



Fordeling af kroniske smerter og deres indflydelse på sundhedskompetence - et tværsnitstudie på en dansk population.

EXPLORING DISTRIBUTION AND DIFFERENCE CHARACTERISTIC AMONG CHRONIC PAIN PATIENT AND DOES IT HAVE ANYTHING TO DO WITH HEALTH LITERACY - A CROSS-SECTIONAL STUDY ON DANISH POPULATION.

GRUPPE 10603

ARNELA SAHURIC 20210589
LOTTE RENÉE JENSEN 20210744

VEJLEDER: MORTEN SEBASTIAN HØGH

AALBORG UNIVERSITET KANDIDATSEPCIALE I
MUSKULOSKELETAL FYSIOTERAPI
Semester 4 - 01.06.2023



Abstract

Background and Aims: On the background of making progress in understanding chronic pain a simplified Graded Chronic Pain Scale-Revised (GCPS-R) was developed. The primary aim was to differentiate mild, bothersome and high-impact chronic pain and to investigate health literacy among chronic pain patients. In addition, the purpose was to improve understanding and describe socio-demographics and pain characteristics of high-impact chronic pain.

Methods: Self-patient-reported questionnaire was collected from general practitioners. GCPS-R for graduation of chronic pain and health literacy (HLS-EU-Q16) for the domain of healthcare, disease prevention and health promotion. Chi-squared test and Kruskal-Wallis test was used to estimate association of GCPS-R with health literacy and socio-demographics characteristics.

Results: Overall 210 responded to the survey, where 196 individual was defined as having chronic pain and included in the analysis. There was no significant difference in-between GCPS-R and HLS-EU-Q16. Overall distribution of GCPS-R was 13 % mild-, 32 % bothersome- and 55 % high-impact chronic pain. Persons with mild- versus bothersome chronic pain differed significantly on 2 of 11 indicators (education level and unable to work). Persons with bothersome- versus high-impact chronic pain differed significantly on 3 of 11 indicators (working situation, painful body sites and unable to work) Persons with high-impact- versus mild chronic pain differed significantly on 5 of 11 indicators (education level, unable to work, painful body sites, frequency in non-prescription medication and opioid). Mean age was 54 years, and 64 % was women. Among 26 % pain duration was reported as more than ten years and mean of painful body site was 2,5. More than 25 % reported they highest completed education level was vocational education and over 40 % was retired. More than 35 % reported daily use of non-prescription medication and 15 % used opioid. Overall, 4 in 10 respondents faced difficulties in accessing, understanding, appraising and applying health information.

Conclusion: In this article we presented the distribution of GCPS-R and a relatively highly high-impact chronic pain group. There was no significant difference in-between GCPS-R and HLS-EU-Q16. High-impact chronic pain is strongly associated with a high painful body site, education level, not been able to work, and frequency in drug use.

Keywords: Chronic pain assessment, Primary care, questionnaires, Health literacy.

Ord: 350

Resume

Baggrund og formål: Med udgangspunkt i fremskridt inden for kroniske smertemålinger er der blevet udviklet et simpelt værktøj Graded Chronic Pain Scale-Revised (GCPS-R). Formålet var at undersøge gradueringer i simple-, generende- og komplekse kroniske smerter og sundhedskompetence blandt kroniske smerte patienter. I forlængelse var hensigten at beskrive sociodemografi og smertekarakteristika blandt personer med komplekse kroniske smerter.

Metode: Selv-Rapporteret spørgeskemaer blev indsamlet hos praktiserende læger. GCPS-R for gradueringerne af kroniske smerter og HLS-EU-Q16 som kortlægger individuel sundhedskompetence ud fra domæner af behandling, forebyggelse og sundhedsfremme. Den statistiske analyse blev Chi-squared og Kurskal-Wallis anvendt for at klarlægge association mellem GCPS-R, sundhedskompetence og sociodemografiske karakteristika.

Resultat: I alt besvarede 210 undersøgelsen, hvor 196 individer blev inkluderet i analysen, som blev kategoriseret havende kroniske smerter. Der blev ikke fundet en statistisk signifikant forskel mellem GCPS-R og HLS-EU-Q16. I hele populationen fordelte individerne sig i 13 % simple-, 32 % generende- og 55 % komplekse kroniske smerter. Personer med simple- versus generende kroniske smerter afveg signifikant på 2 af 11 variabler (uddannelsesniveau og ude af stand til at arbejde). Personer med generende- versus komplekse kroniske smerter afveg signifikant på 3 af 11 variabler (arbejdssituation, smertefulde kropsregioner og ude af stand til at arbejde). Personer med komplekse- versus simple kroniske smerter afveg signifikant på 5 af 11 variabler (uddannelsesniveau, ude af stand til at arbejde, smertefulde kropsregion, hyppighed af smertestillende håndkøbsmedicin og opioider). Gennemsnitsalderen var 54 år hvoraf 64 % var kvinder. 26 % rapporterede en smertevarighed på mere end 10 år og 2,5 smertefulde kropsregioner. Mere end 25 % rapporterede, at de højst havde gennemført en erhvervsuddannelse og over 40 % var gået på pension. Mere end 35 % rapporterede et dagligt forbrug af håndkøbsmedicin og 15 % anvendte opioider dagligt. I alt havde 4 ud af 10 individer vanskeligheder med at få adgang til, forstå, vurdere og anvende sundhedsoplysninger.

Konklusion: Fordelingen af GCPS-R var forholdsvis høj af komplekse kroniske smerter. Det blev ikke fundet en statistisk signifikant forskel mellem GCPS-R og HLS-EU-Q16. Komplekse kroniske smerter er stærkt associeret med flere smertefulde kropsregioner, uddannelsesniveau, arbejdssituation, ude af stand til at arbejde og anvendelse af smertestillende medicin.

Nøgleord: Kronisk smertevurdering, primærsektor, spørgeskemaer, sundhedskompetencer.

Indholdsfortegnelse

1	Introduktion	1
2	Metode	3
2.1	<i>Studiedesign</i>	<i>3</i>
2.2	<i>Dataindsamling, rekruttering af lægehuse og deltagelse</i>	<i>3</i>
2.3	<i>Måleredskaber.....</i>	<i>4</i>
2.3.1	Graded Chronic Pain Scale Revised.....	4
2.3.2	HLS-EU-Q16.....	4
2.3.3	Sociodemografi	5
2.4	Statistisk Analyse	7
2.5	Etik og Opbevaring af data.....	7
3	Resultater.....	8
3.1	<i>Sundhedskompetence</i>	<i>9</i>
3.2	<i>Sociodemografi.....</i>	<i>13</i>
3.2.1	BMI.....	13
3.2.2	Uddannelsesniveau	13
3.2.3	Arbejdssituation	13
3.2.4	Smerte karakteristika.....	14
3.2.5	Medicin.....	15
3.3	<i>Personkarakteristik</i>	<i>17</i>
4	Diskussion	18
4.1	<i>Sundhedskompetencer og GCPS-R</i>	<i>18</i>
4.2	<i>Fordeling af GCPS-R</i>	<i>20</i>
4.3	<i>GCPS-R og sociodemografi</i>	<i>20</i>
4.3.1	BMI.....	21
4.3.2	Arbejdssituation	21
4.3.3	Smertekarateristik	22
4.3.4	Medicin.....	22
5	Styrker og begrænsninger.....	23
6	Implikation og fremtidig undersøgelse	24
7	Konklusion	25
8	Referencer.....	26
9	Appendix.....	30
9.1	<i>Begrebsafklaring.....</i>	<i>30</i>
9.1.1	Undersøgelse af kroniske smerter og sværhedsgrad.....	30
9.1.2	Graded Chronic Pain Scale (GCPS) vs. Graded Chronic Pain Scale Revised (GCPS-R)	31
9.1.3	Undersøgelse af sundhedskompetence.....	31
9.2	<i>Metode.....</i>	<i>32</i>

9.2.1	Studiedesign	32
9.3	<i>Litteratursøgning</i>	32
9.3.1	In- og eksklusionskriterier	35
9.3.2	Selektionsproces	35
9.3.3	Tjeklister til kvalitetsvurdering	36
9.3.4	Udvikling af spørgeskema	37
10	Referencer	38

1 Introduktion

Kroniske og længerevarende smerter er et stigende problem i Danmark såvel som i resten af verden (1–3). Forekomsten af kroniske smertetilstande i Danmark er steget fra 19 % i 2000 til over 27 % i 2017, svarende til næsten 1,3 millioner danskere (1,3). Kroniske smertetilstande udgør et stort samfundsmæssigt problem i form af flere hospitalsbesøg, flere indlæggelser, tab af erhvervsevne, flere sygedage, og arbejdsløshed (3–6). Derudover er kroniske smertetilstande associeret med faktorer som kvindelige køn, øget alder, højt BMI, lavere uddannelsesniveau og sundhedsstatus (7). Baseret på data fra 2021 fra USA er det cirka 20.9 % af den voksne befolkning (51.6 millioner personer), der oplever kroniske smerter og cirka 6.9 % (17.1 millioner) af disse oplever komplekse kroniske smerter (8). Komplekse kroniske smertetilstande defineres som smerter der påvirker et individ hver dag eller de fleste dage i løbet af de sidste tre måneder, og en smertetilstand som har indflydelse på livskvaliteten, daglige aktiviteter og arbejdsevnen (2,4,5). I Europa er det omkring 20 % der oplever moderate til svære kroniske smerter (6,9). Udover en forringet livskvalitet og begrænset funktionsniveau, er kroniske smerter blandt andet associeret med forringet søvnkvalitet, høje doser af opioid forbrug, større forekomst af depression og angst (6,10–12). Desuden oplever personer med kroniske smerter ofte, at smerterne optræder flere steder i kroppen (5,13).

Ifølge WHO's ICD-11 definition karakteriseres kroniske smerter; som smerter der fortsat er til stede efter tre måneder (14). Det foreslås, at sværhedsgraden af kroniske smerter vurderes som et sammensat mål for smerteintensitet og smerternes påvirkning af fysiske, sociale, og følelsesmæssige aspekter i livet (11,15–17). Ifølge ICD-11 kan klassificeringen af kroniske smerter være med til at mindske stigmatisering (18). På nuværende tidspunkt er der ingen konsensus om hvordan man bedst måler smerternes påvirkning på det enkelte menneske (5). Selvrapporterede spørgeskemaer er en metode der kan anvendes til at graduering af kroniske smerter (14,15). Graded Chronic Pain Revised (GCPS-R) er et nyere selvrapporteret spørgeskema, som identificerer personer med kroniske smerter og graduerer smertetilstanden. Denne graduering inddeles i tre grader: *simpel*-, *generende*- og *komplekse* kroniske smerter (5). GCPS-R indeholder yderligere et spørgsmål, der ikke indgår i scoringsalgoritmen og har udelukkende en klinisk betydning, hvilket indebærer om personen er ude af stand til at arbejde på grund af smertetilstanden.

Sundhedskompetence som på engelsk betegnes Health Literacy defineres som: *”En kombination af de personlige kompetencer og ressourcer i omgivelserne, der bestemmer menneskers mulighed for*

at finde, forstå, vurdere og bruge information til at tage beslutninger om sundhed. Begrebet inkluderer også evnen til at kommunikere, fastholde og handle på disse beslutninger” (19,20). Begrebet er tæt forbundet med “*empowerment*” og kan defineres som ‘*borgerens evne til at træffe fornuftige beslutninger vedrørende sundhed i dagligdagen*’ (21). I løbet af de seneste ti år har sundhedskompetence også fået sit indpas på den europæiske sundhedsdagsorden (21). Der er lanceret et konsortium af organisationer fra otte EU-medlemslande, som tilsammen har udviklet et spørgeskema HLS-EU-Q til måling af sundhedskompetence i Europa (21). Spørgeskemaet HLS-EU-Q16 er en kort udgave af spørgeskemaet og stammer fra en længere udgave på 47 spørgsmål. Begge spørgeskemaer er valideret og bruges til måling af sundhedskompetence i den almene befolkning, og skelner mellem fire dimensioner: “*få adgang til, forstå, vurdere og anvende information om sundhed*”. Derudover er der tre domæner i hvilke sundhedskompetence har betydning for: “*behandling, forebyggelse og sundhedsfremme*” (22).

En begrænset sundhedskompetence er blandt andet associeret med flere og længerevarende indlæggelser, færre anvendelser af forebyggende behandling, dårligere egenomsorg ved håndtering af kroniske sygdomme og desuden manglende evne til at træffe informeret sundhedsrelateret beslutninger (21–24). Studier peger på at utilstrækkelig sundhedskompetence er forbundet med usund adfærd såsom rygning, fysisk inaktivitet, dårligere kost og overvægt (25,26). Personer med lavere uddannelsesniveau har ofte en usundere adfærd end personer med højere uddannelsesniveau (26). Mekanismerne bag denne forskel er endnu ikke helt forstået, men det tyder på at faktorer som arbejdsforhold, økonomisk status og sociopsykologiske ressourcer, kan have indflydelse (25,27). Lavere sundhedskompetence er tæt forbundet med lavere uddannelsesniveau og større ulighed i sundhed og en dansk undersøgelse viser, at en større fokus på sundhedskompetence kan være en bidragsyder til at forbedre folkesundheden og reducere uligheden (25). Ulighed i sundhed har øget konsekvenser for det enkelte menneske og viser sig gennem øget sygelighed, dårligere livskvalitet og kortere levetid (19). Hvis der skal gøres op med denne forskel, er det essentielt at sundhedsvæsenet møder patienten forskelligt og med lette måleredskaber er vi nærmere at kunne tilbyde den rette hjælp og øge kvaliteten (28).

Formålet med dette studie er at undersøge fordelingen af kroniske smerter og associationen mellem personer der lever med komplekse kroniske smerter og begrænset sundhedskompetence. I forlængelse var hensigten at beskrive sociodemografi og smertekarakteristika blandt personer med komplekse kroniske smerter.

2 Metode

2.1 Studiedesign

For at besvare studiets formål anvendes et tværsnitsstudie som tager udgangspunkt i en papirbaseret spørgeskemaundersøgelse hos en befolknings i Østjylland der opsøger deres praktiserende læge. Protokollen for studiet blev præregistreret d. 26.02.2023 i Open Science Framework (29).

2.2 Dataindsamling, rekruttering af lægehuse og deltagelse

Et rekrutteringsbrev blev udarbejdet hvor studiets formål blev beskrevet for praktiserende læger i Østjylland. 30 lægehuse blev kontaktet telefonisk, og et brev blev sendt elektronisk til 24 af lægehusene. Udvælgelsesprocessen af lægehuse var tilfældig udvalgt på baggrund af placering i Østjylland. Dataindsamlingen foregik mellem d. 27. februar og d. 14. marts 2023. Spørgeskemaet var i papirform og tog fem til minutter at udfylde. Deltagelse i undersøgelsen kom ikke til at påvirke patientens tid hos lægen, da spørgeskemaet kunne færdiggøres efter konsultationen. Individerne blev rekrutteret gennem lægehuset i venteværelset og udvælgelsen skete på baggrund af personlig henvendelse fra forskningsgruppen.

Alle der deltog i undersøgelsen blev indledningsvis mundtligt adspurgt: *“Hvor ofte har du haft smerter i løbet af de sidste tre måneder?”*, hvis personen svarede *“De fleste dage”* eller *“Hver dag”*, var over 18 år, kunne tale og forstå dansk, opfyldte de inklusionskriterier og fik udleveret tre spørgeskemaer. Hvis personen derimod responderede *“Aldrig”* eller *“Nogle dage”* blev de ekskluderet fra undersøgelsen. Individer som var for syge, og ikke i stand til at forstå proceduren for informeret samtykke blev ekskluderet fra deltagelse ud fra forskningsgruppens vurdering. Individerne udfyldte samtykkeerklæring forud for deltagelse i undersøgelsen. Alle besvarelser i undersøgelsen blev anonymiseret med et unikt identifikationsnummer. Spørgeskemaet blev udfyldt selvstændigt, og hvis der opstod spørgsmål til udførsel af spørgeskemaet, var forskerne til stede for bistand.

2.3 Måleredskaber

2.3.1 Graded Chronic Pain Scale Revised

GCPS-R er et valideret spørgeskema som anvendes til at graduere kroniske smerter (5). Det første spørgsmål i GCPS-R omhandler hyppighed af smerter de seneste tre måneder. Hvis respondenten svarer "*Aldrig*" eller "*Nogle dage*" kategoriseres det som ikke kroniske smerter. Hvis respondenten svarer "*De fleste dage*" eller "*Hver dag*" kategoriseres det som kroniske smerter i enten simple-, generende- eller komplekse smerter.

Det efterfølgende spørgsmål identificerer hyppigheden af funktionsbegrænsninger de seneste tre måneder. Hvis respondenten svarer "*De fleste dage*" eller "*Hver dag*" kategoriseres det som komplekse kroniske smerter (KKS). Hvis respondenten svarer "*Aldrig*" eller "*Nogle dage*" bruges en sumscore af spørgsmål tre-fem (smerteintensitet, livsglæde og aktivitet) til at kategorisere om respondenten oplever simple (SKS) eller generende kroniske smerter (GKS) (5,30). Spørgsmålene vurderes ud fra smertesværhedsgraden i løbet af seneste uge (syv dage), målt på en ordinal skala fra nul til ti, hvor nul defineres som ingen påvirkning, og ti som maksimal påvirkning. En total score fra spørgsmål tre til fem på 11 eller derunder blev klassificeret som simple kroniske smerter. En total score på 12 eller derover blev klassificeret som generende kroniske smerter. Spørgsmål seks i GCPS-R er et kategorisk spørgsmål "*ja*" eller "*nej*", der bruges til at identificere personer som er ude af stand til at arbejde på grund af smerter (5).

2.3.2 HLS-EU-Q16

HLS-EU-Q16 er et spørgeskema som vurderer generel sundhedskompetence, som er valideret til en dansk population (21,31). Spørgeskemaet består af 16 spørgsmål med fire svarkategorier på en Likert-skala fra "*meget let*", "*let*", "*svært*" og "*meget svært*". Sundhedskompetence fra nul til 16 blev beregnet ved diktodome svarkategorier og en sumscore af alle 16 spørgsmål udgør HLS-EU-Q16 scoren. Svarkategori meget let og let kodes som et point og svarkategori svært og meget svært kodes som nul point. En høj HLS-score indikerer højere niveau af sundhedskompetence. Den samlede sundhedskompetence defineres ud fra to cut-points til at skelne mellem de tre niveauer; 0-8 point: "*utilstrækkelig*"- 9-12 point: "*problematiske*"- og 13-16 point: "*tilstrækkelig*" sundhedskompetence. Ved uklar afkrydsning, hvor krydset blev sat mellem svarkategori 2 (*let*) og 3 (*svært*) scores der konsekvent nul til den samlede HLS-score. Hvis en respondent havde ≤ 2 ubesvarede spørgsmål blev disse beregnet som nul point. Et minimum af 14 besvarelser var nødvendigt før vurdering af sundhedskompetence kunne gennemføres.

2.3.3 Sociodemografi

Den systematiske litteratursøgning blev anvendt som inspiration og belæg for udarbejdelse af supplerende sociodemografiske spørgsmål for at øge validiteten af spørgeskemaet. Spørgsmålene blev udvalgt ud fra hvilke parametre der kan have indflydelse på kroniske smerter (4,32,33). Data blev indsamlet på tværs af adskillige domæner, alder, vægt, højde og udbredelse af smerter blev behandlet på kontinuerlige ratio-interval niveau. Hvor kategoriske data som køn og arbejdssituation blev behandlet som nominale data. Varighed af smerter, uddannelsesniveau og medicinforbrug blev behandlet på ordinal niveau. Det blev tydeliggjort at respondenterne kun skulle sætte ét kryds i hver mulig kategori.

2.3.3.1 BMI

Selvrapporterede højde og vægt blev anvendt for at udregne kropsmasseindeks (BMI) på kategorisk niveau. Svær overvægt blev defineret ved et BMI på 30 kg/m² eller mere (25,34). Udregningen der blev anvendt var vægt / højde² (35).

2.3.3.2 Uddannelsesniveau

Individerne skulle sætte ét kryds ved højst opnåede og gennemført uddannelsesniveau. Hvis der blev sat to krydser under forskellige kategorier, blev det højst færdiggjort uddannelse anvendt i udregningen. Individerne blev klassificeret i to uddannelseskategorier: (a) et lavt uddannelsesniveau som omfattede grunduddannelse; folkeskole og gymnasium, (b) et mellem/højt uddannelsesniveau som omfattede uddannelsesniveau; erhvervsuddannelse og kort- mellem- og lang videregående uddannelse.

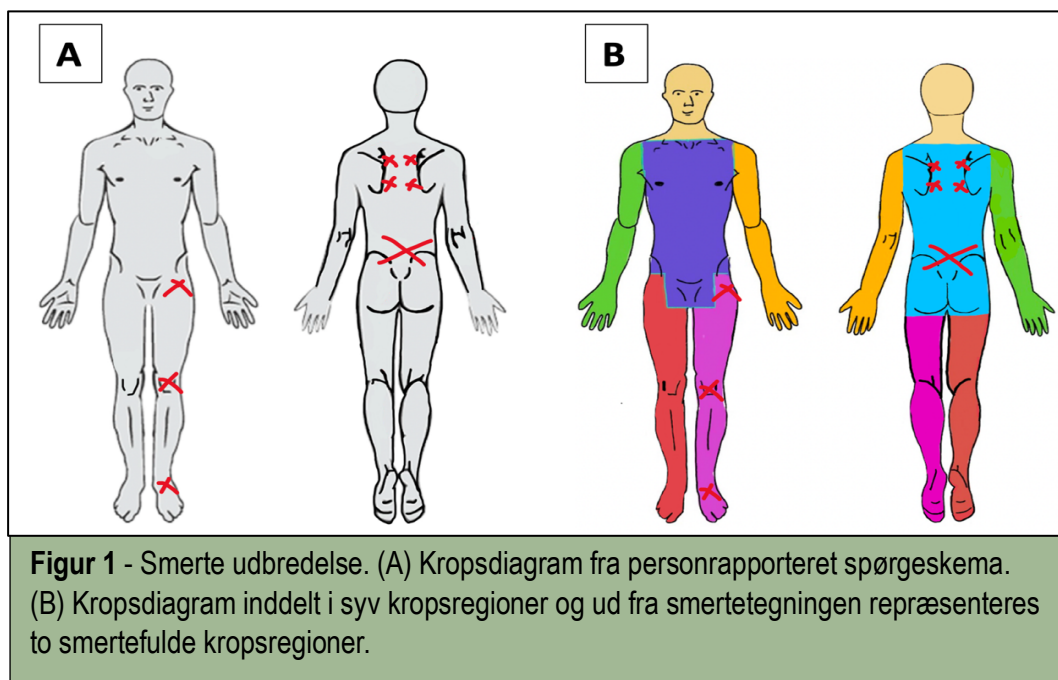
2.3.3.3 Arbejdssituation

Individerne skulle sætte ét kryds ved deres nuværende arbejdssituation. Hvis de selvstændigt noterede et andet alternativ, blev det kategoriseret inden for den nærmeste lignende kategori; for eksempel blev fleksjob analyseret som deltid beskæftigelse og førtidspensionist som pensionist. Individerne blev klassificeret i syv kategorier: (a) fuldtids beskæftigelse, (b) deltids beskæftigelse, (c) sygemeldt, (d) pensionist, (e) studerende, (f) arbejdsløs eller (g) offentlig understøttelse. Sidst nævnte udgik fra beregningerne eftersom ingen var relateret til denne.

2.3.3.4 Smertekarakteristika

Individerne skulle sætte ét kryds i varighed af deres smerter som blev kategoriseret; (a) < 1 år, (b) 1-3 år, (c) 3-5 år, (d) 5-10 år, (e) ≥ 10 år (4). Baseret på kropsdiagram blev illustrationen af smertefulde områder opdelt i syv kropsregioner se figur 1A.

Alle markeringer blev optalt indenfor kropsregionerne, men udløste kun ét point, hvis der var flere markeringer inden for den samme kropsregion: eksempelvis markerede ét individ smerter omkring knæ, fod og hofte på samme side udløste dette ét point, da smerten optræder inden for samme kropsregion, se figur 1B. Det mulige spænd går fra ét smertefuldt kropsområde til maksimalt syv smertefulde kropsområder. Var det utydeligt, hvilken kropsregion markeringen tilhørte, blev der kun talt én kropsregion frem for to.



2.3.3.5 Medicin

Selvrapporteret medicinforbrug blev angivet i frekvens og der skulle kun sættes ét kryds, hvis individet havde et medicinforbrug i henholdsvis smertestillende håndkøbsmedicin; der kan købes på apoteket uden lægerecept og receptpligt opioid præparater. Individerne blev klassificeret i fire kategorier inden for håndkøbsmedicin: (a) ingen medicin, (b) ≥ 1 gang om dagen, (c) 2-6 gange om ugen, eller (d) ≤ 1 gang om ugen. Derudover blev fire kategorier opstillet inden for receptpligtig medicin; (a) ingen medicin, (b) ≥ 1 gang om dagen, (c) ≥ 1 gang om ugen, d) ≤ 1 gang om

måned. I sidstnævnte kategori optrådte kun receptpligtigt opioid, for at fange kortvarige smertetilstande. Individierne blev klassificeret yderligere i to kategorier (a) ja, (b) nej, i henholdsvis om de tager smertestillende eller ej.

2.4 Statistisk Analyse

For at undersøge personer som oplever komplekse kroniske smerter gennem GCPS-R og sundhedskompetence, blev stikprøvens beregning baseret på det vægtede estimat af prævalensen af personer der oplever komplekse kroniske smerter på 15 % (5). Den ønskede stikprøvestørrelse blev beregnet med et konfidensinterval på 95 % og en normal standard variation på 5 %. En p-værdi < .05 blev betragtet som statistisk signifikant. Ud fra ovenstående blev stikprøvestørrelsen udregnet til at være $n = 196$.

Den deskriptive statistik blev præsenteret på kontinuerlige variable med gennemsnit (GNS), standard afvigelse (SD) og minimum - maksimum (min-maks). På kategoriske variable blev absolutte antal (N) og procent (%) anvendt. Den deskriptive statistik beskriver hele populationen og inddeling af GCPS-R, på henholdsvis sociodemografi, medicin, smertekarakteristik og HLS-EU-Q16.

Der blev anvendt Pearson Chi-square test for at undersøge associationen mellem variablerne på kategoriske data. Ved færre end fem observationer blev Fischer's Exact test anvendt. Ved et signifikant resultat blev der foretaget Pearson Chi-square test som post hoc mellem de tre gradueringer. Ingen af de kontinuerlige variabler var normalfordelte og derfor blev der foretaget en non-parametrisk Kruskal-Wallis test. Ved signifikante svar blev der udført en serie af Wilcoxon Rank tests post hoc mellem hver gruppe. Alle statistiske og deskriptive data blev analyseret ved brug af Microsoft Excel Version 16.71 og Stata/MP Version 17.0.

2.5 Etik og Opbevaring af data

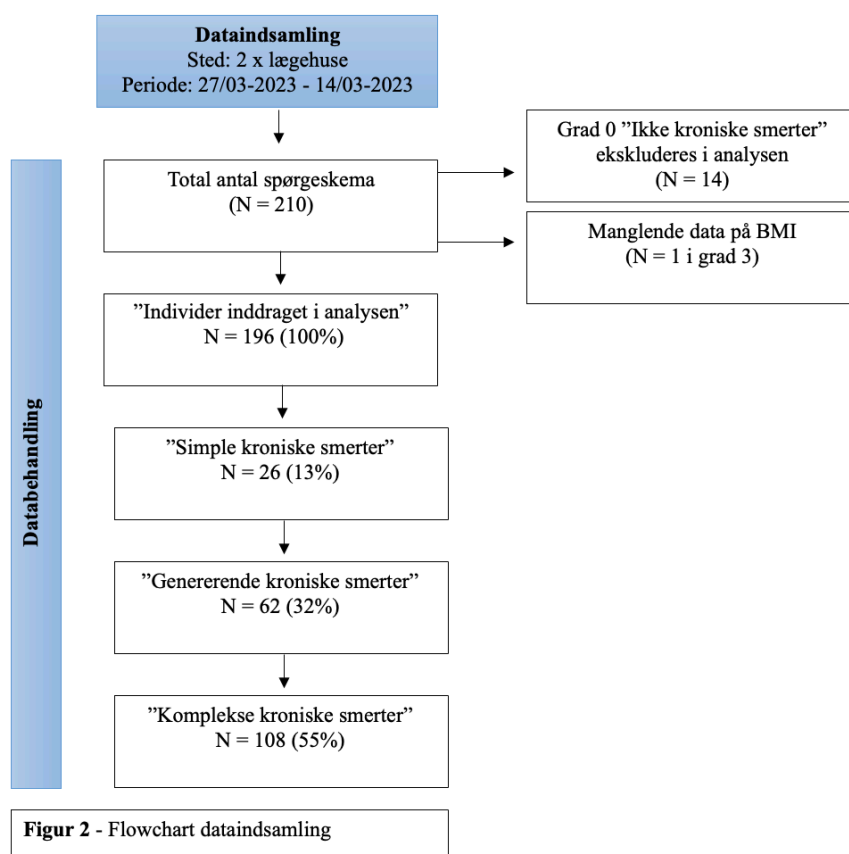
Ifølge den danske lovgivning om videnskabsetisk behandling af sundhedsvidenskabelige forskningsprojekter kræves der ikke etisk godkendelse for spørgeskemabaserede undersøgelser, hvorfor dette studie ikke skal foreligge godkendelse af den videnskabsetiske komité (36,37). Formalia af oplysninger om undersøgelsen, herunder datahentning, dataopbevaring samt individets egen fri vilje til deltagelse blev dannet gennem et mundtligt og skriftligt samtykke. I overensstemmelse med Helsinki konventionen udsættes individerne ikke for uhensigtsmæssig fare og deres medvirken i undersøgelsen kan føre til en forbedring af håndtering af personer med

kroniske smerter (38). Undervejs i dataindsamlingen blev alle resultater skrevet ind i et låst Excel dokument med id-nummer som identifikation. Opbevaring af de originale spørgeskemaer i papirform blev opbevaret jævnfør GDPR-lovgivning aflåst i et skab og efter afleveringsdato blev originale spørgeskemaer makuleret.

3 Resultater

Vores undersøgelse viser, at der ingen statistisk signifikante associationer er mellem personer med KKS og utilstrækkeligt sundhedskompetence ($X^2(4, n = 196) = 1.25, p = .910$). I alt deltog to lægehuse i studiet og 210 individer bidrog til dataindsamlingen. Efter endt besvarelse var der 14 individer, der blev kategoriseret ifølge GCPS-R til "ikke kroniske smerter" og derfor blev ekskluderet fra analysen. I alt indgår 196 individer i analysen, 13 % (n = 26) SKS, 32 % (n = 62) GKS og 55 % (n = 108) KKS. I alt havde 13,8 % (n = 27) utilstrækkelig sundhedskompetence og 55 % (n = 108) havde KKS se oversigt i tabel 1.

Spørgsmål seks fra GCPS-R (*Ude af stand til at arbejde på grund af smertetilstand*) viste en statistisk signifikant association mellem alle tre kroniske smertegrader ($X^2(2, n = 196) = 25.30, p = .000$) som præsenteres i tabel 2. Ét individ besvarede ikke spørgsmålet omkring vægt og indgår derfor ikke i BMI analysen se figur 2 over flowchart af dataindsamling.



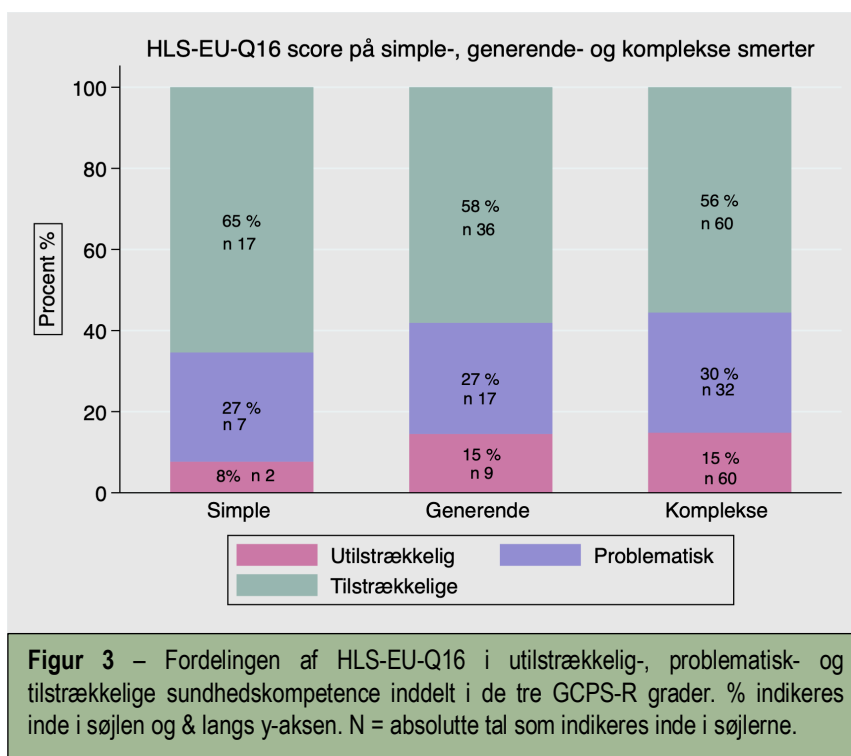
3.1 Sundhedskompetence

Der var ingen statistisk signifikant forskel imellem SKS, GKS, KKS og HLS-EU-Q16 ($\chi^2 (4, n = 196) = 1.25, p = .910$) som ses i tabel 1. Tabellen viser den procentuelle fordeling af HLS-EU-16Q på hele populationen og inddelt i GRPS-R.

Tabel 1 HLS-EU-16Q inddelt i tre kategoriske grader af Graded Chronic Pain (simple, generende og komplekse)				
	Total 196 (100)	Simple 26 (13)	Generende 62 (32)	Komplekse 108 (55)
≤8 Utilstrækkeligt	27 (13,8)	2 (7,7)	9 (14,5)	16 (14,8)
9-12 Problematiske	56 (28,6)	7 (27,0)	17 (27,4)	32 (29,6)
≥13 Tilstrækkeligt	113 (57,7)	17 (65,4)	36 (58,1)	60 (55,6)
P-værdi	.910#			

Pearson's Chi-square blev anvendt på kategoriske variable.
 Alle kategoriske data er præsenteret i absolutte tal (N) og derefter viser parentesen procent(%).
 Variable markeret med fed indikerer en statistisk forskel mellem tre grader af Graded Chronic Pain Scale-Revised.

Figur 3 viser fordeling af sundhedskompetence for hver kroniske smerte grad. Hos SKS havde 35 % (n = 9) begrænset sundhedskompetence. Hos KKS havde 45 % (n = 48) begrænset sundhedskompetence, og hos GKS havde 42 % (n = 26) begrænset sundhedskompetence. Overordnet i hele populationen havde 13 % (n = 27) utilstrækkelig-, 28 % (n = 56) problematisk- og 58 % (n = 113) tilstrækkelige sundhedskompetence.



Tabel 2 Sociodemografi over alder, køn, BMI, uddannelse, arbejdssituation, smerte kropsområder og varighed af smerte.								
	Total 196 (100)	Simple 26 (13)	Generende 62 (32)	Komplekse 108 (55)	P-værdi Simple vs. Generende	P-værdi Generende vs. Komplekse	P-værdi Komplekse vs. Simple	P-værdi Total
Alder (år)								.243*
GNS±SD	54,2±18,5	58,7±20,4	54,7±19,2	52,9± 17,7				
Min-Max	(19-91)	(21-90)	(19-86)	(19-91)				
Alder (år) n (%)								.328*
19-44	62 (31.6)	7 (26.9)	19 (30,7)	36 (33,3)				
45-64	73 (37.2)	9 (34,6)	19 (30,7)	45 (41,7)				
65+	61 (31,3)	10 (38,5)	24 (38,7)	27 (25,0)				
Køn n (%)								.667*
Kvinde	126 (64,3)	15 (57,7)	39 (62,9)	72 (66,7)				
Mand	70 (35,7)	11 (42,3)	23 (37,1)	36 (33,3)				
BMI (kg/m²),								.421*
Ikke svær overvægt BMI <30								
Svær overvægt BMI ≥30	130 (66,7)	20 (76,9)	42 (67,7)	68 (63,5)				
	65 (33,3)	6 (23,1)	20 (32,3)	39 (36,5)				
(Manglende n=1)								

Uddannelse n (%)					.007#	.096*	.000#	.000#
Folkeskole	37 (18,9)	4 (15,4)	6 (9,7)	27 (25)				
Gymnasium	18 (9,2)	2 (7,7)	9 (14,5)	7 (6,5)				
Erhverv	49 (25,0)	0 (0)	17 (27,4)	32 (29,6)				
Kort-videregående	33 (16,8)	4 (15,4)	12 (19,4)	17 (15,7)				
Mellem-videregående	35 (17,9)	10 (38,5)	12 (19,4)	13 (12,0)				
Lang-videregående	24 (12,2)	6 (23,0)	6 (9,7)	12 (11,1)				
Uddannelse n (%)								.495*
Lav	55 (28,1)	6 (23,1)	15 (24,2)	34 (31,5)				
Mellem/høj	141(71,9)	20 (76,9)	47 (75,8)	74 (68,5)				
Arbejdssituation n (%)					.882#	.011#	.179#	.038#
Fuldtid	47 (24,0)	9 (34,6)	17 (27,4)	21 (19,4)				
Deltid	38 (19,4)	5 (18,2)	12 (19,4)	21 (19,4)				
Sygemeldt	22 (10,7)	1 (3,7)	2 (7,2)	19 (17,6)				
Pensionist	79 (40,3)	9 (34,6)	27 (43,5)	43 (39,8)				
Studerende	10 (5,1)	2 (7,7)	4 (6,5)	4 (3,7)				
Arbejdsløs	1 (0,5)	0 (0,0)	1 (1,6)	0 (0,0)				
GCPS-R – Spørgsmål 6					.016#	.002*	.000#	.000#
Ude af stand til at arbejde på grund af smerter								
Ja	84 (42,9)	2 (7,7)	20 (32,3)	62 (57,4)				
Nej	112 (57,1)	24 (92,3)	42 (67,7)	46 (42,6)				
Smertevarighed N (%)								.529#

< 1 år	42 (21,4)	8 (30,8)	17 (27,4)	17 (15,7)				
1-3 år	48 (24,5)	7 (26,9)	14 (22,6)	27 (25,0)				
3-5 år	26 (13,3)	1 (3,8)	8 (12,9)	17 (15,7)				
5-10 år	29 (14,8)	4 (15,4)	7 (11,3)	18 (16,7)				
> 10 år	51 (26,0)	6 (23,1)	16 (25,8)	29 (26,9)				
Smertefulde kropsområder (0 ingen - 7 værst)					Z = -1.341, p = .179	Z = -2.242, p = .024	Z = -3.447, p = .006	.001
Median ± SD	2,5±1,7	2,0±1,1	2,0±1,8	3,0±1,6				
Min-Max	(1-7)	(1-5)	(1-7)	(1-7)				
Alle kategoriske data er præsenteret i absolutte tal (N) og derefter viser parentes procent(%). Ved manglende data skrives manglende data efterfulgt N. Ved katekoriske data blev Chi-Square test anvendt og ved kontinuerlige data blev nonparametrisk variansanalyse Kruskal-Wallis anvendt, og Wilcoxon signed-rank test. Variable markeret med fed indikerer en statistisk forskel mellem tre grader af Graded Chronic Pain Scale-Revised. Pearson's Chi(x²) = * Fisher's exact = # N=absolutte tal, Procent = (%)								

3.2 Sociodemografi

Gennemsnitsalderen for hele populationen var $54,2 \pm 18,5$ år (min.-maks. 19-91). Tabel 2 viser demografi og karakteristika. Over 37 % ($n = 73$) for hele populationen var i aldersgruppen 45-64 år. I alt var 64 % ($n = 126$) af personerne kvinder.

3.2.1 BMI

Der var ingen statistisk signifikant forskel på BMI mellem de tre kroniske smertegrader ($X^2 (2, n = 196) = 1.73, p = .421$). Svær overvægt viste sig hos 23 % ($n = 6$) af SKS og 37 % ($n = 39$) af KKS se tabel 2.

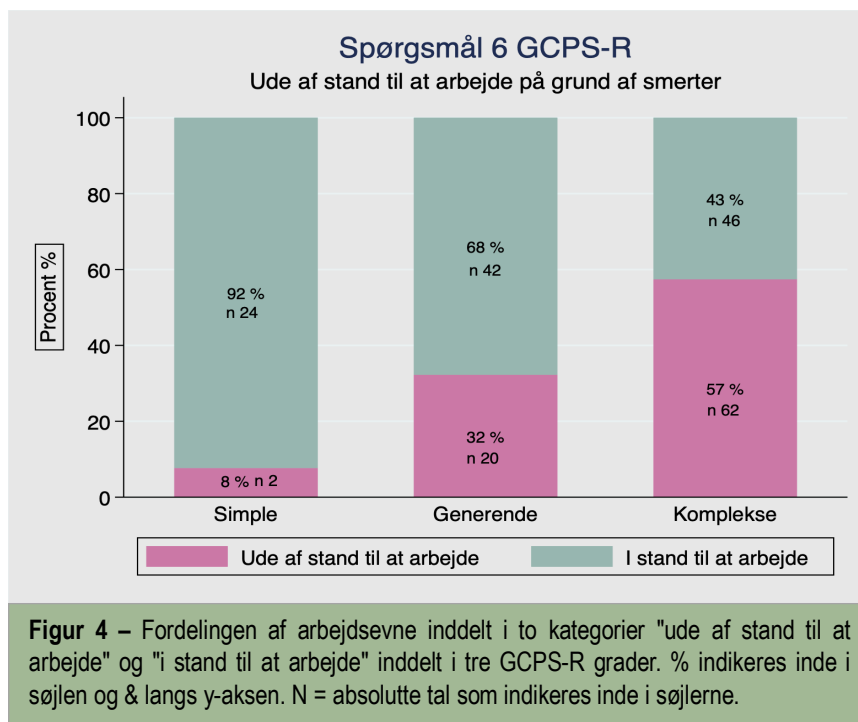
3.2.2 Uddannelsesniveau

Der var en statistisk signifikant forskel på uddannelsesniveauet mellem SKS og GKS ($X^2 (5, n = 88) = 13.58, p = .007$) samt mellem personer med SKS og KKS ($X^2 (5, n = 134) = 19.34, p = .000$). Tabel 2 viser at der ikke blev fundet en statistisk signifikant forskel på fordelingen af lav uddannelsesniveau for hver kroniske smerte grad ($X^2 (2, n = 196) = 1.40, p = .495$). Hos SKS havde 23 % ($n = 6$) et lavt uddannelsesniveau hvor dette var 31 % ($n = 34$) hos KKS. Omkring 28 % ($n = 55$) af hele population havde et lavt uddannelsesniveau.

3.2.3 Arbejdssituation

Der var en statistisk signifikant forskel på arbejdssituation mellem personer med GKS og KKS ($X^2 (5, n = 170) = 12.17, p = .011$). Over 27 % ($n = 17$) hos GKS havde et fuldtidsarbejde og derudover var 7 % ($n = 2$) sygemeldte. Hos KKS havde over 19 % ($n = 21$) et fuldtidsarbejde og næsten 18 % ($n = 19$) var sygemeldte. Generelt i hele populationen var der en større overvægt af pensionister eller førtidspensionister.

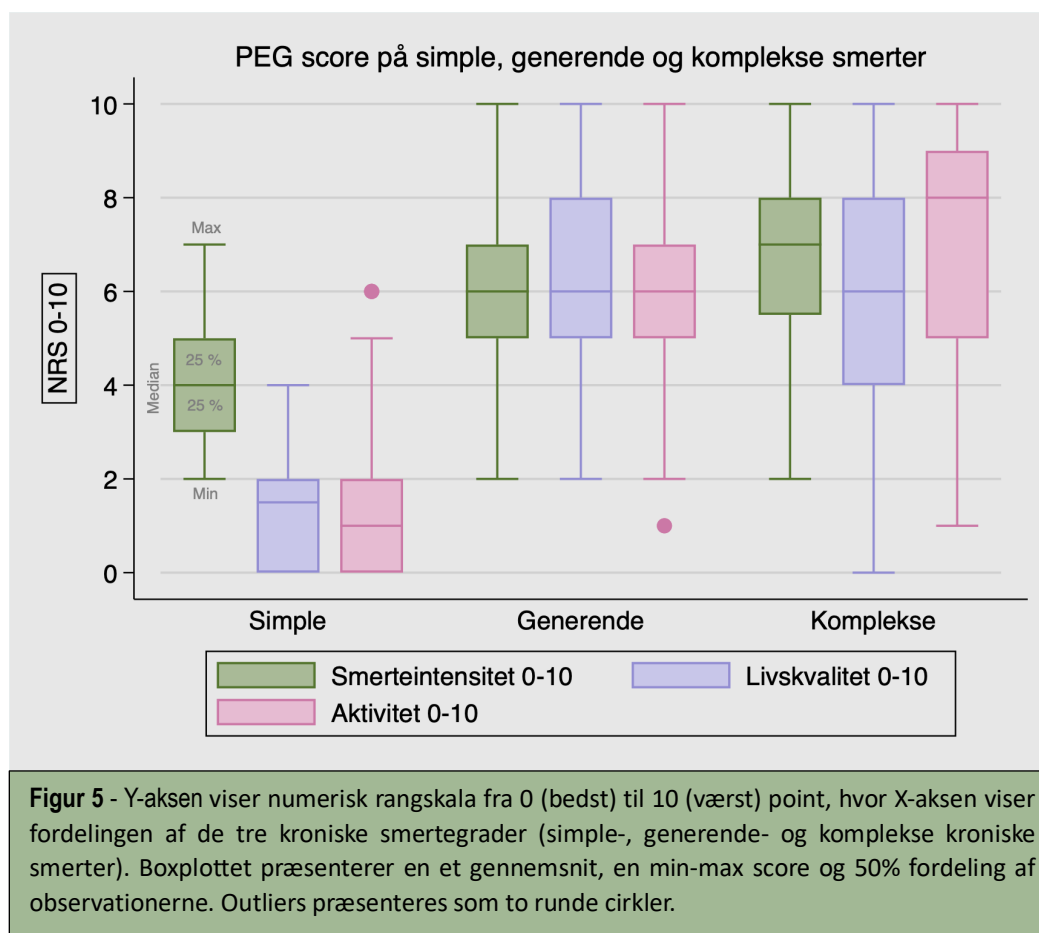
I spørgsmål seks fra GCPS-R viste en statistisk signifikant forskel på ($X^2 (2, n = 196) = 25.30, p = .000$). Figur fire viser den procentuelle fordeling for hver kroniske smerte grad, hvor 57 % ($n = 62$) med KKS var ude af stand til at arbejde på grund af deres smerter, og denne var på 8 % ($n = 2$) hos SKS.



3.2.4 Smerte karakteristika

Figur 5 viser fordeling over den gennemsnitlige score på smerteintensitet, livskvalitet og aktivitet (PEG) score for hver kroniske smerte grad. SKS angav en smerteintensitet på $4,0 \pm 1,5$ (min-maks. 2-7) point, en påvirkning af livsglæde på $1,5 \pm 1,3$ (min-maks. 0-4) point og påvirkning af aktivitet på $1,0 \pm 1,2$ (min-maks. 0-6) point. KKS angav en smerteintensitet på $7 \pm 1,8$ (min-maks. 2-10) point, en påvirkning af livsglæde på $6,0 \pm 2,7$ (min-maks. 0-10) point og påvirkning af aktivitet på $8,0 \pm 2,4$ (min-maks. 0-10) point.

Overordnet var der ingen statistisk forskel ($\chi^2(8, n = 196) = 7.03, p = .533$) i varighed af smerter mellem de tre grader af kroniske smerter (Tabel 2). Ved 30,5 % (N=8) af personer med SKS havde den primær længde af smerternes varighed været i under et år. Hvor den primær længde hos personer med KSK havde 26,9 % (N=29) haft ondt i over 10 år. Kruskal-Wallis H-test viste, at der var en statistisk signifikant forskel i smertefulde kropsområder mellem graderne af kroniske smerter, ($\chi^2(2), n = 196) = 12.75, p = .0001$) med en gennemsnitlig score på $2,0 \pm 1,1$ for SKS, på $2,0 \pm 1,8$ for GKS og på $3,2 \pm 1,6$ hos KKS. Tabel 1 viser at KKS adskiller sig ved at have en større smerteudbredelse end SKS og GKS.



3.2.5 Medicin

Der var en statistisk signifikant forskel på selvrapporteret brug af opioider mellem SKS og KKS ($\chi^2 (3, n = 134) = 7,82, p = .019$). Ved KKS rapporterede 22 % ($n = 24$) at de anvendte opioider dagligt og hos SKS var dette 0 % se tabel 3.

Der blev ikke fundet en statistisk signifikant forskel på om man tager opioider eller ej for hver kroniske smerte grad ($\chi^2 (2, n = 196) = 5.70, p = .055$). Næsten 40 % ($n = 43$) af personer med KKS rapporterede at de indtog receptpligtige opioider, hvor det hos SKS var 15 % ($n = 4$).

Der var en statistisk signifikant forskel på selvrapporteret brug af smertestillende håndkøbsmedicin mellem SKS og KKS ($\chi^2 (3, n = 134) = 8.33, p = .041$). Tabel 3 viser at der ikke blev fundet en statistisk signifikant forskel på om man tager håndkøbsmedicin eller ej for hver kroniske smerte grad ($\chi^2 (2, n = 196) = 4.23, p = .120$). Over 84 % ($n = 91$) af personer med KKS rapporterede at de indtog håndkøbsmedicin, hvor det hos SKS var 73 % ($n = 19$).

Tabel 3

Demografi over smertestillende håndkøbs- og receptpligtig medicin, inddelt i to kategorier.

	Total 196 (100)	Simple 26 (13)	Generende 62 (32)	Komplekse 108 (55)	P-værdi Simple vs. Generende	P-værdi Generende vs. Komplekse	P-værdi Komplekse vs. Simple	P-Værdi
Håndkøbsmedicin n (%)					.172#	.069*	.041#	.035#
Ingen	30 (15,3)	7 (26,9)	6 (9,7)	17 (15,7)				
1 x dagligt	71 (35,2)	6 (23,1)	21 (33,9)	44 (40,7)				
2-6 x ugentligt	51 (26,0)	4 (15,4)	17 (27,5)	30 (27,8)				
1 ugentligt	32 (23,5)	9 (34,6)	6 (9,7)	17 (15,7)				
Håndkøbsmedicin n (%)								.120*
Ja	154 (84,7)	19 (73,1)	44 (71,0)	91 (84,3)				
Nej	30 (15,3)	7 (26,9)	6 (29)	17 (15,7)				
Receptpligtig Medicin n (%)					.323#	.184*	.019#	.042#
Ingen	129 (65,8)	22 (84,6)	42 (67,7)	65 (60,2)				
1 x dagligt	30 (15,3)	0 (0,0)	6 (9,7)	24 (22,2)				
2-6 x ugentligt	13 (6,6)	1 (3,8)	6 (9,7)	6 (5,6)				
1 x måneden	24 (12,2)	3 (11,5)	8 (12,9)	13 (12,0)				
Receptpligtig Medicin n (%)								.055#
Ja	67 (34,2)	4 (15,4)	20 (32,3)	43 (39,8)				
Nej	129 (65,8)	22 (84,6)	42 (67,7)	65 (60,2)				

Pearson's Chi-square blev anvendt på kategoriske variable.

Variable markeret med fed indikerer en statistisk forskel mellem tre grader af Graded Chronic Pain Scale-Revised.

Pearson's Chi(x²) = * Fisher's exact = # N=absolutte tal, Procent = (%)

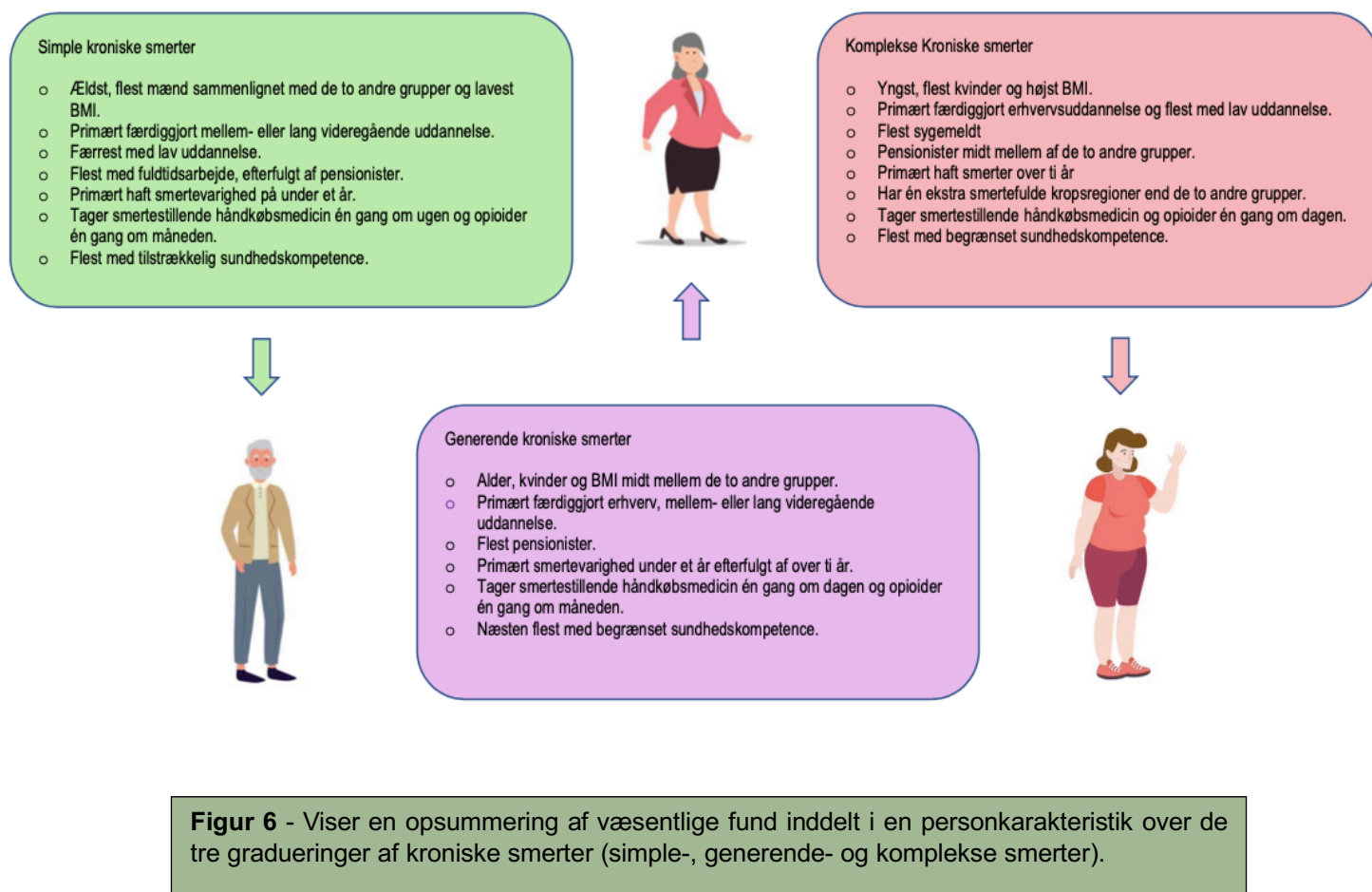
3.3 Personkarakteristik

Karakteristika for personer der lever med kroniske smerter varierer, og vi har identificeret nogle specifikke forskelle mellem gradueringerne kroniske smerter som og illustreres i figur 6.

SKS, var procentmæssigt den gruppe med flest mænd, de ældste, havde en arbejdsstatus som fuldtidsarbejde eller pensioneret, og dem med lavest BMI. Det var den gruppe hvor flest har færdiggjort mellem- eller lang videregående uddannelse. De oplever moderat smerteintensitet, færre smertefulde kropsregioner og en smertevarighed på under et år. De tager primært håndkøbsmedicin én gang om ugen og opioider én gang om måneden. Det er den gruppe med mindst påvirkning af livskvalitet og deltagelse i daglige aktiviteter. Desuden ser vi at denne gruppe har flest med tilstrækkelige sundhedskompetence.

KKS er den gruppe med fleste repræsenteret i, er den yngste af de tre grupper, har flest kvinder, og har det højeste BMI. Det er den gruppe hvor flest har færdiggjort en erhvervsuddannelse. De oplever moderat til svær smerteintensitet og har flest smertefulde kropsregioner med en smertevarighed på over ti år og tager oftest smertestillende håndkøbsmedicin eller opioider. Det er den gruppe med størst påvirkning af livskvalitet og deltagelse i daglige aktiviteter. Desuden er der identificeret en høj andel, som er ude af stand til at arbejde grundet deres smertetilstand, ydermere er der flest sygemeldte. Ligeledes er det denne gruppe der har flest med begrænset sundhedskompetence.

GKS er en blanding mellem de to andre grupper på de fleste variabler. Den adskiller sig fra personer med SKS på uddannelse niveau, desuden adskiller de sig fra personer med KKS på arbejdssituation og smertefulde kropsregioner. Tilsammen adskiller gruppen sig på arbejdsevne fra resterende grupper.



4 Diskussion

4.1 Sundhedskompetencer og GCPS-R

Vores undersøgelse viste, at der ikke var en statistisk signifikant sammenhæng mellem graderne af kroniske smerter og niveau af sundhedskompetence. Vi finder den største andel af begrænset sundhedskompetence hos personer med komplekse kroniske smerter (KKS) på 44% som adskiller sig fra simple kroniske smerter (SKS) på 35%. Tidligere studier, der har undersøgt fordelingen af sundhedskompetence har været baseret på socioøkonomiske faktorer og komorbiditet inden for langsigtede kroniske sygdomme (22,23,39). De finder, at mennesker med længerevarende sygdomme har lavere sundhedskompetence sammenlignet med dem uden sygdomme (23,39). Danske undersøgelser finder, at kombinationen mellem psykisk lidelse og komorbiditet var forbundet med lavere sundhedskompetence (23). Sygdommens længde, samt sværhedsgrad kan skabe en mulighed for at fremme sundhedskompetence i tidlige eller mildere faser (23). Vores

resultater peger på, personer med KKS rapporterer længere varighed af smerter og mere komplekse smertetilstande og hvilket kan være sværere at fremme sundhedskompetence.

Vores resultater er påvirket af den relativt lave stikprøvestørrelse specielt i SKS, hvor andre tværsnitstudier som anvender samme tilgang, rapporterer langt større population (39). Sundhedskompetence påvirkes af personlige, miljømæssige og sundhedsrelaterede faktorer og oplevelsen af specifikke udfordringer. Vigtig information som ikke opnås i et tværsnitstudie, men kræver andre forskningsformater som eksempelvis longitudinelle eller kvalitative studier (39). Overordnet havde hver tredje et lavt uddannelsesniveau i vores undersøgelse, hvoraf størstedelen befandt sig i gruppen med KKS. Et dansk studie finder, at vanskeligheder ved at interagere med sundhedspersonalet og forstå sundhedsinformation steg efterhånden som uddannelsesniveauet faldt (23). På den baggrund kan det ikke udelukkes, at den større andel af begrænset sundhedskompetence i KKS, skyldes større forekomst af lavere uddannelsesniveau. Det tyder på, at forekomsten af kroniske smerter er højere hos personer med et lavere uddannelsesniveau og hårdt fysisk arbejde (2,3,40). Desuden viser et studie at lavere uddannelsesniveau er forbundet med generel sundhedsstatus, og evne til at navigere i sundhedssystemet (2). Studier nævner, at personer med KKS har et lavere uddannelsesniveau end personer med generende kroniske smerter (GKS) og SKS (2,40). Det kan være bekymrende, at vi finder den største andel af personer med KKS med begrænset sundhedskompetence. Personer med KKS har en mere invaliderende tilstand, og derfor et større behov bedre sundhedskompetence end personer med SKS.

I vores undersøgelse havde 42 % af hele populationen begrænset sundhedskompetence. Dette er i overensstemmelse med et større dansk studie, der har anvendt HLS-EU-Q16 på den generelle befolkning (22). De finder at 39 % havde begrænset sundhedskompetence (22,41). Et studie der har anvendt en længere udgave af samme spørgeskema finder, at 47 % havde begrænset sundhedskompetence på en europæisk population (21). Det tyder på, at den danske population udviser højere sundhedskompetence sammenlignet med den generelle europæiske befolkning, hvilket kan skyldes, at den korte version af spørgeskemaet har en overrepræsentation af lettere spørgsmål end den længere version (22). Ofte anvendes selvrapporterede spørgeskemaer ved måling af sundhedskompetence, hvilket kan ekskludere dem med laveste funktionelle kompetencer som eksempelvis læsefærdigheder (42). Flere studier nævner, at en mulig årsag til den høje procentdel af personer med begrænset sundhedskompetence, kan findes i en kombination af øget kompleksitet af behandlingsforløb og begrænsninger af ressourcer i sundhedssystemet som tid, personale og økonomi (19,23,26,42). Denne kompleksitet og mangel på ressourcer kan være

væsentlig for, om en patients sundhedskompetence er tilstrækkelig til at navigere, forstå og få udbytte af relevante behandlingsforløb (19). Studier påpeger en bekymring, at en stor andel af den almindelige danske befolkning, står over for kritiske problemer med at håndtere sundhedskravene, på trods af en relativ højtuddannet befolkning (42,43). Derfor, er der større behov for at facilitere en tilpasset sundhedsydelse til det enkelte individ (22). Resultaterne fra vores undersøgelse tyder på, at der bør gøres en større indsats for at øge sundhedskompetencen blandt personer med KKS, for at forbedre deres mulighed for at forstå og navigere i sundhedsvæsenet. Det giver yderligere indikationer for vigtigheden af at undersøge hvilke domæner af sundhedskompetence personer med kroniske smerter har flest vanskeligheder ved at imødekomme.

4.2 Fordeling af GCPS-R

Over halvdelen af populationen i denne undersøgelse havde KKS. Et tyrkisk studie, der har undersøgt patienter med lændesmerter på en smerteklinik, finder at tre ud af fire havde KKS (44). Studiet påpeger, at den høje andel af personer med KKS, kan skyldes at rekrutteringen af deltagere foregik på en smerteklinik (44). En undersøgelse fra 2021 i USA, viser en langt lavere forekomst på 6,9 % som oplever KKS målt på den voksne generelle befolkning (8). Det er stadig uvist, hvordan fordelingen af graduering af kroniske smerter er i den generelle danske befolkning, og hvor mange der laver med KKS (3). Hvis vi kigger på den danske befolkning, var der i 2021 en femtedel af alle danskere, der lever med kroniske smerter (45). Resultaterne af vores undersøgelse viser en høj andel af kroniske smerter på hele populationen, hvilket kan skyldes, at vi har ekskluderet grad 0 (*fravær af kroniske smerter*). Studier der har anvendt GCPS-R har inkluderet grad 0, hvilket giver en anden procentuel fordeling af gradueringerne (8,44).

4.3 GCPS-R og sociodemografi

I hele vores population ses et højere estimat af kvinder med kroniske smerter sammenlignet med mænd. En dansk rapport viser store kønsforskelle og antallet af ekstra kontakter til alment praktiserende læge hos personer med lænderygsmerter. Hvilket resulterer i, at 1,3 mio. mænd og 2,3 mio. kvinder opsøger den praktiserende læge. Det svarer til cirka hver 13 henvendelse til alment praktiserende læge er personer med lænderygsmerter (46). I vores undersøgelse var personer med KKS dog ikke mere tilbøjelige til at være kvinder, end dem med SKS. Hvilket stemmer overens med studier fra den amerikanske befolkning (8,40). Det tyder på, at der er en kønsforskel blandt den voksne danske befolkning, hvor 6-8 % flere kvinder, lever med kroniske smerter sammenlignet med

mænd (3). Det tyder altså på, at vi i vores undersøgelse har en større andel af kvinder repræsenteret. Hvilket kan forklares ved, at der er større andel af kvinder, der opsøger den alment praktiserende læge, og at der er en procentuel kønsforskel ved kroniske smerter.

4.3.1 BMI

En tredjedel i vores undersøgelse havde en BMI svarende til svær overvægt. Et omfattende prospektivt studie fra Norge, der fulgte over 30.000 individer over et årti, viser at fysisk inaktivitet og et højt BMI øger risikoen for kroniske smerter i nakke, skuldre samt lænderyg (47). Det er ikke det første studie, der finder en association mellem overvægt og kroniske smerter. Et dansk studie hævder, at personer med svær overvægt er mere tilbøjelige til at rapportere kroniske smerter (7). Desuden finder et studie, at svær overvægt ikke øgede sandsynligheden for KKS sammenlignet med SKS, hvilket stemmer overens med vores resultater (40).

4.3.2 Arbejdssituation

Langt over halvdelen af personer med KKS angav, at de var ude af stand til at arbejde på grund af deres smertetilstand. Flere studier påpeger et langt højere estimat, og at op imod ni ud af ti, der lever med KKS, er ude af stand til at arbejde på grund af smertetilstanden (5,40,44). Det viser sig at personer der lever med KKS er mere øget risiko for at være ude af stand til at arbejde. Studier, der har undersøgt arbejdsstatus og kroniske smerter, viser et langt lavere forekomst hvor to ud af ti var ude af stand til at arbejde på grund af deres smertetilstand (18). Ligeledes finder vi, at der var en forskel på arbejdssituation mellem personer med KKS sammenlignet med GKS. En dansk kohorte finder en stærk sammenhæng mellem smerteintensitet og arbejdssituation (6). De finder at personer der enten arbejder fuldtid eller på deltid også rapporterer lavere niveauer af smerteintensitet end personer som er sygemeldte eller fået tildelt førtidspension (6). Resultaterne fra denne undersøgelse kan bidrage til et større fokus på arbejdssituationen hos KKS.

I vores undersøgelse befinder den største andel af KKS sig i aldersgruppen 45-64 år, dette er i overensstemmelse med en anden undersøgelse (8). En lavere forekomst finder et andet studie, hvor størstedelen af personer med KKS er under 45 år (40). En dansk undersøgelse omkring arbejdslivet i Danmark, finder at hver anden over 50 år oplever daglige og ugentligt smerter, som begrænser deres arbejdsliv (48). Det tyder på at stigende alder og smerter har indflydelse på arbejdsevnen. Konsekvensen af de mange sygemeldinger og tildeling af førtidspension resulterer i et stort produktionstab. Alene i sygedage svarer det til 13.000 fuldtidsstillinger, hvilket er alle stillinger på

landet største hospital (46,49). Personer med KKS befinder sig i den yngste aldersgruppe, og i den arbejdsdygtige alder. Dette er bekymrende da det har samfundsøkonomiske konsekvenser, de fleste mennesker bruger en stor andel af de vågne timer på arbejdsmarkedet og derfor har arbejdet en stor betydning for identitet og livskvalitet

4.3.3 Smertekarateristik

I vores undersøgelse havde hele populationen en gennemsnitlig moderat til svær påvirkning på alle tre smerteparametre. Studier der har undersøgt smertepåvirkning på generelle kroniske smerter, finder lignende resultater (6,17,18,44). Som forventeligt var personer med SKS mere tilbøjelig til at rapportere lavere scorer på smerteintensitet, livsglæde og interferens på aktiviteter end personer med KKS. En mulig forklaring på dette kunne være at fordelingen af KKS er høj i vores undersøgelse.

I vores undersøgelse rapporterede personer med KKS en større smerteudbredelse end SKS og GKS. Et studie nævner, at der ikke ses en forskel i antallet af rapporteret smerteområder mellem graduering af en kronisk smertetilstand (40). Antallet af smerteområder er tidligere blevet identificeret som en vigtig prognostisk faktor for personer med kroniske smerter (13,50). I et dansk studie rapporteres det, at kvinder er mere tilbøjelige til at have flere smertefulde kropsområder end mænd (4). I vores undersøgelse har KKS en større smerteudbredelse end de to resterende grader. Det kan ikke afvises at fordelingen af smerteudbredelse skyldes andelen af kvinder repræsenteret i KKS, selvom det ikke er entydigt om antallet af smertefulde kropsområder er en essentiel faktor under graduering af kroniske smerter (51)

4.3.4 Medicin

I vores undersøgelse var brugen af opioider mest hyppigt hos personer med KKS, her rapporterede to ud af fem at de anvendte opioider. Et studie der undersøger langtidsforbrug af opioider viser, at personer med KKS havde en større tendens til at modtage behandling med opioider sammenlignet med SKS (5). Nyere tal fra Danmark viser at opioidforbruget er faldende til anvendelse af kroniske smertetilstande, dette skyldes en mere systematisk tilgang og en øget opmærksomhed på afhængighedsskabende medicin (3,48,52). Selvom forbruget er faldende, er der stadig 146.000 langtidsforbrugere af opioider i den danske befolkning (3,48,52). I denne undersøgelses population rapporterede næste tre ud af fire, at de tog smertestillende

håndkøbsmedicin. Dette viser at personer, der lever med kroniske smerter og specielt KKS anvender smertestillende medicin, og derved bør der fortsat være øget opmærksomhed på området.

5 Styrker og begrænsninger

Til vores kendskab er der ikke andre danske studier, der har valideret den danske udgave af GCPS-R, og derfor skal nogle begrænsninger anerkendes. Vores resultater er begrænset af et lille antal identificerede studier, der anvender GCPS-R til graduering af kroniske smertetilstande. Først og fremmest er studiedesignet et tværsnitstudie, og vi kan derfor ikke drage kausalitet mellem undersøgelsens variabler. I betragtning af, at dataindsamling for undersøgelsen blev gennemført ved to lægeklinikker, kan det ikke afvises, at placering af lægeklinik, og demografi kan have en betydning for hvilken grad af kroniske smerter, der er blevet rapporteret. De to lægeklinikker, hvor undersøgelsen er blevet gennemført ligger i områder, hvor der bor mennesker med lavere uddannelsesniveau sammenlignet med andre regioner i Østjylland (53). På baggrund af placeringen af lægeklinikkerne, bør man være forsigtig med at generalisere populationen til baggrundsbefolkningen, der lever med kroniske smerter, da livet med kroniske smerter kan påvirkes af miljø og kultur (6,10). Personer der oplever kroniske smerter opsøger ofte primærsektoren som første kontakt (54). Dette kan muligvis også forklare den høje forekomst af komplekse kroniske smerter i vores undersøgelse. En klar styrke ved vores studie er, at inklusionskriteriet for deltagelse var smerter de sidste tre måneder, hvilket resulterede i et bredt udsnit af en befolkningsgruppe. GCPS-R har fire gradinddelinger, og af økonomiske begrænsninger blev grad nul (*fravær af kroniske smerter*) ikke inkluderet i dataindsamlingen. En fordel ved at have medtaget personer med ikke kroniske smerter, vil være at kunne sammenholde niveau af sundhedskompetence og sociodemografiske associationer. Det kunne give en indsigt i forskellen mellem de fire grader af GCPS-R. I nogle af underkategorierne var der under fem observationer, hvilket ikke gjorde det muligt at gennemføre en yderligere statistisk beregning. Dette kunne være forhindret, hvis stikprøvestørrelsen var større i undersøgelsen.

Det var ikke muligt at inddrage alle aspekter, som kan have indflydelse på personer som oplever kroniske smerter, af hensyn til individernes tid. Herunder kunne det være interessant at afdække flere psykosociale aspekter som depression, angst, stress, søvn, indkomst og civilstatus. Ved at inddrage psykosociale aspekter kan det bidrage til et mere nuanceret billede af, hvordan denne målgruppe ser ud, sammenlignet med den ikke-eksponerede gruppe.

En fordel ved anvendelse af HLS-EU-Q16 er, at redskabet har en høj intern validitet, derudover er den brugervenlig da den er let at administrere, og kan sammenlignes med andre befolkningsgrupper (43). Desuden er redskabet multidimensionalt, hvilke indkapsler et bredt sundhedsområde indenfor de tre domæner (55). Ved måling af sundhedskompetence har metoden for dataindsamling en betydning for udfaldet på kompetenceniveauet. Derfor anbefales der forskellige tilgange til indsamling af sundhedskompetence, for at undgå en overestimering af kompetenceniveau (43). I dette studie, er der blevet anvendt selvrapporteret spørgeskemaer, der til en vis grad kræver motivation for at deltage. Personer i den mest udsatte befolkningsgruppe med eksempelvis dårlige læsefærdigheder, blinde personer, vanskeligheder ved at forstå dansk kan have været ude af stand til at deltage. Dog har studiet alligevel formået at inkludere personer der muligvis ikke selvstændigt har kunne udfylde spørgeskemaet, men har fået bistand fra pårørende, som de har haft med til den aftalte konsultation. En tredje fordel er at undersøgelsen har været baseret på en papirudgave og forklarer den høje svarrate med kun én manglende information om BMI.

Det er vigtigt at notere, at spørgeskemaet for sundhedskompetence er selvrapporteret og inkluderer ikke objektivt måling af funktionel sundhedskompetence, hvor der findes andre spørgeskemaer der inkluderer dette element. Derfor er der en sandsynlighed for at over- eller undervurdere erfaringer, som kan have indflydelse på niveauet af sundhedskompetence (31,56).

6 Implikation og fremtidig undersøgelse

Yderligere evidens fra denne undersøgelse, er vigtig for at forme fremtidens fokus på området. Det viser sig specielt, at alment praktiserende læger efterspørger kompetencer, samt et simpelt værktøj til lettere at kunne identificere og håndtere personer med smerter. GCPS-R er et simpelt værktøj, som indeholder relevante punkter for personer der oplever kroniske smerter. Ved at tage højde for de mange dimensioner af kroniske smerter vil denne klassifikation kunne bidrage til nemmere udredning og opfølgning i klinisk praksis. Sundhedsvæsnets kompleksitet der møder patienten har stor betydning for, hvilket udbytte den enkelte opnår af et forløb. Det tyder på, at graden af sundhedskompetence har indflydelse på forløbets udbytte. For at bygge bro mellem social ulighed i sundhed, bør der være en systematik mellem organisatoriske forhold som eksempelvis samarbejde mellem sundhedstilbud og en mere personcentreret tilgang. Derfor kan det være vigtigt, at sundhedsvæsnets samarbejder og sikrer, at der er sammenhæng i de forløb der tilbydes.

7 Konklusion

Resultaterne fra denne undersøger viser at der ikke er en statistisk signifikant forskel på graden af kroniske smerter og sundhedskompetence. Dette studie finder at personer der lever med kroniske smerter, rapporterer næsten hver anden, at de har begrænset sundhedskompetence. Derudover er KKS stærkt associeret med flere smertefulde kropsregioner, uddannelsesniveau, arbejdssituation, ude af stand til at arbejde på grund af smertetilstand og anvendelse af smertestillende opioider og håndkøbsmedicin. GCPS-R understøttes til vurdering og graduering af kroniske smerter i epidemiologiske studie, dog er der fortsat behov for yderligere forskning, der vurderer den kliniske validitet.

8 Referencer

1. Ekholm O, Diasso PDK, Davidsen M, Kurita GP, Sjøgren P. Increasing prevalence of chronic non-cancer pain in Denmark from 2000 to 2017: A population-based survey. *Eur J Pain.* marts 2022;26(3):624–33.
2. Dahlhamer J, Lucas J, Zelaya, C, Nahin R, Mackey S, DeBar L, m.fl. Prevalence of Chronic Pain and High-Impact Chronic Pain Among Adults — United States, 2016. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 14. september 2018;67(36):1001–6.
3. Afdækning af smerteområdet - Fagligt oplæg til en smertehandlingsplan. Sundhedsstyrelsen; 2020.
4. Vaegter HB, Christoffersen LO, Enggaard TP, Holdgaard DEM, Lefevre TN, Eltvéd R, m.fl. Socio-Demographics, Pain Characteristics, Quality of Life and Treatment Values Before and After Specialized Interdisciplinary Pain Treatment: Results from the Danish Clinical Pain Registry (PainData). *J Pain Res.* maj 2021;Volume 14:1215–30.
5. Von Korff M, DeBar LL, Krebs EE, Kerns RD, Deyo RA, Keefe FJ. Graded chronic pain scale revised: mild, bothersome, and high-impact chronic pain. *Pain.* marts 2020;161(3):651–61.
6. Jensen HI, Plesner K, Kvorning N, Krogh BL, Kimper-Karl A. Associations between demographics and health-related quality of life for chronic non-malignant pain patients treated at a multidisciplinary pain centre: a cohort study. *Int J Qual Health Care.* februar 2016;28(1):86–91.
7. Sjøgren P, Ekholm O, Peuckmann V, Grønbaek M. Epidemiology of chronic pain in Denmark: An update. *Eur J Pain.* marts 2009;13(3):287–92.
8. Rikard SM, Strahan AE, Schmit KM, Guy GP. Chronic Pain Among Adults — United States, 2019–2021. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 14. april 2023;72(15):379–85.
9. Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain.* maj 2006;10(4):287–287.
10. Ferreira-Valente MA, Pais-Ribeiro JL, Jensen MP. Associations Between Psychosocial Factors and Pain Intensity, Physical Functioning, and Psychological Functioning in Patients With Chronic Pain: A Cross-cultural Comparison. *Clin J Pain.* august 2014;30(8):713–23.
11. Ali SM, Zendejas B, Yadav S, Hernandez-Irizarry RC, Lohse CM, Farley DR. Predictors of chronic groin discomfort after laparoscopic totally extraperitoneal inguinal hernia repair. *J Am Coll Surg.* juli 2013;217(1):72–8; discussion 78–80.
12. Eriksen J, Sjøgren P, Bruera E, Ekholm O, Rasmussen NK. Critical issues on opioids in chronic non-cancer pain: *Pain.* november 2006;125(1):172–9.
13. De Fernandes RCP, Burdorf A. Associations of multisite pain with healthcare utilization, sickness absence and restrictions at work. *Int Arch Occup Environ Health.* oktober 2016;89(7):1039–46.
14. Treede RD, Rief W, Barke A, Aziz Q, Bennett MI, Benoliel R, m.fl. A classification of chronic pain for ICD-11. *Pain.* juni 2015;156(6):1003–7.
15. Treede RD, Rief W, Barke A, Aziz Q, Bennett MI, Benoliel R, m.fl. Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). *Pain.* januar 2019;160(1):19–27.
16. Nicholas M, Vlaeyen JWS, Rief W, Barke A, Aziz Q, Benoliel R, m.fl. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic primary pain. *Pain.* januar 2019;160(1):28–37.
17. Jensen MP, Chodroff MJ, Dworkin RH. The impact of neuropathic pain on health-related quality of life: Review and implications. *Neurology.* 10. april 2007;68(15):1178–82.

18. Hay G, Korwisi B, Rief W, Smith BH, Treede RD, Barke A. Pain severity ratings in the 11th revision of the International Classification of Diseases: A versatile tool for rapid assessment. *Pain*. 2022;163(12):2421–9.
19. Sundhedskompetence i det danske sundhedsvæsen. 2022.
20. Bröder J, Chang P, Kickbusch I, Levin-Zamir D, McElhinney E, Nutbeam D, m.fl. IUHPE Position Statement on Health Literacy: a practical vision for a health literate world. *Glob Health Promot*. december 2018;25(4):79–88.
21. Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, m.fl. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *Eur J Public Health*. december 2015;25(6):1053–8.
22. Svendsen MT, Bak CK, Sørensen K, Pelikan J, Riddersholm SJ, Skals RK, m.fl. Associations of health literacy with socioeconomic position, health risk behavior, and health status: a large national population-based survey among Danish adults. *BMC Public Health*. december 2020;20(1):565.
23. Friis K, Lasgaard M, Osborne RH, Maindal HT. Gaps in understanding health and engagement with healthcare providers across common long-term conditions: a population survey of health literacy in 29,473 Danish citizens. *BMJ Open*. 14. januar 2016;6(1):e009627.
24. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low Health Literacy and Health Outcomes: An Updated Systematic Review. *Ann Intern Med*. 19. juli 2011;155(2):97.
25. Friis K, Lasgaard M, Rowlands G, Osborne RH, Maindal HT. Health Literacy Mediates the Relationship Between Educational Attainment and Health Behavior: A Danish Population-Based Study. *J Health Commun*. august 2016;21(sup2):54–60.
26. Adams RJ, Piantadosi C, Ettridge K, Miller C, Wilson C, Tucker G, m.fl. Functional health literacy mediates the relationship between socio-economic status, perceptions and lifestyle behaviors related to cancer risk in an Australian population. *Patient Educ Couns*. maj 2013;91(2):206–12.
27. Cutler DM, Lleras-Muney A. Understanding differences in health behaviors by education. *J Health Econ*. januar 2010;29(1):1–28.
28. Nørgaard O, Sørensen K, Maindal HT, Kayser L. Måling af patientens sundhedskompetence kan bedre kommunikation i sundhedsvæsenet. 6. januar 2014; *Ugeskr Læger* 176/1:3.
29. Jensen LR, Sahuric A. A Cross-sectional survey Graded Chronic Pain and Health Literacy. 2023 [henvist 31. maj 2023]; Tilgængelig hos: <https://osf.io/ypgwv/>
30. Krebs EE, Lorenz KA, Bair MJ, Damush TM, Wu J, Sutherland JM, m.fl. Development and Initial Validation of the PEG, a Three-item Scale Assessing Pain Intensity and Interference. *J Gen Intern Med*. juni 2009;24(6):733–8.
31. Sørensen K, Van Den Broucke S, Pelikan JM, Fullam J, Doyle G, Slonska Z, m.fl. Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). *BMC Public Health*. december 2013;13(1):948.
32. Dworkin RH, Turk DC, Farrar JT, Haythornthwaite JA, Jensen MP, Katz NP, m.fl. Core outcome measures for chronic pain clinical trials: IMMPACT recommendations. *Pain*. januar 2005;113(1):9–19.
33. Dworkin RH, Turk DC, Wyrwich KW, Beaton D, Cleeland CS, Farrar JT, m.fl. Interpreting the Clinical Importance of Treatment Outcomes in Chronic Pain Clinical Trials: IMMPACT Recommendations. *J Pain*. februar 2008;9(2):105–21.
34. Halmø Terkelsen L, redaktør. *Overvægt*. 2. udgave. Sundhedsstyrelsen; 2018.
35. A healthy lifestyle - WHO recommendations [Internet]. A healthy lifestyle - WHO

recommendations. [henvist 31. maj 2023]. Tilgængelig hos: <https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/a-healthy-lifestyle---who-recommendations>

36. Nationalt Center for Etik. Hvad skal jeg anmelde? [Internet]. Hvad skal jeg anmelde? 16.48 [henvist 23. maj 2023]. Tilgængelig hos:

<https://nationaltcenterforetik.dk/ansoegerguide/overblik/hvad-skal-jeg-anmelde>

37. Indenrigsog, Sundhedsministeriet. Bekendtgørelse af lov om videnskabsetisk behandling af sundhedsvidenskabelige forskningsprojekter og sundhedsdatavidenskabelige forskningsprojekter [Internet]. Bekendtgørelse af lov om videnskabsetisk behandling af sundhedsvidenskabelige forskningsprojekter og sundhedsdatavidenskabelige forskningsprojekter. 2020 [henvist 29. maj 2023]. Tilgængelig hos: <https://www.retsinformation.dk/eli/lt/2020/1338>

38. World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. JAMA. 27. november 2013;310(20):2191.

39. Aaby A, Beauchamp A, O'Hara J, Maindal HT. Large diversity in Danish health literacy profiles: perspectives for care of long-term illness and multimorbidity. Eur J Public Health. 1. februar 2020;30(1):75–80.

40. Pitcher MH, Von Korff M, Bushnell MC, Porter L. Prevalence and Profile of High-Impact Chronic Pain in the United States. J Pain. februar 2019;20(2):146–60.

41. Svendsen IW, Damgaard MB, Bak CK, Bøggild H, Torp-Pedersen C, Svendsen MT, m.fl. Employment Status and Health Literacy in Denmark: A Population-Based Study. Int J Public Health. 2021;66:598083.

42. Bo A, Friis K, Osborne RH, Maindal HT. National indicators of health literacy: ability to understand health information and to engage actively with healthcare providers - a population-based survey among Danish adults. BMC Public Health. 22. oktober 2014;14:1095.

43. Svendsen MT, Bak CK, Sørensen K, Pelikan J, Riddersholm SJ, Skals RK, m.fl. Associations of health literacy with socioeconomic position, health risk behavior, and health status: a large national population-based survey among Danish adults. BMC Public Health. 28. april 2020;20(1):565.

44. Şentürk İA, Aşkın Turan S, Şentürk E, İçen NK. Validation, reliability, and cross-cultural adaptation study of Graded Chronic Pain Scale Revised into Turkish in patients with primary low back pain. Pain Pract Off J World Inst Pain. marts 2022;22(3):306–21.

45. Jespersen A, Amris K, Bliddal H, Andersen S, Lavik B, Janssen H, m.fl. Is neuropathic pain underdiagnosed in musculoskeletal pain conditions? The Danish PainDETECTive study. Curr Med Res Opin. august 2010;26(8):2041–5.

46. Sygdomsbyrden i Danmark: sygdomme. Version 2.0. 2023.

47. Nilsen TIL, Holtermann A, Mork PJ. Physical Exercise, Body Mass Index, and Risk of Chronic Pain in the Low Back and Neck/Shoulders: Longitudinal Data From the Nord-Trøndelag Health Study. Am J Epidemiol. 1. august 2011;174(3):267–73.

48. Andersen J, Andersen JG, Hede A, Danneris S, redaktører. Tryghed i arbejdslivet – nu og i fremtiden. Virum: TrygFonden; 2022.

49. Sygdomsbyrden i Danmark: risikofaktorer. Version 2.0. 2023.

50. Latif ZEH, Skjærvø I, Solli KK, Tanum L. Chronic Pain Among Patients With an Opioid Use Disorder. Am J Addict. 2021;30(4):366–75.

51. Nabors L, Toledano-Toledano F, Workman B. Graded Chronic Pain Scale (GCPS). I: Medvedev ON, Krägeloh CU, Siegert RJ, Singh NN, redaktører. Handbook of Assessment in Mindfulness Research [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2022 [henvist 29. maj 2023]. s. 1–11. Tilgængelig hos: https://link.springer.com/10.1007/978-3-030-77644-2_65-1

52. Sundhedssatastyrelsen. Forbruget af opioider falder fortsat. Sundhedssatastyrelsen; 2023 feb.

53. Christiansen H, Rasmussen MB, Habes E, Andersen AK. Samler de højtlønnede og højtuddannede sig få steder i byerne? DST Analyse: Danmarks Statistik; 2020 jan s. 15.
54. Smith BH, Fors EA, Korwisi B, Barke A, Cameron P, Colvin L, m.fl. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: applicability in primary care. *Pain*. januar 2019;160(1):83–7.
55. Van Der Heide I, Rademakers J, Schipper M, Droomers M, Sørensen K, Ueters E. Health literacy of Dutch adults: a cross sectional survey. *BMC Public Health*. december 2013;13(1):179.
56. Nguyen TH, Paasche-Orlow MK, McCormack LA. The state of the science of health literacy measurement. *Inf Serv Use*. 26. juni 2017;37(2):189–203.

9 Appendix

Formål med appendix er at supplere artiklen med yderligere uddybning af udarbejdelse omkring litteratursøgning og anden grundig gennemgang af begrebsafklaring af GCPS-R og Sundhedskompetence. Derudover giver appendix en indsigt i den systematiske tilgang til arbejdsprocessen og overvejelser omkring valg af metoder og studiedesign. Artiklens form tager udgangspunkt i problembaseret læring, der arbejdes med på Aalborg Universitet (1)

9.1 Begrebsafklaring

9.1.1 Undersøgelse af kroniske smerter og sværhedsgrad.

I de seneste år har der manglet en standardiseret og systematisk tilgang til at registrere multimodale og patientcentrerede smerteparametre (2). Ifølge International Association for the Study of Pain (IASP) og WHO's International Classification of Diseases (ICD-11) defineres kroniske og længerevarende smerter, som smerter der varer ved i mere end tre måneder (3). Den nyere klassificering af ICD-11 er kodet ved hjælp af syv overordnede koder for kroniske smertetilstande, herunder den første kode for "*kroniske primære smerter*", hvor den kroniske smertetilstand er den primær årsag til smerter, som eksempelvis fibromyalgi og uspecifikke rygsmerter. Kronisk primær smerte er en smertetilstand som optræder i en eller flere anatomiske kropsregioner og er forbundet med betydelig følelsesmæssig påvirkning eller betydelig funktionsnedsættelse og som ikke kan forklares ved en anden kronisk smertetilstand (4). De resterende seks koder klassificeres som "*kroniske sekundære smertesyndromer*", hvor smertetilstanden er udviklet i forbindelse med en anden underliggende sygdom (3,5). De seks kategorier for kroniske sekundære smertetilstande er; 1.) cancer-relateret smerter det vil sige alle kroniske smertetilstande som opstår i forbindelse med cancer eller behandling heraf, 2.) postoperative eller posttraumatiske smertetilstande det vil sige kroniske smerter som følge af kirurgi eller traume, 3.) neuropatiske smerter, som kan skyldes en læsion eller sygdom i det somatosensoriske nervesystem, 4.) hovedpine- eller orofaciale smerter, de hyppigste kroniske orofaciale smerter er temporomandibulære lidelser, 5.) viscerale smerter, som kan være vedvarende smerter, der stammer fra de indre organer (refereret visceral smerte), 6.) muskuloskeletale smerter, der opstår i forbindelse med en sygdomsproces, der er karakteriseret ved vedvarende inflammation af infektiøs, autoimmun eller metabolisk ætiologi, såsom reumatoid arthritis, og osteoartrose (3–5).

Sværhedsgraden af kroniske smerter bestemmes ud fra smerteintensitet, som beskriver styrken af den subjektive smerteoplevelse. Desuden bestemmes den smerterelateret interferens ud fra, hvor meget smerten forstyrrer daglige aktiviteter og deltagelse (5). For første gang indeholder ICD-11 et kodningssystem for kroniske smerter, som anerkender kroniske smerter indenfor en systematisk klassifikation og kategorisering (5). En vurdering af smertens intensitet og sværhedsgrad bør indgå som en del af alle rutinemæssige lægeundersøgelser (3). ICD-11 indeholder en slags tillægskode som er godkendt af WHO, og som gør det muligt at kode smertens sværhedsgrad, påvirkning af psykosociale aspekter og det tidsmæssige forløb for smerterne (5). Alle kroniske smerter betragtes som et multifaktorielt og biopsykosocialt fænomen, hvilket gør at denne udvidelseskode er tilgængelig for alle kroniske smertetilstande (3). Ifølge WHO inddeles sværhedsgraderne på smerteintensitet, livsglæde, og aktivitet som "*mild*" (NRS: 1-3), "*moderat*" (NRS: 4-6), og "*svær*" (NRS: 7-10). Disse redskaber er hurtige at anvende til registrering af de vigtigste smerteparametre, som patienterne vurderer, og kan forbedre standardiseringen af smertevurderingen i primærsektoren (2). Der er behov for mere opmærksomhed på de individuelle forskelle og smerternes påvirkning på interferens og livskvaliteten ved håndtering af patienter med kroniske smerter (6).

9.1.2 Graded Chronic Pain Scale (GCPS) vs. Graded Chronic Pain Scale Revised (GCPS-R)

I start 90'erne blev det originale screeningsredskab GCPS udviklet, som skulle være et kort og pålideligt måleredskab, som havde til formål at graduere en kronisk smertetilstand og skabe en forståelse af, hvordan smerte er relateret til en psykologisk og adfærdsmæssig påvirkning (7–9). I 2020 blev den originale GCPS revideret og udviklet til GCPS-R (10). Den primær forskel på de to redskaber er, at GCPS tillader patienter at referere til anatomiske smertelokationer, hvorimod GCPS-R ikke anvender dette (7). Den oprindelige GCPS havde alternative tidsrammer på (et, tre eller seks måneder), hvilket komplicerede scoringen og påvirkede resultaterne for smerteklassificeringen på graderne (10). GCPS-R anvender en standardiseret tidsramme på tre måneder, da tidligere studier har fundet god overensstemmelse med smerter i løbet af de sidste tre måneder (7,10).

9.1.3 Undersøgelse af sundhedskompetence

Sundhedskompetence bliver første gang introduceret i 1998 af WHO og handler om menneskers kapacitet til at opfylde de komplekse krav til sundhed i det moderne samfund (11). Opmærksomheden for sundhedskompetence har hovedsageligt været koncentreret i USA og Canada,

og sidenhen er der kommet mere fokus på internationalt plan (12). For at afhjælpe den manglende viden omkring befolkningsfordeling af sundhedskompetenceniveau relateret til EU, blev der lanceret et konsortium af organisationer fra otte EU-medlemslande: Østrig, Bulgarien, Tyskland, Grækenland, Irland, Holland, Polen og Spanien, der danner grundlag for European Health Literacy Project (HLS-EU) (11,13). I Europa har det vist sig at begrænset sundhedskompetence blandt befolkningen fordeler sig forskelligt på tværs af lande. De lande med laveste begrænset sundhedskompetence befinder sig på 29 %, hvor de lande med højst begrænset sundhedskompetence fordeler sig på 62 % (11). Den første undersøgelse omkring sundhedskompetence fra Danmark var i 2014, som var baseret på den generelle befolkning og havde til formål at undersøge forståelse af sundhedsinformation (14). Efterfølgende i 2016 blev sundhedskompetence undersøgt hos personer med langvarige kroniske sygdomme (diabetes, hjerte-kar-sygdomme, kronisk obstruktiv lungesygdom, muskel- og skeletsygdomme, kræft og psykiske lidelser) (15). Der er flere måleredskaber, der kan anvendes til vurderingen af funktionel sundhedskompetence. Blandt de anvendte er Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM), Newest Vital Sign (NVS) og TOFHLA (Test of Functional Health Literacy in Adults) (16). Fælles for de tre redskaber er, at de primært kan bruges til at vurdere en persons evne til at læse, skrive og regne. Hvilket betegnes som basale og funktionelle færdigheder, der kan være relevante for at kunne forstå sundhedsinformation (17,18).

9.2 Metode

9.2.1 Studiedesign

Følgende metodeafsnit præsenteres studiedesign, og en beskrivelse af metoden der er anvendt i undersøgelsen. Herefter præsenteres studiets systematiske litteratursøgning, som dannede grundlag for udarbejdelsen af introduktion og spørgeskema. Et tværsnitsstudie design anvendes ofte til spørgeskemaundersøgelser, hvor man ønsker at undersøge en hypotese på tværs af en befolkningsgruppe, hvor der analyseres forskelle og ligheder mellem kategorier. Spørgeskema som dataindsamlingsmetode gør det muligt at indsamle data på en standardiseret og systematisk måde, hvilket tillader at resultaterne kan anvendes til at beskrive en population.

9.3 Litteratursøgning

Undersøgelsens systematiske litteratursøgning har fundet sted i den videnskabelige database PubMed og Embase. Den indledende søgning bidrog med viden om relevante begreber, aktører,

forståelse og videnshul indenfor emneområdet. Her blev centrale begreber omkring GCPS-R, sundhedskompetence, og hvilke sociodemografiske faktor personer med længerevarende smerter oplever. Den indledende samt ustrukturerede søgning blev udført i Google Scholar, og i Pubmed med henblik på kædesøgning. Det havde til formål at skabe inspiration til relevante søgeord og MESH-termer forinden undersøgelsens systematiske litteratursøgning. Den systematiske søgning blev foretaget ud fra en bloksøgning, hvor det blev valgt at tage udgangspunkt i fire blokke; Population, Intervention, Comparaison, og Outcome (PICO) (19). Ved at anvende PICO-modellen blev vigtige elementer i forskningsspørgsmålet fremhævet og kunne indgå i den systematiske litteratursøgning (Tabel 1).

Tabel 1						
Oversigt over bloksøgning fra Pupmed opstillet i Population, intervention, comparison og outcome (PICO)						
Population		Intervention		Comparison		Outcome
Chronic pain [MeSH]		Pain Measurement [MeSH]		Surveys and Questionnaires [MeSH]		Graded chronic pain scale
"Chronic Pain/epidemiology" [MeSH]	AND	Pain Measurement / methods* [MeSH]	AND	Reproducibility of Results [MeSH]	AND	Health Literacy Questionnaire
Human [MeSH]		Pain Measurement / psychology* [MeSH]		Socioeconomic Factors [MeSH]		HLQ
Adults [MeSH]		Pain Measurement / standards [MeSH]		Health Knowledge		HLS-EU-Q16
Male [MeSH]				Psychometrics		
Female [MeSH]				Health Literacy		
				Activities of Daily Living		
((((((((((((Chronic Pain) OR "Chronic Pain/epidemiology"[MeSH] OR (Human)) OR (Adults)) OR (Male)) OR (Female)) AND (Pain Measurement)) OR (Pain Measurement / methods*)) OR (Pain Measurement / psychology*)) OR (Pain Measurement / standards)) AND (Surveys and Questionnaires)) OR (Reproducibility of Results)) OR (Socioeconomic Factors)) OR (Health Knowledge)) OR (Psychometrics)) OR (Health Literacy)) OR (Activities of Daily Living)) AND (Graded chronic pain scale)) OR (Health Literacy Questionnaire (HLQ))) OR (HLS-EU-Q16) Filters: Full text, Humans, English, Female, Male, Adult: 19+ years						

Den systematiske søgning blev foretaget d. 5. marts 2023. Relevante søge- og emneord blev opstillet i forskellige kombinationer. Efter valg af søgeord og dertilhørende synonymer skulle disse kombineres med booleske operatorer. De booleske operatorer består af "OR" - som har til formål at kombinere interne søge- og emneord, mens "AND" kombinerer de fire blokke eksternt (19). Bloksøgningen indeholdt både fritext med og uden trunkering for at specificere, og gøre søgningen

breder og tillade forskellige endelser (19). Til sidst blev følgende filter anvendt, *"Full text"*, *"Humans"*, *"English"*, *"Female"*, *"Male"*, *"Adult 19+ years"*, for at sikre at målgruppen var mennesker, og at studierne har undersøgt en population der er over 18 år. Den systematiske litteratursøgning blev yderligere foretaget i Embase for at inddrage flere studier som kunne bidrage til undersøgelsen og andre emneord blev anvendt, hvor det var nødvendigt. Derfor blev der konstrueret en ny PICO-model (Tabel 2) som tog udgangspunkt i Pubmed-udgave, men med alternative søgeord som havde samme formål.

Tabel 2

Oversigt over bloksøgning fra Embase opstillet i Population, intervention, comparison og outcome (PICO)

Population		Intervention		Comparison		Outcome
'chronic pain'/exp/mj		'pain measurement'/exp		'sociodemographics'/exp		'questionnaire'/exp
'chronic pain'/exp		'graded chronic pain scale'/exp		'demography'/exp		'epidemiology'/exp
'chronic pain'	AND	'health literacy questionnaire'/exp)	AND	'health behavior'/exp		'reproducibility'/exp
				'psychometry'/exp		Reproducibility
				'health literacy'/exp		Epidemiology
				'daily life activity'/exp	AND	questionnaire
				'international classification of functioning, disability and health'/exp		
				'international classification of diseases'/exp		
				'icd 11'/exp		
('chronic pain'/exp/mj OR 'chronic pain'/exp OR 'chronic pain') AND ('pain measurement'/exp OR 'graded chronic pain scale'/exp OR 'health literacy questionnaire'/exp) AND ('sociodemographics'/exp OR sociodemographic OR 'demography'/exp OR demography OR 'health behavior'/exp OR 'health behavior' OR 'psychometry'/exp OR psychometry OR 'health literacy'/exp OR 'health literacy' OR 'daily life activity'/exp OR 'daily life activity' OR 'international classification of functioning, disability and health'/exp OR 'international classification of functioning, disability and health' OR 'international classification of diseases'/exp OR 'international classification of diseases' OR 'icd 11'/exp OR 'icd 11') AND ('questionnaire'/exp OR 'epidemiology'/exp OR 'reproducibility'/exp OR reproducibility OR epidemiology OR questionnaire) AND [english]/lim AND ([adult]/lim OR [young adult]/lim OR [middle aged]/lim OR [aged]/lim OR [very elderly]/lim) AND [humans]/lim						

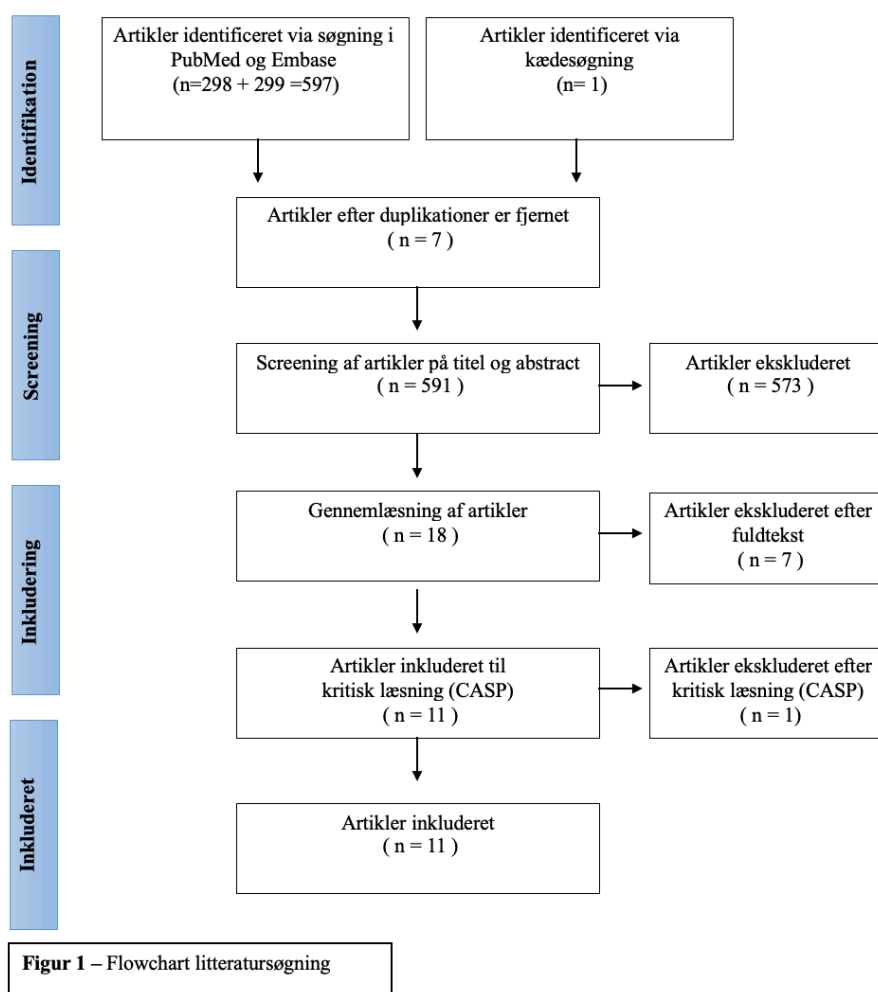
9.3.1 In- og eksklusionskriterier

Den systematiske litteratursøgning skulle bidrage til begrebsafklaring af sundhedskompetence, og kroniske smerter, og skabe et overblik over hvilke måleredskaber der er tilgængelige. For at imødekomme denne præcision i den systematiske litteratursøgning blev in- og eksklusionskriterier anvendt, som mindsker mulig selektionsbias og bidrager til at processen bliver mere transparent og dermed reproducerbar (19). Ydermere var det relevant at finde studier med lignende kontekst og minder mest muligt om den danske population, og derfor blev eksklusionskriterier anvendt som fremgår i Tabel 3.

Tabel 3 Inklusions- og eksklusionskriterier som blev anvendt i den systematiske litteratursøgning	
Inklusionskriterier	Eksklusionskriterier
- Sprog: dansk, norsk og engelsk - Sociodemografiske faktorer på HL eller GCPS - Begrebsafklaring af HL og kroniske smerter, GCPS - Populationen +18 - Kronisk sygdom, eller Smerter	- Ikke vestlige lande - Minus dyrestudier - QST målinger - Studiedesign (casestudie, kvalitativ)

9.3.2 Selektionsproces

Litteratursøgning resulterede i 597 artikler se figur 1. De anvendte bloksøgninger og den fulde søgestrategi for hver database se tabel 1 og 2. I den systematiske gennemgang var syv artikler duplikater. Efter udførsel af de systematiske søgninger begyndte forskerne at læse alle artiklernes titler og abstrakt igennem uafhængig af hinanden ud fra de identificeret in- og eksklusionskriterier se tabel 3. 18 studier blev vurderet til at skulle læses i fuldttekst af begge gruppemedlemmer, hvorefter syv studier blev ekskluderet, da de ikke opfyldte de opstillede kriterier. Ved uenighed eller tvivl blev artiklens indhold gennemgået fælles. Efter selektionsprocessen blev der foretaget kædesøgning via de inkluderede studier. Relevante studier som blev identificeret ud fra kædesøgningen, blev vurderet i henhold til in-og eksklusionskriterierne.



9.3.3 Tjeklister til kvalitetsvurdering

De udvalgte 11 studier blev vurderet ud fra relevante vurderingsredskaber som Critical Appraisal Skill Program (CASP) (20). Formålet med denne tjekliste er at sikre at alle væsentlige dele af studiets metode er rapporteret, således at det er muligt for forskerne at vurdere kvaliteten af studiet, og dermed vurdere troværdigheden af studiets resultater. Alle 11 studier blev inkluderet i artiklen, og fra disse studier blev kædesøgning anvendt som et supplement til udarbejdelsen af artikel.

9.3.4 Udvikling af spørgeskema

For at måle sundhedskompetence og graduering af kroniske smerter, blev der anvendt to validerede spørgeskemaer. Ud fra de to GCPS-R og HLS-EU-Q16 var der ikke spørgsmål som kunne afdække sociodemografi. Hvorfor det var relevant med supplerende tillægsspørgsmål omkring sociodemografiske faktorer. For at kunne besvare forskningsspørgsmålet blev den validerende målemetode Bodychart inddraget for at supplere spørgeskemaet med deltagernes smerteoplevelse (21).

I opbygningen af spørgeskemaet er længden af både spørgsmål og spørgeskema essentielt. Korte spørgsmål mindsker muligheden for fejlfortolkning under besvarelsen, så både forskerne og respondenterne forstår, hvad der menes med et spørgsmål (22,23). Ved udformning af spørgeskemaet forsøgte forskerne at forstyrre individet mindst muligt i deres hverdag, ved at udvælge og udforme et format, der ikke var tidskrævende.

9.3.4.1 Kropsskema

Respondenterne i undersøgelsen skulle afkrydse hvor mange steder på kroppen de oplever smerter. Dette kropsskema var udarbejdet på baggrund af American College of Rheumatologys inddeling af kropsområder (24).

10 Referencer

1. PBL: Problembaseret læring og projektarbejde ved de videregående uddannelser. 2. udgave. Samfundslitteratur; 2020.
2. Hay G, Korwisi B, Rief W, Smith BH, Treede RD, Barke A. Pain severity ratings in the 11th revision of the International Classification of Diseases: A versatile tool for rapid assessment. *Pain*. 2022;163(12):2421–9.
3. Treede RD, Rief W, Barke A, Aziz Q, Bennett MI, Benoliel R, m.fl. Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). *Pain*. januar 2019;160(1):19–27.
4. Treede RD, Rief W, Barke A, Aziz Q, Bennett MI, Benoliel R, m.fl. A classification of chronic pain for ICD-11. *Pain*. juni 2015;156(6):1003–7.
5. Smith BH, Fors EA, Korwisi B, Barke A, Cameron P, Colvin L, m.fl. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: applicability in primary care. *Pain*. januar 2019;160(1):83–7.
6. Von Korff M. Tailoring Chronic Pain Care by Brief Assessment of Impact and Prognosis Comment on “Point-of-Care Prognosis for Common Musculoskeletal Pain in Older Adults”. *JAMA Intern Med*. 24. juni 2013;173(12):1126.
7. Nabors L, Toledano-Toledano F, Workman B. Graded Chronic Pain Scale (GCPS). I: Medvedev ON, Krägeloh CU, Siegert RJ, Singh NN, redaktører. *Handbook of Assessment in Mindfulness Research* [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2022 [henvist 29. maj 2023]. s. 1–11. Tilgængelig hos: https://link.springer.com/10.1007/978-3-030-77644-2_65-1
8. Von Korff M, Dworkin SF, Le Resche L. Graded chronic pain status: an epidemiologic evaluation. *Pain*. marts 1990;40(3):279–91.
9. Von Korff M, Ormel J, Keefe FJ, Dworkin SF. Grading the severity of chronic pain. *Pain*. august 1992;50(2):133–49.
10. Von Korff M, DeBar LL, Krebs EE, Kerns RD, Deyo RA, Keefe FJ. Graded chronic pain scale revised: mild, bothersome, and high-impact chronic pain. *Pain*. marts 2020;161(3):651–61.
11. Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, m.fl. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *Eur J Public Health*. december 2015;25(6):1053–8.
12. Sørensen K, Van Den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, m.fl. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. december 2012;12(1):80.
13. Sørensen K, Maindal HT, Heijmans M, Rademakers J. Work in Progress: A Report on Health Literacy in Denmark and the Netherlands. *Stud Health Technol Inform*. 25. juni 2020;269:202–11.
14. Bo A, Friis K, Osborne RH, Maindal HT. National indicators of health literacy: ability to understand health information and to engage actively with healthcare providers - a population-based survey among Danish adults. *BMC Public Health*. 22. oktober 2014;14:1095.
15. Friis K, Lasgaard M, Osborne RH, Maindal HT. Gaps in understanding health and engagement with healthcare providers across common long-term conditions: a population survey of health literacy in 29,473 Danish citizens. *BMJ Open*. 14. januar 2016;6(1):e009627.
16. Emtakaer Haesum LK, Ehlers L, Hejlesen OK. Validation of the Test of Functional Health Literacy in Adults in a Danish population. *Scand J Caring Sci*. september 2015;29(3):573–81.
17. Mårtensson L, Hensing G. Health literacy - a heterogeneous phenomenon: a literature review: Health literacy. *Scand J Caring Sci*. marts 2012;26(1):151–60.
18. Nørgaard O, Sørensen K, Maindal HT, Kayser L. Måling af patientens sundhedskompetence kan bedre kommunikation i sundhedsvæsenet. 6. januar 2014;Ugeskr Læger 176/1:3.
19. Lund H, redaktør. *Håndbog i litteratursøgning og kritisk læsning: redskaber til evidensbaseret praksis*. 1. udg., 1. opl. København: Munksgaard; 2014. 251 s.

20. Critical Appraisal Skills Programme [Internet]. Critical Appraisal Skills Programme. [henvist 30. maj 2023]. Tilgængelig hos: <https://casp-uk.net/>
21. Breivik H, Borchgrevink PC, Allen SM, Rosseland LA, Romundstad L, Breivik Hals EK, m.fl. Assessment of pain. *Br J Anaesth*. 2008;101(1):17–24.
22. Sundhedsstyrelsen,. Metodehåndbog for medicinsk teknologivurdering. 2. udg. 2007.
23. Gut R, Fuglsang M. Spørg brugerne: en guide til kvalitative og kvantitative brugerundersøgelser i sundhedsvæsenet. 2. udgave. Frederiksberg: Enheden for Brugerundersøgelser, Region Hovedstaden; 2015.
24. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DL, m.fl. The american college of rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. *Arthritis Rheum*. februar 1990;33(2):160–72.



AALBORG UNIVERSITET

Aarhus den 13. februar 2023

Må vi stille nogle spørgsmål til dine patienter?

Kære Lægehus

I forbindelse med et forskningsprojekt på Aalborg Universitet ønsker vi at indsamle data fra patienter i almen praksis. Indsamlingen af data er på et spørgeskema, som udleveres til patienter i venteværelse efter de har accepteret at deltage. Spørgeskema er i papirform og skriveredskaber afsprittes af forskningsassistenterne efter hver brug så der ikke kan ske kontaminering mellem patienterne.

Det vi ønsker er tilladelse til at kontakte jeres patienter i venteværelset efter nærmere aftale med jer. Der er ingen behov for støtte eller kontakt til jeres personale, og alle data opbevares forsvarligt jf. GDPR. Du kan læse mere om studiet nedenfor. Vi tillader os at kontakte klinikken i uge 7 for at høre om det er muligt for jer at samarbejde om dette projekt. Du er også meget velkomment til at sende dit svar til Lotte Renee Jensen på lrje21@student.aau.dk.

På vegne af projektgruppen

Morten Høgh, PhD

Lektor, Aalborg Universitet, Medicinsk Fakultet
Muskuloskeletal Health and Implementation

Om studiet

Vi er interesseret i at indsamle data i almen praksis da flere studier viser, at patienterne opsøger egen læge når de oplever smerter i alle grader og kategorier. Det er ikke afgørende om patienten er udredt eller ej, da vores fokus er patientens sundhedskompetence og graden af indvirkning som smerterne har på patientens hverdag og liv.

Studiet udspringer i et kandidatspeciale på kandidatuddannelsen i Muskuloskeletal Fysioterapi på Aalborg Universitet. Vi ønsker at undersøge om der er sammenhæng mellem graden af kroniske smerter (målt på spørgeskemaet GCPS-DK) og sundhedskompetence (målt på spørgeskemaet HLS-EU-Q16). Herudover indsamler vi data om smertevarighed, smerteudbredelse samt demografi. Patienterne skal frivilligt ønske at deltage, have haft smerter i mindst tre måneder, kunne tale og forstå dansk samt være over 18 år. Vi sikrer os at inklusionskriterierne er overholdt før vi udleverer spørgeskemaer. Vi vil være til stede undervejs hvis patienterne skulle have spørgsmål.

Selve spørgeskemaet tager ca. 10 min. at udfylde for patienten og kommer ikke til at påvirke flowet. Patienterne kan fx godt stoppe med at udfylde skemaet når lægen kalder patienten ind, og fortsætte efterfølgende. I princippet kan en patient udfylde skemaet efterfølgende, hvis de ikke har tid mens de er hos lægen (selvom vi tilstræber at få udfyldte svar med retur samme dag).

Projektgruppe

Morten Høgh
Fysioterapeut og PhD (ansvarlig)
Mail: msh@hst.aau.dk

13.02.2023
Dato


Underskrift

Lotte Renee Jensen
Fysioterapeut og kandidatstuderende
Mail: lrje21@student.aau.dk
Telefon nr: 25 15 50 38

13.02.2023
Dato


Underskrift

Arnela Sahuric
Fysioterapeut og kandidatstuderende
Mail: asahur21@student.aau.dk
Telefon nr: 30 61 57 81

13.02.2023
Dato


Underskrift



Samtykkeerklæring

Aalborg Universitet (AAU) er dataansvarlig for håndtering af personoplysninger i forbindelse med universitetets undervisning på kandidatuddannelsen i Muskuloskeletal Fysioterapi.

Lotte Renée Jensen og Arnela Sahuric, der er autoriseret fysioterapeut, og som er kandidatstuderende på Muskuloskeletal Fysioterapi uddannelsen er dataansvarlig for den behandling af personoplysninger, som sker som led i udarbejdelse af speciale, videnskabelige artikler og andre selvstændige studieopgaver.

Vi beder om dit samtykke til at behandle dine personoplysninger til følgende to formål:

- 1) De studerendes gennemførelse af Muskuloskeletal Fysioterapi uddannelsen
- 2) De studerendes egen brug af personoplysninger til speciale, videnskabelige artikler og andre selvstændige studieopgaver

Til de to formål behandler Aalborg Universitet og Lotte Renée Jensen og Arnela Sahuric følgende oplysninger om dig:

Navn, kontaktoplysninger, selv-rapporterede helbredsoplysninger fra dig, køn, alder, vægt og højde. Disse oplysninger indsamles på enten skrift, elektronisk eller via lyd og/eller videooplysninger.

Mine personoplysninger må anvendes til følgende af de nedenstående formål (sæt ét kryds for hver af de to aktiviteter):

Til brug for de studerendes gennemførelse af Muskuloskeletal Fysioterapi uddannelsen på Aalborg Universitet.

- ☐ Ja
☐ Nej

Aalborg Universitets formål med at behandle dine personoplysninger er, at studerende, der i forvejen er uddannet fysioterapeut, kan tage kandidatuddannelsen i Muskuloskeletal Fysioterapi, hvorved at de studerende opnår forsknings- og praksisbaseret viden inden for fysioterapi.

Den studerende indsamler dine oplysninger ved hjælp af spørgeskema som du selv udfylder. Derudover kan der være tilfælde hvor de studerende indsamlet din led-bevægelighed, muskelstyrke, balance eller kondition ved hjælp af apparater som er godkendt til brug i klinisk praksis

Dine personoplysninger opbevares på en sikret server i overensstemmelse med gældende lovgivning. Dine persondata slettes senest 3 måneder efter semesters afslutning medmindre du har samtykket til at dine personoplysninger må bruges i et speciale, videnskabelig artikel eller lignende.

Aalborg Universitet er dataansvarlig for denne aktivitet.

Til brug for den studerendes speciale, videnskabelige artikler og andre selvstændige studieopgaver

- ☐ Ja
☐ Nej

Vi ønsker at undersøge om der er sammenhæng mellem graden af kroniske smerter og sundhedskompetence gennem validerede spørgeskemaer Graded chronic pain scale (GCPS) og The European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-16Q). Herudover indsamler vi data omkring smertevarighed, smerteudbredelse samt sociodemografiske faktorer som et supplement.



I forbindelse med udarbejdelse af videnskabelige artikler, speciale og lignende vil dit navn og andre oplysninger, der kan identificere dig, aldrig fremgå i artiklen, specialet eller opgaven.	
---	--

Lotte Renée Jensen og Arnela Sahuric er dataansvarlig for denne aktivitet.	
--	--

Oplysningerne bliver opbevaret sikkert, og vi benytter dem alene til ovenstående formål.

Du har altid ret til at trække dit samtykke tilbage. Ønsker du at trække dit samtykke tilbage, kan du sende en e-mail til: inst.hst@hst.aau.dk

Databeskyttelsesreglerne giver dig ret til at få en række oplysninger, som du finder herunder.

DIN UNDERSKRIFT

Med min underskrift nederst på denne side giver jeg tilladelse til, at mine personoplysninger kan anvendes til de formål og aktiviteter, hvor jeg har sat kryds i ja.

Dato:

Navn:

Underskrift



SÅDAN BEHANDLER VI DINE DATA

VI ER DATAANSVARLIGE

Aalborg Universitet
Fredrik Bajers Vej 7K
9220 Aalborg Ø
Cvr. nr. 2910238

Lotte Renée Jensen
lrje21@student.aau.dk
Arnela Sahuric
asahur21@student.aau.dk

FORMÅLET MED AT BEHANDLE DINE OPLYSNINGER

Vi ønsker at undersøge om der er sammenhæng mellem graden af kroniske smerter og sundhedskompetence gennem validerede spørgeskemaer Graded chronic pain scale (GCPS) og The European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-16Q). Herudover indsamler vi data omkring smertevarighed, smerteudbredelse samt sociodemografiske faktorer som et supplement

VI BEHANDLER DISSE PERSONOPLYSNINGER

☒ Almindelige personoplysninger (jf. art. 6, stk. 1, litra a)
(Fx navn, adresse, e-mail, alder, selvvoffentliggjorte data mv.)

☒ Følsomme personoplysninger (jf. art. 9, stk. 2, litra a)
(Fx helbredsoplysninger, race, politisk overbevisning mv.)

Navn, kontaktoplysninger, selv-rapporterede helbredsoplysninger fra dig, køn, alder, vægt og højde.

SÅDAN OPBEVARER VI DINE OPLYSNINGER

Vi opbevarer dine personoplysninger, så længe det er nødvendigt i forhold til formålet med at indhente dit samtykke og i henhold til gældende lovgivning. Herefter sletter/anonymiserer/arkiverer vi dine personoplysninger.

DINE RETTIGHEDER

Når vi behandler dine personoplysninger, har du ifølge databeskyttelsesforordningen flere rettigheder. Det betyder bl.a., at du har ret til sletning og dataportabilitet.

I visse tilfælde har du ret til indsigt, berigtigelse, begrænsning og til at gøre indsigelse mod vores behandling af de omfattede personoplysninger.

Vær opmærksom på, at du ikke kan trække dit samtykke tilbage med tilbagevirkende kraft.

Du kan læse mere om dine rettigheder i vores privatlivspolitik, som du finder her:
<https://www.aau.dk/om-cookies/>.

AAU'S DATABESKYTTELSERÅDGIVER

Har du generelle spørgsmål til dine rettigheder, kan du kontakte vores databeskyttelsesrådgiver Niels Vase på dpo@aau.dk

VIL DU KLAGE?

Vi skal, og vil, til enhver tid følge reglerne. Mener du, at vi ikke lever op til vores ansvar, eller vi ikke behandler dine oplysninger efter reglerne, kan du klage til Datatilsynet på dt@datatilsynet.dk. Vi opfordrer dig dog til også at kontakte os, da vi vil gøre, hvad vi kan, for at imødekomme din klage.

Dansk version af Graded Chronic Pain Scale – revised.

Oversat af Prof. Henrik Bjarke Vægter

Original version af Von Korff et al. PAIN 2020 - <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31764390/>

	Aldrig	Nogle dage	De fleste dage	Hver dag
1. Hvor ofte har du haft smerter i løbet af de sidste 3 måneder?	☐	☐	☐	☐
2. Hvor ofte har smerter begrænset dig i din dagligdag eller i dit arbejde i løbet af de sidste 3 måneder?	☐	☐	☐	☐

Tænk nu på de smerter, som du har oplevet i løbet af de sidste 7 dage...

3. I de sidste 7 dage, hvordan vil du vurdere den gennemsnitlige intensitet af dine smerter?

Ingen smerte 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Værst tænkelige smerte

	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--

4. I de sidste 7 dage, hvor meget har dine smerter påvirket din livsglæde?

Ingen påvirkning 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Maksimal påvirkning

	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--

5. I de sidste 7 dage, hvor meget har dine smerter påvirket dine aktiviteter?

Ingen påvirkning 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Maksimal påvirkning

	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--

6. Er du ude af stand til at arbejde på grund af dine smerter eller din smertetilstand?	Ja ☐	Nej ☐
--	--------------------------------	---------------------------------

Spørgeskema: The European Health Literacy Questionnaire (HLS-EU-Q16)

Id.nr.: _____

Sæt X i ét af felterne under de fire kategorier: meget svært, svært, let, meget let.

"På en skala fra meget let til meget svært, hvor let vil du så sige, det er at":

		Meget svært	Svært	Let	Meget Let
1	Finde information om behandling af sygdomme, du vil vide mere om?				
2	Finde ud af, hvor du kan få professionel hjælp, når du er syg? (Fx: af en læge, på apoteket, af en psykolog)				
3	Forstå, hvad din læge siger til dig?				
4	Forstå din læges eller apotekets vejledning om, hvordan du skal tage din medicin?				
5	Vurdere, om du har brug for en anden læges vurdering?				
6	Bruge den information, du får fra lægen, til at træffe beslutninger om din sygdom?				
7	Følge vejledning fra din læge eller fra apoteket?				
8	Finde information om, hvad man kan gøre ved psykiske problemer som stress og depression?				
9	Forstå sundhedsadvarsler om fx rygning, lav fysisk aktivitet eller stort alkoholforbrug?				
10	Forstå, hvorfor du bør få foretaget helbredsundersøgelser? (Fx: mammografi, blodsukkermåling, blodtryksmåling)				
11	Vurdere, om informationer om sundhedsrisici i medierne er troværdige? (Fx: tv, internet eller andre medier)				
12	Beslutte på basis af oplysninger i medierne, hvordan du vil beskytte dig selv mod sygdom? (Fx: aviser, brochurer, internettet eller andre medier?)				
13	Finde oplysninger om vaner, der er gode for din psykiske trivsel? (Fx: meditation, motion, gåture, pilates osv.)				
14	Forstå råd om sundhed fra familie eller venner?				
15	Forstå information i medierne om, hvordan du bliver sundere? (Fx: internet, aviser, blade)				
16	Vurdere, hvordan dine daglige vaner har indflydelse på din sundhed? (Fx: drikke- og spisevaner, motion osv.)				

Januar 2016

Til brugere af den danske udgave af spørgeskema om sundhedskompetence (health literacy) "The HLS-EU Short Scale 16-item (HLS-EU-Q16)" spørgeskema.

"The HLS-EU Short Scale 16-item (HLS-EU-Q16)" spørgeskema er udviklet af *The HLS-EU consortium* på baggrund af en længere (47 items), velafprøvet version (1). Spørgeskemaet er oversat fra engelsk til dansk i 2013-2014 efter en systematisk fremgangsmåde med frem- og tilbage oversættelser, efterfulgt af kognitive interviews og pilottestning. Oversættelsen blev foretaget af Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet (AU) og Institut for Folkesundhed, Københavns universitet (KU), i samarbejde med originalforfatterne, herunder deltagelse af postdoc Kirstine Sørensen (Maastricht University).

HLS-EU-Q16-spørgeskemaet vurderer generel health literacy, som på dansk er oversat til sundhedskompetence (2). Spørgeskemaet er udviklet på baggrund af *The HLS-EU consortium's model*, som skelner imellem fire dimensioner af sundhedskompetence – få adgang til, forstå, vurdere og anvende information om sundhed – samt tre domæner i hvilke sundhedskompetence har betydning – behandling/pleje, forebyggelse og sundhedsfremme samt (3).

Scoring (3)

De 16 items har 4 svarkategorier: 1 (Meget let), 2 (Let), 3 (Svært) og 4 (Meget svært). Kategori 3 og 4 kodes 0, og kategori 1 og 2 kodes 1. En sum-score af alle 16 items med et muligt range fra 0-16 udgør HL scoren. Høj score indikerer et højere niveau af sundhedskompetence.

Der er endvidere defineret to cut-points til at skelne imellem tre niveauer af general sundhedskompetence:

- 0- 8: Sandsynligvis utilstrækkelig sundhedskompetence
- 9-12: Sandsynligvis problematisk sundhedskompetence
- 13-16: Sandsynligvis tilstrækkelig sundhedskompetence

Originalforfatterne af spørgeskemaet anbefaler følgende tilgang vedrørende missing data: Hvis en person har ≤ 2 ubesvarede spørgsmål kodes disse 0. En person med 14 besvarelser der alle er kategori 1 eller 2 og 2 ubesvarede spørgsmål vil således få en score på 14.

Anvendelse af spørgeskemaet eller dele heraf

Spørgeskemaet kan anvende frit. Skemaet bør anvendes i sin fulde længde og er i modsætning til den oprindelige 47-item udgave ikke egnet til opdeling i subskalaer. Der findes desuden en 6-item skala til studier, hvor sundhedskompetence kun er et delelement og stort behov for en kompakt skala.

På vegne af den danske oversættelsesgruppe

Lars Kayser, lektor, speciallæge, ph.d.
Institut for Folkesundhed, KU
E-mail: lk@sund.ku.dk

Helle Terkildsen Maindal, lektor, MPH, ph.d.
Institut for Folkesundhed, AU
E-mail: htm@ph.au.dk

Referencer

1. Sorensen K, Van den Broucke S, Pelikan JM, Fullam J, Doyle G, Slonska Z, et al. Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). *BMC Public Health* 2013; 13:948,2458-13-948
2. Norgaard O, Sorensen K, Maindal HT, Kayser L. [Measuring health literacy can improve communication in health care.]. *Ugeskr Laeger* 2014 ;176:37-9.
3. Röthlin, F and Pelikan, J.M The HLS-EU Short Scale. Application & Scoring. LBIHPR Working Paper. (DRAFTVERSION, UNPUBLISHED) 2013.

Spørgeskema omkring Sociodemografiske

Id nr: _____

Instruktion: Dette spørgeskema indeholder spørgsmål om, hvor påvirket du er af dine smerter i din dagligdag og basale demografiske informationer omkring dig.

Besvar spørgsmålene som passer bedst på dig. Sæt kun ét kryds i felterne, hvor det er anvist.

Følgende spørgsmål omhandler demografiske informationer.

Din alder _____

Din vægt _____

Din højde _____

1. Dit køn

(Sæt kun ét kryds)

- ☐ Mand
- ☐ Kvinde
- ☐ Non-binær
- ☐ Andet

2. Hvilke uddannelse niveau har du gennemført

(Sæt kun ét kryds)

- ☐ Folkeskoleuddannelse
- ☐ Gymnasiale uddannelse
- ☐ Erhvervsuddannelse
- ☐ Korte videregående uddannelse
- ☐ Mellemlang videregående uddannelse
- ☐ Lang videregående uddannelse

3. Hvad er din arbejdssituation

(Sæt kun ét kryds)

- ☐ Fuldtid beskæftigelse
- ☐ Deltid beskæftigelse
- ☐ Sygemeldt
- ☐ Pensionist
- ☐ Studerende
- ☐ Arbejdsløs
- ☐ Offentligt understøttelse (fx kontant hjælp)

De næste spørgsmål omhandler medicin forbrug, du skal sætte kryds i det medicin du tager,

4. Tager du medicin

- ☐ Håndkøbsmedicin (Pamol, Panodil)
(Hvis Ja hvor ofte)
- ☐ 1 eller flere gang om dagen
 - ☐ 1-3 gange om ugen
 - ☐ 3-6 gange om ugen
 - ☐ 1 gang om ugen eller derunder

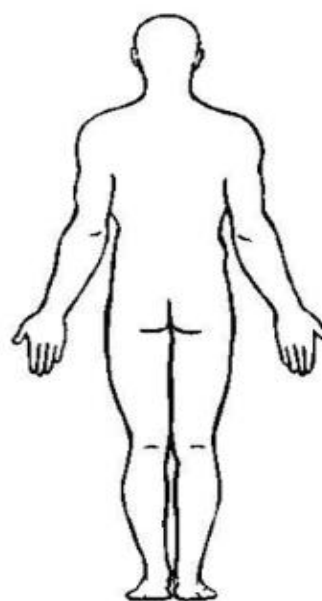
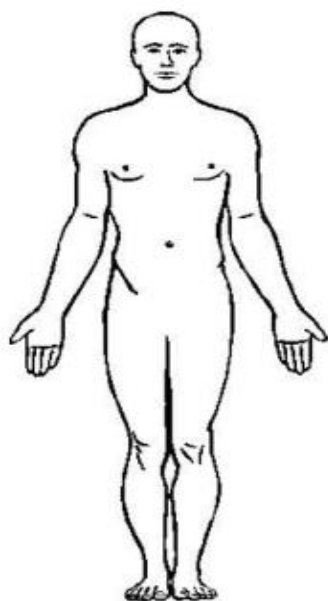
- ☐ Receptpligtigt Opioid (Morfin, Tramadol, Metadon)
(Hvis Ja hvor ofte)
- ☐ 1 eller flere gang om dagen
 - ☐ 1-3 gange om ugen
 - ☐ 3-6 gange om ugen
 - ☐ 1 gang om ugen eller derunder
 - ☐ 1 gang om måneden eller derunder

De næste spørgsmål omhandler dine smerter

5. Varighed af smerter
(Sæt kun ét kryds)

- ☐ Under 1 år
☐ 1-3 år
☐ 3-5 år
☐ 5-10 år
☐ Over 10 år

6. Marker områder hvor du oplever smerte på nedestående figur



Bilag 6 CASP

Bilag 6.1 Metodisk kvalitet af Svendsen et al

Associations of health literacy with socioeconomic position, health risk behavior, and health status: a large national population-based survey among Danish adults

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

4) Blev ekspositionen målt præcist for at minimere bias?

Se efter målings- og/eller klassifikationsbias:

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

Ja ☒

Nej ☐

Ved ikke ☐

5) Blev outcomes målt præcist for at minimere bias?

Se efter målings- og/eller klassifikationsbias:

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

Ja ☒

Nej ☐

Ved ikke ☐

Kommentarer

Anvedte selvrporteret spørgeskema HLS-EUQ-16 som er valideret. Another strength of using administrative registries is that we did not rely predominantly on self-reported information concerning socioeconomic indicators. Self-reported data could otherwise result in imprecision and biased results.

6) Er alle væsentlige confounders identificeret og hvilke har forfatterne gjort rede for? 1. har forfatterne taget hensyn til potentielle confounders i studiedesignet og/eller analyse? • se efter forholdsregler i designet og teknikker for at kontrollere eller justere confounders (modellerings-, stratificerings-, regressions-, eller sensitivitetsanalyse i den statistiske analyse?) 2. nævn andre mulige confounders, som du mener har betydning, men som forfatterne har overset (genetiske, miljømæssige og socioøkonomiske) 7) Var opfølgningen på studiepersonerne tilstrækkelig og var selve opfølgningsperioden tilstrækkelig lang? • de gode eller dårlige effekter af ekspositionen skulle gerne have haft tid til at vise sig • de personer, der er tabt for follow-up, har måske anden sygelighed/outcomes end de, der er til rådighed for vurdering • i en åben eller dynamisk gruppe: var der noget specielt ved resultaterne for dem, der forlod studiet, eller ved eksponeringen af dem, der trådte ind i studiet?	Ja ☒ Nej ☐ Ved ikke ☐ Ja ☒ Nej ☐ Ved ikke ☐
---	--

B: Hvad er resultaterne af studiet?

8) Hvad er resultaterne af studiet?

- hvad er slutresultatet?
- er størrelsen eller forholdet mellem eksponerede/ikkeeksponerede oplyst (forskelle i ratio/frekvens)?
- hvor tydelig er relationen mellem eksponering og resultat (Relative Risk eller andre associationsmål)?
- hvor stor er den absolutte risikoreduktion (Absolute Risk Reduction)?

Kommentarer

An independent association between low socioeconomic position and low health literacy was demonstrated.

9) Hvor præcise er resultaterne og risikovurderingen?

- måles på størrelsen af konfidensintervallerne

Kommentarer

|

10) Tror du på resultaterne?

- det er svært at se bort fra stor effekt!
- kan resultaterne skyldes tilfældigheder, bias eller confounders?
- er studiets design og metode så mangelfuld, at det gør resultaterne upålidelige?
- tænk på Bradford Hills kriterierne (tidssekvens, dosis-respons gradient, biologisk plausibilitet, konsistens)

Ja ☒

Nej ☐

Ved ikke ☐

C: Kan resultaterne overføres til din egen praksis?	
11) Kan resultaterne anvendes på den lokale population? Overvej: • om studiets deltagere synes så forskellige fra din population, at det kan være problematisk at anvende resultaterne • om din lokale kontekst afviger meget fra studiets • om du kan kvantificere lokale fordele og ulemper	Ja ☒ Nej ☐ Ved ikke ☐
12) Stemmer studiets resultater overens med anden tilgængelig viden? Overvej overensstemmelse med al tilgængelig evidens fra RCTs, systematiske oversigtsartikler, case kontrol studier og andre kohortestudier	Ja ☒ Nej ☐ Ved ikke ☐

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

4) Blev ekspositionen målt præcist for at minimere bias?

Se efter målings- og/eller klassifikationsbias:

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

Ja ☒

Nej ☐

Ved ikke ☐

5) Blev outcomes målt præcist for at minimere bias?

Se efter målings- og/eller klassifikationsbias:

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

Ja ☒

Nej ☐

Ved ikke ☐

Kommentarer

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

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

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

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

Ja ☒

Nej ☐

Ved ikke ☐



Ja ☒

Nej ☐

Ved ikke ☐

B: Hvad er resultaterne af studiet?

8) Hvad er resultaterne af studiet?

- hvad er slutresultatet?
- er størrelsen eller forholdet mellem eksponerede/ikkeeksponerede oplyst (forskelle i ratio/frekvens)?
- hvor tydelig er relationen mellem eksponering og resultat (Relative Risk eller andre associationsmål)?
- hvor stor er den absolutte risikoreduktion (Absolute Risk Reduction)?

Kommentarer

The high prevalence of chronic pain underscores the need for a better understanding of the etiology and mechanisms of chronic pain among opioid-dependent patients. This includes potential relationships between pain and OMT medication type, gender differences, social factors, and physical and mental health.

9) Hvor præcise er resultaterne og risikovurderingen?

- måles på størrelsen af konfidensintervallerne

Kommentarer

10) Tror du på resultaterne?

- det er svært at se bort fra stor effekt!
- kan resultaterne skyldes tilfældigheder, bias eller confounders?
- er studiets design og metode så mangelfuld, at det gør resultaterne upålidelige?
- tænk på Bradford Hills kriterierne (tidssekvens, dosis-respons gradient, biologisk plausibilitet, konsistens)

Ja ☒

Nej ☐

Ved ikke ☐

C: Kan resultaterne overføres til din egen praksis?	
11) Kan resultaterne anvendes på den lokale population? Overvej: • om studiets deltagere synes så forskellige fra din population, at det kan være problematisk at anvende resultaterne • om din lokale kontekst afviger meget fra studiets • om du kan kvantificere lokale fordele og ulemper	Ja ☐ Nej ☒ Ved ikke ☒
12) Stemmer studiets resultater overens med anden tilgængelig viden? Overvej overensstemmelse med al tilgængelig evidens fra RCTs, systematiske oversigtsartikler, case kontrol studier og andre kohortestudier	Ja ☒ Nej ☐ Ved ikke ☒

Bilag 6.3 Metodisk kvalitet af Friis et al

Titel: Gaps in understanding health and engagement with healthcare providers across common long-term conditions: a population survey of health literacy in 29 473 Danish citizens

A: Er studiets resultater valide?

Overordnede spørgsmål

1) Har studiet en klart fokuseret problemstilling mht.?

- den undersøgte population
- de undersøgte risikofaktorer
- de relevante kliniske outcomes
- fremgår det, om undersøgelsen prøver at afdække en gavnlig eller en skadelig virkning?

Ja ☒

Nej ☐

Ved ikke ☐

2) Var et kohortestudie hensigtsmæssig i forhold til den aktuelle problemstilling?

Overvej:

- er kohortedesignet anvendeligt til at belyse problemstillingen under de givne omstændigheder?
- omhandlede studiet reelt den aktuelle problemstilling?

Ja ☒

Nej ☐

Ved ikke ☐

Detaljerede spørgsmål (hvis svaret til de overordnede spørgsmål er ja)

3) Blev kohorten rekrutteret på en forsvarlig måde?

Se efter efterselektionsbias, som kan svække resultaternes generaliserbarhed:

- var kohorten repræsentativ for en veldefineret population?
- var der noget specielt ved den udvalgte kohorte?
- var alle, der skulle være inkluderet, rent faktisk inkluderet?

Ja ☒

Nej ☐

Ved ikke ☐

4) Blev ekspositionen målt præcist for at minimere bias?

Se efter målings- og/eller klassifikationsbias:

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

Ja ☒

Nej ☐

Ved ikke ☐

5) Blev outcomes målt præcist for at minimere bias?

Se efter målings- og/eller klassifikationsbias:

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

Ja ☒

Nej ☐

Ved ikke ☐

Kommentarer

The health literacy dimensions were taken from the Health Literacy Questionnaire (HLQ), a new measure of health literacy that has been translated into many European and Asian languages.¹³ The HLQ was developed using a validity-driven approach¹⁴ including in-depth grounded consultations, cognitive interviews



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

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

Ja ☐

Nej ☒

Ved ikke ☒

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

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

Ja ☒

Nej ☐

Ved ikke ☐

B: Hvad er resultaterne af studiet?

8) Hvad er resultaterne af studiet?

- hvad er slutresultatet?
- er størrelsen eller forholdet mellem eksponerede/ikkeeksponerede oplyst (forskelle i ratio/frekvens)?
- hvor tydelig er relationen mellem eksponering og resultat (Relative Risk eller andre associationsmål)?
- hvor stor er den absolutte risikoreduktion (Absolute Risk Reduction)?

9) Hvor præcise er resultaterne og risikovurderingen?

- måles på størrelsen af konfidensintervallerne

10) Tror du på resultaterne?

- det er svært at se bort fra stor effekt!
- kan resultaterne skyldes tilfældigheder, bias eller confounders?
- er studiets design og metode så mangelfuld, at det gør resultaterne upålidelige?
- tænk på Bradford Hills kriterierne (tidssekvens, dosis-respons gradient, biologisk plausibilitet, konsistens)

Kommentarer

Data were collected by the Central Denmark Region, between February and April 2013. A total of 29 473 people (63.6%) completed and returned the questionnaire.

Kommentarer

Ja ☒

Nej ☐

Ved ikke ☐

C: Kan resultaterne overføres til din egen praksis?	
11) Kan resultaterne anvendes på den lokale population? Overvej: • om studiets deltagere synes så forskellige fra din population, at det kan være problematisk at anvende resultaterne • om din lokale kontekst afviger meget fra studiets • om du kan kvantificere lokale fordele og ulemper	Ja ☒ Nej ☐ Ved ikke ☐
12) Stemmer studiets resultater overens med anden tilgængelig viden? Overvej overensstemmelse med al tilgængelig evidens fra RCTs, systematiske oversigtsartikler, case kontrol studier og andre kohortestudier	Ja ☒ Nej ☐ Ved ikke ☐

Bilag 6.4 Metodisk kvalitet af Larsson et al.

Titel: PREDICTORS OF CHRONIC PAIN INTENSITY, SPREAD AND SENSITIVITY IN THE GENERAL POPULATION: A TWO-YEAR FOLLO

A: Er studiets resultater valide?

Overordnede spørgsmål

1) Har studiet en klart fokuseret problemstilling mht.?

- den undersøgte population
- de undersøgte risikofaktorer
- de relevante kliniske outcomes
- fremgår det, om undersøgelsen prøver at afdække en gavnlig eller en skadelig virkning?

Ja ☒ 

Nej ☐

Ved ikke ☐

2) Var et kohortestudie hensigtsmæssig i forhold til den aktuelle problemstilling?

Overvej:

- er kohortedesignet anvendeligt til at belyse problemstillingen under de givne omstændigheder?
- omhandlede studiet reelt den aktuelle problemstilling?

Ja ☒

Nej ☐

Ved ikke ☐

Detaljerede spørgsmål (hvis svaret til de overordnede spørgsmål er ja)

3) Blev kohorten rekrutteret på en forsvarlig måde?

Se efter efter selektionsbias, som kan svække resultaternes generaliserbarhed:

- var kohorten repræsentativ for en veldefineret population?
- var der noget specielt ved den udvalgte kohorte?
- var alle, der skulle være inkluderet, rent faktisk inkluderet?

Ja ☒ 

Nej ☐

Ved ikke ☐

4) Blev ekspositionen målt præcist for at minimere bias?

Se efter målings- og/eller klassifikationsbias:

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

Ja ☒

Nej ☐

Ved ikke ☐

5) Blev outcomes målt præcist for at minimere bias?

Se efter målings- og/eller klassifikationsbias:

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

Ja ☒

Nej ☐

Ved ikke ☐

Kommentarer

The surveys at T0 and T1 included the same questions. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) (23) statement was followed.

6) Er alle væsentlige confounders identificeret og hvilke har forfatterne gjort rede for? 1. har forfatterne taget hensyn til potentielle confounders i studiedesignet og/eller analyse? • se efter forholdsregler i designet og teknikker for at kontrollere eller justere confounders (modellerings-, stratificerings-, regressions-, eller sensitivitetsanalyse i den statistiske analyse?) 2. nævn andre mulige confounders, som du mener har betydning, men som forfatterne har overset (genetiske, miljømæssige og socioøkonomiske)	Ja ☐ Nej ☐ Ved ikke ☒ 
7) Var opfølgningen på studiepersonerne tilstrækkelig og var selve opfølgningsperioden tilstrækkelig lang? • de gode eller dårlige effekter af ekspositionen skulle gerne have haft tid til at vise sig • de personer, der er tabt for follow-up, har måske anden sygelighed/outcomes end de, der er til rådighed for vurdering • i en åben eller dynamisk gruppe: var der noget specielt ved resultaterne for dem, der forlod studiet, eller ved eksponeringen af dem, der trådte ind i studiet?	Ja ☒  Nej ☐ Ved ikke ☐

B: Hvad er resultaterne af studiet?

8) Hvad er resultaterne af studiet?

- hvad er slutresultatet?
- er størrelsen eller forholdet mellem eksponerede/ikkeeksponerede oplyst (forskelle i ratio/frekvens)?
- hvor tydelig er relationen mellem eksponering og resultat (Relative Risk eller andre associationsmål)?
- hvor stor er den absolutte risikoreduktion (Absolute Risk Reduction)?

9) Hvor præcise er resultaterne og risikovurderingen?

- måles på størrelsen af konfidensintervallerne

10) Tror du på resultaterne?

- det er svært at se bort fra stor effekt!
- kan resultaterne skyldes tilfældigheder, bias eller confounders?
- er studiets design og metode så mangelfuld, at det gør resultaterne upålidelige?
- tænk på Bradford Hills kriterierne (tidssekvens, dosis-respons gradient, biologisk plausibilitet, konsistens)

Kommentarer

Ved planlægning af behandling og rehabilitering bør der tages hensyn til smerteintensitet, -udbredelse og -følsomhed, da disse smertekarakteristika var stærkere forudsigere for den fremtidige smertesituation end sociodemografiske data og co-morbiditeter.

Kommentarer

Ja ☒

Nej ☐

Ved ikke ☐

C: Kan resultaterne overføres til din egen praksis?

11) Kan resultaterne anvendes på den lokale population?

Overvej:

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

Ja ☒

Nej ☐

Ved ikke ☐

12) Stemmer studiets resultater overens med anden tilgængelig viden?

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

Ja ☒

Nej ☐

Ved ikke ☐

Bilag 6.5 Metodisk kvalitet af Von Korff et al.

Titel: Graded chronic pain scale revised: mild, bothersome, and high impact chronic pain

A: Er studiets resultater valide?

Overordnede spørgsmål

1) Har studiet en klart fokuseret problemstilling mht.?

- den undersøgte population
- de undersøgte risikofaktorer
- de relevante kliniske outcomes
- fremgår det, om undersøgelsen prøver at afdække en gavnlig eller en skadelig virkning?

Ja ☒

Nej ☐

Ved ikke ☐

2) Var et kohortestudie hensigtsmæssig i forhold til den aktuelle problemstilling?

Overvej:

- er kohortedesignet anvendeligt til at belyse problemstillingen under de givne omstændigheder?
- omhandlede studiet reelt den aktuelle problemstilling?

Ja ☐

Nej ☐

Ved ikke ☒

Detaljerede spørgsmål (hvis svaret til de overordnede spørgsmål er ja)

3) Blev kohorten rekrutteret på en forsvarlig måde?

Se efter efter selektionsbias, som kan svække resultaternes generaliserbarhed:

- var kohorten repræsentativ for en veldefineret population?
- var der noget specielt ved den udvalgte kohorte?
- var alle, der skulle være inkluderet, rent faktisk inkluderet?

Ja ☒

Nej ☐

Ved ikke ☐

4) Blev ekspositionen målt præcist for at minimere bias?

Se efter målings- og/eller klassifikationsbias:

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

Ja ☒

Nej ☐

Ved ikke ☐

5) Blev outcomes målt præcist for at minimere bias?

Se efter målings- og/eller klassifikationsbias:

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

Ja ☒

Nej ☐

Ved ikke ☐

Kommentarer

Der blev udelukkende anvendt subjektive/selvrapporteret data Tidl. GCPS er valideret, og bliver yderligere valideret ved tre mdr. periode.
der blev anvendt samme procedure for alle, dem der ikke responderede blev ringet op, for at undgå missing data.
ingen blinding, da det var selvrapporteret data.

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

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

Ja ☒

Nej ☐

Ved ikke ☐

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

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

Ja ☒

Nej ☐

Ved ikke ☐

B: Hvad er resultaterne af studiet?

8) Hvad er resultaterne af studiet?

- hvad er slutresultatet?
- er størrelsen eller forholdet mellem eksponerede/ikkeeksponerede oplyst (forskelle i ratio/frekvens)?
- hvor tydelig er relationen mellem eksponering og resultat (Relative Risk eller andre associationsmål)?
- hvor stor er den absolutte risikoreduktion (Absolute Risk Reduction)?

Kommentarer

The GCPS-R showed highly significant differences across the 4 chronic pain grades for all ten indicators of unfavorable health status assessed.

9) Hvor præcise er resultaterne og risikovurderingen?

- måles på størrelsen af konfidensintervallerne

Kommentarer

10) Tror du på resultaterne?

- det er svært at se bort fra stor effekt!
- kan resultaterne skyldes tilfældigheder, bias eller confounders?
- er studiets design og metode så mangelfuld, at det gør resultaterne upålidelige?
- tænk på Bradford Hills kriterierne (tidssekvens, dosis-respons gradient, biologisk plausibilitet, konsistens)

Ja ☒

Nej ☐

Ved ikke ☐

C: Kan resultaterne overføres til din egen praksis?	
11) Kan resultaterne anvendes på den lokale population? Overvej: • om studiets deltagere synes så forskellige fra din population, at det kan være problematisk at anvende resultaterne • om din lokale kontekst afviger meget fra studiets • om du kan kvantificere lokale fordele og ulemper	Ja ☒ Nej ☐ Ved ikke ☐
12) Stemmer studiets resultater overens med anden tilgængelig viden? Overvej overensstemmelse med al tilgængelig evidens fra RCTs, systematiske oversigtsartikler, case kontrol studier og andre kohortestudier	Ja ☐ Nej ☐ Ved ikke ☒

Bilag 6.6 Metodisk kvalitet af Sørensen et al.

Titel: Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU)

A: Er studiets resultater valide?

Overordnede spørgsmål

1) Har studiet en klart fokuseret problemstilling mht.?

- den undersøgte population
- de undersøgte risikofaktorer
- de relevante kliniske outcomes
- fremgår det, om undersøgelsen prøver at afdække en gavnlig eller en skadelig virkning?

Ja ☒

Nej ☐

Ved ikke ☐

2) Var et kohortestudie hensigtsmæssig i forhold til den aktuelle problemstilling?

Overvej:

- er kohortedesignet anvendeligt til at belyse problemstillingen under de givne omstændigheder?
- omhandlede studiet reelt den aktuelle problemstilling?

Ja ☒

Nej ☐

Ved ikke ☐

Detaljerede spørgsmål (hvis svaret til de overordnede spørgsmål er ja)

3) Blev kohorten rekrutteret på en forsvarlig måde?

Se efter efter selektionsbias, som kan svække resultaternes generaliserbarhed:

- var kohorten repræsentativ for en veldefineret population?
- var der noget specielt ved den udvalgte kohorte?
- var alle, der skulle være inkluderet, rent faktisk inkluderet?

Ja ☒

Nej ☐

Ved ikke ☐

4) Blev ekspositionen målt præcist for at minimere bias?

Se efter målings- og/eller klassifikationsbias:

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

Ja ☒

Nej ☐

Ved ikke ☐

5) Blev outcomes målt præcist for at minimere bias?

Se efter målings- og/eller klassifikationsbias:

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

Ja ☒

Nej ☐

Ved ikke ☐

Kommentarer

Det er selvrapportet spørgsmål, men det er valideret og metoden ift. at vurdere scorring af selvrapportet spørgsmål er nedskrevet. f.esk. ved scorring af HLSQ47 blev grupperne på niveauerne "utilstrækkelig" og "problematiske" kombineret til et enkelt niveau, der blev kaldt "begrænset sundhedskompetence" (0-33).
Står ingenting om blinding. 

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

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

Ja ☐

Nej ☐

Ved ikke ☒

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

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

Ja ☐

Nej ☐

Ved ikke ☒

B: Hvad er resultaterne af studiet?

8) Hvad er resultaterne af studiet?

- hvad er slutresultatet?
- er størrelsen eller forholdet mellem eksponerede/ikkeeksponerede oplyst (forskelle i ratio/frekvens)?
- hvor tydelig er relationen mellem eksponering og resultat (Relative Risk eller andre associationsmål)?
- hvor stor er den absolutte risikoreduktion (Absolute Risk Reduction)?

9) Hvor præcise er resultaterne og risikovurderingen?

- måles på størrelsen af konfidensintervallerne

10) Tror du på resultaterne?

- det er svært at se bort fra stor effekt!
- kan resultaterne skyldes tilfældigheder, bias eller confounders?
- er studiets design og metode så mangelfuld, at det gør resultaterne upålidelige?
- tænk på Bradford Hills kriterierne (tidssekvens, dosis-respons gradient, biologisk plausibilitet, konsistens)

Kommentarer

In the total sample, at least 1 out of 10 participants (12.4%) had inadequate health literacy. between the countries with the highest (the Netherlands) and lowest (Bulgaria) mean health literacy scores. Compared to the total sample, Higher mean values were observed for Ireland, Germany and Poland, but the mean value for the Netherlands was significantly (P < 0.001) higher than for Bulgaria.

Kommentarer

Financial deprivation CI= -2.11 -1.73
Social status CI= 0.57 0.81
Education CI= 0.65 0.93
Age CI= -0.05 -0.03

Ja ☒

Nej ☐

Ved ikke ☐

C: Kan resultaterne overføres til din egen praksis?	
11) Kan resultaterne anvendes på den lokale population? Overvej: • om studiets deltagere synes så forskellige fra din population, at det kan være problematisk at anvende resultaterne • om din lokale kontekst afviger meget fra studiets • om du kan kvantificere lokale fordele og ulemper	Ja ☐ Nej ☐ Ved ikke ☒
12) Stemmer studiets resultater overens med anden tilgængelig viden? Overvej overensstemmelse med al tilgængelig evidens fra RCTs, systematiske oversigtsartikler, case kontrol studier og andre kohortestudier	Ja ☒ Nej ☐ Ved ikke ☐

Bilag 6.7 Metodisk kvalitet af Haya et al.

Titel: Pain severity ratings in the 11th revision of the International Classification of Diseases: A versatile tool for rapid assessment

A: Er studiets resultater valide?

Overordnede spørgsmål

1) Har studiet en klart fokuseret problemstilling mht.?

- den undersøgte population
- de undersøgte risikofaktorer
- de relevante kliniske outcomes
- fremgår det, om undersøgelsen prøver at afdække en gavnlig eller en skadelig virkning?

Ja ☒

Nej ☐

Ved ikke ☐

2) Var et kohortestudie hensigtsmæssig i forhold til den aktuelle problemstilling?

Overvej:

- er kohortedesignet anvendeligt til at belyse problemstillingen under de givne omstændigheder?
- omhandlede studiet reelt den aktuelle problemstilling?

Ja ☐

Nej ☐

Ved ikke ☐

Detaljerede spørgsmål (hvis svaret til de overordnede spørgsmål er ja)

3) Blev kohorten rekrutteret på en forsvarlig måde?

Se efter efter selektionsbias, som kan svække resultaternes generaliserbarhed:

- var kohorten repræsentativ for en veldefineret population?
- var der noget specielt ved den udvalgte kohorte?
- var alle, der skulle være inkluderet, rent faktisk inkluderet?

Ja ☒

Nej ☐

Ved ikke ☐

4) Blev ekspositionen målt præcist for at minimere bias?

Se efter målings- og/eller klassifikationsbias:

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

Ja ☒

Nej ☐

Ved ikke ☐



5) Blev outcomes målt præcist for at minimere bias?

Se efter målings- og/eller klassifikationsbias:

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

Ja ☒

Nej ☐

Ved ikke ☐

Kommentarer

In the event of discrepancies, consensus was formed by a third person. The interrater reliability of the 2 raters was $r = 0.82$ ($P < 0.001$).

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

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

Ja ☒

Nej ☐

Ved ikke ☐

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

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

Ja ☒

Nej ☐

Ved ikke ☐

B: Hvad er resultaterne af studiet?

8) Hvad er resultaterne af studiet?

- hvad er slutresultatet?
- er størrelsen eller forholdet mellem eksponerede/ikkeeksponerede oplyst (forskelle i ratio/frekvens)?
- hvor tydelig er relationen mellem eksponering og resultat (Relative Risk eller andre associationsmål)?
- hvor stor er den absolutte risikoreduktion (Absolute Risk Reduction)?

9) Hvor præcise er resultaterne og risikovurderingen?

- måles på størrelsen af konfidensintervallerne

10) Tror du på resultaterne?

- det er svært at se bort fra stor effekt!
- kan resultaterne skyldes tilfældigheder, bias eller confounders?
- er studiets design og metode så mangelfuld, at det gør resultaterne upålidelige?
- tænk på Bradford Hills kriterierne (tidssekvens, dosis-respons gradient, biologisk plausibilitet, konsistens)

Kommentarer

In conclusion, this study showed that the optional severity specifier is well-suited for mapping the important severity components of pain-related distress and pain-related interference in addition to pain intensity because the single-item NRS ratings are highly consistent with established measures across all pain categories.

Kommentarer

Ja ☒

Nej ☐

Ved ikke ☐

C: Kan resultaterne overføres til din egen praksis?	
11) Kan resultaterne anvendes på den lokale population? Overvej: • om studiets deltagere synes så forskellige fra din population, at det kan være problematisk at anvende resultaterne • om din lokale kontekst afviger meget fra studiets • om du kan kvantificere lokale fordele og ulemper	Ja ☒ Nej ☐ Ved ikke ☐
12) Stemmer studiets resultater overens med anden tilgængelig viden? Overvej overensstemmelse med al tilgængelig evidens fra RCTs, systematiske oversigtsartikler, case kontrol studier og andre kohortestudier	Ja ☒ Nej ☐ Ved ikke ☐

Bilag 6.8 Metodisk kvalitet af. Friis et al.

Titel: Health Literacy Mediates the Relationship Between Educational Attainment and Health Behavior: A Danish Population-Based Study

A: Er studiets resultater valide?

Overordnede spørgsmål

1) Har studiet en klart fokuseret problemstilling mht.?

- den undersøgte population
- de undersøgte risikofaktorer
- de relevante kliniske outcomes
- fremgår det, om undersøgelsen prøver at afdække en gavnlig eller en skadelig virkning?

Ja ☒

Nej ☐

Ved ikke ☐

2) Var et kohortestudie hensigtsmæssig i forhold til den aktuelle problemstilling?

Overvej:

- er kohortedesignet anvendeligt til at belyse problemstillingen under de givne omstændigheder?
- omhandlede studiet reelt den aktuelle problemstilling?

Ja ☒

Nej ☐

Ved ikke ☐

Detaljerede spørgsmål (hvis svaret til de overordnede spørgsmål er ja)

3) Blev kohorten rekrutteret på en forsvarlig måde?

Se efter efterselektionsbias, som kan svække resultaternes generaliserbarhed:

- var kohorten repræsentativ for en veldefineret population?
- var der noget specielt ved den udvalgte kohorte?
- var alle, der skulle være inkluderet, rent faktisk inkluderet?

Ja ☒

Nej ☐

Ved ikke ☐

4) Blev ekspositionen målt præcist for at minimere bias?

Se efter målings- og/ellerklassifikationsbias:

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

Ja ☒

Nej ☐

Ved ikke ☐

5) Blev outcomes målt præcist for at minimere bias?

Se efter målings- og/ellerklassifikationsbias:

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

Ja ☒

Nej ☐

Ved ikke ☐

Kommentarer

- Anvender valideret HLQ
- The HLQ consists of nine scales. The translation and cultural adaption of the questions from English into Danish followed a rigorous forward-backward translation procedure and cognitive testing to ensure cross-cultural validity.
- health behavior (smoking, physical inactivity, poor diet)

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

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

Ja ☒

Nej ☐

Ved ikke ☐

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

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

Ja ☒

Nej ☐

Ved ikke ☐

B: Hvad er resultaterne af studiet?

8) Hvad er resultaterne af studiet?

- hvad er slutresultatet?
- er størrelsen eller forholdet mellem eksponerede/ikkeeksponerede oplyst (forskelle i ratio/frekvens)?
- hvor tydelig er relationen mellem eksponering og resultat (Relative Risk eller andre associationsmål)?
- hvor stor er den absolutte risikoreduktion (Absolute Risk Reduction)?

9) Hvor præcise er resultaterne og risikovurderingen?

- måles på størrelsen af konfidensintervallerne

10) Tror du på resultaterne?

- det er svært at se bort fra stor effekt!
- kan resultaterne skyldes tilfældigheder, bias eller confounders?
- er studiets design og metode så mangelfuld, at det gør resultaterne upålidelige?
- tænk på Bradford Hills kriterierne (tidssekvens, dosis-respons gradient, biologisk plausibilitet, konsistens)

Kommentarer

Health literacy, is a mediator in the relationship between educational attainment and health behavior, especially in relation to being physical inactive, having a poor diet, and being obese. Health literacy is very closely linked to education and health inequalities.

Kommentarer

Ja ☒

Nej ☐

Ved ikke ☐

C: Kan resultaterne overføres til din egen praksis?	
11) Kan resultaterne anvendes på den lokale population? Overvej: • om studiets deltagere synes så forskellige fra din population, at det kan være problematisk at anvende resultaterne • om din lokale kontekst afviger meget fra studiets • om du kan kvantificere lokale fordele og ulemper	Ja ☒ Nej ☐ Ved ikke ☐
12) Stemmer studiets resultater overens med anden tilgængelig viden? Overvej overensstemmelse med al tilgængelig evidens fra RCTs, systematiske oversigtsartikler, case kontrol studier og andre kohortestudier	Ja ☒ Nej ☐ Ved ikke ☐

Bilag 6.9 Metodisk kvalitet af Sørensen et al.

Titel: Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q)

A: Er studiets resultater valide?

Overordnede spørgsmål

1) Har studiet en klart fokuseret problemstilling mht.?

- den undersøgte population
- de undersøgte risikofaktorer
- de relevante kliniske outcomes
- fremgår det, om undersøgelsen prøver at afdække en gavnlig eller en skadelig virkning?

Ja ☒

Nej ☐

Ved ikke ☐

2) Var et kohortestudie hensigtsmæssig i forhold til den aktuelle problemstilling?

Overvej:

- er kohortedesignet anvendeligt til at belyse problemstillingen under de givne omstændigheder?
- omhandlede studiet reelt den aktuelle problemstilling?

Ja ☐

Nej ☐

Ved ikke ☒

Detaljerede spørgsmål (hvis svaret til de overordnede spørgsmål er ja)

3) Blev kohorten rekrutteret på en forsvarlig måde?

Se efter efter selektionsbias, som kan svække resultaternes generaliserbarhed:

- var kohorten repræsentativ for en veldefineret population?
- var der noget specielt ved den udvalgte kohorte?
- var alle, der skulle være inkluderet, rent faktisk inkluderet?

Ja ☒

Nej ☐

Ved ikke ☐

4) Blev ekspositionen målt præcist for at minimere bias?

Se efter målings- og/eller klassifikationsbias:

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

Ja ☒

Nej ☐

Ved ikke ☐

5) Blev outcomes målt præcist for at minimere bias?

Se efter målings- og/eller klassifikationsbias:

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

Ja ☒

Nej ☐

Ved ikke ☐

Kommentarer

Ved scoring af spørgeskema blev der beskrevet hvordan scoringssystemet fungerede, og hvordan forfatter skal udfylde "ved ikke" kategorien.

6) Er alle væsentlige confounders identificeret og hvilke har forfatterne gjort rede for? 1. har forfatterne taget hensyn til potentielle confounders i studiedesignet og/eller analyse? • se efter forholdsregler i designet og teknikker for at kontrollere eller justere confounders (modellerings-, stratificerings-, regressions-, eller sensitivitetsanalyse i den statistiske analyse?) 2. nævn andre mulige confounders, som du mener har betydning, men som forfatterne har overset (genetiske, miljømæssige og socioøkonomiske)	Ja ☒ Nej ☐ Ved ikke ☒
7) Var opfølgningen på studiepersonerne tilstrækkelig og var selve opfølgningsperioden tilstrækkelig lang? • de gode eller dårlige effekter af ekspositionen skulle gerne have haft tid til at vise sig • de personer, der er tabt for follow-up, har måske anden sygelighed/outcomes end de, der er til rådighed for vurdering • i en åben eller dynamisk gruppe: var der noget specielt ved resultaterne for dem, der forlod studiet, eller ved eksponeringen af dem, der trådte ind i studiet?	Ja ☐ Nej ☐ Ved ikke ☒

B: Hvad er resultaterne af studiet?

8) Hvad er resultaterne af studiet?

- hvad er slutresultatet?
- er størrelsen eller forholdet mellem eksponerede/ikkeeksponerede oplyst (forskelle i ratio/frekvens)?
- hvor tydelig er relationen mellem eksponering og resultat (Relative Risk eller andre associationsmål)?
- hvor stor er den absolutte risikoreduktion (Absolute Risk Reduction)?

9) Hvor præcise er resultaterne og risikovurderingen?

- måles på størrelsen af konfidensintervallerne

10) Tror du på resultaterne?

- det er svært at se bort fra stor effekt!
- kan resultaterne skyldes tilfældigheder, bias eller confounders?
- er studiets design og metode så mangelfuld, at det gør resultaterne upålidelige?
- tænk på Bradford Hills kriterierne (tidssekvens, dosis-respons gradient, biologisk plausibilitet, konsistens)

Kommentarer

Ud fra prætestning: items might be culturally sensitive, as some questions were not generic enough to cover differences in health systems and contexts across the eight countries; some items were found to prompt socially/culturally acceptable answers, e.g., related to health beliefs. Etisk: In addition, there were

Kommentarer

Jeg tror på resultaterne, da mange af manglerne er blevet rettet til under validerings processen. Det eneste der gør mig skeptisk er at der stadig er forskel på landende ift. anvendelse af spørgeskemaet

Ja ☒

Nej ☐

Ved ikke ☐

C: Kan resultaterne overføres til din egen praksis?	
11) Kan resultaterne anvendes på den lokale population? Overvej: • om studiets deltagere synes så forskellige fra din population, at det kan være problematisk at anvende resultaterne • om din lokale kontekst afviger meget fra studiets • om du kan kvantificere lokale fordele og ulemper	Ja ☒ Nej ☐ Ved ikke ☐
12) Stemmer studiets resultater overens med anden tilgængelig viden? Overvej overensstemmelse med al tilgængelig evidens fra RCTs, systematiske oversigtsartikler, case kontrol studier og andre kohortestudier	Ja ☒ Nej ☐ Ved ikke ☐

Bilag 6.10 Metodisk kvalitet af vægter et al.

Titel: Socio-Demographics, Pain Characteristics, Quality of Life and Treatment Values Before and After Specialized Interdisciplinary Pain Treatment: Results from the Danish Clinical Pain Registry (PainData)

A: Er studiets resultater valide?

Overordnede spørgsmål

1) Har studiet en klart fokuseret problemstilling mht.?

- den undersøgte population
- de undersøgte risikofaktorer
- de relevante kliniske outcomes
- fremgår det, om undersøgelsen prøver at afdække en gavnlig eller en skadelig virkning?

Ja ☒

Nej ☐

Ved ikke ☐

2) Var et kohortestudie hensigtsmæssig i forhold til den aktuelle problemstilling?

Overvej:

- er kohortedesignet anvendeligt til at belyse problemstillingen under de givne omstændigheder?
- omhandlede studiet reelt den aktuelle problemstilling?

Ja ☒

Nej ☐

Ved ikke ☐

Detaljerede spørgsmål (hvis svaret til de overordnede spørgsmål er ja)

3) Blev kohorten rekrutteret på en forsvarlig måde?

Se efter efter selektionsbias, som kan svække resultaternes generaliserbarhed:

- var kohorten repræsentativ for en veldefineret population?
- var der noget specielt ved den udvalgte kohorte?
- var alle, der skulle være inkluderet, rent faktisk inkluderet?

Ja ☒

Nej ☐

Ved ikke ☐

4) Blev ekspositionen målt præcist for at minimere bias?

Se efter målings- og/eller klassifikationsbias:

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

Ja ☒

Nej ☐

Ved ikke ☐

5) Blev outcomes målt præcist for at minimere bias?

Se efter målings- og/eller klassifikationsbias:

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

Ja ☒

Nej ☐

Ved ikke ☐

Kommentarer

PainData registry, a summary report from each individual patient's self-reported questionnaire is generated, so that the inter disciplinary team can see the report before seeing the patient during the consultations. One strength is that the population is a consecutive cohort of all patients referred to the public and private interdisci +

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

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

Ja ☒

Nej ☐

Ved ikke ☐

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

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

Ja ☒

Nej ☐

Ved ikke ☐

B: Hvad er resultaterne af studiet?

8) Hvad er resultaterne af studiet?

- hvad er slutresultatet?
- er størrelsen eller forholdet mellem eksponerede/ikkeeksponerede oplyst (forskelle i ratio/frekvens)?
- hvor tydelig er relationen mellem eksponering og resultat (Relative Risk eller andre associationsmål)?
- hvor stor er den absolutte risikoreduktion (Absolute Risk Reduction)?

9) Hvor præcise er resultaterne og risikovurderingen?

- måles på størrelsen af konfidensintervallerne

10) Tror du på resultaterne?

- det er svært at se bort fra stor effekt!
- kan resultaterne skyldes tilfældigheder, bias eller confounders?
- er studiets design og metode så mangelfuld, at det gør resultaterne upålidelige?
- tænk på Bradford Hills kriterierne (tidssekvens, dosis-respons gradient, biologisk plausibilitet, konsistens)

Kommentarer

The registry contains detailed line and outcomes data on a broad range of cial factors, and new data (eg, new questionnaires for clinical or research purposes) can be collected in the future. These data are in line with the characteristics of populations with high-impact chronic pain in other countries and can be linked to the Danish population- based registries. Collaborations with other researchers are welcome.

Kommentarer

- Less than half the patients complete follow-up questionnaires.

Ja ☒

Nej ☐

Ved ikke ☐

C: Kan resultaterne overføres til din egen praksis?	
11) Kan resultaterne anvendes på den lokale population? Overvej: • om studiets deltagere synes så forskellige fra din population, at det kan være problematisk at anvende resultaterne • om din lokale kontekst afviger meget fra studiets • om du kan kvantificere lokale fordele og ulemper	Ja ☒ Nej ☐ Ved ikke ☐
12) Stemmer studiets resultater overens med anden tilgængelig viden? Overvej overensstemmelse med al tilgængelig evidens fra RCTs, systematiske oversigtsartikler, case kontrol studier og andre kohortestudier	Ja ☒ Nej ☐ Ved ikke ☐

Bilag 6.11 Metodisk kvalitet af Bo et al.

National indicators of health literacy: ability to understand health information and to engage actively with healthcare providers - a population based survey among Danish adults

A: Er studiets resultater valide?

Overordnede spørgsmål

1) Har studiet en klart fokuseret problemstilling mht.?

- den undersøgte population
- de undersøgte risikofaktorer
- de relevante kliniske outcomes
- fremgår det, om undersøgelsen prøver at afdække en gavnlig eller en skadelig virkning?

Ja ☒

Nej ☐

Ved ikke ☐

2) Var et kohortestudie hensigtsmæssig i forhold til den aktuelle problemstilling?

Overvej:

- er kohortedesignet anvendeligt til at belyse problemstillingen under de givne omstændigheder?
- omhandlede studiet reelt den aktuelle problemstilling?

Ja ☒

Nej ☐

Ved ikke ☐

Detaljerede spørgsmål (hvis svaret til de overordnede spørgsmål er ja)

3) Blev kohorten rekrutteret på en forsvarlig måde?

Se efter efter selektionsbias, som kan svække resultaternes generaliserbarhed:

- var kohorten repræsentativ for en veldefineret population?
- var der noget specielt ved den udvalgte kohorte?
- var alle, der skulle være inkluderet, rent faktisk inkluderet?

Ja ☒

Nej ☐

Ved ikke ☐

4) Blev ekspositionen målt præcist for at minimere bias?

Se efter målings- og/eller klassifikationsbias:

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

Ja ☐

Nej ☐

Ved ikke ☒

5) Blev outcomes målt præcist for at minimere bias?

Se efter målings- og/eller klassifikationsbias:

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

Ja ☒

Nej ☐

Ved ikke ☐

Kommentarer

Using the unique personal identification number given to all citizens from the Civil Registration System. We therefore had the opportunity to estimate weights to account for differences in selection probabilities and for differences in response rates for different sub-groups using a model-based calibration approach.



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

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

Ja ☒

Nej ☐

Ved ikke ☐

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

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

Ja ☐

Nej ☐

Ved ikke ☒

B: Hvad er resultaterne af studiet?

8) Hvad er resultaterne af studiet?

- hvad er slutresultatet?
- er størrelsen eller forholdet mellem eksponerede/ikkeeksponerede oplyst (forskelle i ratio/frekvens)?
- hvor tydelig er relationen mellem eksponering og resultat (Relative Risk eller andre associationsmål)?
- hvor stor er den absolutte risikoreduktion (Absolute Risk Reduction)?

9) Hvor præcise er resultaterne og risikovurderingen?

- måles på størrelsen af konfidensintervallerne

10) Tror du på resultaterne?

- det er svært at se bort fra stor effekt!
- kan resultaterne skyldes tilfældigheder, bias eller confounders?
- er studiets design og metode så mangelfuld, at det gør resultaterne upålidelige?
- tænk på Bradford Hills kriterierne (tidssekvens, dosis-respons gradient, biologisk plausibilitet, konsistens)

Kommentarer

In Denmark, around 10 to 20% of the general population perceive difficulties in key health literacy dimensions; ability to understand information well enough to know what to do, and ability to actively engage with healthcare providers. Perceived health literacy difficulties are markedly higher in people above 85 years, people with lower income and education level, people who live alone and in

Kommentarer

Ja ☒

Nej ☐

Ved ikke ☐

C: Kan resultaterne overføres til din egen praksis?

11) Kan resultaterne anvendes på den lokale population?

Overvej:

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

Ja ☒

Nej ☐

Ved ikke ☐

12) Stemmer studiets resultater overens med anden tilgængelig viden?

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

Ja ☒

Nej ☐

Ved ikke ☐