalborg universitetsbiblioteks egen database. Desuden blev der anvendt rapporter fra blandt andet sundhedsstyrelsen og diverse bøger. Der blev yderligere foretaget retrospektiv og prospektiv kædesøgning på baggrund af referencer i videnskabelige artikler, samt i de anvendte rapporter. Herved anvendes andres referencer til at afdække specialets problemfelt (Rienecker & Jørgensen, 2022). Dette blev blandt andet gjort ved at bruge studierne og rapporternes referencer og ved at anvende funktionen ”*Cited by*”, for på denne måde at kunne kædesøge tilbage og frem i tid. Herved er det muligt at få mere relevant litteratur og at få de udgivelser med, der har refereret til det fundne studie (Rienecker & Jørgensen, 2022). Den indledende søgning gav dermed et overblik over den eksisterende litteratur, hvilket gjorde det muligt at indsnævre problemfeltet og ligeledes bidrog den til at identificere relevante søgetermer til den systematiske litteratursøgning (Rienecker & Jørgensen, 2022). Den indledende litteratursøgning danner dermed grundlaget for at fremskrive problemstillingen i det initierende problem og den efterfølgende analysering af problemstillingen i problemanalysen.

6.2.2 Den systematiske litteratursøgning

Med udgangspunkt i det første underspørgsmål i problemformuleringen foretages den systematiske litteratursøgning i forskellige databaser. Med udgangspunkt i den indledende søgning identificeres søgetermer, som sammensættes til en søgestrategi og kombineres med de boolske operatorer AND og OR (Lund et al., 2014). Den systematiske litteratursøgning er vigtigt for at øge sandsynligheden for, at identificere al relevant litteratur i forhold til den undersøgte problemstilling (Lund et al., 2014). Den systematiske litteratursøgning dokumenteres ved en søgeprotokol, som giver en struktureret beskrivelse af søgestrategien og bidrager til øget reproducerbarhed (Frandsen et al., 2014). Den systematiske litteratursøgning er udarbejdet i samråd med en cand.scient.bibl. på AAU, som har kompetencer indenfor litteratursøgning.

6.2.3 Søgestrategi

Der udarbejdes en søgestrategi for at kunne udføre en systematisk og reproducerbar litteratursøgning, og dermed kunne fremsøge relevant litteratur i de videnskabelige databaser (Frandsen et al., 2014). Udvælgelsen af hvilke og hvor mange søgetermer, der anvendes til belysningen af problemformuleringen, er altid en selvstændig, individuel og subjektiv vurdering (Rienecker & Jørgensen, 2022). Søgetermerne er identificeret i den indledende litteratursøgning på baggrund af problemformuleringens første underspørgsmål, og opstilles i en søgematrice bestående af tre blokke (Lund et al., 2014). Bloksøgning er med til at sikre en ensartethed, struktur og transparens i søgningen, på tværs af de forskellige videnskabelige databaser (Buus et al., 2008). Søgetermerne blev oversat til engelsk for at imødekomme databasernes sprog, og de engelske søgetermer danner grundlag for søgestrategien i databaserne. Ud fra blokkene blev relevante synonymer identificeret for at få så mange relevante søgeord med som muligt. Indenfor hver blok blev synonymer identificeret ved hjælp af databasernes thesaurus, herved undersøges det ligeledes, om søgetermerne findes som kontrollerede emneord, hvorefter søgetermerne suppleres som fritekstsøgninger. Efter de relevante synonymer var identificeret, blev søgetermerne blandet andet bøjset, søgt på i ental og i flertal. Der blev anvendt trunkering for at få flest mulige hits. De kontrollerede emneord er de søgeord, som publikationer tildeles af udbyderne, og som anvendes til at beskrive emnerne i artiklerne og til at præcisere søgningen (Lund et al., 2014). Ved at anvende

kontrollerede emneord indsnævres søgningen (Lund et al., 2014). De kontrollerede emneord blev efterfølgende suppleret med fritekstsøgninger. Fritekstsøgningerne blev brugt til at udvide søgningen og for at få de artikler med, som endnu ikke har fået tildelt kontrollerede søgeord (Lund et al., 2014). Der blev i fritekstsøgningen anvendt trunkering, for på denne måde at få alle endelser og bøjninger af søgetermerne med, og for på denne måde at kunne brede søgningen ud (Buus et al., 2008). Trunkering blev dog erstattet af synonymer, da dette blev fundet at give flere hits. Der blev ligeledes anvendt frasesøgning, hvor der sættes anførselstegn rundt om flere ord (Rienecker & Jørgensen, 2022), som fx “*out-of-hours care*” og “*out of hour health care*”. Der blev ligeledes anvendt citationssøgning, hvilket er en måde at supplere søgningen på, da der her kigges efter relevante referencer i de artikler, der blev vurderet relevante (Rienecker & Jørgensen, 2022).

Med udgangspunkt i problemformuleringens første underspørgsmål udledes blokkene *Patient*, *Motives* og *Out of Hours*. Bloksøgningen og søgeordene er illustreret i bilag 4. De udvalgte blokke ses i nedenstående tabel 1.

BLOK 1: Patients	AND	BLOK 2: Motives	AND	BLOK 3: Out of hours
------------------	-----	-----------------	-----	----------------------

Tabel 1: Matrice over de udvalgte blokke.

Søgetermerne blev i hver blok kombineret med den boolske operator OR, for på denne måde at udvide søgningen mellem de tidligere identificerede synonyme søgetermer. Derefter blev den boolske operator AND anvendt til at indsnævre søgningen, ved at kombinere søgefacetterne og dermed finde referencer, der indeholder alle blokkene (Buus et al., 2008; Lund et al., 2014). Ved at kombinere med AND mellem en eller flere blokke, blev søgningen dog for snæver, hvilket resulterede i for få relevante hits. På baggrund heraf blev blokkene *Motives* og *Patients* fravalgt i samråd med cand.scient.bibl., da det blev vurderet, at patients indgik implicit i blokken *Out of Hours*, og at der i stedet for at anvende blokken *Motives* og dermed indskrænke antal hits, kunne screenes for motiver, i gennemgangen af artiklerne. På denne måde sikres flest mulige relevante hits indenfor emnet, hvorfor der kun anvendes blokken *out of hours* i den endelige søgning. Nedenstående tabel 2, illustrerer et udsnit af søgningen i de udvalgte databaser. Den anvendte søgestreng, og den fulde søgning over alle databaser, fremgår af bilag 4.

	Type af søgeord	Facet 1: Out of Hour
Boolske operatorer		
EMBASE		
OR	Fritekstsøgning	“out-of-hours care”:ti,ab,kw “after hours care”:ti,ab,kw “after hours medical care”:ti,ab,kw “out of hours medical care”:ti,ab,kw “out of hours primary care”:ti,ab,kw “out of hours gp”:ti,ab,kw “out of hours health care”:ti,ab,kw
	Kontrollerede emneord	“out-of-hours care”/exp

Tabel 2: Søgematrice over søgestrategien i EMBASE

6.2.4 Udvalgte databaser

Til belysning af problemstillingen søges der i flere videnskabelige databaser. Dette for at opnå et flervidenskabeligt perspektiv, grundet databasernes forskellige fokusområde, hvilket ligeledes har betydning for søgeresultaterne (Lund et al., 2014). Udvælgelsen af relevante databaser foretages ud fra det søgespørgsmål, der ønskes besvaret (Lund et al., 2014). Problemformuleringens første underspørgsmål er derfor styrende for valget af databaser. Den systematiske litteratursøgning udføres i de videnskabelige databaser Pubmed, Embase, Cinahl og Scopus. Databasen Pubmed er en engelsk database, der blev anvendt grundet databasens mange referencer indenfor biomedicin og sundhed (Pubmed). Embase blev valgt, da det er en europæisk database, der indeholder publikationer omhandlende henholdsvis sundhed og folkesundhed samt biomedicinske publikationer (Embase, 1974). Cinahl blev valgt grundet

dennes fokus indenfor sundhed, sygepleje og kvalitativ forskningslitteratur (Cinahl, 1981). Scopus favner bredt og indeholder publikationer indenfor det humanistiske og sociologiske felt (Scopus, 1996). Databasen SCOPUS har ikke en tesaurus og dermed kunne den ved hjælp af fritekstsøgningerne bidrage til andre resultater, samt bidrage til at søge mere intuitivt (Scopus, 1996). Databaserne EMBASE, Pubmed, Embase, Cinahl og SCOPUS udgør således grundlaget for den systematiske litteratursøgning, da det blev vurderet, at disse kan bidrage til at identificere den eksisterende viden, der foreligger om borgernes motiver for at ringe out of hours, og dermed bidrage til besvarelse af problemformuleringen.

6.2.5 In- og eksklusionskriterier af artikler

For at målrette udvælgelsen af studier og sikre transparens i den systematiske litteratursøgning opstilles in-og eksklusionskriterier (Lund et al., 2014). Dette bidrager til at kunne identificere de studier, som er relevante for besvarelse af problemformuleringen (Buus et al., 2008). Følgende in-og eksklusionskriterier er valgt for at sikre en målrettet udvælgelse af litteratur jf. tabel 3.

Inklusionskriterier	Eksklusionskriterier
– Studiet skal omhandle motiver for kontakt til out of hours – Studiet skal være udført i et land, der vurderes sammenligneligt med Danmark (Nordiske lande) – Sprog i studiet: Engelsk, dansk, norsk, svensk – Nyere studier (Indenfor de sidste 10 år) – Studier, der tager udgangspunkt i borgernes perspektiv	– Studier, der omhandler kontakt til det øvrige sundhedsvæsen (Dette indebærer 112 og sygehuset) – Studier, der fokuserer på borgere med psykisk sygdom – Studier, der fokuserer på sygdomsspecifikke kontakter – Studier, der fokuserer på de sundhedsprofessionelles perspektiv

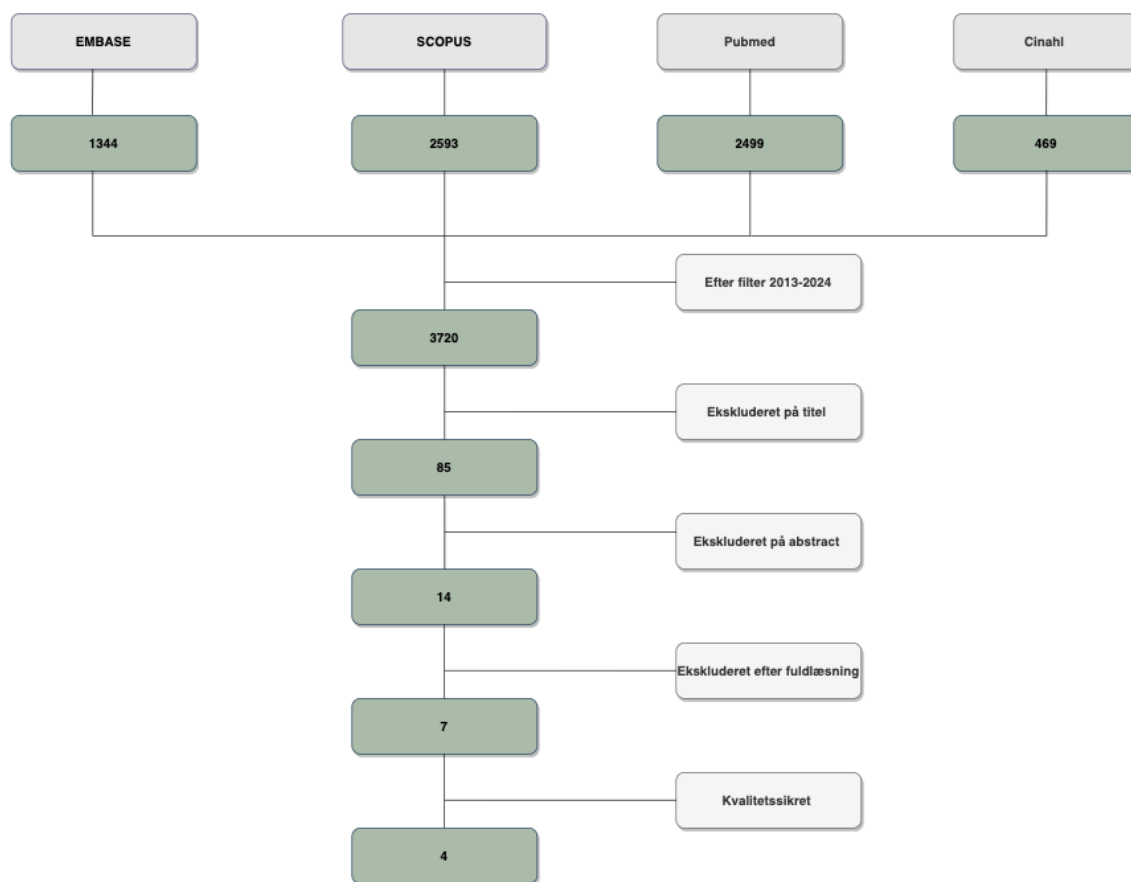
Tabel 3: Tabel over in-og eksklusionskriterier til udvælgelse af artikler

Der ønskes studier, som omhandler borgernes motiver for at kontakte out of hours, og der prioriteres studier fra lande, som vurderes sammenlignelige med Danmark, med henblik på at øge overførbareheden til en dansk kontekst. Ydermere ønskes studier udført indenfor de sidste 10 år for at identificere den nyeste viden om problemstillingen.

6.2.6 Udvælgelse af videnskabelige studier

Med udgangspunkt i de opsatte in- og eksklusionskriterier udføres udvælgelsen af de videnskabelige artikler til besvarelse af problemformuleringens første underspørgsmål. Dette illustreres i figur 4. Udvælgelsesprocessen sker trinvist, hvilket ifølge Lund et al (2014) bør foregå ved at vurdere de fundne studier ud fra henholdsvis titel, abstract og til sidst gennemlæsning af hele studiet (Lund et al., 2014).

Der blev i alt identificeret 6875 publikationer, fordelt i de fire databaser, Embase, Scopus, Pubmed og Cinahl. Der ønskes det nyeste litteratur, hvorfor der blev søgt litteratur indenfor de sidste 10 år + indeværende år. Dette resulterede i 3720 publikationer, hvoraf 3635 blev ekskluderet efter gennemlæsning af titel. De ekskluderede artikler inkluderede blandt andet titler indeholdende specifikke sygdomme, kontakt til sygehus eller det akutte beredskab 112. De resterende 85 studier blev der læst abstract på, hvor relevansen for problemstillingen var i fokus. Dette resulterede i 14 artikler, som derefter blev gennemlæst. Efter fuld gennemlæsning blev 7 artikler fundet relevante. Yderligere udvælgelse resulterede i 4 artikler, der blev fundet af særlig relevans, til brug i analysen og som blev kvalitetsvurderet, jf. bilag 5.



Figur 4: Flowchart over udvælgelsesprocessen af de valgte studier.

6.2.7 Kvalitetsvurdering

Kvalitetsvurdering af de udvalgte studier har til hensigt at vurdere troværdigheden af studiernes fremkomne resultater, herunder i hvor høj grad forfatterne har begrænset risikoen for, at bias har påvirket deres resultater (Lund et al., 2014). Forskellige studiedesign vurderes forskelligt, hvorfor der findes specifikke tjeklister til hvert studiedesign. Samtlige studier blev kvalitetsvurderet med tjeklister, idet dette medvirker til, at læseren er mere kritisk overfor studiets resultater og sikrer en struktureret og transparent fremgangsmåde (Lund et al., 2014). Den kritiske vurdering af hvert studie blev foretaget af begge specialegruppens medlemmer uafhængigt af hinanden, hvorefter vurderingerne blev sammenlignet og gennemgået i fællesskab. Dette skete for at sikre en valid kritisk vurdering af alle de udvalgte studier.

6.2.8 Analysestrategi til videnskabelige studier

Til analyse af den fundne empiri fra den systematiske litteratursøgning anvendes tematisk analyse udviklet af Virginia Braun og Victoria Clarke (2006). Ved at anvende denne analysemetode er det muligt at identificere, analysere og rapportere temaer i empirien. Dette gøres ved hjælp af analysemetodens seks trin. De seks trin guider processen. For at sikre validiteten og det fulde udbytte af empirien foregår analysen i en dynamisk proces faserne imellem (Braun & Clarke, 2006). Den tematiske analyse giver mulighed for at identificere de temaer, der belyser borgernes motiver for at kontakte sundhedsvæsenet out of hours.

Tematisk analyse kan være henholdsvis induktiv eller deduktiv (Braun & Clarke, 2006), hvor der i analysen af den eksisterende empiri, anvendes en induktiv tilgang. Dette på baggrund af specialets eksplorative tilgang, hvor der ønskes en dybere forståelse for borgernes motiver for at ringe out of hours. De identificerede temaer diskuteres i den kritiske fortolkning og diskussion.

Den tematiske analyse udføres i Microsoft Word. Der anvendes Braun & Clarkes (2006) tjekliste for god tematisk analyse, for at sikre nøjagtighed og transparens i analysen (Braun & Clarke, 2006). Nedenstående tabel 4, illustrerer fremgangsmåden, i identificeringen af temaerne, ud fra de seks trin.

Trin	Tematisk analyse Braun & Clarke, 2006	Videnskabelig empiri
Trin 1	Blive bekendt med data	Empirien gennemlæses af specialegruppen. Herved opnår specialegruppen et dybere kendskab til materialet. Der noteres initierende ideer.
Trin 2	Generere initiale koder	Der kodes i alle artiklerne, hvorefter koderne indskrives i en matrice. Koderne er de ord der kommer til syne i teksten, hvilket i indeværende speciale er ord og begreber der omhandler borgernes motiver for anvendelsen af out of hours
Trin 3	Søgning efter temaer	Med udgangspunkt i koderne, genereres temaer på tværs af empirien

Trin 4	Gennemgang og revurdering af temaer	Temaerne der er fremkommet med udgangspunkt i koderne, gennemgås. Dette for at tjekke om der er overlap af koder og temaer. Der tjekkes ligeledes om temaerne er dækkene for det det kodede og for hele datasættet (trin 1-2)
Trin 5	Definere og navngive temaer	De generede temaer, fremkommet i trin fire, navngives, for at sikre at beskrivelsen er dækkende for koderne
Trin 6	Skrive en narrativ rapport med udgangspunkt i fundene	Temaerne med fokus på motiver uddybes, og de fundne narrativer fremstilles

Tabel 4: Illustration over den tematiske analysestrategi, ud fra de seks trin

6.3 Kvalitativ dataindsamling

I specialet anvendes det kvalitative interview for at besvare problemformuleringens andet underspørgsmål og derved opnå en beskrivelse af informanternes forståelse af akut sygdom og deres motiver for at kontakte out of hours.

Når der ønskes indblik i og forståelse af, meninger, oplevelser og erfaringer er kvalitativ metode særligt anvendelig, idet fokus for det kvalitative interview er informanternes perspektiv (Merriam & Tisdell, 2016; Launsø et al., 2017). Med udgangspunkt i problemformuleringens andet underspørgsmål placerer dette sig indenfor den forstående forskningstype, som søger at forstå og fortolke viden ud fra den udforskedes perspektiv (Launsø et al., 2017). Dette afspejler specialets ønske om en dyberegående forståelse for borgernes perspektiv, deres forståelse af akut sygdom og motiverne for at kontakte out of hours.

6.3.1 Det semistrukturerede kvalitative interview

Formålet med det kvalitative interview er at opnå en dyberegående forståelse for informanternes oplevelser og holdninger om et givent emne, og udfolde betydningen af deres oplevelser (Brinkmann & Tanggaard, 2015). I dette speciale anvendes det semistrukturerede kvalitative interview, som positionerer sig mellem den strukturerede og ustrukturerede

tilgang. Det giver plads til at forfølge informanternes udsagn og åbne op for nye retninger i interviewet (Merriam & Tisdell, 2016; Kvale & Brinkmann, 2015).

Den semistrukturerede tilgang er eksplorativ og åben, men samtidig guidet af allerede formede spørgsmål, der ligger til grund for, samt styrer interviewet (Merriam & Tisdell, 2016). Den åbne tilgang gør det muligt at tilpasse spørgsmål og spørgestil undervejs i interviewet. Det er relevant grundet specialets kritisk hermeneutiske position, hvormed informanterne kan udfolde deres oplevelser og erfaringer i deres fortælling (Brinkmann & Tanggaard, 2015).

Det kvalitative interview er kendetegnet ved at være en udveksling af synspunkter og dermed bringer begge parter i interviewsituationen deres for forståelse ind i samtalen, hvilket afspejler den kritisk hermeneutisk videnskabsposition, som specialet indtager. Det semistrukturerede interview giver mulighed for at forfølge borgernes fortællinger og få indsigt i deres perspektiver, samt i emner som gruppemedlemmerne er blinde for og samtidig giver det mulighed for, at forskningsspørgsmålene kan besvares (Brinkmann & Tanggaard, 2015). Ved at anvende semistrukturerede individuelle interviews, kan der dermed opnås en dyberegående forståelse for borgernes forståelse af akut sygdom, og deres motiver for at kontakte out of hours. Begge gruppemedlemmer er til stede ved hvert interview, hvor et gruppemedlem fungerer som den primære interviewer og anvender interviewguiden til at strukturere interviewet, og det andet gruppemedlem er ansvarlig for at supplere med yderligere opfølgende spørgsmål ved behov. Det blev lagt op til informanterne, hvor de ønskede, at interviewene skulle forgå. Der blev tilbudt, at interviewet kunne afholdes ved fysisk fremmøde, at interviewet kunne foregå over teams, eller kunne være over telefonen. Seks informanter ønskede at interviewet blev afholdt over telefonen. Her blev der indhentet mundtligt samtykke, som dokumenteres på optagelsen af interviewet.

6.3.2 Udvikling af interviewguide

Til det semistrukturerede kvalitative interview anvendes en semistruktureret interviewguide. Denne er ifølge Kvale & Brinkmann (2015) sammensat af forudbestemte spørgsmål og har en fleksibel struktur med enkle spørgsmål (Kvale & Brinkmann, 2015). Udarbejdelsen af interviewguiden afspejler den kritisk hermeneutiske videnskabsteoretiske tilgang, hvor specialegruppens for forståelse opnået gennem litteratur og teori benyttes til at udforme

interviewspørgsmålene. Dette med henblik på at opnå forståelse for borgernes forståelse af akut sygdom og deres motiver for at kontakte out of hours.

Interviewguiden er udarbejdet ud fra forskellige temaer henholdsvis: *indledning, baggrundsinformation, forståelse af akut sygdom, kontakt til egen læge, anvendelse af akutnummer hos egen læge udenfor almindelig telefontid, anvendelse af lægevagten og forandring*. De typer af interviewspørgsmål, der er anvendt i interviewguiden, er indledende, direkte, opfølgende og sonderende spørgsmål (Kvale & Brinkmann, 2015). Disse skal understøtte, at problemformuleringens andet underspørgsmål belyses. Et eksempel på indledende spørgsmål er: *Vil du fortælle hvad du forstår ved akut sygdom? Samt vil du prøve at fortælle din oplevelse af, hvordan det er at få en tid hos din egen læge?* Disse kan give anledning til, at den interviewede fortæller sin historie, som efterfølgende kan uddybes ved, at interviewer stiller opfølgende spørgsmål angående det, som lige er blevet sagt, eller ved at interviewer gentager betydningsfulde ord (Kvale & Brinkmann, 2015). Interviewguiden indeholder også direkte spørgsmål (Kvale & Brinkmann, 2015). Et eksempel på dette er: *Har du prøvet at være i en situation, hvor du overvejede at ringe, men ikke gjorde det?* Igennem hele interviewguiden blev der suppleret med sonderende spørgsmål, som *kan du fortælle lidt mere om det?* og *vil du prøve at uddybe det?*

Interviewguiden består af faserne *briefing, interviewspørgsmål og debriefing*. I *briefing* indledes der med at informere informanten om specialets og interviewets formål. Ligeledes forklares begrebet pseudoanonymisering for informanten, og der spørges ind til, om informanten har nogle spørgsmål, inden interviewet går i gang. Derefter startes interviewet, som er anden fase, *interviewspørgsmål*. Dette foregår i en dialog mellem informanten og gruppemedlemmerne, hvor alle spørgsmålene forsøges belyst. Interviewet afsluttes med en *debriefing* for at afrunde interviewet og give informanten mulighed for at stille spørgsmål og komme med tilføjelser eller kommentarer. Dette med henblik på at informanten føler sig hørt og får mulighed for at italesætte tanker eller bekymringer omkring deltagelse i interviewet (Kvale & Brinkmann, 2015).

6.3.3 Validering af interviewguide ved hjælp af pilotinterview

I specialet er der foretaget pilotinterview, hvor interviewguiden er afprøvet med det formål at sikre, at spørgsmålene i interviewguiden er forståelige for andre end specialegruppen og sikre,

at spørgsmålene forstås som tilsigtet (Merriam & Tisdell, 2016; Kvale & Brinkmann, 2015). Der blev foretaget et pilotinterview på en person i specialegruppens netværk, for på denne måde at sikre at spørgsmålene blev testet på en, der ikke var bekendt med specialets problemstilling på forhånd og dermed ikke havde en forforståelse, der var påvirket af specialegruppens medlemmer. Pilotinterviewet bidrog dermed til at sikre det bedst mulige flow i spørgsmålene. Spørgsmål, der ikke blev forstået efter hensigten, blev tilrettet. På denne måde blev det sikret, at spørgsmålene i interviewguiden, medvirkede til besvarelse af problemformuleringens andet underspørgsmål.

6.3.4 Rekruttering og udvælgelse af informanter

Ifølge Maxwell (2005) bør rekruttering af informanter afspejle undersøgelsens formål og den viden, som ønskes indsamlet. Rekruttering er derfor et afgørende trin i den kvalitative undersøgelse. Der ønskes informanter, som kan bidrage med viden om den problemstilling, der ønskes undersøgt. På baggrund af dette anvendes *purposefull* sampling til rekruttering af informanter (Merriam & Tisdell, 2016). Dette med henblik på at rekruttere informanter med forskellige karakteristika for at opnå variation på tværs af alder og køn. In- og eksklusionskriterier anvendt i rekrutteringen af informanter ses i tabel 5. Med udgangspunkt i problemformuleringen ønskes der nuancerede beskrivelser af borgernes forståelse af akut sygdom og deres motiver for at kontakte out of hours. Informanterne blev rekrutteret ved, at specialegruppen stod foran flere lægehuse, supermarkeder, et bibliotek og en busterminal. Her blev folk spurgt, om de havde haft kontakt til deres praktiserende læge udenfor dennes almindelige telefontid eller til lægevagten indenfor de sidste seks måneder. Der blev ved hjælp af en "gatekeeper" forsøgt etableret kontakt til en lægeklinik i Frederikshavn kommune for at rekruttere informanter via dennes venteværelse, men lægeklinikken ønskede ikke at deltage. Ydermere blev der rekrutteret ved hjælp af et opslag på Facebook, hvori specialets formål fremgik, samt inklusionskriteriet; kontakt med praktiserende læge udenfor almindelig telefontid eller kontakt til lægevagten indenfor de sidste seks måneder. Desuden blev der opfordret til at dele opslaget på Facebook for at nå ud til så mange som muligt, for på denne måde at anvende snowball sampling (Merriam & Tisdell, 2016). Antallet af informanter er bestemt ud fra specialets rammer, tidsperiode og ressourcer (Brinkmann & Tanggaard, 2015). Da det viste sig svært at rekruttere informanter på de beskrevne måder, måtte specialegruppen ydermere rekruttere informanter i deres netværk.

Inklusionskriterier	Eksklusionskriterier
– Borgere, der har anvendt akutnummeret ved egen læge, indenfor de sidste seks måneder – Borgere, der har anvendt lægevagten, indenfor de sidste seks måneder – Mænd og kvinder – Alle aldre over 18 år – Borgere, der har anvendt out of hours på egne eller andres vegne	– Borgere med udtalt kognitiv svækkelse – Borgere, der ikke har ringet til lægevagten eller udenfor lægens almindelige telefontid – Borgere under 18 år

Tabel 5: Over in- og eksklusionskriterier, anvendt i rekrutteringen af informanter

6.3.5 Transskribering af interviews

Der blev i alt optaget ni interviews med diktafon, hvoraf de otte kunne anvendes til videre analyse. Under interviewet fremgik det, at den niende informant ikke opfyldte inklusionskriterierne, hvilket medførte, at interviewet udgik. De otte interviews blev efterfølgende overført til programmet Veracrypt, på en krypteret harddisk. Begge gruppemedlemmer var med til alle interviews og skiftede mellem at være observant og interviewer, hvilket gjorde, at begge havde indsigt i det nonverbale sprog, ordlyd osv. samt havde en dyberegående indsigt i materialet. Datamaterialet blev på baggrund heraf opdelt og transskriberet vilkårligt mellem gruppemedlemmerne (Brinkmann & Tanggaard, 2015). Transskriberingerne blev foretaget med udgangspunkt i de transskriptionskonventioner, gruppen tidligere havde udarbejdet, hvilket ses i tabel 6. Dette skete for at sikre ensartethed i transskriptionerne, samt måden hvorpå de opsættes (Brinkmann & Tanggaard, 2015). Herved undgås fortolkningsproblemer (Kvale & Brinkmann, 2015).

Transskriptionskonventioner	Angivelse af transskribering
<i>Interviewer angives som (I)</i> <i>Informanten angives med informant efterfulgt af nummeret informanten er tildelt</i> <i>Hver gang der startes ny linje, angives dette med nyt tal. Der startes med 1...2...3 osv.</i>	1. (I) 2. Informant 1 3. Osv.

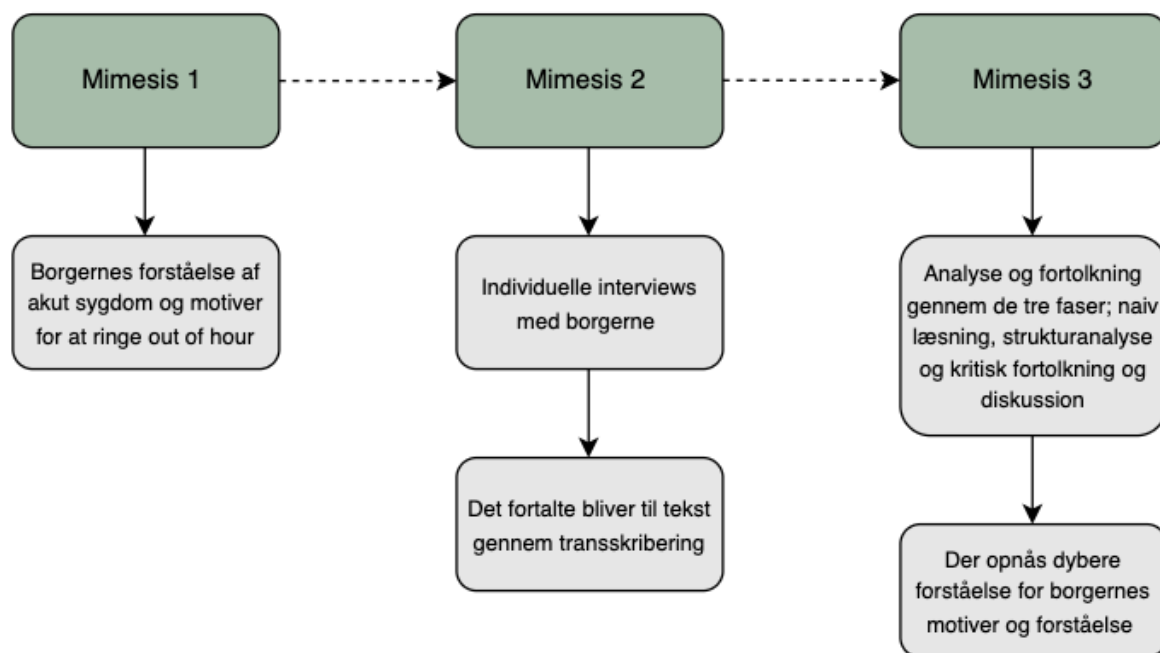
<i>Hvis svaret fra informanten ikke kan høres eller er uforståeligt noteres dette med:</i>	()
<i>Pauser af længerevarende karakter</i>	(...)
<i>Fyldord; der ikke transskriberes</i>	”Øhh” og hvis der gentages præcis det samme f.eks. Nej, nej... Nej, hvor det ikke er relevant for sætningen, men udelukkende er gentagelser uden egentlig betydning
<i>Fyldord; der transskriberes</i>	”Ja” og ”Mmm” Samt ord der viser, at der anerkendes
<i>Personlige informationer om informanten</i>	Hver informant får et nummer som et led i pseudoanonymiseringen. Dette noteres; Informant 1, Informant 2 mm.
<i>Hvis der er lyde, der er særligt fremtrædende i forhold til talen</i>	Dette skrives med store bogstaver /ORD
<i>Ved særlige betoning i ord</i>	Understregning af ord

Tabel 6: Oversigt over transskriptionskonventioner

6.3.6 Analysestrategi til analyse af interviews

Der tages i databearbejdningen udgangspunkt i Pedersen og Dreyers (2018) fænomenologiske-hermeneutiske analysestrategi, som tager udgangspunkt i Ricoeurs fortolkningsteori. Ifølge Pedersen og Dreyer (2018) foregår forståelsesprocessen i en bevægelse fra overfladefortolkning til en dybdefortolkning, og er dermed en konstant dialektisk bevægelse fra præfiguration til refiguration (Pedersen og Dreyer, 2018). Ricoeurs begreb om den trefoldige mimesis anvendes hermed som et epistemologisk redskab med henblik på at opnå forståelse for borgernes forståelse af akut sygdom og deres motiver for at ringe out of hours. Analyseprocessen omfatter en dialektisk bevægelse mellem de tre niveauer, *naiv læsning*, *strukturanalyse* og *kritisk fortolkning og diskussion* (Simoný et al., 2018; Pedersen & Dreyer, 2018), hvilket er en trinvis proces, der fører til temaer ved at bevæge sig mellem, *hvad der siges til*, *hvad teksten taler om* (Pedersen & Dreyer, 2018). Interviews blev med afsæt i denne analysestrategi analyseret med henblik på at identificere temaer, og de fremanalyserede temaer vil efterfølgende blive fortolket og diskuteret, med

henblik på besvarelse af specialets problemformulering. Analyseprocessen illustreres i nedenstående figur 5.



Figur 5: Illustration af analyseprocessen, af de individuelle interviews.

6.3.6.1 Naiv læsning

Den naive læsning er den indledende proces, hvorved der opnås en forståelse af teksten som helhed (Simoný et al., 2018) og indbefatter, at hele datamaterialet gennemlæses (Pedersen & Dreyer, 2018). Dette blev i specialegruppen gjort ved at læse alle de transskriberede interviews igennem og ved at forholde sig åbent til indholdet i data. Denne gennemlæsning leder til en umiddelbar og initierende antagelse om, hvad teksten handler om. Denne overfladefortolkning af teksten danner udgangspunkt for den efterfølgende dybdegående analyse i strukturanalysen (Ricoeur, 1979).

6.3.6.2 Strukturanalyse

Strukturanalysen fungerer som bindeleddet mellem overfladefortolkning og dybdefortolkning, og analysen udgør det forklarende element mellem meningsenheder, *det der siges* og betydningsenheder, *det der tales om* (Pedersen & Dreyer, 2018). For at identificere de mulige forklaringer og betydninger af teksten bevarer fortolkeren på dette trin en åbenhed overfor teksten, ved at nærme og distancere sig fra teksten. Herved bevæger

fortolkeren sig fra del til helhed, hvilket kræver gentagne gennemlæsninger (Pedersen & Dreyer, 2018).

I strukturanalysen uddrages citater fra teksten, hvilket udgør meningsenhederne, hvorefter fortolkeren gennem analyse af disse meningsenheder forklarer, hvad der tales om, i form af betydningsenheder. Dette bidrager til, at der identificeres temaer, som beskriver essensen af de transskriberede interviews. I specialet gøres dette ved at indsamle meningsenheder, på baggrund af citater på tværs af de transskriberede interviews. Efterfølgende udledes betydningsenheder med henblik på at forstå og forklare, hvad der tales om i interviewene. Betydningsenhederne danner således baggrunden for identificeringen af temaer.

6.3.6.3 Kritisk fortolkning og diskussion

Den sidste fase af analysen er kritisk fortolkning og diskussion, hvilket er en dialektisk proces mellem forklaring og forståelse og mellem det konkrete og det almene (Pedersen & Dreyer, 2018). På baggrund af temaerne, identificeret i strukturanalysen, sker i denne fase en bevægelse mod dybdefortolkning og diskussion (Pedersen & Dreyer, 2018). For at forstå og forklare betydningsenhederne udvides den dialektiske proces, ved at anvende litteratur og teori. Der sker på baggrund af en bevægelse mellem forklaring og forståelse, således en horisontsammensmeltning mellem teksten og forståelse af teksten (Pedersen & Dreyer, 2018). Til at opnå yderligere forståelse og forklaring af borgernes motiver for at ringe out of hours, samt deres forståelse af hvad der er akut sygdom, anvendes der i specialet litteratur fra den systematiske litteratursøgning, anden litteratur og ligeledes inddrages relevant teori til at diskutere de identificerede temaer.

Herved bidrager litteraturen og teorien til, at fortolkningen kan ses i en bredere kontekst, det almene, da der gennem teori og litteraturen opnås en dybere forståelse for fænomenet med udgangspunkt i de fundne temaer. Kritisk fortolkning og diskussion er dermed et væsentligt grundlag i identificeringen af de elementer, der kan bidrage til en forandring med henblik på at styrke, at den rette borger får den rette hjælp på det rette tidspunkt.

7.0 Resultater

I følgende afsnit bliver resultaterne af analysen af de empiriske data præsenteret. Først bliver de fire videnskabelige studier og kvalitetsvurdering af disse præsenteret. Derefter præsenteres den tematiske analyse. Efterfølgende præsenteres resultaterne af den naive læsning og strukturanalysen på baggrund af de udførte interviews. De identificerede temaer bliver herefter kritisk fortolket og diskuteret med inddragelse af litteratur fra den systematiske litteratursøgning, anden litteratur, samt teori. Den kritiske fortolkning og diskussion bidrager dermed til en dybere forståelse af borgernes forståelse af akut sygdom og deres motiver for at ringe out of hours.

7.1 Resultater af litteraturstudiet

I dette afsnit præsenteres de udvalgte videnskabelige studier og kvalitetsvurderingen af disse, med det formål at danne et overblik over blandt andet studierne formål, resultater og metodiske kvalitet. Derefter præsenteres den tematiske analyse af de videnskabelige studier med henblik på at besvare problemformuleringens første underspørgsmål; *hvilken eksisterende evidens foreligger om borgernes motiver for at kontakte sundhedsvæsenet out of hours?*

7.1.1 Præsentation og kvalitetsvurdering af udvalgte videnskabelige studier

I nedenstående tabel 7, præsenteres de fire udvalgte videnskabelige studier, som er fremfundet ved den systematiske litteratursøgning. Der er udvalgt et kvalitativt studie og tre kvantitative studier. Til at kvalitetsvurdere det kvalitative studie; *Contact to the out-of-hours service among Danish parents of small children – a qualitative interview study*, af Lass et al., 2018, blev tjeklisten, Checklist for qualitative research, Joanna Briggs Institute Critical Appraisal Tools anvendt (Bilag 5). Til vurdering af det kvalitative studie anvendes kvalitetskriterierne troværdighed, stringens og overførbarhed (Kitto, Chester & Grbich, 2008). Troværdighed vedrører, hvorvidt studiets resultater er præsenteret på en fyldestgørende og tydelig måde (Kitto, Chester & Grbich, 2008). Overførbarhed handler om, i hvilket omfang resultaterne fra studiet kan overføres til en anden kontekst, end den specifikke hvor forskningen er udført (Kitto, Chester & Grbich, 2008). Stringens omhandler

transparensen i studiets fremgangsmåde, hvormed læseren kan følge forskerens valg af metode, dataindsamlingsmåde og dataanalyse (Kitto, Chester & Grbich, 2008).

Til kvalitetsvurdering af de tre kvantitative studier: *Patient motives for contacting out-of-hours care in Denmark; A cross-sectional study*, af Huibers et al., (2020), *Contacts with out-of-hours primary care for nonurgent problems: patient's beliefs or deficiencies in healthcare?* Af Keizer et al., (2015) og *Do difficulties in accessing in-hours primary care predict higher use of out-of-hours GP services? Evidence from an English National Patient Survey*, af Zhou et al., (2015), anvendes STROBE Statement—Checklist of items that should be included in reports of cross-sectional studies, jf. bilag 5. Til vurdering af de kvantitative studier anvendes kvalitetskriterierne intern validitet, ekstern validitet/generaliserbarhed og reliabilitet. Den interne validitet omhandler resultaternes troværdighed, som påvirkes af confounding, informationsbias og selektionsbias (Juul et al., 2017). Ekstern validitet vedrører, i hvilket omfang resultaterne kan generaliseres til en anden population (Juul et al., 2017). Reliabilitet er en del af validiteten og omhandler undersøgelsens troværdighed (Juul et al., 2017). På baggrund af kvalitetsvurderingen vurderes artiklernes kvalitet, som lav, mellem eller høj.

Artikel 1

Contact to the out-of-hours service among Danish parents of small children – a qualitative interview study.

Marie Lass, Camilla Rahr Tatari, Camilla Hoffmann Merrild, Linda Huibers and
Helle Terkildsen Maindal (Lass et al., 2018)
Publiceret 2018 Land: Danmark

Formål	Formålet med det kvalitative studie af Lass et al., 2018, er at undersøge forældrene motiver for at ringe til lægen udenfor dennes almindelige åbningstid (out of hours). Der er et øget pres på out of hour, og mange af de kontakter, der er foretaget hertil, vurderes af sundhedspersonale at kunne vente til GP (egen læge) igen har åben. Det vil sige, at de vurderes som uhensigtsmæssige af sundhedspersonalet. Formålet med studiet er ligeledes at undersøge de faktorer, der kan have betydning for kontakten til out of hours – for at kunne komme med et bud på de tiltag, der kan foretages for at imødekomme det pres, der er på out of hours. Studiets formål var at undersøge de høje forventninger til og øgede pres på out of hours, fra forældres perspektiv
Design og metode	Det er et kvalitativt design med en fænomenologisk inspireret tilgang til indsamling af data, dette for at kunne udforske forældrenes perspektiv eksplorativt. Data blev indsamlet ved semistrukturerede individuelle interviews. Interviewene foregik hjemme ved deltagerne eller på institutionen, hvor de var rekrutteret fra. Der blev i studiet anvendt indholdsanalyse ud fra en induktiv tilgang. Data blev indsamlet over en to ugers periode i september 2016.
Population	Der blev interviewet 9 mødre i alderen 27-42 år, som var forældre til børn i alderen 0-4 år. De blev rekrutteret via convenience sampling, fra en institution i Århus, efter om de havde tid og mulighed i den periode, hvor interviewene foregik. Alle de interviewede havde en uddannelse, boede med faderen til børnene, og boede i gode kvarterer.
Resultater	Resultaterne viste, at der er fire kategorier, der har effekt på brugen af out of hours. Disse er følgende: – Navigation – Information – Bekymring – Forældre udvikling De interviewede fandt det nemt at navigere i sundhedsvæsenet og satte pris på at kunne få kontakt til en læge 24 timer i døgnet. Deltagerne fandt det mere kompatibelt at ringe til out of hours, da dette passede bedre ind i familiens skema og arbejdstider. Deltagerne følte, at de var informeret og vidste, hvor de skulle

	søge informationen, men at de ønskede lægefaglig information samt havde et behov for at dele ansvaret om barnets symptomer med en læge. Bekymringen var størst ved atypiske symptomer, eller hvor barnet havde været sygt længe, og hvor forældrene i stedet reagerede ud fra deres følelser fremfor rationelt. Forældrene var mest bekymrede for deres første barn på grund af manglende erfaring. Ved barn nummer to beskriver forældrene, at de bliver bedre til at vurdere symptomerne, på baggrund af erfaring. Studiet fandt, at health literacy har betydning for brugen af out of hours, hvor lav health literacy øger brugen af out of hours.
Kvalitetsvurdering /Kritiskvurdering	Troværdighed: Resultaterne i studiet er velrepræsenterede og underbygget med citater, ligeledes er resultaterne præsenteret på en meningsfuld og overbevisende måde, hvilket styrker studiets troværdighed. Studiet inddrager andre studier i diskussionen og fortolkningen af deres fund, hvilket ligeledes styrker troværdigheden. Stringens: Studiet er stringent i sit studiedesign, metode, målgruppe, analyseproces, og de beskriver deres valg af videnskabsteoretiske position. Der er ligeledes sammenhæng mellem det, de ønsker at undersøge, de valgte metoder og resultater. De beskriver, hvilken analysestrategi de anvender, og beskriver deres fravalg af en fænomenologisk analysestrategi, trods deres videnskabsteoretiske position. Dette ses som en styrke i studiet, da dette er velbeskrevet. Ligeledes beskriver de deres fremgangsmåde for rekruttering og in- og eksklusionskriterier tydeligt. De beskriver, at deres rekruttering kan have påvirket resultaterne, på grund af den rekrutterede homogene gruppe, hvilket kan have betydning for generaliserbarheden. Bevidsthed om dette anses som en styrke. To forskere har uafhængigt af hinanden kodet data, hvilket styrker stringensen af studiet. Overførbarhed: Studiet er udført i Danmark, hvilket er en styrke i relation til overførbarheden til indeværende speciale. Karakteristika af deltagere er velbeskrevet, herunder alder, køn og uddannelse. Dog er det en mindre og udpræget homogen gruppe, på baggrund af alder, køn og uddannelse, og dermed er denne ikke repræsentativ. Dette ses som en svaghed i studiet og svækker overførbarheden. Vurdering: Studiet vurderes at være af høj kvalitet, grundet dets transparens i videnskabsteoretiske position, studiedesign, målgruppe, udvælgelse af deltagere, analysestrategi, og at der i studiet anvendes citater.

Artikel 2

Do difficulties in accessing in-hours primary care predict higher use of out-of-hours GP services? Evidence from an English National Patient Survey

Yin Zhou, Gary Abel, Fiona Warren, Martin Roland, John Campbell,

Georgios Lyratzopoulos (Zhou et al., 2015)

Publiceret: 2014 Land: England

Formål	Formålet med tværsnitstudiet af Zhou et al., 2015, er at undersøge associationen mellem tilgængeligheden af den praktiserende læge i dennes åbningstid (in hours) og brugen af sundhedsydelse udenfor dennes almindelige åbningstid (out of hours). Brugen af out-of-hours er forbundet med høje omkostninger og kan have betydning for patienternes sikkerhed, da de læger der varetager out-of-hour ikke er bekendt med patienterne og deres eventuelle komorbiditeter og kompleksitet. På baggrund heraf er der et ønske om at målrette interventioner, der kan bidrage til at reducere brugen af sundhedsydelserne uden for almen praksis åbningstid. Formålet med studiet er dermed at undersøge associationen mellem tilgængelighed og brugen af out-of -hours for dermed at kunne målrette interventionerne, så disse kan bidrage til at reducere out of hours i primary care.
Design og metode	Det er et engelsk tværsnitstudie. Data er indsamlet ved at gøre brug af patientrapporteringer ved hjælp af et specifikt spørgeskema, hvor patienterne har svaret på fem forskellige spørgsmål i det udsendte landsdækkende spørgeskema. Spørgeskemaet er udsendt til 2,7 millioner engelske borgere, i perioden 2011/2012. Ud af disse besvarede 567.049 spørgeskemaet og opfyldte inklusionskriterierne i studiet. Et inklusionskriterie var patienter, der havde haft kontakt med deres læge indenfor de sidste seks måneder. Spørgeskemaet indeholdt spørgsmål vedrørende den praktiserende læge og dennes tilgængelighed. Deltagerne blev udvalgt tilfældigt. Dog blev det kun sendt spørgeskema ud til dem, der var tilknyttet en praktiserende læge. Der er anvendt logistisk regression til analyse, til at undersøge associationen mellem brugen af out of hours, og de individuelle eksponeringsvariabler. Studiet finder ikke indikation for confounding.
Population	Engelske patienter, som er tilknyttet en praktiserende læge, fik tilsendt spørgeskemaet, via post. De patienter, der har haft kontakt til en praktiserende læge indenfor seks mdr., blev inkluderet. Populationen i studiet var 567.049.

Resultater	Det blev fundet i studiet, at der var en association mellem problemer med den praktiserende læges tilgængelighed og brugen af out of hours. Studiet fandt ligeledes at alder, køn, etnicitet og jobstatus, ikke havde betydning, for brugen af out of hours. Dog fandt studiet, at borgere uden uddannelse, udenfor arbejdsmarkedet eller i deltidsjob anvendte out of hours hyppigere, end dem med fuldtidsarbejde.
Kvalitetsvurdering /Kritiskvurdering	Intern validitet: Spørgeskemaet er sendt tilfældigt ud til borgere, der er tilknyttet en praktiserende læge. Dette højner studiets validitet, samt mindsker risikoen for selektionsbias. Der justeres for potentielle confoundere, hvilket højner den interne validitet. Der er anvendt et valideret spørgeskema, hvilket ligeledes højner den interne validitet. Data beror på selvrapporterede data, hvilket kan give informationsproblemer, og kan påvirke den interne validitet negativt. Ekstern validitet: 567.049 respondenter besvarede spørgeskemaet, hvilket giver en stor mængde data, hvilket højner generaliserbarheden i studiet. Den store mængde data, og at de er udvalgt tilfældigt, medfører, at resultaterne er repræsentative for andre populationer. Reliabilitet: De er transparente i deres metode, og i beskrivelsen af deres sammenlagte variabler hvilket øger validiteten i studiet. En svaghed ved studiet er, at det ikke er muligt at undersøge, hvorfor out of hours anvendes, lige så vel som det ikke er muligt at undersøge, hvor meget patienterne bruger både in -og out of hours, hvilket kan have indflydelse på resultaterne. Fundene kan dermed ikke påvise, at tilgængeligheden har betydning for brugen af out of hours. Der er risiko for bias, da det ikke udforskes om dem, der rapporterer dårlig tilgængelighed af deres læge, er dem som ringer meget både in hours og out of hours. Herved kan det ikke ses, om den ringe rapporterede tilgængelighed fører til øget kontakt til out of hours. Vurdering: Studiet vurderes til at være af middel til høj kvalitet, da de generelt er transparente i deres beskrivelser af metode, og af deres fund, lige så vel som de er transparente i studiets svagheder og begrænsninger, hvilket ses som en styrke.

Artikel 3

Contacts with-out-of hours primary care for nonurgent problems: patients beliefs or deficiencies in healthcare?

Ellen Keizer, Marleen Smits, Yvonne Peters, Linda Huibers, Paul Giesen and Michel Wensing (Keizer et al., 2015)

Publiceret: 2015 Land: Holland

Formål	Formålet med studiet er at undersøge om ikke-akutte kontakter til det primære sundhedsvæsen out of hours, er et resultat af patienternes overbevisning, eller om det skyldes, mangler i sundhedssystemet. I studiet undersøges forskelle og ligheder mellem de henvendelser til out of hours, som vurderes som hensigtsmæssige og de kontakter, som vurderes som uhensigtsmæssige af de sundhedsprofessionelle. Vurderingen af forskelle og ligheder foretages på baggrund af patienternes karakteristika, overbevisninger og motiver.
Design og metode	Studiet har et kvantitativt design og er et tværsnitsstudie. Der er foretaget en spørgeskemaundersøgelse blandt fire general practitionerer (GP) cooperatives i Holland. Der blev foretaget convenience sampling af de fire general GP cooperatives. To GP cooperatives tog selv initiativ til undersøgelsen, og to blev udvalgt af forskergruppen. Udfyldte spørgeskemaer blev analyseret med statistiske analysemetoder. Svarprocenten var 32,3 % og i alt 625 patienter indgik i den endelige analyse. To uafhængige læger vurderede den medicinske nødvendighed af henvendelserne.
Population	I perioden april 2009 - oktober 2012 modtog i alt 2000 patienter, som kontaktede et af de fire GP cooperatives, med et ikke-akut helbredsproblem, et spørgeskema senest 10 dage efter deres kontakt til GP kooperativet. 400 patienter fra hvert GP kooperativ modtog et spørgeskema, men da svarprocenten fra det ene GP kooperativ var meget lav, fik yderligere 400 patienter fra dette GP kooperativ et spørgeskema tilsendt
Resultater	30,4 % af de ikke-akutte henvendelser blev vurderet som medicinsk nødvendige, mens næsten 2/3 af de ikke-akutte henvendelser blev vurderet som medicinsk unødvendige (vurderet af 2 uafhængige læger). For patienter med medicinsk unødvendige henvendelser var bekymring for deres helbred, det mest hyppige motiv for kontakt til GP kooperativet (45,3%). Behov for medicinsk information sås ligeledes at være et motiv (29,3%). Problemer med at få kontakt til egen læge indenfor

	almindelig åbningstid sås også at være et motiv blandt patienter med medicinsk unødvendige henvendelser (10,1%) og problemer med at få en tid hos egen læge samme dag som de henvender sig (4,5%). Patienter med medicinsk unødvendige henvendelser adskiller sig fra patienter med medicinsk nødvendige kontakter, da de ses at være yngre. De henvender sig oftere og har oftere et problem, som har stået på i flere dage. De vurderer oftere deres problem som ikke-akut, forventer i mindre grad at se en læge og tror oftere, at GP kooperativerne er til alle former for lægelige henvendelser.
Kvalitetsvurdering /Kritiskvurdering	Intern validitet: Der ses en lille svarprocent i studiet på 32,3 %. Der er dermed en stor andel, som ikke har svaret på spørgeskemaet. Hvis ikke-respondenterne er forskellige fra respondenterne, kan dette potentielt medvirke til selektionsbias (Juul et al., 2017). Der er lavet non respons analyse i et af GP kooperativerne, på køn og alder. For at se om respondenterne var repræsentative for den totale studiepopulation. Non respons analyse viste, at responders var ældre end non-responders. Og ældre havde flere nødvendige medicinske kontakter. Dermed ser det ud til, at gruppen af unødvendige medicinske kontakter reelt er større, end det fremgår i denne undersøgelse. Som udgangspunkt bør man udvælge en tilfældig stikprøve, som er repræsentativ for den population, som man ønsker at undersøge. Det vil sige, at alle medlemmer af målpopulationen har samme sandsynlighed for at blive udtrukket (Juul et al., 2017). Det at de har lavet convenience sampling kan give selektionsbias og påvirke repræsentativiteten af den population, man ønsker at studere. Svarene er baseret på selvrapporterede data, hvilket kan give anledning til informationsbias (Juul et al., 2017), som kan påvirke den interne validitet negativt. Ekstern validitet: Den lave svarprocent og potentielle selektionsbias og informationsbias kan gøre det svært at generalisere studiets resultater. Reliabilitet: Der er opstillet tydelige in- og eksklusionskriterier, og tydelig beskrivelse af setting og dataindsamling, hvilket øger transparensen af studiet. 2 læger har uafhængigt af hinanden vurderet den medicinske nødvendighed af henvendelserne til GP kooperativerne, hvilket øger pålideligheden. Det anvendte spørgeskema tager udgangspunkt i et valideret spørgeskema, som har høj reliabilitet og konstrukt validitet, hvilket øger troværdigheden og pålideligheden, men da deres spørgeskema kun delvist tager udgangspunkt i dette spørgeskema, må det antages, at de har ændret eller tilføjet andre spørgsmål, hvilket kan påvirke reliabiliteten og validiteten i negativ retning. Vurdering: lav til middel kvalitet

Artikel 4 Patient motives for contacting out-of-hours care in Denmark: a cross-sectional study Linda Huibers, Anders H. Carlsen, Grete Moth, Helle C. Christensen, Ingunn S. Riddervold and Morten B. Christensen (Huibers et al., 2020) Publiceret: 2020 Land: Danmark	
Formål	Formålet med studiet er at undersøge patienters motiver for at kontakte det primære sundhedsvæsen og det akutte beredskab (EMS, emergency medical services) out of hours i Danmark.
Design og metode	Studiet har et kvantitativt design og er et tværsnitsstudie. Data er indsamlet i to danske regioner, Region Hovedstaden og Region Midtjylland i en to ugers periode i februar-marts 2015. Patienter som kontaktede det primære sundhedsvæsen out of hours eller det akutte beredskab i tidsrummet 16-08 på hverdage, weekender og helligdage, modtog et spørgeskema. Udfyldte spørgeskemaer blev analyseret med statistiske analysemetoder
Population	I undersøgelsen af det primære sundhedsvæsen og akuttelefonen 1813 indgik 1000 patienter under 13 år og 1000 patienter over 18 år. 1100 patienter under 13 år og 1100 over 18 år blev udvalgt til undersøgelse af emergency medical services. Her blev rekrutteret en lidt større gruppe, da man forventede en lavere responsrate blandt disse. Svarprocenten i hele undersøgelsen var i alt 44,9 %.
Resultater	Blandt de mest hyppige motiver for at kontakte det primære sundhedsvæsen out of hours var ”ubehagelige symptomer” (82,5%), ”behov for hurtig hjælp” (81,4%), ”problem opstod udenfor almindelig åbningstid” (89,8%), og ”bekymring” (59,8%). Ligeledes ses motiver som ”svært at få kontakt til egen læge i dagstid” (12,8%), ”kan ikke få en tid hos egen læge hurtigt nok” (16,7%) og ”behov for hurtig hjælp pga. arbejde” (17,8%). ”Ingen at tale med” (34,8%). Studiet fandt, at voksne, der kontakter out of hours primary care, oftere havde højt uddannelsesniveau, oftere havde arbejde og oftere rapporterede at have et godt helbred, end voksne der kontaktede emergency medical services.

Kvalitetsvurdering /Kritiskvurdering	Intern validitet: De har afprøvet spørgeskema på patienter og lavet flere pilottest af spørgeskemaet, hvilket øger validiteten af spørgeskemaet, da man ved pilottest får undersøgt om spørgsmålene forstås som det er intenderet, og om man derfor får svar på det, som er hensigten, risikoen for informationsbias nedsættes dermed. Dog er svarene baseret på selvrapporterede data, hvilket kan give anledning til informationsproblemer (Juul et al., 2017) og social desirability bias, som er, når man bevidst svarer fejlagtigt for at præsentere sig selv i et bedre lys. Deltagerne er udvalgt ved tilfældig sampling i en afgrænset periode, hvilket betyder, at alle medlemmer af målpopulationen har lige stor sandsynlighed for at blive udvalgt (Juul et al., 2017). Dette reducerer risikoen for selektionsbias og øger generaliserbarheden af studiets resultater Ekstern validitet: Der ses en svarprocent 44,9%, hvilket betyder, at der er en stor andel af ikke-responderter, hvis ikke-responderterne er forskellige fra responderterne kan dette potentielt medvirke til selektionsbias (Juul et al., 2017). De har lavet non respons analyse, som viste signifikant forskel på gennemsnitsalderen på responderter og ikke-responderter, som havde kontaktet det primære sundhedsvæsen out of hour, responders havde en gennemsnitsalder på 49 år hvorimod ikke-responderter havde en gennemsnitsalder på 41 år. Ligeledes viste non-respons analysen at ikke-responderter, som havde kontaktet det primære sundhedsvæsen out of hours, signifikant oftere var kvinder end responderter, 51,6% vs. 48,4%. Dette kan medvirke til, at generaliserbarheden påvirkes negativt. Reliabilitet: Der er tydelige beskrivelse af in- og eksklusionskriterier af deltagerne, og der er inkluderet et flowdiagram over studiepopulationen, hvilket øger transparensen og styrker studiets pålidelighed. Det beskrives ikke, om spørgeskemaet er valideret, hvilket kan svække studiets reliabilitet. Vurdering: middel kvalitet
---	--

Tabel 7: Præsentation af videnskabelige studier inkluderet i specialet

7.1.2 Tematisk analyse af videnskabelige studier

I følgende afsnit præsenteres resultaterne af den tematiske analyse af de fire videnskabelige studier med fokus på borgernes motiver for at ringe out of hours. Den tematiske analyse resulterede i 43 koder. Disse koder blev sammensat til de to nedstående temaer.

7.1.2.1 Tema 1 - Betydningen af sundhedsinformationer og råd fra lægen

I tre af de videnskabelige studier påpeges det, at bekymring og usikkerhed på alvoren af egne eller andres symptomer har betydning for brugen af out of hours (Lass et al., 2018; Keizer et al., 2015; Huibers et al., 2020). Forældre til mindre børn finder det svært at vurdere, om deres børns symptomer er alvorlige nok til at kontakte out of hours (Lass et al., 2018). I studiet af Keizer et al (2015) pointeres det tillige, at det mest dominerende motiv for at ringe out of hours er bekymring for eget helbred. Udfordringer med at vurdere symptomerne afspejles i følgende citat:

Sometimes I think it can be a bit difficult to assess the degree of injury. When is it your own GP or the OOH doctor? (Lass et al., 2018 s.219)

I studiet af Lass et al (2018) ses det, at når mindre børn har ukendte symptomer eller længevarende sygdom, beskriver forældrene det som svært at tage ansvaret for at vurdere alvoren af symptomerne. De anvender derfor out of hours for at blive beroliget og for at dele ansvaret med en sundhedsprofessionel (Lass et al., 2018), hvilket kommer til udtryk i følgende citat:

'When I don't think, it's been nice to be alone with the responsibility. I have talked to the OOH service' (Lass et al., 2018 s.220)

Behovet for at dele ansvaret med en sundhedsprofessionel påpeges ligeledes i studiet af Huibers et al. (2020), hvor tæt på hver fjerde deltager (23,3%) angiver, at de ikke kan tage ansvar som en årsag til at ringe out of hours. Borgerne har svært ved at vurdere egne og andres symptomer, og det opleves som et stort ansvar selv at skulle vurdere, om en tilstand er akut. Bekymring gør, at de ringer om tilstande som af de sundhedsprofessionelle vurderes som ikke akutte, men for borgerne ligger der en reel bekymring om alvoren af deres tilstand til grund for opkaldet, og de har behov for hurtig respons (Keizer et al., 2015; Huibers et al., 2020). I studiet af Huibers et al. (2020) fremhæves, at det er vigtigt at anerkende patientens rolle i en kompleks beslutningstagen, når de står i en situation med akut sygdom. Det overvejende fokus på medicinsk relevans bør i stedet ændres med henblik på at finde måder at støtte patienten på i beslutningsprocessen.

Behovet for information og medicinske råd påpeges i alle tre studier som et motiv for at ringe out of hours (Lass et al., 2018; Keizer et al., 2015; Huibers et al., 2020). Keizer et al. (2015). I studiet af Keizer et al. (2015) fremgår det, at mere end hver fjerde deltager i studiet med en ikke-akut tilstand angiver behovet for medicinsk information som årsag til at ringe out of hours. Dette kan indikere, at der er et behov for at støtte borgerne i bedre at kunne vurdere deres symptomer. Ifølge Keizer et al. (2015) kan lægerne give flere råd om selfcare ved ikke-akutte tilstande under konsultationer og opfordre patienterne til brug af internet til at søge medicinske informationer. Dette kan muligvis hjælpe dem i fremtiden, så de ikke oplever behov for at ringe out of hours. Ydermere påpeges der et behov for uddannelse af de grupper af patienter, som har en øget sandsynlighed for at ringe out of hours med ikke-akutte problematikker (Keizer et al., 2015). Det viser sig yderligere, at forældrenes erfaringer med børns sygdom også har betydning for brugen af out of hours. Forældrene beskriver, hvordan de er mest nervøse ved det første barn, men jo ældre børnene bliver, og når de får et barn mere, bliver de mere erfarne og oplever i højere grad selv at kunne tage hånd om børnenes sygdom uden at gøre brug af out of hours (Lass et al., 2018). Det påpeges derved, at systemet ikke altid passer til forældrenes behov for hjælp, hvorfor der forslås øget hjælp til forældre f.eks. via en hotline, som betjenes af en sygeplejerske (Lass et al., 2018). I studiet af Huibers et al. (2020) angiver patienterne som motiver; *jeg havde ingen at tale med*, eller *jeg vidste ikke, hvor jeg ellers skulle ringe hen* (Huibers et al., 2020). Dette understreger, at der er et behov for mere information om akut sygdom og mulighed for at have et sted at ringe hen. Det kan f.eks. være en hotline, hvor der er mulighed for at tale med en sundhedsprofessionel. Ligeledes kan informationskampagner anvendes til at oplyse patienterne om de forskellige sundhedstjenester, der står til rådighed (Huibers et al., 2020). Det fremgår således, at borgerne oplever det som svært at vurdere egen og andres sygdom. Der er et behov for medicinsk information, hvilket understreger behovet for at støtte patienterne i beslutningsprocessen om, hvorvidt de skal ringe out of hours, eller om de kan vente til egen læge åbner.

7.1.2.2 Tema 2 - Betydningen af egen praktiserende læges tilgængelighed

På tværs af de fire videnskabelige studier, blev det fundet, at tilgængeligheden af den praktiserende læge, har betydning for anvendelsen af out of hours (Keizer et al., 2015; Huibers et al., 2020; Lass et al., 2018; Zhou et al., 2015). Udfordringer med tilgængeligheden af den praktiserende læge i dagstid er et af motiverne for patienterne, for at anvende

sundhedsvæsenet out of hours. Ligesom tilfredsheden med sin praktiserende læge er af betydning for, om patienterne anvender sundhedsvæsenet uden for den almindelige åbningstid (Zhou et al., 2015; Keizer et al., 2015).

Problemerne med tilgængeligheden af den praktiserende læge viser sig blandt andet i udfordringer med at få telefonisk kontakt og lange ventetider til at få en konsultationstid. Dette medfører en stigning i anvendelsen af out of hours (Keizer et al., 2015; Zhou et al., 2015). I studiet af Zhou et al. (2015) ses der er sammenhæng mellem brugen af out of hours og patienter uden arbejde eller uddannelse. Dette indikerer, at det ikke kun handler om at øge åbningstiden hos den praktiserende læge, men ligeledes at øge tilgængeligheden indenfor åbningstiden. I studiet af Lass et al. (2018) ses det ligeledes, at udfordringer i forhold til at få den praktiserende læges åbningstid mellem 8-16 til at passe ind i arbejdsliv og familieliv, medfører, at nogle patienter anvender out of hours. Patienterne arbejder ofte inden for samme tidsrum som lægens åbningstid, hvilket medfører, at lægen har lukket, når patienterne har fri fra arbejde. Der er i Danmark et sundhedsvæsen, hvor det er muligt at komme i kontakt med en læge hele døgnet rundt (Lass et al., 2018), hvilket blandt andet kan medføre en forventning om, at lægen altid skal være tilgængelig. Dette kan føre til, at nogle patienter af flere årsager benytter out of hours til at få hurtigt svar, på deres opståede symptomer (Keizer et al., 2015; Huibers et al., 2020).

I studiet af Lass et al. (2018) fremgår det, at patienterne ikke har problemer med at forstå sundhedssystemet, og anvendelsen af out of hours ofte sker ud fra andre motiver, herunder bekvemmelighed (Lass et al., 2018). Patienter, der ikke kan få en tid hos lægen, når de ønsker det, er mere tilbøjelige til at anvende out of hours (Zhou et al., 2015). Anvendelsen af out of hours er hyppigere, når det er tæt på weekender eller helligdage (Lass et al., 2018). Dette afspejles i følgende citat:

”I make a judgement whether contact to the doctor can wait for tomorrow, but if we’re close to weekend, you might as well call the doctor on Friday because you can’t get in touch with your doctor before Monday” (Lass et al., 2018 s.219)

Nogle patienter forsøger at tilpasse kontakten til sundhedsvæsenet til deres families skema og anvender systemet, når det passer ind i deres arbejdsliv. En del af kontakterne til out of hours vurderes uhensigtsmæssige ud fra et medicinsk perspektiv (Keizer et al., 2015; Huibers et al., 2020; Lass et al., 2018; Zhou et al., 2015). Hovedparten af de kontakter til out of hours, som

de sundhedsprofessionelle vurderede som ikke-akutte, kunne have ventet til egen læge åbnede eller kunne være håndteret af patienten selv (Keizer et al., 2015). Det tyder dermed på, at patienterne anvender out of hours ud fra andre perspektiver og med andre motiver end tiltænkt af de sundhedsprofessionelle. De divergerende perspektiver mellem de sundhedsprofessionelle og patienterne i forhold til, hvornår out of hours bør anvendes, må derfor undersøges med udgangspunkt i de bagvedliggende forhold i patienternes liv og i de organisatoriske rammer i sundhedsvæsenet.

7.2 Resultater af interviewundersøgelsen

I de følgende afsnit vil resultaterne af analysen af de otte interviews blive præsenteret. Til start præsenteres informanterne som har deltaget i interviewundersøgelsen, hvorefter den naive læsning præsenteres. Derefter udfoldes strukturanalysen, hvori temaerne dannes med udgangspunkt i en bevægelse som går fra, *hvad der siges til*, *hvad der tales om*. Til sidst præsenteres den kritiske fortolkning og diskussion af de fremanalyserede temaer i interviewundersøgelsen. Heri vil der blive inddraget temaer fra litteraturstudiet og anden teori og litteratur, som findes relevant.

7.2.1 Præsentation af informanter

I tabel 8, præsenteres de otte informanter som er inkluderet i interviewundersøgelsen, samt deres forskellige karakteristika, herunder; Køn, alder, kronisk sygdom, hvorledes de er rekrutteret, uddannelsesniveau, nuværende arbejdssituation, samt hvilken out of hours tjeneste de har haft kontakt til.

Informant	Køn og alder og kronisk sygdom	Uddannelse og arbejde	Rekrutteret fra	Kontakt til
Informant 1	Informant 1: er et pseudonym for en kvinde i 60'erne, som har kronisk sygdom.	8 års skolegang, førtidspensionist.	Facebook	Lægevagten
Informant 2	Informant 2: er et pseudonym for en mand i 40'erne, som har kronisk sygdom.	Ufaglært, arbejder med salg.	Facebook	Lægevagten
Informant 3	Informant 3: er et pseudonym for en kvinde i 40'erne, som	Kort videregående uddannelse, i arbejde.	Specialegruppens netværk	Lægevagten

	ingen kronisk sygdom har.			
Informant 4	Informant 4: er et pseudonym for en kvinde i 30'erne, som ingen kronisk sygdom har.	Mellemlang videregående uddannelse, i arbejde.	Specialegruppens netværk	Lægevagten
Informant 5	Informant 5: er et pseudonym for en kvinde i 40'erne, som ingen kronisk sygdom har.	Mellemlang videregående uddannelse, i arbejde.	Specialegruppens netværk	Lægevagten
Informant 6	Informant 6: er et pseudonym for en mand i 50'erne, som har kronisk sygdom.	Lang videregående uddannelse, i arbejde.	Specialegruppens netværk	Akutfunktionen ved egen læge
Informant 7	Informant 7: er et pseudonym for en kvinde i 40'erne, som har kronisk sygdom.	Mellemlang videregående uddannelse, i arbejde.	Specialegruppens netværk	Lægevagten
Informant 8	Informant 8: er et pseudonym for en mand i 30'erne, som ingen kronisk sygdom har.	Kort videregående uddannelse, i arbejde.	Specialegruppens netværk	Lægevagten

Tabel 8: Oversigt over informanterne, samt deres karakteristika

7.2.2 Den naive læsning

Informanterne beskriver, hvordan de oplever problemer med at vurdere, hvad der er akut sygdom. Det som en person oplever som akut sygdom, kan vurderes anderledes af andre. Alle informanterne forstår akut sygdom som noget, der sker pludseligt. En informant giver dog yderligere udtryk for ligeledes at forstå akut sygdom som noget, der kan opstå hen ad vejen. Overvejende forstår informanterne det dog som noget, der opstår pludseligt, en følelse der er anderledes, end noget man kender, og hvor man bliver bekymret og er bange for, at det er noget alvorligt. Flere informanter oplever det som svært at vurdere egne og andres symptomer. Flere giver udtryk for, at især børns symptomer er svære at vurdere, og de bliver hurtigt bange for, om det er alvorligt. Flere informanter oplever stor bekymring og ser det som et stort ansvar at skulle vurdere, om ens børn er akut syge. Der er behov for, at en læge tager dette ansvar, da det er svært at stå alene med det. En informant oplever, at der over årene opbygges noget erfaring, som gør, at man har lidt mere overblik, når ens barn bliver sygt og ikke bliver helt så stresset i situationen.

Flere informanter oplever, at deres egen praktiserende læge ikke tager dem alvorligt og lytter til deres symptomer og alvoren af deres bekymring. Flere informanter beskriver, at de føler, de skal kæmpe for at komme igennem til lægen og få hjælp, når de har behov. Flere har oplevet at have stærke smerter, uden at de føler, de er blevet taget alvorlig af deres praktiserende læge, når de har ringet. Nogle informanter ser sig nødsaget til at lyve og gøre deres symptomer værre, end de er, når de kontakter deres praktiserende læge i håb om, at lægen lytter og tager dem alvorligt. De giver samtidig udtryk for, at de ikke synes, at det kan passe, at det skal være således, men at de har oplevet, at de ikke bliver lyttet til, hvis ikke de pynter på historien. Flere informanter vælger på grund af dette at kontakte lægevagten i stedet for egen læge, da de oplever, at lægevagten handler hurtigere. Dog oplever enkelte informanter lang ventetid, når de benytter lægevagten. En informant beskriver stor tilfredshed med sin praktiserende læge, som hun oplever, står klar til at hjælpe, når hun har brug for det. Enkelte informanter nævner, at det gør dem usikre, at det kan være lægesekretæren hos deres egen læge, som skal vurdere, om de kan komme til at tale med lægen, da de tvivler på, at sekretæren har kompetencer til dette. Flere informanter oplever at det tager lang tid at få en tid hos den praktiserende læge, og der er meget kø på telefonen, især om morgenen i lægens telefontid. Det kan ligeledes være svært at få en tid hurtigt, og flere oplever lang ventetid på at få en tid hos deres læge. En informant giver udtryk for, at der stort set aldrig er kø, når han

ringer i lægens telefontid, da der er mange læger til at besvare opkaldene. Flere informanter giver udtryk for, at det er svært at komme til at ringe til lægen i dennes telefontid, som ofte er om morgenen, når informanterne er mødt ind på deres arbejde. På grund af deres arbejdstider ringer de til lægevagten, for det passer ikke godt for dem at ringe til den praktiserende læge, når de er på arbejde, ligeledes er det problematisk for dem at få tilbudt en tid hos lægen midt på dagen. Enkelte informanter giver udtryk for, at de af den grund bruger lægevagten mere end deres egen læge. Ligeledes har enkelte informanter behov for at få hurtig afklaring på deres symptomer, enten på grund af deres arbejde, eller fordi de er bange for, at det er noget alvorligt de fejler og har brug for et hurtigt svar, hvilket de oplever, at lægevagten bedst kan honorere. Flere informanter fortæller at de ikke har kendskab til egen læges akutfunktion indtil kl. 16, og enkelte fortæller, at de venter på at lægevagten åbner, når den almindelige telefontid stopper hos deres egen læge.

7.2.3 Strukturanalyse

I dette afsnit præsenteres strukturanalysen, herunder meningsenheder. Meningsenhederne er repræsenteret ved udvalgte citater. På baggrund af disse meningsenheder dannes betydningsenhederne, som er det, der tales om. Med udgangspunkt i meningsenhederne og betydningsenhederne udledes temaer, som fortolkes og diskuteres i *afsnittet kritisk fortolkning og diskussion*. Strukturanalysen resulterede i følgende temaer: “*Balancen mellem den subjektive forståelse, og den medicinske forståelse af akut sygdom*”, “*Organisatoriske forholds betydning for anvendelse af out of hours* ” og “*Udfordret tillid i mødet med sundhedsvæsenet*”. Tabel 9 er en oversigt over strukturanalysen, inspireret af Pedersen & Dreyer (2018). Informanternes citater præsenteres i venstre kolonne angivet med ” ”. Udeladte ord i sætningen er angivet med (...). Specialegruppens præciserende ord skrives i (). Sprogligt er citaterne bevaret, som informanterne udtrykte dem. Der er dog sat punktum og komma for at gøre det mere læsevenligt.

<i>Meningsenheder (hvad der siges).</i>	<i>Betydningsenheder (hvad der tales om)</i>	<i>Temaer</i>
”Jamen for mig er en akut sygdom, det er sådan noget, der opstår pludseligt, og man måske ikke er helt klar over, at det er en sygdom, man har, men man går rundt og er tørstig og træt og sådan nogle ting. Så for mig er akut sygdom også noget, som opstår hen ad vejen (...) hvor man ikke synes, det er en normal ting med en.” (Informant 1) ”Men det er jo forskelligt fra menneske til menneske, hvordan man føler, at man har det, og hvornår man synes, man skal ringe. (...) Men det jeg synes, at jeg gerne vil have lov til at ringe om, det er jo ikke ensbetydende med, at der er andre, der synes, at det akkurat er det samme, de vil ringe om.” (Informant 1) ”Nogle gange har jeg haft så ondt, at jeg bare simpelthen er blevet nødt til at ringe til lægevagten med det samme. Hvor det er, at jeg nogle gange har ligget på gulvet derhjemme i så stærke smerter, at jeg ikke kunne gå. Det er sådan meget akut for mig.” (Informant 2) ”Når det er noget, hvor jeg føler, at den her følelse kender jeg ikke, derfor ringer jeg direkte til vagtlægen. Når det er noget, jeg faktisk bliver nervøs for.” (Informant 2) ”Altså hvad er akut, jeg synes, det er meget udefinerbart, for akut kan være noget for nogen, men noget andet for andre. For hvad kan man sige, kunne jeg miste livet på det her, nej det kunne jeg ikke, er det så akut, fordi jeg har haft ondt i min ryg, ikke kunne mærke mit ben og kunne blive lam i mit ben. Ja, det er akut, men jeg synes bare, der er mange forskellige billeder af det, hvad der er akut for nogen, og hvad der er for andre.” (Informant 2)	Forståelsen af akut sygdom og udfordringer med at mennesker vurderer forskelligt	Balancen mellem den subjektive forståelse, og den medicinske forståelse af akut sygdom

” (...) Men der mangler viden på området, om hvad der er akut.” (Informant A) ”Jeg forstår det (akut sygdom) som noget, der er opstået akut. Noget som kom bag på en, og som man ikke kunne forudsige.” (Informant 3) ”Jeg forstår akut sygdom som noget, der er opstået akut, eller man kan vel sige pludseligt, eller måske er den sygdom, man har pludseligt forværret og er blevet akut.” (Informant 4) ”Hvad forstår jeg ved akut sygdom. Jeg tror, jeg forstår, at det er noget, der skal gå stærkt. Hvor man er bange for, at det kan være noget alvorligt. Det kan være på egne vegne, men også meget i forhold til især ens børn.” (Informant 6) ”Akut sygdom er jo, når det er alvorligt, og man har brug for hjælp lige nu og her. Altså som når mine børn har været syge og f.eks. haft høj feber, og jeg bliver bange for, om de kan gå i feberkrampe og den slags. Der er jo selvfølgelig forskel på, om det er så alvorligt, at man ringer 112 eller ringer til lægevagten.” (Informant 5) ”Altså jeg tænker, at hjerteanfald er akut sygdom og ulykker, men nogle gange har man jo også akut brug for at blive beroliget, fordi man er bange for, at man fejler noget alvorligt, eller ens børn gør det.” (Informant 6) ”Akut sygdom for mig, det er pludselig opstået. Det vil sige, at hvis man nu har for eksempel fået fjernet en blindtarm, det kan være akut opstået. Akut sygdom, hvis jeg skal forstå det, så tænker jeg, at det er noget, der kommer ud af det blå. Det er ikke noget, man har sådan i opløb, det slår en ud og siger, nu er man syg.” (Informant 8) ”Noget kan være akut for mig, og noget akut er måske anderledes for dig eller for andre.		
--	--	--

Så jeg tror, der mangler meget viden omkring, hvad der er akut.” (Informant 8) ”Akut, det er jo noget, der sker pludselig, en pludselig hændelse. Det kan være, at jeg vælter på cyklen, og så får jeg mega ondt i knæet, og det hæver op og svulmer op, og jeg har stor smerte. Det forbinder jeg med en akut sygdom.” (Informant 7)		
”Jeg tror, man skal oplyse folk med reklamer, på Facebook, eller når man søger på nettet. Jeg synes altid, jeg prøver at søge information på nettet, når børnene er syge.” (Informant 4) ”Hvis du ringer til lægevagten, så har de faktisk en voicemail, som fortæller dig, hvornår du skal afbryde. Hvis nu for eksempel, at der er trækken i armen og ondt i brystet, så kan det være en akut opstået blodprop, og så skal man ringe 112 i stedet, og det fortæller den, det synes jeg er meget smart.” (Informant 8) ”Altså jeg har engang fået sådan en lille bog på apoteket om børns sygdomme, som forklarede rigtig godt, hvornår man skulle kontakte egen læge dagen efter, og hvornår man skulle ringe til lægevagten, og hvornår det var så alvorligt, at man skulle ringe 112. Den forklarede det virkeligt godt, og jeg har brugt den hver gang, at mine børn er syge, for at kunne vurdere alvoren af deres symptomer.” (Informant 5) ”Jeg søger også på internettet, når jeg selv eller min familie bliver syge, netdoktor og den slags, så internettet er også godt. Måske kunne ens egen læge have ligesom en digital symptombog, man kunne slå op i, så den fungerer lidt som den lille bog. jeg har brugt meget.” (Informant 5) ”Jeg vil da foreslå, måske nogle mediekampagner, oplysningskampagner igennem medier, det er da altid effektivt, tror jeg. Eller slå nogle bannere op ved lægen, et eller andet, i den dur, eller sende noget ud på e-boks.” (Informant 7)	Der er behov for informationer om akut sygdom og hjælp til vurdering	

”Hvad er det, lægerne mener, der er akut, så kunne man lave et skriv der og sende det ud på en e-boks besked.” (Informant 8)		
”Når jeg ringer på børnenes vegne, er det, fordi jeg er bekymret. Jeg føler, jeg har brug for en, der kan få mig talt ned, eller at de kan blive tilset, så jeg kan få sovet om natten uden at være bange for, at de har det dårligt.” (Informant 3) ”Det (symptomerne) er jeg ikke rigtig i stand til at vurdere. Der kan jo være nogle ting, som man måske har oplevet før eller hørt andre tale om. Det kan være nogle tegn på noget alvorligt, eller noget farligt. Så skal det gå stærkt, ellers tror jeg meget, at det er en bekymring i forhold til ens børn.” (Informant 6) “Det kan være, at jeg har fået et modernmærke, som jeg synes, det ser lidt mærkeligt ud. Jamen, så ringer jeg til lægevagten for at få at vide, om det her er kræft. Fordi så er jeg sådan en, jeg tænker rigtig meget og overtænker mig, men det giver mig en ro at få svaret, så jeg kan sove trygt. Jeg skal ikke vente, jeg skal bare have det tjekket nu.” (Informant 8) ”Det at komme derind (til lægens akutfunktion) og blive kigget på, gjorde mig mere tryk. Jeg fik samtidig en henvisning til scanning, og så var der ligesom en plan.” (Informant 6)	Bekymring for egne og andres symptomer	

” Mine evner til sådan at vurdere det, er nok ikke de bedste (...) Så hvis jeg mærker et eller andet, eller jeg ser et eller andet på min datter. Så tænker jeg måske straks, at det er et eller andet helt alvorligt.” (Informant 8) ”Jeg bliver tit i tvivl, om jeg bør ringe eller ej. Jeg synes, det er svært. For hvornår og hvordan vurderer man, at det ikke længere kan vente. Det er svært, når det er på børnenes vegne. På min egne er jeg ikke så meget i tvivl, hvis du forstår.” (Informant 4)		
”Vi har altid hjulpet hinanden, min mand og mig. Så det der med lige pludselig, at ikke have nogen at kunne vende de ting med, der sker med en, og sådan noget. Når der er noget, man er usikker på, og jeg har været dårlig, og sådan nogle ting, ikke. Hvor man så bare står der og tænker, skal jeg ringe eller ej, eller skal jeg lægge mig ikke også. Så går man bare ind og lægger sig eller sætter sig, og så ser man, hvordan det går, og så når det så går over, jamen, så, så er det jo godt nok.” (Informant 1) ”Ja det synes jeg, det kan være svært at stå alene med det (at skulle vurdere symptomer).” (Informant 1) ”Nogle gange ringer jeg til en veninde og hører, hvad hun ville gøre.” (Informant 4) ”Jeg tror egentlig altid, at jeg vil ringe til én i familie, venner eller et eller andet f.eks. min kæreste. For ligesom at sige, at der sker det her, så er de også orienteret og måske kan de hjælpe, hvis det er.” (Informant 6) ”Jeg vil sige, at jeg har hjemmehjælp tre gange om dagen, hvis der så har været et eller andet, så kan jeg lige snakke med dem om det.” (Informant 1)	Der er udfordringer forbundet med at stå alene med vurdering af egne eller andres symptomer.	
” Det er gennem erfaringer, man lærer, fordi det er jo heller ikke sådan, at hvis bare der er det mindste, så ringer man til lægevagten. Så kan man jo godt lige, måske lige sige, vi prøver lige at se tiden an til i morgen, og så lige ringe til egen læge og høre, hvad de siger. Så man lærer sådan lidt gennem sin	Erfaringer kan hjælpe med at vurdere behovet for hjælp	

erfaring også, måske lidt mere at have et overblik. Altså hvor det er, at i starten så bliver du ramt af nervøsitet, du bliver bange, du bliver sindssygt stresset.” (Informant 2)		
”Altså man har på en måde brug for, at der er en anden, som tager ansvaret, fordi det er et stort ansvar at stå med som forælder at kunne afgøre, om f.eks. ens barn er alvorligt syg, det kan man ikke altid stå med alene.” (Informant 5)	Behov for at dele ansvaret med en læge	
<i>Meningsenheder (hvad der siges).</i>	<i>Betydningsenheder (hvad der tales om)</i>	<i>Temaer</i>
”Jeg synes da, at de praktiserende læger skal gøre mere opmærksom på, at de har en akuttelefon, for som sagt vidste jeg det ikke i mange år, så der er sikkert andre end mig, som ikke ved det. Jeg ventede dengang på, at lægevagten åbnede, og så ringede jeg til dem.” (Informant 5) ”Nej, den (akutfunktionen hos egen læge) kender jeg ikke, jeg venter på, at lægevagten har åbent.” (Informant 3) ”Indtil fornyeligt vidste jeg faktisk ikke, at der var et akut nummer hos min læge, men det ved jeg så nu, ellers har jeg faktisk ikke vidst det. Så jeg har brugt lægevagten i stedet.” (Informant 6)	Manglende viden om praktiserende læges akut funktion	Organisatoriske forholds betydning for anvendelse af out of hours
”Praktikken i det er egentlig, at det er nemmere for mig at kontakte en læge, når det er, at jeg er hjemme, men der har mit eget lægehus lukket (...) De (lægevagten) har også tid til mig, når min datter er hjemme fra skole, Så skal jeg ikke planlægge det i familielivet, hvor man er lidt presset på tid.” (Informant 8) ”Fordi i det fag, jeg har, og arbejder med, der har jeg bare ikke rigtig tid til at sidde og vente på, at de ligesom har tid til at tage mit opkald, det telefonopkald jeg laver til dem.” (Informant 4)	Praktikken i at anvende lægevagten fremfor den almen praktiserende læge	

“Jeg havde ligesom brug for at blive undersøgt, så jeg kunne komme på arbejde igen. Jeg tænker selvfølgelig altid over det, inden jeg ringer, om det kan vente, men jeg ender som regel med at ringe til lægevagten, fordi jeg skal kunne komme på arbejde dagen efter.” (Informant 3) ”Jeg synes, det er svært at få det til at passe ind. Jeg kan ikke ringe til min læge mellem 8 og 9, da jeg er på arbejde der. Det er lige midt i morgen ræset på arbejdet. Det er helt umuligt at få tid til det der. Jeg synes også tit, at det er svært at få en tid eller få fat på min læge, når man selv arbejder. Jeg kan ikke bare gå fra i mit arbejde. (...) Så nogle gange føler jeg, at jeg er nødt til at bruge lægevagten. Hvis jeg skal vente på et svar på mit problem eller symptom indtil den næste planlagte tid, skal jeg være bekymret så længe. Så bruger jeg altså lægevagten.” (Informant 3) ”Det praktiske i det er, at de (lægevagten) har åbent, når min egen læge ikke har åbent. Det vil sige, de har åbent efter, jeg har fri. Så det er praktikken i det, at jeg ikke kan gå på arbejde og så også skal til læge, eller hente min datter fra skole, og samtidig skal til læge.” (Informant 8)		
”Vi kunne jo også have fået en tid tidligere, men så skulle vi tage fri fra arbejde og skole. Altså jeg vil sige, at det er blevet sværere at få en tid i mit lægehus. Der er blevet længere ventetid og alle vil jo have de tider sidst på eftermiddagen.” (Informant 4) ”Altså jeg synes som regel, at de er ret flinke til at give akuttider, når jeg ringer mellem 8 og 9 og taler med lægen, så er de søde til at se en samme dag. Men når det drejer sig om ting, som godt kan vente, synes jeg, der er meget lang ventetid på at få en tid. Det er ok at få en tid hos sygeplejersken f.eks. til vaccination og den slags. Men hvis man skal se en læge, kan der være op til en måneds	Det er svært at komme i kontakt med sin læge, og der er lange ventetider	

ventetid, hvis det skal passe med mine arbejdstider og børnenes skole. Jeg synes, det er træls, at de skal tage fri fra skole for at gå til lægen.” (Informant 4)

”Den næste udfordring, der kan være i forhold til, at man skal ringe til lægen, det er, at man skal gøre det inden for en vis tid, og så skal man så også nå det inden for en vis tid. Så hvis jeg ringer til mit lægehus klokken otte, jeg kommer igennem, og jeg tager mig tid til at vente, jamen, så kan det være, at han har en tid til mig klokken 12.50. Det passer bare ikke ind i mit arbejdsliv at komme klokken 12.50. Det skal jeg tage fri for, det kan jeg ikke forklare en kunde.” (Informant 8)

”Jeg synes, det er meget svært at få en tid hos lægen, jeg har ikke tid til vente. Min arbejdsplads vil jo ikke betale mig for at sidde og vente på at komme til at snakke med min læge.” (Informant 4)

”Jeg synes, det kan være svært at få en tid ved min læge, og det kan være svært at komme igennem på telefonen, og når man arbejder og har kunder, kan det være svært at få tid til at ringe.” (Informant 5)

”Lægens telefontid mellem klokken 8 og 9 kan det godt tage lang tid at komme igennem til, hvis ikke man sidder klar præcis klokken 8 og får timet sit opkald helt perfekt, kan der godt være lang ventetid. Altså jeg har prøvet at vente i både 30 og 45 minutter.” (Informant 8).

”Det er jo svært at komme i forbindelse med lægen, jeg har selv haft et arbejde, hvor jeg ikke havde mulighed for at ringe mellem klokken 8 og 9, og det var et problem. Jeg synes, det er et meget kort tidsinterval, folk kan ringe og snakke med lægen, det er ikke særligt kundesvenligt” (Informant 2).

”Jamen altså det handler mest om, at det er svært at få tider, som passer med arbejdstider og sådan, der synes jeg måske godt, at de

praktiserende læger kunne være lidt mere kundemindede.” (Informant 5) “Den er elendig (muligheden for at få en tid hos egen læge). Ja, altså forstået på den måde, at jeg synes, der er lang ventetid. Altså først så skal jeg bruge rigtig lang tid bare for at komme igennem til min læge. Det kan typisk tage et sted mellem 10 minutter til 25 minutter.” (Informant 7)		
”Når jeg er faldet om derhjemme med så stærke smerter, der har jeg faktisk ventet til, at min egen læge har lukket, fordi det er nemmere at få en vagtlæge ud på besøg. Jeg synes ikke, jeg har haft held med at få en læge ud fra mit lægehus, de vil ikke sende en læge ud til mig. Der har jeg haft mere held med at få en vagtlæge ud til mig.” (Informant 2) ”Jeg bruger faktisk mere lægevagten, end jeg bruger min egen læge (...) jeg føler, at jeg bliver mødt bedre, og jeg bliver mødt meget mere og har følelsen af, at de har meget mere tid til en, end de faktisk har på mit eget lægehus. Man kan sige lægevagten, der bliver du mødt af en læge og en lægefaglig viden, med det samme (...) Jeg føler, jeg står bedre ved at ringe til lægevagten, end jeg gør ved at ringe til min egen læge. Så skal jeg ikke igennem en sygeplejerske. Jeg skal ikke igennem en sekretær, jeg skal bare igennem til lægen.” (Informant 8)	Venter til lægevagten åbner, da dette forbindes med bedre behandling	Udfordret tillid i mødet med sundhedsvæsenet
”Man skal nogle gange overdrive lidt for at få en hurtig tid, så nogle gange så føler jeg mig tvunget til at overdrive mine symptomer, når jeg ringer. Jeg har ikke tid til at vente 14 dage på at få en tid, og det kan ikke passe, man skal vente så længe, jeg har både et arbejde og en familie at passe.” (Informant 3) ”Jeg har sådan lidt og også rent erfaringsmæssigt lært. Du bliver nødt til at have det lidt dårligere, altså give udtryk for, at du egentlig har det dårligere, end du har det, før det bliver taget seriøst. Det, synes	Oplevelsen af at skulle overdrive sine symptomer for at blive taget seriøst	

jeg, er superærgerligt. Jeg synes, den der tillid, der er mellem borgere og læger, forsvinder. Nu har jeg også været uheldig med dem, jeg har haft, og med det lægehus, jeg har, og jeg synes, tilliden er sådan lidt forsvundet.” (Informant 2) ” Der er ikke meget tid til en patient, en borger, til at lytte og sætte sig ind i et menneskes problemstilling. Så synes jeg nogle gange, at det går så stærkt, at man godt kan blive lidt negligeret i de symptomer, man kommer og fortæller. Hvor man så ender med at blive sådan lidt hængt af, eller blive fejlbehandlet, eller ikke få den hjælp, man har behov for. Det har jeg da selv prøvet, og det er da ikke særlig rart, ikke at blive mødt, eller i hvert fald hørt, så man kan blive afdækket og få den rigtige hjælp. Jeg har også oplevet, at jeg må pynte på mine symptomer for at blive lyttet til. Man lærer efterhånden, hvad man skal sige for, at der er en chance for, at de lytter og gør noget ved det.” (Informant 7) ”Så det var jo nok det, der sådan gjorde, at jeg har mistet meget tillid. Jeg har gået i tre år og haft så mange problemer med sin ryg og ikke følt, man har fået den hjælp, man skulle have gennem egen læge, kun gennem kontakten med sygehuset og lægevagten.” (Informant 2) “Jeg har en bekendt, der blev ved med at ringe til sin læge og til lægevagten, fordi han havde ondt i hovedet, men de blev ved med at afvise ham og sige, han skulle tage noget Panodil. Han døde af en hjernetumor”. (Informant 2)		
”Men det er ligesom om, at man som borger, man skal kæmpe for at komme igennem sundhedssystemet. Så jeg har en dårlig oplevelse af det, og så oplever jeg, at man skal kæmpe sin sag for at komme forrest i køen hos lægen og få en ordentlig værdig behandling.” (Informant 7)	Vigtigheden af at blive hørt og set af den almen praktiserende læge	

”Så fik jeg sådan der lidt med, at nu må du tage dig sammen agtigt, og nu spiser du lidt håndkøbssmertestillende, og så går du til noget yoga eller pilates, men den (sygdomsproblematikken) blev egentlig bare større og større, og der kom flere og flere symptomer på det. Hvor det egentlig blev sådan lidt, jeg blev ikke sådan rigtig lyttet til.” (Informant 7)

“Det er bare in and out. Altså så er vi dernede, og så er vi der i 30 sekunder, og der er ingen tilstedeværelse fra lægerne. Det er ikke meget, de lytter, altså det er ikke meget, de lytter heller ikke, når man sidder og snakker med dem.” (Informant 8)

“Det er som om, at man som borger skal kæmpe hårdt for at komme igennem til sundhedssystemet. Så det er dårlig oplevelse jeg har, og så føler jeg, man skal kæmpe sin sag for at få en ordentlig behandling.” (Informant 4)

“Hvis jeg har skrevet til hende (lægen) om aftenen, så kan hun svare tilbage om aftenen, at hun har et hul, og så kan vi lave en videokonsultation.” (Informant 1)

“Hun er lige så god. Man kan altid skrive til hende, og så svarer hun dagen efter.” (Informant 1)

“Hvis der er noget, jeg har tænkt, at det er ikke helt, som det skal være. Så skriver jeg, og hun skriver, at hun ringer på videoen klokken det og det. Og så sidder vi og fører samtale.” (Informant 1)

“Jeg har verdens bedste læge. Da min mand blev syg, gik hun 4 år tilbage for at se, om der var noget, de havde overset. Det tror jeg ikke, du får mange læger til at gøre (...) hun ringede engang hver fjortende dag lige for at høre, hvordan jeg havde det.” (Informant 1)

”Hun (lægesekretæren) giver mig næsten altid en uge til 14 dage, inden jeg kan få en tid. Så siger jeg til hende, hør her, jeg har ondt og jeg skal have hjælp, så jeg vil gerne have noget før. Så siger hun, hvad tænker du, der er realistisk, så siger jeg så, om det er realistisk, og så plejer hun gerne at finde noget indenfor et par dage til mig. Men jeg bliver altid skubbet langt ud for så at blive trukket tilbage igen. Det er ligesom om, at man som borger, man skal kæmpe for at komme igennem sundhedssystemet.” (Informant 7) ”Jeg ringer ofte til lægevagten i stedet for min egen læge. Jeg kommer direkte igennem til en læge, i stedet for en eller anden sekretær, som tror, hun bestemmer det hele. Lægevagten handler hurtigt, og det har jeg brug for.” (Informant 3) ”Jeg har ikke tiltro til, at de (sekretærerne) kan det samme. Det kan de heller ikke, de er ikke uddannet læge. Så for mig, der handler det om, at når jeg skal have fat i nogen, så skal jeg have en læge fra det tidspunkt, jeg tager telefonen og får fat i nogen, så er det en læge, og ikke en sekretær, jeg skal bruge. En sekretær har ikke kompetencerne til at vurdere mine problematikker, som jeg kommer med.” (Informant 8) ”Det skal være en lægelig vurdering og ikke en sekretær, der skal vurdere det, hvad der skal til her, fordi igen, jamen sekretæren er ikke uddannet, som lægen er, til at vurdere, hvad der skal til, om det er noget. Hvis jeg mener, at det er noget, der skal tjekkes i dag, jamen så er det jo derfor, jeg ringer til lægen.” (Informant 8) ”Man kan ikke ringe og tale med en læge i mit lægehus. Man får altid fat på en sekretær. Sekretæren er der mellem klokken 8 og 12 og tager imod besked. De vurderer, om man kan få en akut tid, eller om der er en læge, der skal ringe en op, men det er sekretæren, der vurderer det, det kan man være lidt usikker på, om hun er helt rustet til.” (Informant 4)	Det giver en oplevelse af utryghed, at lægesekretæren fungerer som gatekeeper til kontakten med lægen	
---	--	--

”Så ved min første telefonkontakt vil jeg være mere tryk ved, at det er en læge, jeg får fat i, end det er en sekretær. Hvis jeg ringer til lægevagten, jamen så får jeg ro og får en læge i røret.” (Informant 8) “Jeg er mere tryk ved, at det er en læge, jeg får fat på. Det er derfor, jeg ringer til en lægevagt. Fordi så får jeg lægen, ja det kan godt være, det ikke er den samme læge, men jeg får en læge, jeg får en lægefaglig vurdering, det er det vigtigste for mig”. (Informant 8)		
--	--	--

Tabel 9: Oversigt over strukturanalysen, inspireret af Pedersen & Dreyer (2018)

7.2.4 Kritisk fortolkning og diskussion

I følgende afsnit vil temaerne fra interviewundersøgelsen blive kritisk fortolket og diskuteret. Der vil ligeledes blive inddraget temaer fra litteraturstudiet, samt øvrig litteratur og teori. Tabel 10 viser de fremanalyserede temaer fra litteraturstudiet og interviewundersøgelsen.

	Litteraturstudie	Interviewundersøgelse
Tema 1	Betydningen af sundhedsinformationer og råd fra lægen	Balancen mellem den subjektive forståelse og den medicinske forståelse af akut sygdom
Tema 2	Betydningen af egen læges tilgængelighed	Organisatoriske forholds betydning for anvendelse af out of hours
Tema 3		Udfordret tillid i mødet med sundhedsvæsenet

Tabel 10: Oversigt over de fremanalyserede temaer fra litteraturstudiet og fra interviewundersøgelsen.

7.2.4.1 Tema 1 – Balancen mellem den subjektive forståelse og den medicinske forståelse af akut sygdom

Interviewundersøgelsen viser, at borgerne forstår akut sygdom som noget, der opstår pludseligt. De oplever dog, at det er svært at vurdere, hvornår noget er akut, og hvornår de skal ringe out of hours, og i hvilke tilfælde det kan vente til næste dag. Flere giver udtryk for, at det især er svært at vurdere børns sygdom, hvilket leder til bekymring. Dette bekræftes af

resultaterne fra litteraturstudiet, som viser, at forældre har svært ved at vurdere deres børns sygdom og er nervøse for at stå alene med ansvaret (Lass et al., 2018). Bekymring ses i litteraturstudiet som et væsentligt motiv blandt borgerne for at kontakte out of hours med tilstande, som de sundhedsprofessionelle ikke vurderer som akutte (Keizer et al., 2015; Huibers et al., 2020). Dette fremgår ligeledes i anden litteratur, hvor det påpeges at forældres bekymring og ubehagelige symptomer hos børnene er stærke motiver for at ringe out of hours (Moth et al., 2020). I et studie af Seeger et al (2019) pointeres det, at omkring hver fjerde henvendelse til out of hours vurderes som ikke akut af lægen, og at henvendelsen kunne have ventet til egen læges almindelige åbningstid. Dog påpeges det i et andet studie, at patienterne vurderer deres symptomer som alvorlige i op mod halvdelen af de tilfælde, hvor de sundhedsprofessionelle vurderer det som værende ikke akut (Nørøxe et al., 2017). Dette understreger, at der er en diskrepans mellem borgernes vurdering af akut sygdom og de sundhedsprofessionelles. På den anden side ses det dog, at heller ikke de sundhedsprofessionelle har en ensartet vurdering af akut sygdom. Det fremgår i studiet af Keizer et al. (2015), at lægerne vurderede forskelligt i 24 % af tilfældene. Dette understreger dermed, at vurdering af akut sygdom er vanskeligt. Det vidner således om, at det er en svær opgave for borgerne at vurdere sygdom, når de sundhedsprofessionelle ligeledes er påvirket af subjektivitet i deres vurdering. Set i relation til Wackerhausens (1995) teori om det åbne sundhedsbegreb, afspejler borgernes syn på sundhed og sygdom et sundhedsrelativistisk perspektiv, som er forankret i individet og i hverdagslivet, hvorimod de sundhedsprofessionelle syn på og vurdering af akut sygdom afspejler et sundhedsfundamentalistisk syn på sygdom og sundhed. Dette kan resultere i, at sundhedssystemet ikke i tilstrækkelig grad forstår og tager højde for det enkelte individs oplevelse af sygdom samt dets behov og ønsker. Inddragelse af lægperspektivet kan bidrage til en forståelse af, hvordan borgerne træffer beslutningen om at ringe out of hours. Det kan ligeledes bidrage til at identificere, hvilke oplysninger borgerne har brug for, for i højere grad at føle sig i stand til at tage beslutningen om at ringe out of hours eller i højere grad selv varetage tilfælde af sygdom af mindre karakter. Det at være syg eller sund kan ikke alene forklares ud fra et biomedicinsk perspektiv, men forstås og anskues forskelligt af forskellige mennesker. Komplexiteten i begrebet akut sygdom, kan skildres ud fra Kleinmans (1980) teori om *Illness* og *Disease*. Ifølge Kleinman er disse begreber udtryk for tidstypiske og kulturelle perspektiver, der skabes i en bestemt kontekst. Det er derfor vigtigt at forstå de kulturelle og socialt betingede kontekster og forståelser, som disse perspektiver er indlejret i

(Kleinman, 1980). *Disease* er relateret til de sundhedsprofessionelles perspektiv, hvor sygdom primært fortolkes ud fra en biomedicinsk rationalitet, hvorfor forståelsen af sygdom sker ud fra en medicinsk kontekst (Kleinman, 1980). *Illness* derimod relaterer sig til lægmandsperspektivet og hverdagslivet og er forankret i den kropslige, personlige og psykosociale oplevelse af sygdom. Dette har derfor indflydelse på, hvordan det enkelte individ forstår og fortolker og handler på de symptomer, som vedkommende oplever (Kleinman, 1980). Dette påpeger betydningen af, at sundhedsvæsenet bør tilstræbe at opnå indsigt i borgernes perspektiv på akut sygdom og vurdering af denne, med henblik på at opnå en forståelse for kompleksiteten i borgernes beslutningsproces om at ringe out of hours. Dette giver en forståelse af, hvad der skal til for, at sundhedsvæsenet i højere grad kan imødekomme borgernes oplevede behov og forstå, at borgernes beslutninger er under påvirkning af det hverdagsorienterede perspektiv på sygdom. På dette grundlag indikerer resultaterne fra både interviewundersøgelsen og litteraturstudiet, at organisatoriske forhold bør understøtte, at borgerne tilbydes tilstrækkelig viden om akut sygdom og hvilke symptomer, der indikerer at noget er akut. I litteraturstudiet påpeger flere af studierne vigtigheden af at undervise og støtte patienterne i at kunne vurdere sygdom f.eks. ved at tilbyde en hotline, som borgerne kan ringe til for at få medicinsk information (Keizer et al., 2015; Lass et al., 2018). Dog må man være opmærksom på at ved at tilbyde en hotline, kan det medføre usikkerhed hos borgerne om, hvornår de skal ringe til egen læge, og hvornår de skal ringe til denne hotline. Dette kan formodes at gøre det sværere for borgerne at navigere i sundhedsvæsenet og kan dermed potentielt svække borgernes tilknytning til egen læge, hvis de ringer til hotline frem for lægen, hvorved lægen ikke opbygger samme kendskab til borgerne. Ydermere peger litteraturstudiet på vigtigheden af øget adgang til flere informationer på internettet, undervisning af patienterne og øget fokus på egenomsorg når patienterne besøger lægen i forbindelse med konsultationer (Keizer et al., 2015; Huibers et al., 2020; Lass et al., 2018). På den anden side må man dog være opmærksom på, at ansvaret for egen sundhed og sygdom ikke kun lægges på individet, hvorved borgeren gøres ansvarlig for at handle, men indenfor en medicinsk forståelsesramme (Timm, 1997).

I interviewundersøgelsen fremgår det, at der ønskes flere informationer om, hvad lægerne vurderer som akut sygdom, da det kan være svært at vurdere alvoren af egne og andres symptomer. Informationerne skal indeholde viden om hvilke symptomer, der er alvorlige og skal handles hurtigt på og hvilke, der kan vente til næste dag, når egen læge åbner igen. Dette behov for informationer om akut sygdom bekræftes ligeledes i litteraturstudiet, hvor det ses at

en stor del af patienterne ringer out of hours for at få råd og informationer (Keizer et al., 2015; Huibers et al., 2020). Dette understreger, behovet for at sundhedsvæsenet i højere grad opnår forståelse for de udfordringer, borgerne står overfor, når de træffer beslutningen om at ringe out of hours ved sygdom. Dog må man være bevidst om, at akut sygdom og vurdering af denne for borgerne altid vil være en subjektiv vurdering. Borgernes sundhedskompetencer har betydning for deres evne til at handle på sygdom og til at drage selvomsorg, hvor det ses, at jo lavere sundhedskompetencer, jo mindre sygdomsforståelse og i jo mindre grad er borgerne i stand til at drage egenomsorg i tilfælde af sygdom (Wayment et al., 2020). Dette understreger behovet for, at sundhedsvæsenet som organisation imødekommer de forskellige niveauer af sundhedskompetencer hos befolkningen. Frameworket *The Organisational Health Literacy Responsiveness (Org-HLR) Framework* af Trezona et al., (2017), udgør en ramme, som gør det muligt at vurdere og identificere, hvor i en organisatorisk kontekst der er mulighed for forbedringer med henblik på at øge organisationens sundhedskompetence. Frameworket kan inddrages for at bidrage til forandringsperspektivet i forhold til sundhedsvæsenet, med henblik på at styrke, at den rette borger får den rette hjælp på det rette tidspunkt. Frameworket har fokus på flere aspekter, i forhold til organisatorisk sundhedskompetence, hvoraf kun enkelte aspekter vil blive fremhævet og anvendt i specialet. Trezona et al. (2017) definerer organisatorisk sundhedskompetence som:

“The provision of services, programs and information in ways that promote equitable access and engagement, that meet the diverse health literacy needs and preferences of all people, and that support individuals and communities to participate in decisions regarding their health and wellbeing, which is achieved through supportive culture and leadership, supportive systems, policies and practices, and an effective workforce” (Trezona et al., 2017, s.9).

Denne definition kan tolkes som havende fokus mod handling, hvilket stemmer godt overens med den Ricoeur inspirerede tilgang i specialet, som retter fokus mod et forandringspotentiale, hvor noget bør være anderledes. De aspekter af frameworket, der fremhæves i specialet, omhandler henholdsvis organisationens muligheder for at involvere både borgere og samfund i planlægning, udførsel og evaluering, samt kommunikationspraksis, herunder også brugen af teknologi og nye medier (Trezona et al., 2017).

I interviewundersøgelsen ses det at der er et behov for at kunne tilgå informationer om akut sygdom og behandling på internettet, bannere eller plakater hos de praktiserende læger, beskeder i e-boks eller bøger og pjecer. Litteraturstudiet understøtter, at borgerne ønsker information fra pålidelige myndigheds instanser, ikke fra erfaringsbaserede blogs og lignende (Lass et al., 2018). Ved at involvere borgerne i planlægning, udførsel og evaluering af sundhedsinformationer kan man sikre sig, at indsatserne afspejler borgernes oplevede behov og at de imødekommer borgernes sundhedskompetencer, og at skriftlige og digitale materialer er forståelige (Aaby et al., 2019; Aaby et al., 2022). Inddragelse af interessenter kan foregå på mange forskellige måder og er med henblik på at kvalificere indsatser og styrke relevansen af indsatsen for målgruppen (Petersen & Andersen, 2022). Det vurderes at være afgørende, at borgerne ved, hvor de kan finde sundhedsinformationer, og tillige må man holde sig for øje at begrænsede sundhedskompetencer ikke må forringe borgernes muligheder for at tilgå og forstå informationerne. Derfor må organisationen være opmærksom på sin kommunikationspraksis og sikre, at de leverer sundhedsinformationer, som kan øge borgernes viden om sundhed og sygdom uafhængigt af deres niveau af sundhedskompetencer. Fokus må være på synlige informationer, som er lette at tilgå for borgerne og tilpasset forskellige niveauer af sundhedskompetencer. Ved at arbejde med den organisatoriske sundhedskompetence i sundhedsvæsenet kan det antages, at det bliver nemmere for borgerne at tilgå og forstå sundhedsinformationer, når borgeren har behov for det, hvilket vil hjælpe med at styrke, at den rette borger får den nødvendige hjælp. I interviewundersøgelsen påpeges det, at det opleves positivt, at telefonsvarerbeskeden hos lægevagten informerer, at ved bestemte symptomer, skal man i stedet ringe 112. Dette må antages at hjælpe borgeren til at vurdere, hvor alvorlige deres symptomer er, hvorfor det bliver en hjælp i deres beslutningsproces for at søge den rette hjælp.

Ved alle indsatser må der være fokus på de potentielle utilsigtede negative konsekvenser, hvor en indsats har den modsatte effekt end intenderet (Ringold, 2002). Ved at informere om, hvad sundhedsvæsenet anser som akut og ikke akut, kan der potentielt være en risiko for at borgerne, i et forsøg på at efterleve sundhedsvæsenets anvisninger, lader være med at ringe i situationer, hvor det reelt er akut. Dette understreger dermed vigtigheden af, at borgerne stadig opfordres til at ringe out of hours, hvis de oplever et akut behov for hjælp. Det ses at borgere med lav socioøkonomisk status i højere grad end borgere med højere socioøkonomisk status, henvender sig for sent til sundhedsvæsenet, hvilket kan få betydning for udviklingen og behandlingen af deres sygdom (Kjeld et al., 2022; Diderichsen et al.,

2011). Det er dermed vigtigt at holde sig for øje at borgernes helbred ikke må bringes i fare ved at informere og giver anbefalinger vedrørende akut sygdom. Der kan dog potentielt opstå en risiko for at øge den sociale ulighed i sundhed, da en utilsigtet negativ konsekvens kan opstå ved at de borgere, som profiterer af den øgede medicinske information, er dem som i forvejen er helbredsmæssigt bedre stillet på baggrund af deres socioøkonomiske status og sundhedskompetencer (Bonell et al., 2015; Lorenc & Oliver, 2014). Ligeledes ses det at borgere med høj socioøkonomisk status i højere grad aktivt opsøger sundhedsinformationer f.eks. på internettet eller hos de sundhedsprofessionelle (Kjeld et al., 2022) Borgere med lav socioøkonomi har ikke de samme ressourcer og livsvilkår og dermed heller ikke de samme muligheder for at opsøge og handle på sundhedsvæsenets informationer (Kjeld et al., 2022; Diderichsen et al., 2011). Disse borgere kan have brug for at få omsat den komplekse viden til et forståeligt sprog og har dermed brug for et sundhedsvæsen, som i højere grad imødekommer deres behov.

7.2.4.2 Tema 2 – Organisatoriske forholds betydning for anvendelse af out of hours

I interviewundersøgelsen fremgår det, at den praktiserende læges åbningstid og telefontid kan være vanskelig, at tilpasse et travlt arbejds- og familieliv. Det er svært at finde tid til lægebesøg, og ofte er der lang kø på telefonen, hvilket komplicerer muligheden for at tilgå egen læge i dagstiden, og medfører et højere forbrug af sundhedsvæsenet out of hours. Det understøttes af litteraturstudiet, som peger på, at nogle patienter anvender out of hours, fordi det passer bedre i deres dagligdag, med arbejde der skal passes og et familieliv der skal gå op (Lass et al., 2018; Keizer et al., 2015; Huibers et al., 2020). Øvrig litteratur bekræfter dette, hvor det ses at patienterne, især unge voksne anvender out of hours, fordi det passer bedre ind i deres arbejdsliv. De unge voksne angiver yderligere, at det er svært at få telefonisk kontakt til den praktiserende læge (Moth et al., 2020; Seeger et al., 2019; Nørøxe et al., 2017).

Desuden understøtter litteraturstudiet, at lang ventetid på telefonen øger brugen af out of hours. Det samme gør sig gældende for dårlig tilgængelighed af egen læge i dagstiden, såsom lang ventetid til ikke akutte aftaler, dårlig adgang til telefonkonsultation, og dårlig mulighed for adgang til konsultationer efter kl. 17 (Zhou et al., 2015; Keizer et al., 2015). Dette understreger kompleksiteten i borgernes motiver for at kontakte out of hours, og det tyder på at øget åbningstid hos de praktiserende læger, og øget adgang til lægen pr telefon potentielt kan reducere brugen af out of hours (Zhou et al., 2015). De organisatoriske forhold i almen

praksis har hermed betydning for borgernes brug af out of hours. Dette skyldes at de organisatoriske forhold ikke stemmer overens med borgernes arbejds- og familieliv, hvilket er problematisk, hvilket øger henvendelserne til out of hours. Det tyder dermed på, at hvis åbningstiden ved den praktiserende læge udvides, samt lægens tilgængelighed øges, kan brugen af out of hours reduceres. Dette på baggrund af øget adgang til den praktiserende læge. Det handler dog ikke kun om at øge lægens åbningstid, men også om at tilgængeligheden af lægen indenfor åbningstiden øges (Zhou et al., 2015). På denne måde kan systemet i højere grad imødekomme borgerne. Dog peger anden litteratur på, at den øgede kontakt til out of hours, også kan findes i en stigende forventning om sundhedsvæsenets tilgængelighed blandt borgerne. Dette indebærer forventninger om et sundhedsvæsen, der er tilgængeligt 24/7 og som ligeledes kan anvendes til ikke akutte tilstande og anden sygdom (Moth et al., 2020; Seeger et al., 2019).

Litteraturstudierne viser, at brugen af out of hours forstyrrer kontinuiteten af pleje og behandling (Zhou et al., 2015; Keizer et al., 2015). Det ses desuden i anden litteratur, at individer med lav socioøkonomisk status oftere benytter out of hours. Denne gruppe har oftere mere komplekse problemstillinger, som betyder, at de i høj grad vil kunne drage fordel af kontinuiteten af behandling og pleje hos deres praktiserende læge (Jansen et al., 2020). Mangel på kontinuitet i borgernes behandling og pleje er problematisk på grund af borgernes komplekse problemstillinger. Der bør derfor være fokus på at styrke borgernes kontakt med egen læge for, at sikre kontinuitet. Dette for at give borgerne en oplevelse af, at det er muligt at komme i kontakt med egen læge, og for at imødekomme borgernes behov for, at kunne kontakte lægen, når det passer ind i deres familie- og arbejdsliv. Interviewundersøgelsen viser desuden, at tilfredsheden med den praktiserende læge øges, når den praktiserende læge svarer hurtigt, og hurtigt finder tid til borgerne, hvilket kan tolkes, som understøttende for kontinuiteten til lægen. Dette understøttes ligeledes i litteraturstudiet, hvor det ses at 2/3 af patienterne foretrækker kontinuitet i plejen, og patienter som ikke oplever kontinuitet i mødet med praktiserende læge, har større sandsynlighed for at anvende out of hours (Zhou et al., 2015). Det bekræftes i anden litteratur, at patienterne ofte er villige til at vente på at se deres praktiserende læge. Dette gælder især patienter med kroniske sygdomme, som ved fravær af kontinuitet frygter for deres sikkerhed herunder, at alvorlig sygdom overses (Nowak et al., 2021; Cowie et al., 2009). Øget adgang til egen læge og øget tilgængelighed af egen læge indenfor dennes åbningstid, kan dermed reducere brugen af out of hours ved, at flytte de

akutte henvendelser over i den praktiserende læges almindelige åbningstid (Smits et al., 2015). Dog må man være opmærksom på, at hvis man i højere grad opfordrer borgerne til at vente til den efterfølgende dag, og dermed anvende den praktiserende læge i dagstid, kan dette medføre utilsigtede negative konsekvenser. En negativ utilsigtet konsekvens kan være, at ventetiden kan udgøre en risiko for patientsikkerheden, og dermed for borgernes helbred (Smits et al., 2015). Dette understreger vigtigheden af at oplyse borgerne om, at de fortsat skal kontakte out of hours i tilfælde af alvorlig sygdom.

Interviewundersøgelsen viser desuden, at det kan være problematisk, at der er korte konsultationstider hos den praktiserende læge. Den korte varighed af konsultationerne gør det problematisk for borgerne at nå at få sagt alt det nødvendige, og der opleves dermed et behov for varierende konsultationstider til forskellige sygdomsproblematikker. Anden litteratur understøtter dette og peger på, at tidsbegrænsede konsultationer og manglende forståelse i kommunikationen mellem patient og sundhedspersonale er problematisk (Loignon et al., 2015; Heaman et al., 2015). De korte konsultationer medfører, at patienterne oplever problemer med at nå at sige alt dét, de gerne vil, og de kan føle sig tidspressede. Dette kan skabe stressende situationer og frygt for fejlbehandling og udfordre patientsikkerheden (Loignon et al., 2015; Rhodes et al., 2016). De sundhedsprofessionelle oplever, at tidsbegrænsede konsultationer påvirker deres evne til at kunne sætte sig ind i, og forstå patienternes situation. Det påvirker ligeledes muligheden for at kunne udføre forebyggende indsatser, og det at kunne gennemgå alle de nødvendige informationer sammen med patienten (Kjeld et al., 2022). Især patienter med lavere socioøkonomisk status er særligt udfordret af de korte konsultationstider. Dette har indflydelse på uligheden i sundhed, da det kan betyde, at de ikke får den nødvendige behandling (Kjeld et al., 2022). Det er derfor vigtigt at kigge på de organisatoriske rammer, for dermed at indrette den praktiserende læges tilgængelighed til borgernes forskellige socioøkonomiske baggrunde. Dette kan mere tid i konsultationerne med stor sandsynlighed bidrage til.

I interviewundersøgelsen fremgår det desuden, at viden om almen praksis akut funktion har betydning for anvendelsen af lægevagten. Dette skyldes at manglende viden om den praktiserendes læges tilgængelighed til kl. 16, medfører et øget antal kontakter til lægevagten. Anden litteratur understøtter, at den almen praktiserende læge skal være tilgængelig for patienter med brug for lægehjælp i dagstid (PLO, 2021). Således har den praktiserende læge ansvaret for at dække den akutte sundhedstjeneste indtil kl. 16 på hverdage (Danske

Regioner, 2018; Sundhedsstyrelsen, 2020). Herved flyttes henvendelser, der kunne have været varetaget af den praktiserende læge indenfor dennes åbningstid, over i lægevagten. Det at borgerne venter til at lægevagten åbner kan være problematisk, da det kan medføre en potentiel risiko for, at deres akutte tilstand forværres i ventetiden. Dermed får borgerne ikke den nødvendige hjælp på det rette tidspunkt.

7.2.4.3 Tema 3 - Udfordret tillid i mødet med sundhedsvæsenet

Resultaterne af interviewundersøgelsen viser, at der er problemer med at blive hørt og taget alvorligt af den praktiserende læge. Det opleves ligeledes, at det er nødvendigt at lyve og gøre sine symptomer værre end de er, for at blive taget alvorligt. I interviewundersøgelsen fremgår det også, at der er en oplevelse af at være afhængig af den lægefaglige viden og vurdering, men at det på den anden side ikke er muligt, at få den hjælp man har brug for. Anden litteratur viser, at patienterne ofte er bekymrede for, at lægen ikke tager dem alvorligt, og de er nervøse for, om den behandling de får er kompromitteret, hvis lægen synes de er hypokondere eller har mistillid til patienternes intentioner (Rhodes et al., 2016). Patienterne påpeger, at det er vigtigt i mødet med lægen, at de på behagelig vis, kan diskutere problematikkerne med lægen (Brickley et al., 2022). Det påpeges ligeledes, at det er vigtigt for dem, at de føler sig lyttet til, og der opbygges et tillidsforhold til lægen (Brickley et al., 2022). Der er flere faktorer, der har betydning for patienternes møde med sundhedsvæsenet, herunder organisatoriske og relationelle forhold, som begge kan være medskabende til ulighed i sundhed (Kjeld et al., 2022). De relationelle forhold, opstår i interaktionen mellem de sundhedsprofessionelle og borgeren. Her drejer det sig om kommunikationen og forventningerne til mødet, hvilket begge har stor betydning for patienternes oplevelse af sundhedsvæsenet (Kjeld et al., 2022). Interviewundersøgelsen viser ydermere, at borgerne gør sig overvejelser, om det er værd at ringe til lægen til trods for, at de har brug for lægens ekspertviden og vurdering til, at oversætte deres symptomer og vurdere deres tilstand. Dette skyldes, at der er en oplevelse af, at lægen ikke lytter og er til stede under konsultationen. Overvejelserne om ikke at ringe, skyldes dermed mistillid til systemet og dårlige erfaringer med sundhedsvæsenet, hvilket kan forhindre borgerne i at få den behandling, de har behov for (Kjeld et al., 2022). Patienter med lavere socioøkonomisk status oplever i højere grad mistillid til sundhedsvæsenet og de sundhedsprofessionelle, sammenlignet med patienter med højere socioøkonomisk status (Kjeld et al., 2022). Mistilliden kan dermed have betydning for

patienternes behandlingsforløb, som derved bliver mere afbrudte og fragmenterede, og hvor patienterne ikke opnår den kontinuitet, som de ville kunne drage fordel af. Dette er problematisk, da patienter med lav socioøkonomisk status anvender out of hours hyppigst og oftest har flere kroniske sygdomme (Jansen et al., 2020). Det ses desuden i interviewundersøgelsen, at der er en bedre oplevelse af at blive hørt, når man kontakter out of hours. Dette skyldes, at borgerne får direkte kontakt med en læge, som kan vurdere deres situation. Borgerne har ligeledes en oplevelse af, at out of hours handler hurtigere end deres praktiserende læge. Dette understøttes af litteraturstudierne, som peger på, at patienterne som motiv for at ringe out of hours angiver, at de har brug for at tale med en læge, og de har behov for hurtigt svar (Huibers et al., 2020; Keizer et al., 2015).

I interviewundersøgelsen fremgår det, at det har mindre betydning, hvilken læge der besvarer borgernes opkald, det væsentlige er, at det er en læge. Anden litteratur viser dog, at det manglende ønske om at se en fast læge skyldes, at den relationelle kontinuitet ved den almen praktiserende læge er blevet udfordret på grund af færre læger, øget arbejdsbyrde og større kompleksitet (Murphy & Salisbury, 2020). Dette kan medføre, at borgerne ikke oplever forskel på den relationelle kontinuitet til praktiserende læge og til out of hours.

Organisatoriske forhold ser dermed ud til at kunne forhindre kontinuitet og opbyggelse af tillidsfulde læge-patient relationer. For patienterne er det vigtigt, at lægen lytter, tager sig tid, har tillid til, og respekterer dem og kender deres historie (Murphy & Salisbury, 2020; Rhodes et al., 2016). Har patienterne dårlige erfaringer med deres almen praktiserende læge, kan det derfor formodes, at de i større udstrækning gør brug af out of hours. Den begrænsede tid i konsultationerne betyder desuden, at det er svært for patienter med komplekse problemstillinger at blive hørt. Dette kan medføre, at de går fra konsultationen uden at have fået afklaring på deres tilstand, og uden at have opnået den rette behandling (Kjeld et al., 2022; Rhodes et al., 2016). Dette kan føre til flere opkald out of hours, på baggrund af ubehandlede symptomer, og en oplevelse af et uindfriet behov for lægehjælp. I interviewundersøgelsen er der et eksempel på, at ved at råbe højt og brokke sig, kan det lykkes at blive flyttet frem i køen og få hurtigere tid og behandling. Anden litteratur påpeger, at der skal være let og lige adgang for alle til sundhedsvæsenet (Sundhedsloven, 2021). Det er derfor problematisk, hvis behandling hos den praktiserende læge er afhængig af de ressourcer individet besidder, da det skaber en ulighed, hvor dem med flest ressourcer kan tilpasse systemet efter deres behov, og dermed kan opnå en bedre behandling. Det ses at patienterne oplever, at de må presse på for at få tid ved lægen eller for at få en henvisning til videre

behandling i systemet (Rhodes et al., 2016). Dette er problematisk og kan være med til at bibeholde og ligeledes øge uligheden i sundhed, og understreger dermed vigtigheden af at skabe lige adgang for alle borgere uanset deres individuelle ressourcer.

Interviewundersøgelsen påpeger, at lægesekretærer fungerer som gatekeeper for kontakten til lægen, idet de ofte skal vurdere, om borgernes symptomer er alvorlige nok til, at de kan tale med lægen eller få en akuttid. På den ene side føles det utrygt at stå alene med sine symptomer, men på den anden side skaber det utryghed, at det er en lægesekretær, som besvarer opkaldet, idet denne ikke har samme kvalifikationer som lægen til at vurdere sygdom. Denne situation kan skabe mistillid til sundhedssystemet.

Tillid er en kalkuleret risikofyldt forud-ydelse, hvor de trufne valg først senere viser sig, om det lever op til det forventede (Vardinghus-Nielsen & Bak, 2018). Ifølge Luhmann er tillid en kompleksitetsreducerende selektionsmekanisme, som er nødvendig for mennesket i det moderne samfund (Vardinghus-Nielsen & Bak, 2018). Dette skyldes, at mennesket ifølge Luhmann ikke ville kunne håndtere et så komplekst og intransparent samfund, omgivet af så mange risici, hvis der ikke er tillid (Vardinghus-Nielsen & Bak, 2018). Luhmann skelner mellem to former for tillid: personlig tillid og systemtillid. I borgerens møde med den almen praktiserende læge kan det både være den personlige tillid og systemtilliden, der er i spil. I interviewundersøgelsen påpeges det, at tillid til, samt det at have et tilhørsforhold til den praktiserende læge, er vigtig. Det er vigtigt at man oplever, at man kan regne med at lægen er der for en. I denne relation med den praktiserende læge er det den personlige tillid, der er i spil, da der her er opbygget en personlig tillid til den pågældende læge. Systemtilliden er derimod i spil, når det ikke handler om tilliden mellem mennesker, men tilliden til systemet, herunder behandling af sygdom (Vardinghus-Nielsen & Bak, 2018). Anden litteratur påpeger, at tillid til sundhedsvæsenet er afgørende for et godt og velfungerende sundhedsvæsen (Gille et al., 2015), hvor tillid har afgørende betydning for borgernes møde med sundhedsvæsenet (Rimdal et al., 2015). Dog fremgår det af interviewundersøgelsen, at tilliden til det samfundssystem, som den praktiserende læge repræsenterer, er stærkt udfordret. Dette skyldes, at der er opstået en mistillid til den praktiserende læge, idet lægen ikke har indfriet borgernes forventninger om at blive hørt og taget alvorligt, og hvor borgerne oplever at være nødt til at overdrive sine symptomer for at blive tilset. Herved opstår mistillid, hvilket kan medføre, at enkelte fravælger samfundssystemerne (Vardinghus-Nielsen & Bak, 2018). Dog anses den enkelte som værende afhængig af dette samfundssystem, som har monopol på levering af udvalgte ydelser (Vardinghus-Nielsen & Bak, 2018).

Det fremgår af interviewundersøgelsen, at bekymring for egne og andres symptomer medfører et behov for at tale med en læge. Teori understøtter denne problematik ved at belyse, at borgerne lever i en verden omgivet af utryghed og risici. Dette skyldes at videnskaben konstant opdager nye farer, der vedrører borgerne og deres hverdagsliv (Beck, 1997). Lægevidenskaben benævnes af Ivan Illich som iatrogenisk. Her henvises der til forhold, som er fremkaldt af lægevidenskaben (Illich, 1977). Alle forhold i samfundet bliver influeret af iatrogenesen, der blandt andet kommer til udtryk ved, at individet bliver mindre tolerant overfor ubehag og lidelse og fratages retten til at kunne klare sig selv. Der sker herved en medikalisering af tilværelsen, hvor der søges læge til mange forhold i livet, som kan opfattes som sygdom (Illich, 1977). Det kan derfor diskuteres, om videnskaben er medskabere af en afhængighed af systemet, hvor der er brug for eksperternes vurderinger og afsløringer af risici (Beck, 1997). Borgernes problemer forsøges forklaret gennem biomedicinske årsagsforhold, som ønskes behandlet af sundhedsvæsenet, hvor den øgede medikalisering af livet, kræver flere behandlinger på baggrund af skabte urealistiske krav til sundhed (Kennedy et al., 2010). Dette medfører et øget pres på de praktiserende læger og sundhedsvæsenet generelt for tilstande, som kan være harmløse, men som på grund af øget risiko-bevidsthed hos borgerne skaber et øget behov for at blive tilset af en læge.

8.0 Forandringsforslag og implikationer for praksis

Hensigten med specialet var at opnå en forståelse af borgernes forståelse af akut sygdom, og deres motiver for at ringe out of hours. Med udgangspunkt i dette, laves der et forandringsforslag med henblik på at styrke, at den rette borger får den rette hjælp på det rette tidspunkt. På baggrund af den kritiske fortolkning og diskussion af det indsamlede empiriske materiale, og litteraturstudiet, vil der i følgende afsnit blive præsenteret forslag til forandring og væsentlige overvejelser i forhold til disse. Forandringerne kan bidrage til at gøre det nemmere for borgerne at få kontakt med lægen. Dette med formålet om, at borgerne i stedet får den rette hjælp hos den praktiserende læge, når de har behovet for det. Det ses i flere studier, at kontinuitet med den praktiserende læge fører til mindre brug af akutte sundhedstjenester, lavere dødelighed, færre indlæggelser, samt større tilfredshed hos patienterne (Goodwin, 2021; Pereira Gray et al., 2018).

Undersøgelsens resultater viser på den ene side, at det er vigtigt at informere borgerne om, hvad der er akut sygdom, og på den anden side understreges det, at de organisatoriske rammer bør forandres. Ved at ændre rammerne kan dette bidrage til at imødekomme borgernes behov for hjælp og for at blive hørt. Det at opnå en større forståelse for, samt få indsigt i de udfordringer, borgerne står over for i deres daglige liv, kan hjælpe til at balancere forholdet mellem den biomedicinske forståelse og det lægmandsorienterede perspektiv. Dette påpeger dermed, at der er behov for en forandring, som er relateret til de overordnede strukturer på et samfundsmæssigt niveau, hvorfra rammerne for sundhed udstikkes.

Et centralt fokuspunkt på baggrund af undersøgelsen, er en anbefaling om sundhedsinformation om akut sygdom til borgerne. Dette kan dermed blive sundhedsvæsenets måde at imødekomme borgernes ønsker om mere information om akut sygdom, og om hvordan denne vurderes. Disse informationer bør indeholde oplysninger om, hvilke tilfælde af sygdom borgerne i højere grad selv kan håndtere. Informationerne bør formuleres således, at de er letforståelige for på den måde at tilgodese befolkningens forskellige niveauer af sundhedskompetencer. Informationen kan tilrettelægges som en landsdækkende oplysningskampagne, som derved er en populationsstrategi, der henvender sig til alle borgere (Vallgård et al., 2014). Populationsstrategier henvender sig dog primært til individer med høj socioøkonomisk status (Lorenc & Oliver, 2014). Det kan udledes af undersøgelsen, at en del af borgerne ikke ringer out of hours, fordi de ikke forstår, hvor eller

hvornår de skal ringe. De ringer derimod, fordi de ikke vil vente, og fordi det passer bedre med deres arbejdstider. Der vil derfor være en risiko for, at man ikke vil opnå den ønskede forandring i forhold til disse borgere. Man må derfor være bevidst om, at det er en kompleks proces at påvirke og forandre borgernes forståelse og anvendelse af sundhedsvæsenet. Derfor er denne anbefaling et bud på, hvordan man kan forsøge at tilbyde borgerne information. Formentlig vil nogle borgere med høj socioøkonomisk status gøre brug af informationerne, og anvende dem i deres vurdering af sygdomssymptomer og dermed også blive i stand til at tage hånd om mindre sygdomstilfælde selv. En utilsigtet konsekvens ved denne populationsstrategi kan dog være, at man øger den sociale ulighed. Dette skyldes, at borgere med højere socioøkonomisk status har bedre forudsætninger for at forstå og reagere på kampagnen, og i højere grad profiterer af indsatsen end borgere med lavere socioøkonomisk status (Bonell et al., 2015; Lorenc & Oliver, 2014). Ydermere kan der opstå den utilsigtede konsekvens, at nogle borgere reagerer ved at gå mindre til lægen, hvilket kan benævnes boomerangeffekten (Ringold, 2002), som er når indsatser har den modsatte effekt end intenderet. På den anden side kan man anvende en højrisikostrategi, hvor man prøver at identificere de borgere, som i høj grad anvender out of hours. På den måde kan man specificere informationen til de borgere, der hyppigt anvender out of hours, og man kan tage sig bedre tid til denne gruppe i konsultationerne ved den almen praktiserende læge. En del af de borgere, som hyppigt ringer out of hours, er således kronisk syge og har brug for ekstra støtte og kontinuitet i deres behandling (Keizer et al, 2015; Nowak et al., 2021). En utilsigtet konsekvens ved den individrettede strategi er dog risikoen for stigmatisering af den enkelte borger (Vallgård et al., 2014).

Det er vigtigt at tage højde for borgernes individuelle sundhedskompetencer. Dette sker ved at tilpasse kommunikationen og formidlingen af informationerne til det enkelte individs behov. På denne måde gives individet de bedste forudsætninger for at kunne håndtere informationen og dermed at mestre deres sygdom. I den forbindelse kan spørgeskemaet Health Literacy Questionnaire (HLQ) anvendes som redskab til at afdække borgernes niveau af sundhedskompetencer (Maindal et al., 2016). HLQ kan anvendes af den praktiserende læge i den første konsultation med borgeren. Herved kan oplysninger om borgerens sundhedskompetencer afdækkes, for på denne måde at identificere udfordringer med at omsætte sundhedsinformationer. Denne viden giver den praktiserende læge mulighed for at tilpasse både konsultation og sundhedsinformationer til den enkelte borgers behov. Dermed

kan sundhedsinformationerne målrettes den enkelte borgers sundhedskompetencer, hvilket ifølge Janet Shim (2010) kan bidrage til at udvikle individets sundhedskompetencer og sundhedskapital. Anvendelse af HLQ må dog overvejes nøje, og der må foretages en vurdering af de ressourcer, det vil kræve af en lægeklinik at indføre dette. Der må ligeledes tages stilling til, om alle borgere skal vurderes, eller om der skal foretages en udvælgelse af borgerne ud fra udvalgte kriterier og karakteristika. På den anden side må der tages højde for de utilsigtede negative konsekvenser, da der er risiko for stigmatisering (Bonell et al., 2015; Valgård et al., 2014). Dette fordi der ved denne udvælgelse sker en opdeling af borgerne i forhold til deres niveau af sundhedskompetencer. Der kan være ligeledes være udfordringer i forhold til at skulle videregive resultatet af HLQ til borgerne, da dette kan medføre frustrationer og vrede hos borgerne som følge af stigmatisering. Sundhedsvæsenet er et komplekst system at forandre, og adgangen til sundhedsvæsenet bør ikke være under indflydelse af borgernes sundhedskompetencer. En måde at imødekomme dette kan være ved at skræddersy informationer og konsultationer til den enkelte. Herved øges den enkeltes adgang til, samt udbytte af behandlingen. Det fremgår af undersøgelsens resultater, at konsultationstiden hos den praktiserende læge vurderes som kort af borgerne, og der ofte ikke er tilstrækkelig tid til at favne kompleksiteten i borgernes livssituation. Litteratur peger på, at patienter med kroniske sygdomme oftere gør brug af out of hours (Sandvik & Hunskaar, 2018). Self-management af sygdom, herunder kroniske sygdomme, er derfor et område for forandring. Her drejer det sig om, hvordan patienterne håndterer den kroniske sygdoms indvirkning på deres liv, og hvordan de med støtte fra de sundhedsprofessionelle bliver i stand til at håndtere deres kroniske tilstand (Lawn & Schoo, 2010). Længere konsultationer vil derfor give borgere og læger mulighed for at adressere problemstillinger i forhold til borgerens sygdom, samt håndtering af denne i borgerens hverdagsliv. En utilsigtet negativ konsekvens ved øget fokus på self-management af blandt andet kroniske sygdomme kan dog være, at fokus rettes mod, at borgerne selv skal tage ansvar, ændre eller tilpasse deres adfærd i forhold til deres sygdom. Dette kan medføre en stigmatisering af de borgere, som ikke formår dette. Der kan ligeledes opstå "blaming the victim", hvor individet ansvarliggøres og bebrejdes for sin adfærd (Elstad, 2000). De tidsbegrænsede konsultationer vurderes af både patienter og sundhedsprofessionelle som begrænsende for kommunikationen, og for forståelse af de udfordringer patienterne har (Kjeld et al., 2022). En anbefaling til forandring er derfor en indførelse af fleksible konsultationer, som i højere grad tilpasses borgerens behov. Fleksible konsultationer bidrager til, at der bliver mere tid til, at borgeren kan

adressere alle de relevante problemstillinger. Det giver ligeledes tid til, at de sundhedsprofessionelle kan påpege vigtigheden af behandling og opfølgning. På denne måde bliver der i højere grad mulighed for, at der kan tages udgangspunkt i borgerens hverdagsliv, og der skabes en mere helhedsorienteret tilgang, hvor borgeren inddrages i egen behandling. Dét at sikre sig tid i konsultationen, til at høre og inddrage patienterne, kan ligeledes formodes at facilitere en opbygning af tillid mellem læge og patient. Fleksible og længere konsultationstider giver større mulighed for *patient-centered care*. Det er en plejeform, der er respektfuld og lydhør overfor patienternes ønsker og behov, hvilket giver højere niveau af tillid mellem patient og læge (Brickley et al., 2022). Mere tid i konsultationerne kan gøre det muligt for de sundhedsprofessionelle at tilrette forløbet til den enkelte. På den måde kan der gives en øget opmærksomhed til de patienter, der har behovet. Det gør det ligeledes muligt at adressere de mere komplekse problemstillinger, som især borgere med lav socioøkonomisk status kan have (Jansen et al., 2020; Kjeld et al., 2022). At forebygge og reducere social ulighed i mødet med sundhedsvæsenet kræver en bred indsats på flere niveauer, herunder strukturelle og organisatoriske ændringer. Dog må man være opmærksom på, at der er begrænsede ressourcer i sundhedsvæsenet, herunder mangel på sundhedspersonale (Kjeld et al., 2022), hvilket kan have betydning for muligheden for at kunne indføre tiltag, som i højere grad tilgodeser borgerne og deres oplevede behov.

Foruden anbefalinger om information og fleksible konsultationer understøtter specialiets resultater forandringer i forhold til den praktiserende læges åbningstid. Dette indebærer en øget mulighed for telefonisk kontakt med lægen, og mulighed for hurtigere at kunne få en tid hos lægen. Undersøgelsens resultater peger dermed på et behov for øgede åbningstider hos den praktiserende læge, som passer bedre ind i borgernes hverdagsliv. Den korte åbningstid er et problem for borgerne og for samfundsøkonomien, da borgerne skal tage fri fra deres arbejde for at komme til lægen. Dette kan være en barriere for, at borgerne søger læge, og kan medføre at de går for længe med symptomer, der burde tilses. Et fokus rettet mod udvidede åbningstider og med mulighed for højere grad af telefonisk kontakt til den praktiserende læge, vil dog have stor indvirkning på de ansatte i de enkelte lægehuse. Af undersøgelsens resultater fremgår det, at brugen af out of hours er begrundet med, et ønske om at kunne komme til lægen, når borgerne har fri fra arbejde. Øgede åbningstider hos praktiserende læge vil dermed give større fleksibilitet for de borgere, som går på arbejde. Det ses dog allerede flere steder, at være vanskeligt at få lægeklinikker bemandet, særligt i yderområder (Larsen et

al., 2020), hvorfor det potentielt vil være svært at udvide åbningstiderne i en del lægehuse. Der er knappe ressourcer i sundhedsvæsenet (Pedersen, 2017), hvilket kan gøre det problematisk at indføre øget åbningstid, som koster flere penge. På den anden side koster det også mange penge at håndtere de mange henvendelser til out of hours, som patienterne anvender, når det er vanskeligt at få tid eller telefonisk kontakt til egen læge (Smits et al., 2015). Dog ses det, at borgere uden arbejde og uddannelse i højere grad anvender out of hours. Dette indikerer, at det ikke kun er åbningstiderne, der skal øges, men ligeledes tilgængeligheden af lægen, indenfor dennes åbningstid (Zhou et al., 2015). Øget tilgængelighed af lægen vil gøre det nemmere for borgerne at få en tid, også til ikke-akutte henvendelser. Det vil også give øget mulighed for telefonisk kontakt med lægen, hvilket kan være med til at styrke kontinuiteten i behandlingen. Ønsker man at forandre og implementere nye tiltag, er det vigtigt at afprøve og evaluere, inden man går i gang med en implementering (Skivington et al., 2021). Dette for at kunne vurdere, om tiltagene har den ønskede virkning og for at identificere potentielle utilsigtede konsekvenser heraf (Skivington et al., 2021). Feasibility eller gennemførlighedsundersøgelser kan anvendes til at afprøve nye tiltag. Denne afprøvning kan sætte fokus på vigtige faktorer på både individuelt og organisatorisk niveau, som kan have betydning for en eventuel implementering. Afprøvning kan ligeledes give en indsigt i det krævede ressourceforbrug, inden det fulde tiltag udrulles og indføres. Begrænsede ressourcer hos regionerne kan have betydning for, om der kan afsættes de nødvendige midler til at kunne håndtere nye tiltag, som øgede åbningstider og længere konsultationer hos de praktiserende læger. Økonomi kan nemlig sætte begrænsninger for overenskomstforhandlinger med de praktiserende læger. Afprøvning kan efterfølges af en evaluering, herunder en økonomisk evaluering, som kan vurdere omkostningseffektiviteten af tiltaget. Ydermere kan der foretages en evaluering af, om tiltaget er effektivt i forhold til at opnå forudbestemte mål, ud fra både borgernes, de sundhedsprofessionelle og de organisatoriske perspektiver (Østergaard et al., 2022).

9.0 Diskussion af metode

De metodiske valg diskuteres i de følgende afsnit for at skabe transparens over specialets valg og fravalg, og dermed belyse specialets metodologiske grundlag og kvalitet.

9.1 Videnskabsteori og sammenhæng i den kvalitative undersøgelse

I specialet ønskes der viden om, og en dybere forståelse for borgernes forståelse af akut sygdom og motiverne for at ringe out of hours, hvorfor der blev anvendt Ricoeurs (2002) kritiske hermeneutik. Ved at anvende Ricoeurs kritiske hermeneutik har det været muligt at hæve fortolkningen fra det konkrete til det almene, og på denne måde opnå dyberegående viden om borgernes motiver. Denne dyberegående viden, samt den kritiske hermeneutiks normative horisont, kan bidrage til at udvikle et generelt forandringsforslag, der tager udgangspunkt i borgerne og deres oplevelser. Specialegruppens forforståelse er ekspliciteret, hvilket anses som en styrke i undersøgelsen, da dette skaber transparens, og giver andre mulighed for at vurdere den kritiske fortolkning i undersøgelsen. Specialegruppens forforståelse er forsøgt udfordret gennem dialog og diskussion, gennem forskningsprocessen, hvilket anses som en styrke, da det bidrager til at opnå ny forståelse af emnet. Det anses ligeledes som en styrke, at specialegruppen har forskellige professioner og dermed forskellig klinisk erfaring. Dette skyldes, at der herved er større diversitet i forforståelsen, end hvis begge havde arbejdet indenfor samme felt. Et af gruppemedlemmerne har arbejdet som sygeplejerske og har dermed en viden indenfor dette felt. Det andet gruppemedlem har arbejdet som bioanalytiker og har ikke arbejdsmæssigt haft kontakt med den praktiserende læge eller lægevagten, men har arbejdet i sundhedsvæsenet og har dermed et andet kendskab hertil. Begge gruppemedlemmer kommer med deres egne personlige erfaringer, i forhold til lægen, lægevagten og sundhedssystemet, hvilket gør det muligt at se problematikkerne fra flere forskellige vinkler. Dog er der i specialegruppen en vis lighed i gruppemedlemmernes forforståelse, på baggrund af uddannelsen i Folkesundhedsvidenskab, samt udarbejdelsen af problemanalysen, hvilket kan anses som en svaghed. Dette skyldes at den kritiske refleksion mellem gruppemedlemmerne kan være udfordret af, at der er opnået samme vidensgrundlag. Det kan begrænse, i hvilken grad forforståelsen kan udfordres. Dog forstås og tolkes der forskelligt, hvorfor det stadig er muligt at skabe kritisk refleksion mellem gruppemedlemmerne. Anvendelsen af Maxwells interaktive model (2005) i specialet, ses som en styrke, da den interaktive model har bidraget til at skabe sammenhæng mellem

delelementerne i undersøgelsen og problemformuleringen. På denne måde har modellen bidraget til at skabe systematisk refleksivitet i undersøgelsen og har bidraget til undersøgelsens validitet.

9.2 Systematisk litteratursøgning

Det er væsentligt, at litteratursøgningen er transparent og er veldokumenteret, da det blandt andet giver andre mulighed for at efterprøve denne (Lund et al., 2014). I specialet anvendes bloksøgning, hvilket øger ensartetheden, systematikken og transparensen over litteratursøgningen, på tværs af databaserne (Buus et al., 2008). Der blev udledt tre blokke, til besvarelse af problemformuleringen, hvilket dog gav for få hits og indikerede, at søgningen dermed var for snæver. På baggrund heraf blev to blokke fravalgt for at brede søgningen ud og dermed øge antal hits. Som alternativ til bloksøgning kunne den systematiske søgning være opstillet efter PICO modellens fire delte struktur, og dermed være opstillet efter de fire komponenter; *patient*, *intervention*, *comparison* og *outcome*. De fire komponenter kan anvendes som et redskab til generering af nye søgeord og kan bidrage til en mere præcis søgning (Buus et al., 2008). PICO strukturen blev dog fravalgt, da denne struktur ikke var relevant i specialet, primært fordi der var en begrænset mængde relevant litteratur ved søgningerne, og mængden af litteratur ville blive begrænset yderligere ved at inkludere fire blokke. For at opnå en fyldestgørende søgning anvendes en kombination af både kontrollerede emneord og fritekstsøgninger, da dette giver en bredere og mere nøjagtig søgning (Lund et al., 2014). Dog anvendes fritekstsøgninger oftere i indeværende speciale, grundet den sparsomme litteratur og manglende kontrollerede emneord om emnet. For at tilstræbe en fyldestgørende udfoldelse af fænomenet blev der identificeret og tilføjet flere synonymer af *out of hours*, hvilket imødekommer variationen i sprogbrugen forfattere imellem (Frandsen et al., 2020). Synonymerne blev blandt andet identificeret ved hjælp af databasernes tesaurus. Der er store forskelle i definitionen af begrebet *out of hours*, hvorfor begrebet kan være vanskeligt at afdække i en søgning. Dette kan anses som en svaghed i specialet, da det ikke kan udelukkes, at begrebet ikke er afdækket tilstrækkeligt. De fire databaser Embase, Cinahl, Scopus og Pubmed blev anvendt i den systematiske litteratursøgning og muliggjorde en omfattende og dækkende søgning til at identificere relevant videnskabelig litteratur. Proquest er en database, der giver adgang til flere databaser blandt andet indenfor humaniora og samfundsvidenskab og dermed dækker bredere

(Proquest, 1693). Det kan ikke udelukkes, at Proquest kunne have bidraget med nuancer på borgernes motiver for at anvende out of hours ud fra et kulturelt og samfundsmæssigt aspekt.

Udvælgelsen af studierne blev foretaget ved, at begge gruppemedlemmer gennemlæste de fundne studier uafhængigt af hinanden, hvilket ses som en styrke i inkluderingen af studierne. Dette blev foretaget med udgangspunkt i inklusionskriterierne (Lund et al., 2014). I udvælgelsen af litteratur var et inklusionskriterie, at det skulle være nyere litteratur, hvorfor litteratur indenfor de sidste ti år blev valgt. Med udgangspunkt i eksisterende litteratur undersøges borgernes motiver for at anvende out of hours, hvorfor det er relevant at inddrage nyere litteratur. Dette skyldes, at anvendelsen af out of hours antages at være påvirkelig af den samfundsmæssige kultur og kontekst, som er i konstant forandring, hvorfor dette skal være foreneligt med den nuværende organisatoriske og samfundsmæssige ramme. Inklusionskriteriet på de 10 år kan dog have frasortet ældre relevant litteratur, der kunne have bidraget til en nuancering af borgernes motiver for anvendelsen af out of hours, da det ikke kan udelukkes, at motiverne ikke ændres i takt med samfundet, hvilket kan anses som en svaghed i undersøgelsen. I søgningen blev der identificeret 3720 artikler, efter gennemlæsning af titel blev der frasortet 3635 artikler, hvilket kan tyde på lav præcision i søgningen (Lund et al., 2014). Dette kan skyldes, at søgningen indeholder støj formentligt på baggrund af de mange fritekstsøgninger (Buss et al., 2008). Det kan dog også være et udtryk for, at relevant litteratur er fravalgt på grund af manglende beskrivelse af studierne indhold i artiklernes titel. Til kritisk at vurdere den metodiske kvalitet og dermed vurdere troværdigheden af de videnskabelige studiers resultater (Lund et al., 2014) blev tjeklister udviklet af STROBE og JBI anvendt. STROBE-tjeklisten blev anvendt til de tre tværsnitstudier, og JBI-tjeklisten blev anvendt til det kvalitative studie. STROBE-tjeklisten (STROBE) vurderes at være velegnet til at vurdere tværsnitstudierne, da tjeklisten består af 22 essentielle punkter, inddelt i overskrifterne, *abstract*, *introduktion*, *metode*, *resultater*, *diskussion* og *supplerende informationer* (STROBE). Tjeklisten JBI (The Joanna Briggs Institute, 2017) vurderes velegnet til vurderingen af det kvalitative studie, da denne er konsekvent og struktureret i sin fremgangsmåde. Alternativt kunne tjeklisten CASP have været anvendt, da den er nemmere at tilgå. Den blev dog fravalgt på grund af strukturen, hvor spørgsmålene er mere overordnede, og ikke så konsekvente som JBI (The Joanna Briggs Institute, 2017). Ved at anvende tjeklister sikres systematik og transparens i

kvalitetsvurderingen af de inkluderede studier, hvilket anses som en metodisk styrke i undersøgelsen, og giver andre mulighed for at efterprøve den kritiske vurdering.

9.3 Tematisk analyse

Til analyse af den videnskabelige litteratur er der anvendt en tematisk analysestrategi ud fra Braun & Clarke (2006). Braun & Clarkes (2006) analysestrategi kan anvendes uafhængigt af den videnskabsteoretiske position, og metoden bidrager til systematisk at udføre analysen, ved at følge metodens seks trin. Ved at følge strukturen i Braun & Clarkes (2006) analysestrategi har det været muligt at identificere temaer på tværs af litteraturen fundet i den systematiske litteratursøgning, og det har været muligt at følge en mere induktiv og dermed tekstnær tilgang i kodningen af dataet. Den systematiske og induktive fremgangsmåde ses som en styrke i analysen af den videnskabelige litteratur inkluderet i specialet.

9.4 Kvalitativt interview

9.4.1 Ethiske overvejelser

Forud for interviewene blev samtykkeerklæring og informationsmateriale tilsendt informanterne. Ved interviewets start blev samtykkeerklæringen og formålet med undersøgelsen gennemgået mundtligt, og begreber som pseudoanonymiseret blev forklaret. Dette tillod informanterne at stille uddybende spørgsmål og sikre ligeledes, at informanterne var indforståede med formålet, og at deres deltagelse var frivillig. Herved blev det sikret, at informanterne var velinformerede om proceduren i undersøgelsen og deres mulighed for at kunne trække sig ud af undersøgelsen (Kvale & Brinkmann, 2015). Dette bidrog til, at informanterne på et informeret grundlag kunne give samtykke. To interviews blev afholdt i henholdsvis eget hjem, eller på Aalborg Universitet, hvorfor informeret samtykke i den forbindelse er indhentet både skriftligt og mundtligt. De resterende to interviews blev gennemført telefonisk, efter ønske fra informanterne. Ved de telefoniske interviews var det ikke muligt at indhente skriftligt samtykke, hvorfor dette blev indhentet mundtligt og dermed udelukkende fremgår på lydoptagelserne. Hvis muligt skal samtykke indhentes skriftligt (Justitsministeriet, 2018), hvorfor dette kan anses som en svaghed i specialet. Det mundtlige samtykke fremgår dog af lydoptagelserne, hvilket imødekommer

kravet om dokumentation for indhentning af informeret samtykke, og ses dermed som en styrke (Justitsministeriet 2018).

9.4.2 Interview

I specialet blev data indsamlet ved individuelle interviews, hvilket vurderes velegnet til indsamlingen af data vedrørende borgernes forståelse af akut sygdom og motiverne for anvendelse af out of hours. Metoden ses som en styrke i specialet, da den er velegnet til at opnå en dybere forståelse for borgernes individuelle perspektiv (Kvale & Brinkmann, 2015). Til indsamling af data kunne der i specialet have været anvendt fokusgruppeinterviews. Dette skyldes, at fokusgruppeinterviews er en effektiv måde at indsamle kvalitative data.

Fokusgruppeinterviews kan give et rigt datasæt og kan bidrage til at komme bag om svarene gennem interaktion (Flick, 2018). Dette ses i tråd med Ricoeurs kritiske hermeneutik og fortolkningsteori, hvor der netop ønskes at opnå forståelse for menneskelige handlinger og oplevelser i en social og kulturel kontekst, og dermed afdække de underliggende strukturer (Ricoeur, 2002). Fokusgruppeinterviews kunne på den ene side have bidraget til at opnå en dybere forståelse for borgernes motiver og forståelse af akut sygdom, gennem interaktionen med andre informanter. På den anden side blev fokusgruppeinterviews dog fravalgt, da fokusgruppeinterview ikke egner sig til at udforske menneskers livsverden og narrativer. Fokusgruppeinterviews giver heller ikke mulighed for at stille uddybende spørgsmål (Flick, 2018), hvilket var formålet med undersøgelsen, hvor der ønskes at opnå forståelse for borgernes oplevelser, erfaringer og motiver for at anvende out of hours. Ydermere kræver et fokusgruppeinterview, en gruppe informanter på seks til otte deltagere (Flick, 2018), hvilket ville have været udfordrende grundet rekrutteringsvanskelighederne til specialet.

Der blev anvendt en semistruktureret opbygning af interviewguiden, hvilket bidrog til en mere åben tilgang til emnet, ud fra prædefinerede spørgsmål, med henblik på at opnå forståelse for borgernes forståelse af akut sygdom og deres motiver for at kontakte out of hours. Den åbne tilgang tillod samtidig interviewerens at stille uddybende spørgsmål, hvilket bidrog til en dybere forståelse for emnet, ved at have mulighed for at forfølge udsagn fra informanterne. Interviewguiden blev pilottestet af en i specialegruppens netværk, som havde anvendt lægevagten, hvilket bidrog til at validere samt gav mulighed for at tydeliggøre spørgsmålene. Efter de første interviews blev spørgsmålene revurderet og efterfølgende justeret og raffineret, hvilket bidrog til, at spørgsmålene blev tilrettet, hvilket anses som en

styrke i undersøgelsen. Herved var det muligt at opnå flere perspektiver på emnet, og dermed opnå en dybere forståelse heraf. Dette skyldes, at nogle af spørgsmålene ikke indfangede det ønskede. Der opstod samtidig nye emner under interviewene, som kunne forfølges og uddybes, og som specialegruppen ikke havde overvejet ved udarbejdelsen af spørgsmålene. Dette ses i tråd med Ricoeurs kritiske hermeneutik, som er karakteriseret ved, at fortolkningsprocessen er iterativ og dynamisk (Ricoeur, 2002), hvor der tolkes på interviewene løbende og derefter revideres spørgsmålene for at kunne opnå en dybere forståelse for emnet.

Purposeful sampling (Merriam & Tisdell, 2016) til rekruttering af informanter sikrer, at der rekrutteres informanter, der kan bidrage med viden om borgerens forståelse af akut sygdom og motiver for at kontakte out of hours. I specialet blev out of hours i første omgang, defineret som akutfunktionen ved den almen praktiserende læge, ligesom der blev forsøgt rekrutteret borgere, der havde anvendt akutfunktionen indenfor de sidste tre måneder. Det var dog ikke muligt at rekruttere informanter til formålet, da flere enten ikke kendte til akutfunktionen, eller ikke havde anvendt den akutte funktion indenfor denne tidsramme. Det blev på baggrund af få informanter, vurderet af specialegruppen, at motiverne for at anvende den akutte funktion ved den almen praktiserende læge, var foreneligt med motiverne for anvendelsen af lægevagten, ligesom det blev vurderet, at tidsrammen kunne udvides til seks måneder, uden stor risiko for recall bias. Det kan på den ene side anses som en begrænsning i undersøgelsen, at informanterne ikke er repræsenteret tilstrækkeligt i forhold til anvendelsen af den akutte funktion ved den almen praktiserende læge. På den anden side var formålet med undersøgelsen at opnå dyberegående viden om borgernes motiver og oplevelser, hvorfor dette ikke vurderes af betydning. Formålet med kvalitative undersøgelser, er at opnå en mere dyberegående og bredere forståelse for menneskers holdninger, oplevelser og adfærd (Merriam & Tisdell, 2016), hvorfor det ses som en styrke, at lægevagten er inddraget i definitionen af out of hours. Informanterne blev primært rekrutteret gennem specialegruppens netværk og Facebook, da det ikke lykkedes at rekruttere fra de fysisk udvalgte lokalisationer. Dette kan anses som en svaghed i undersøgelsen, da der er mulighed for, at informanterne dermed kan udgøre en mere homogen gruppe, end hvis det var lykkedes at rekruttere bredere, hvilket kan bevirke, at det ikke var muligt at indhente tilstrækkelig nuanceret viden. Herved kan det ikke udelukkes at, hvis der var rekrutteret borgere fra andre lokalisationer, kunne dette bidrage til en bredere forståelse af motiverne for at anvende out of hours, hvilket kan have indvirkning på resultaterne i specialet. Informanterne varierer dog i

karakteristika på henholdsvis alder, køn samt uddannelsesniveau, hvilket anses som en styrke, da formålet er at opnå nuancerede perspektiver, på brugen af out of hours.

Til at øge den metodiske stringens (Kitto, Chester & Grbich, 2018), har der i transskriberingsprocessen været anvendt en transskriberingsguide, hvilket har sikret en ensartethed i transskriberingen (Kvale & Brinkmann, 2015). De otte interviews blev delt mellem specialegruppens medlemmer. Transskriberingen foregik med udgangspunkt i den udarbejdede transskriberingsguide, hvorefter transskriberingen blev holdt op imod lydfilen. De transskriberede interviews blev ikke efterfølgende efterprøvet af begge gruppemedlemmer og holdt op mod lydfilen, hvorfor reliabiliteten ikke blev afprøvet. En anden teknik til at reducere fejl er respondentvalidering, hvilket indebærer at tilbyde informanterne muligheden for at læse og kontrollere det transskriberede materiale (Kitto, Chester & Grbich, 2018). Transskriptioner er ifølge Ricoeurs (2002) en del af fortolkningsprocessen, hvorved talen bliver til tekst. Dette medfører, at teksten bliver åben for fortolkning og indebærer, at transskriptionerne ikke udelukkende er en direkte oversættelse af det sagte, men ligeledes indeholder en fortolkning af det sagte. Informanten ville derfor ikke kunne genfinde sig selv i teksten på baggrund af fortolkningen heraf, hvorfor respondentvalidering blev fravalgt. Respondentvalidering kan ligeledes medføre, at informanten kan føle sig misforstået eller konfronteret, når denne præsenteres for egne udsagn i nedskrevet form, da der kan være risiko for, at informanterne kan have svært ved at genkende sig selv i det skrevne (Kvale & Brinkmann, 2015).

I databearbejdningen blev der taget udgangspunkt i Pedersen og Dreyers (2018) fænomenologiske-hermeneutiske analysestrategi, der har sit afsæt i Ricoeurs fortolkningsstrategi, hvilket ses i overensstemmelse med specialets videnskabsteoretiske position. Herved vurderes det, at der er sammenhæng mellem specialets epistemologiske interesse og den valgte analysestrategi (Maxwell, 2005). Analysestrategiens trinvis proces ses som en styrke, på baggrund af den systematiske og dialektiske bevægelse mellem analyseprocessens tre niveauer. Den dialektiske bevægelse mellem niveauerne medvirker ligeledes til, at fortolkningen valideres ved at sikre, at den kritiske fortolkning er i overensstemmelse med strukturanalysen og empirien fundet i den naive læsning. Fortolkning er altid subjektivt ifølge Ricoeur (2002), hvorfor fortolkningen af interviewene i indeværende speciale, er én fortolkning, og dermed er åben for anden eller yderligere fortolkning. I den

kritiske fortolkning og diskussion er empirien i form af interviewene, holdt op imod teori, litteratur fra den systematiske litteratursøgning og øvrig litteratur. Dette ses som en styrke i specialet, da det bidrager til en validering af fortolkningen af interviewene, i den kritiske fortolkning og diskussion. Inddragelsen af teori og anden litteratur medvirker ligeledes til, at empirien og fortolkningen løftes fra det almene til det generelle. I den kritiske fortolkning og diskussion er der anvendt citater, anden teori og anden litteratur, som belæg for fortolkningen, hvilket ses som en styrke, da det medvirker til at argumentere for fortolkningen og til at skabe transparens over denne. Specialegruppens medlemmer diskuterede de forskellige fortolkninger af den indsamlede empiri, for på denne måde at opnå forståelse for de mulige fortolkninger, hvilket ligeledes ses som en styrke, da det er en form for forskertrianglering, som er et redskab til at øge validiteten og reliabiliteten af undersøgelsen (Kitto, Chester & Grbich, 2018). Specialegruppen består dog kun af to medlemmer, hvilket kan medvirke til en vis enighed blandt medlemmerne, og dette kan dermed anses som en svaghed i den kritiske fortolkning.

10.0 Konklusion

På baggrund af undersøgelsens resultater kan det konkluderes, at borgerne forstår akut sygdom, som noget der opstår pludseligt, men de har problemer med at vurdere egne og andres symptomer. De bliver bekymrede og har behov for hurtige svar og sundhedsinformationer. Yderligere ses det at være svært for borgerne at få kontakt med deres praktiserende læge på grund af arbejdstider, som ikke passer med lægens åbningstid, lang ventetid på telefonen og ventetid på konsultationer. Det ses derfor, at flere borgere anvender out of hours, da disse åbningstider passer bedre med familie og arbejdslivet. Ydermere ses der udfordringer med tillidsrelationen til egen læge og lægesekretæren, hvor det opleves som svært at blive hørt og set. Disse resultater understreger, at der er nogle organisatoriske forhold i sundhedsvæsenet, som gør det svært for borgerne at opnå adgang til deres egen læge.

Resultaterne i undersøgelsen indikerer vigtigheden af, at sundhedsvæsenet tilstræber at inddrage borgernes oplevede behov og perspektiver, for i højere grad at kunne balancere forholdet mellem lægmandsperspektivet og den biomedicinske forståelse af sundhed og sygdom. Et væsentligt forandringselement er dermed, at tilbyde borgerne informationer om akut sygdom og vurdering af denne. Informationerne bør være i et letforståeligt sprog for at tilgodese borgernes forskellige niveauer af sundhedskompetencer. Ligeledes er det vigtigt i konsultationer hos lægen at målrette kommunikationen i forhold til borgernes sundhedskompetencer, for derved at understøtte den enkelte borgers behov.

Øget tilgængelighed af praktiserende læge indenfor åbningstiden, og længere åbningstider fremgår som et betydningsfuldt forandringselement og bør inkluderes i organiseringen af almen praksis. Resultaterne underbygger desuden behovet for fleksible konsultationer, hvor den afsatte tid indrettes efter borgernes behov. Dette kan styrke en mere helhedsorienteret tilgang og patient centreret pleje, hvor borgerne og deres oplevelse af sygdom i hverdagslivet er i fokus. Dette kan give mulighed for, at der skabes en mere kontinuerlig og tillidsfuld relation til den praktiserende læge, hvilket atter styrker behandlingen af det enkelte individ, samtidig med at borgernes individuelle livsbetingelser i højere grad omfavnes. Den begrænsede litteratur på området indikerer dog, at der er behov for yderligere forskning vedrørende borgernes anvendelse af sundhedsvæsenet out of hours.

11.0 Referencer

- Aaby, A., Meldgaard, M., & Maindal, H. T. (2022). Sundhedskompetence i det danske sundhedsvæsen - En vej til mere lighed . (). Sundhedsstyrelsen.
- Aaby, A., Terkildsen Maindal, H., Vinther-Jensen, K., Sørensen, K., & Bertram, M. (2019). Sundhedskompetence i et strukturelt perspektiv - En vej til lighed i sundhed? ().
- Beck, U. (1997). Risikosamfundet: på vej mod en ny modernitet. Hans Reitzels Forlag.
- Berens, E., Vogt, D., Ganahl, K., Weishaar, H., Pelikan, J., & Schaeffer, D. (2018). Health Literacy and Health Service Use in Germany. *Health Literacy Research and Practice*, 2(2), 115. 10.3928/24748307-20180503-01
- Bonell, C., Jamal, F., Melendez-Torres, G., & Cummins, S. (2015). 'Dark logic': theorising the harmful consequences of public health interventions. *Journal of Epidemiology and Community Health* (1979), 69(1), 95-98. 10.1136/jech-2014-204671
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. 10.1191/1478088706qp063oa
- Brega, A. G., Hamer, M. K., Albright, K., Brach, C., Saliba, D., Abbey, D., & Gritz, R. M. (2019). Organizational Health Literacy: Quality Improvement Measures with Expert Consensus. *Health Literacy Research and Practice*, 3(2), 127. 10.3928/24748307-20190503-01
- Brickley, B., Williams, L. T., Morgan, M., Ross, A., Trigger, K., & Ball, L. (2022). Patient-centred care delivered by general practitioners: a qualitative investigation of the experiences and perceptions of patients and providers. *BMJ Quality & Safety*, 31(3), 191-198. 10.1136/bmjqs-2020-011236
- Brinkmann, S. (2015). Etik i en kvalitativ verden. I S.Brinkmann & L.Tanggaard, eds. *Kvalitative metoder : en grundbog*. Hans Reitzels Forlag.
- Brinkmann, S., & Tanggaard, L. (2015). *Kvalitative metoder : en grundbog* (3rd ed.). Hans Reitzels Forlag.
- Buus, N., Tingleff, B. E., Rossen, B. C., & Kristiansen, M. H. (2008). Litteratursøgning i praksis - begreber, strategier og modeller. *Sygeplejersken*, nr. 10
- CINAHL with full text (1981). . EBSCO Industries, Inc. Lokaliseret den. 27.05.2024: https://kdbk-aub.primo.exlibrisgroup.com/discovery/dbfulldisplay?docid=alma9920755165605762&context=L&vid=45KBDK_AUB:AUB&lang=da&adaptor=Local%20Search%20Engine&tab=jsearch_slot&query=any,contains,cinahl&offset=0&databases=any,cinahl
- Cowie, L., Morgan, M., White, P., & Gulliford, M. (2009). Experience of continuity of care of patients with multiple long-term conditions in England. *Journal of Health Services Research & Policy*, 14(2), 82-87. 10.1258/jhsrp.2009.008111

- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (2007). Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO - Strategy paper for Europe.
- Danmarks statistik. (2022, Lægebesøg Retrieved 08.02.2024, from . <https://www.dst.dk/da/Statistik/emner/borgere/sundhed/laegebesoeg>.
- Danske Regioner. (2018). NÅR DU HAR BRUG FOR OS
- Diderichsen, F., & Andersen, I. a. M., Celie. (2011). Ulighed i sundhed - årsager og indsatser. (). København: Sundhedsstyrelsen.
- Edwards, M., Wood, F., Davies, M., & Edwards, A. (2015). 'Distributed health literacy': longitudinal qualitative analysis of the roles of health literacy mediators and social networks of people living with a long-term health condition. *Health Expectations : An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy*, 18(5), 1180-1193. 10.1111/hex.12093
- Elstad, J. I. (2000). Social inequalities in health and their explanations. (). Oslo Metropolitan University - OsloMet: NOVA.
- Embase (1974). Elsevier Limited. Retrieved 27.05.2024, from https://kdbk-aub.primo.exlibrisgroup.com/discovery/dbfulldisplay?docid=alma9920724804305762&context=L&vid=45KBDK_AUB:AUB&lang=da&adaptor=Local%20Search%20Engine&tab=jsearch_slot&query=any,contains,embase&offset=0&databases=any,embase
- Flick, U. (2018). An introduction to qualitative research (6th ed.). SAGE.
- Frandsen, T., Dyrvig, A., Christensen, B. J., Fasterholdt, I., & Oelholm, A. M. (2014). En guide til valide og reproducerbare systematiske litteratursøgninger. <https://Ugeskriftet.Dk/Videnskab/En-Guide-Til-Valide-Og-Reproducerbare-Systematiske-Litteratursogninger>,
- Gildberg, F. A., & Hounsgaard, L. (2018). Kvalitative analysemetoder i sundhedsvidenskab. I *Kvalitative analysemetoder i sundhedsforskning*. Gildberg & Hounsgaard red. Klim.
- Gille, F., Smith, S., & Mays, N. (2015). Why public trust in health care systems matters and deserves greater research attention. *Journal of Health Services Research & Policy*, 20(1), 62-64. 10.1177/1355819614543161
- Goodwin, J. S. (2021). Continuity of Care Matters in All Health Care Settings. *JAMA Network Open*, 4(3), e213842. 10.1001/jamanetworkopen.2021.3842
- Harste, G og H. Harste (2018). Niklas Luhmann. Sundhedssociologi - en grundbog. 2.udgave. Hans Reitzels Forlag.
- Heaman, M. I., Sword, W., Elliott, L., Moffatt, M., Helewa, M. E., Morris, H., Gregory, P., Tjaden, L., & Cook, C. (2015). Barriers and facilitators related to use of prenatal care by inner-city women: Perceptions of health care providers. *BMC Pregnancy and Childbirth*; *BMC Pregnancy Childbirth*, 15(1), 2-13 pages. 10.1186/s12884-015-0431-5

- Holgaard, J. E., Ryberg, T., Stegeager, N., Stentoft, D., & Thomassen, A. O. (2014). PBL-Problembaseret læring og projektarbejde ved de videregående uddannelser. Samfundslitteratur.
- Hornemann Møller, I., Elm Larsen, J., & Abrahamson, P. (2011). Socialpolitik (3rd ed.). Hans Reitzels Forlag.
- Huibers, L., Carlsen, A. H., Moth, G., Christensen, H. C., Riddervold, I. S., & Christensen, M. B. (2020). Patient motives for contacting out-of-hours care in Denmark: A cross-sectional study. *BMC Emergency Medicine*, 20(1), 20. 10.1186/s12873-020-00312-3
- Huibers, L., Keizer, E., Carlsen, A. H., Moth, G., Smits, M., Senn, O., & Christensen, M. B. (2018). Help-seeking behaviour outside office hours in Denmark, the Netherlands and Switzerland: a questionnaire study exploring responses to hypothetical cases. *BMJ Open*, 8(10), e019295. 10.1136/bmjopen-2017-019295
- Ida, W. S., Maria, B. D., Carsten, K. B., Henrik Bøggild, Christian Torp-Pedersen, Majbritt, T. S., & Gabriele Berg-Beckhoff. (2021). Employment Status and Health Literacy in Denmark: A Population-Based Study.
- Illich, I. (1977). Grænser for lægevidenskaben. Lægevæsenets nemesis: Undergravning af sundheden. Gyldendal.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet. (2004). Aftale om strukturreform. Publikationen er tilgængelig på internettet på indenrigs- og sundhedsministeriets hjemmeside (www.im.dk). ISBN 87-7601-096-1
- Jansen, T., Hek, K., Schellevis, F. G., Kunst, A. E., & Verheij, R. A. (2020). Socioeconomic inequalities in out-of-hours primary care use: an electronic health records linkage study. *European Journal of Public Health*, 30(6), 1049-1055. 10.1093/eurpub/ckaa116
- Jessen, B. (2019, Læger i tal – se, hvordan danske læger adskiller sig fra læger i andre lande. Retrieved 08.02.2024, from, <https://ugeskriftet.dk/nyhed/laeger-i-tal-se-hvordan-danske-laeger-adskiller-sig-fra-laeger-i-andre-lande>.
- Justitsministeriet. (2018, Databeskyttelsesloven. Retrieved 29.04.2024, from: <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2018/502>.
- Juul, S. (2012). Hermeneutik. I Samfundsvidenskabernes videnskabsteori - en indføring. Hans Reitzels Forlag.
- Juul, S., Hammer, B. B., Dahm, C. C., & Rytter, D. (2017). Epidemiologi og evidens (3rd ed.). Munksgaard.
- Keizer, E., Bakker, P., Giesen, P., Wensing, M., Atsma, F., Smits, M., & Van Den Muijsenbergh, M. (2017). Migrants' motives and expectations for contacting out-of-hours primary care: A survey study. *BMC Family Practice*, 18(1), 92. 10.1186/s12875-017-0664-7

- Keizer, E., Maassen, I., Smits, M., Wensing, M., & Giesen, P. (2016). Reducing the use of out-of-hours primary care services: A survey among Dutch general practitioners. *The European Journal of General Practice*, 22(3), 189-195. 10.1080/13814788.2016.1178718
- Keizer, E., Smits, M., Peters, Y., Huibers, L., Giesen, P., & Wensing, M. (2015). Contacts with out-of-hours primary care for nonurgent problems: patients' beliefs or deficiencies in healthcare? *BMC Family Practice*, 16(1), 157. 10.1186/s12875-015-0376-9
- Kennedy, P., Kennedy, C. A., & Kennedy, P. (2010). Using theory to explore health, medicine and society. Policy Press.
- Kickbusch, I., Apfel, F., Pelikan, J. M., Pelikan, J. M., Tsouros, A. D., & Kickbusch, I. (2013). Health Literacy. The Solid Facts. World Health Organization.
- Kitto, S. C., Chesters, J., & Grbich, C. (2008). Quality in qualitative research. *Medical Journal of Australia*, 188(4), 243-246. 10.5694/j.1326-5377.2008.tb01595.x
- Kjeld, S. G., Brautsch, L. A. S., Svarta, D. L., Hansen, A. F., & Andersen, S. a. D., Dina. (2022). Social ulighed i mødet med sundhedsvæsenet. (). København: Sundhedsstyrelsen.
- Kleinman, A. (1980). Patients and healers in the context of culture : an exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry. University of California Press.
- Knudsen, M. Vogd, W. (2015) Introduction - health care, systems theory and polycontextuality. *Systems Theory and the Sociology of Health and Illness: Observing Healthcare*. [Routledge](#).
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). Interview: det kvalitative forskningsinterview som håndværk (3rd ed.). Hans Reitzel.
- Larsen, A. T., Klausen, M. B., & Højgaard, B. (2020). Primary Health Care in the Nordic Countries Comparative. Analysis and Identification of Challenges. (). København: VIVE The danish center for social science research.
- Lass, M., Tatari, C. R., Merrild, C. H., Huibers, L., & Maindal, H. T. (2018). Contact to the out-of-hours service among Danish parents of small children - a qualitative interview study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 36(2), 216-223. 10.1080/02813432.2018.1459431
- Launsø, L., Rieper, O., & Olsen, L. (2021). Forskning om og med mennesker : forskningstyper og forskningsmetoder i samfundsforskning (7th ed.). Munksgaard.
- Lawn, S., & Schoo, A. (2010). Supporting self-management of chronic health conditions: Common approaches. *Patient Education and Counseling*, 80(2), 205-211. 10.1016/j.pec.2009.10.006

- Link, B. G., & Phelan, J. (1995). Social Conditions As Fundamental Causes of Disease. *Journal of Health and Social Behavior*, Spec No, 80-94. 10.2307/2626958
- Loignon, C., Hudon, C., Goulet, É., Boyer, S., De Laat, M., Fournier, N., Grabovschi, C., & Bush, P. (2015). Perceived barriers to healthcare for persons living in poverty in Quebec, Canada: the EQUIhealThY project. *International Journal for Equity in Health; Int J Equity Health*, 14(1), 4. 10.1186/s12939-015-0135-5
- Long, J., Knowles, E., Bishop-Edwards, L., & O’Cathain, A. (2021). Understanding young adults’ reasons for seeking ‘clinically unnecessary’ urgent and emergency care: A qualitative interview study. *Health Expectations : An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy*, 24(4), 1535-1544. 10.1111/hex.13301
- Lorenc, T., & Oliver, K. (2014). Adverse effects of public health interventions: a conceptual framework. *Journal of Epidemiology and Community Health* (1979), 68(3), 288-290. 10.1136/jech-2013-203118
- Luhmann, N. (1999). *Tillid - en mekanisme til reduktion af social kompleksitet* (1st ed.). Hans Reitzels Forlag.
- Lund, H., Andreasen, J., Juhl, C. B., & Møller, A. M. (2014). *Håndbog i litteratursøgning og kritisk læsning : redskaber til evidensbaseret praksis*. Munksgaard.
- Maindal, H. T., Kayser, L., Norgaard, O., Bo, A., Elsworth, G. R., & Osborne, R. H. (2016). Cultural adaptation and validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ): robust nine-dimension Danish language confirmatory factor model. *SpringerPlus*, 5(1), 1232. 10.1186/s40064-016-2887-9
- Malterud, K. (2001). Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *The Lancet*, , 483-488.
- Maxwell, J. A. (2005). *Qualitative Research Design* (Second edition ed.)
- Merriam, S. B., & Tisdell, E. J. (2016). *Qualitative research : a guide to design and implementation*. Jossey-Bass, a Wiley Brand.
- Mogensen, O. H., & Whyte Reynolds, S. (2007). *Sundhedensveje* . In M. Hanstten, & M. Høg (Eds.), *Sundhedens veje* (). Hans Reitzels Forlag.
- Moth, G., Christensen, M. B., Christensen, H. C., Carlsen, A. H., Riddervold, I. S., & Huibers, L. (2020). Age-related differences in motives for contacting out-of-hours primary care: a cross-sectional questionnaire study in Denmark. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 38(3), 272-280. 10.1080/02813432.2020.1794160
- Murphy, M., & Salisbury, C. (2020). Relational continuity and patients’ perception of GP trust and respect: a qualitative study. *British Journal of General Practice*, 70(698), E676-E683. 10.3399/bjgp20X712349
- Nørøxe, K. B., Huibers, L., Moth, G., & Vedsted, P. (2017). Medical appropriateness of adult calls to Danish out-of-hours primary care: A questionnaire-based survey. *BMC Family Practice*, 18(1), 34. 10.1186/s12875-017-0617-1

- Nowak, D. A., Sheikhan, N. Y., Naidu, S. C., Kuluski, K., & Upshur, R. E. G. (2021). Why does continuity of care with family doctors matter?: Review and qualitative synthesis of patient and physician perspectives. *Canadian Family Physician*, 67(9), 679-688. 10.46747/cfp.6709679
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267. 10.1093/heapro/15.3.259
- Nutbeam, D., & Lloyd, J. E. (2021). Understanding and Responding to Health Literacy as a Social Determinant of Health. *Annual Review of Public Health*, 42, 159-173. 10.1146/annurev-publhealth-090419-102529
- O'cathain, A., Foster, A., Carroll, C., Preston, L., Ogden, M., Clowes, M., & Protheroe, J. (2022). Health literacy interventions for reducing the use of primary and emergency services for minor health problems: a systematic review. *Health and Social Care Delivery Research*, 10(38), 1-222. 10.3310/ivqj9044
- O'Cathain, A., Simpson, R., Phillips, M., & Dickson, J. M. (2020). Tendency to contact general practice instead of self-care: A population vignette study. *BJGP Open*, 4(2), bjgpopen20X101024. 10.3399/BJGPOPEN20X101024
- Østergaard, L. G., Andersen, S., & Maindal, H. T. (2022). Effektevaluering. In K. S. Petersen, H. T. Maindal, L. Ledderer & C. Overgaard (Eds.), *Komplekse interventioner - udvikling, test, evaluering og implementering*. (pp. 119-136). Aalborg Universitetsforlag.
- Palumbo, R. (2021). Leveraging organizational health literacy to enhance health promotion and risk prevention: A narrative and interpretive literature review. *The Yale Journal of Biology & Medicine*, 94(1), 115-128.
- Pedersen, D. B., & Dreyer, P. (2018). Fænomenologisk-hermeneutisk forskningstilgang - inspireret af Ricoeurs fortolkningsteori. *Kvalitative analysemetoder i sundhedsforskning* (1st ed., pp. 193-209). Klim.
- Pedersen, K. M. (2017). *Sundhedsøkonomi*. Munksgaard.
- Pereira Gray, D., Sidaway-Lee, K., White, E., Thorne, A., & Evans, P. H. (2018). Continuity of care with doctors—a matter of life and death? A systematic review of continuity of care and mortality. *BMJ Open*, 8(6), e021161. 10.1136/bmjopen-2017-021161
- Petersen, K.S., Andersen, P. T. (2022). Interessentinvolvering og samskabelse i interventionsforskning. In K. S. Petersen, H. T. Maindal, L. Ledderer & C. Overgaard (Eds.), *Komplekse interventioner - udvikling, test, evaluering og implementering*. (pp. 227-244). Aalborg Universitetsforlag.
- Phelan, J. C., Link, B. G., & Tehranifar, P. (2010). Social Conditions as Fundamental Causes of Health Inequalities: Theory, Evidence, and Policy Implications. *Journal of Health and Social Behavior*, 51(1), S28-S40. 10.1177/0022146510383498

- PLO. (2021). Overenskomst om almen praksis 2022. ().Praktiserende lægers organisation.
- ProQuest (1693). . ProQuest LLC. Retrieved 27.05.2024, from, https://kdbk-aub.primo.exlibrisgroup.com/discovery/dbfulldisplay?docid=alma9920727295205762&context=L&vid=45KBDK_AUB:AUB&lang=da&adaptor=Local%20Search%20Engine&tab=jsearch_slot&query=any,contains,proquest&offset=0&databases=any,proquest
- PubMed. National Library of Medicine. Retrieved 27.05.2024 from, https://kdbk-aub.primo.exlibrisgroup.com/discovery/dbfulldisplay?docid=alma9920699421705762&context=L&vid=45KBDK_AUB:AUB&lang=da&adaptor=Local%20Search%20Engine&tab=jsearch_slot&query=any,contains,pubmed&offset=0&databases=any,pubmed
- Rasmussen, J. (2004). Undervisning i det refleksivt moderne: politik, profession, pædagogik. Hans Reitzel.
- Rhodes, P., Campbell, S., & Sanders, C. (2016). Trust, temporality and systems: how do patients understand patient safety in primary care? A qualitative study. *Health Expectations : An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy*, 19(2), 253-263. 10.1111/hex.12342
- Ricoeur, P. (1979). Fortolkningsteori (1. Edition ed.). Vindens Forlag.
- Ricoeur, P., Redigeret af: Rendtorff, J. D., & Hermansen, M. (2002). En hermeneutisk brobygger (1st ed.). Klim.
- Rienecker, L., & Stray Jørgensen, P. (2022). Den gode opgave: håndbog i opgave-, projekt- og specialeskrivning (6th ed.). Samfundslitteratur.
- Rimdal, T. Ø, Støy, C., & Gut, R. (2015). Hvad er vigtigt for borgerne i deres møde med sundhedsvæsenet? (). Region Hovedstaden.
- Ringold, D. J. (2002). Boomerang effect: In response to public health interventions: Some unintended consequences in the alcoholic beverage market. *Journal of Consumer Policy*, 25(1), 27-64.
- Sandvik, H., & Hunskaar, S. (2018). Frequent attenders at primary care out-of-hours services: A registry-based observational study in Norway. *BMC Health Services Research*, 18(1), 492. 10.1186/s12913-018-3310-8
- Scopus (1996). Retrieved 27.05.2024, from, https://kdbk-aub.primo.exlibrisgroup.com/discovery/dbfulldisplay?docid=alma9920713315905762&context=L&vid=45KBDK_AUB:AUB&lang=da&adaptor=Local%20Search%20Engine&tab=jsearch_slot&query=any,contains,scopus&offset=0&databases=any,scopus
- Seeger, I., Kreienmeyer, L., Hoffmann, F., & Freitag, M. H. (2019). Cross-sectional study in an out-of-hours primary care centre in northwestern Germany - patient characteristics and the urgency of their treatment. *BMC Family Practice*, 20(1), 41. 10.1186/s12875-019-0929-4
- Shim, J. K. (2010). Cultural Health Capital: A Theoretical Approach to Understanding Health Care Interactions and the Dynamics of Unequal Treatment. *Journal of Health and Social Behavior*, 51(1), 1-15. 10.1177/0022146509361185

- Simoný, C., Specht, K., Andersen, I. C., Johansen, K. K., Nielsen, C., & Agerskov, H. (2018). A Ricoeur-Inspired Approach to Interpret Participant Observations and Interviews. SAGE Publications. 10.1177/2333393618807395
- Skivington, K., Matthews, L., Simpson, S. A., Craig, P., Baird, J., Blazeby, J. M., Boyd, K. A., Craig, N., French, D. P., McIntosh, E., Petticrew, M., Rycroft-Malone, J., White, M., & Moore, L. (2021). A new framework for developing and evaluating complex interventions: update of Medical Research Council guidance. *BMJ (Online)*, 374, n2061. 10.1136/bmj.n2061
- Smits, M., Peters, Y., Broers, S., Keizer, E., Wensing, M., & Giesen, P. (2015). Association between general practice characteristics and use of out-of-hours GP cooperatives. *BMC Family Practice*, 16(1), 52. 10.1186/s12875-015-0266-1
- Søvsø, Morten Breinholt, Morten, B. C., Bodil, H. B., Helle, C. C., Erika, F. C., & Huibers, L. (2019). Contacting out-of-hours primary care or emergency medical services for time-critical conditions - impact on patient outcomes.
- Søvsø, M. B., Bech, B. H., Christensen, H. C., Huibers, L., Christensen, E. F., & Christensen, M. B. (2020). Sociodemographic characteristics associated with contacts to emergency medical services and out-of-hours primary care: An observational study of 2.3 million citizens. *Clinical Epidemiology*, 12, 393-401. 10.2147/CLEP.S243531
- STROBE. STROBE Checklist cross-sectional studies. Tilgængelig fra <https://www.strobe-statement.org/checklists/> (lokaliseret 21-05-2024).
- Sundheds- og ældreministeriet. (2018). SUNDHEDS-OG AELDREØKONOMISK ANALYSE. Publikationen er tilgængelig på <http://www.sum.dk>. ISBN: 978-87-7601-382-0 (web)
- Sundhedsloven. (2021, <https://www.retsinformation.dk/eli/lt/2018/1286>). Retrieved lokaliseret 16-05-2024, from
- Sundhedsstyrelsen. (2020). Anbefalinger for organisering af den akutte sundhedsindsats - planlægningsgrundlag for de kommende 10 år. (). Sundhedsstyrelsen.
- The Joanna Briggs Institute. (2017, The Joanna Briggs Institute, 2017. Checklist for Qualitative Research [Online]. Tilgængelig fra: https://jbi.global/sites/default/files/2019-05/JBI_Critical_Appraisal-Checklist_for_Qualitative_Research2017_0.pdf [Lokaliseret 21-05-2024].
- Timm, H. (1997). At have en krop og at være en krop. 18, 24-36.
- Tranberg, M., Vedsted, P., Bech, B. H., Christensen, M. B., Birkeland, S., & Moth, G. (2018). Factors associated with low patient satisfaction in out-of-hours primary care in Denmark - a population-based cross-sectional study. *BMC Family Practice*, 19(1), 15. 10.1186/s12875-017-0681-6
- Trezona, A., Dodson, S., & Osborne, R. H. (2017). Development of the organisational health literacy responsiveness (Org-HLR) framework in collaboration with health and social

- services professionals. BMC Health Services Research, 17(1), 513. 10.1186/s12913-017-2465-z
- Trezona, A., Dodson, S., & Osborne, R. H. (2018). Development of the Organisational Health Literacy Responsiveness (Org-HLR) self-assessment tool and process. BMC Health Services Research, 18(1), 694. 10.1186/s12913-018-3499-6
- Udesen, C. H., Skaarup, C., Petersen, M. N. S., & Ersbøll, A. K. (2020). Social ulighed i sundhed og sygdom: Udvikling i Danmark i perioden 2010-2017. (). København: Sundhedsstyrelsen.
- Vallgård, S., Diderichsen, F., & Jørgensen, T. (2014). Sygdomsforebyggelse (1st ed.). Munksgaard.
- Vallgård, S., & Krasnik, A. (2016). Sundhedsvæsen og sundhedspolitik (3rd ed.). Munksgaard Danmark.
- Vardinghus-Nielsen, H., & Bak, K. C. (2018). Tillid i relationer og systemer . Sociologi for sundhedsprofessionelle (pp. 68-92). Gads forlag.
- Wackerhausen, S. (1995). Et åbent sundhedsbegreb - mellem fundamentalisme og relativisme (1st ed ed.). Philosophia.
- Wayment, A., Wong, C., Byers, S., Eley, R., Boyde, M., & Ostini, R. (2020). Beyond access block: Understanding the role of health literacy and self-efficacy in low-acuity emergency department patients. The Ochsner Journal, 20(2), 161-169. 10.31486/toj.19.0047
- Zhou, Y., Abel, G., Warren, F., Roland, M., Campbell, J., & Lyratzopoulos, G. (2015). Do difficulties in accessing in-hours primary care predict higher use of out-of-hours GP services? Evidence from an English National Patient Survey. Emergency Medicine Journal : EMJ, 32(5), 373-378. 10.1136/emmermed-2013-203451