

Kommunikation mellem læge og patient i almen praksis

Aalborg Universitet
Det sundhedsfaglige Fakultet Kandidatuddannelsen i
Folkesundhedsvidenskab



Specialeafhandling

Vejleder: Henrik Bøggild

Specialegruppe: 10305

Gruppemedlemmer:

Anisa Muhiyadin Abdi, 20230719

Sandra Kimborg, 20230517

Antal anslag: 238.803

Referencestandard: APA 7th Edition

Afleveringsdato: 02.06.2025

Forord

Dette speciale er udarbejdet af Anisa Muhiyadin Abdi og Sandra Kimborg i perioden fra 1. februar til 1. juni 2025, som det afsluttende projekt på kandidatuddannelsen i Folkesundhedsvidenskab ved Aalborg Universitet

I den forbindelse vil vi gerne rette en særlig tak til vores vejleder, Henrik Bøggild, for konstruktiv og reflekterende vejledning samt faglig sparring, der har bidraget til vores faglige udvikling under udarbejdelsen af specialet.

Desuden en tak til Gitte Sand Rasmussen, daglig leder af Nord-Kap, for at være behjælpelig med rekrutteringen af praktiserende læger til specialets kvalitative interviews. Sidst en stor tak til de praktiserende læger, som har givet sig tid til at deltage i vores interviews, trods travlhed i almen praksis.

God læselyst,

Sandra & Anisa

Resumé

Baggrund: Den demografiske udvikling viser en stigning i antallet af ældre borgere med kroniske sygdomme, hvilket stiller øgede krav til almen praksis, hvor konsultationstiden er begrænset. Samtidig viser forskning, at ældre patienter ofte har lav sundhedskompetence sammenlignet med andre aldersgrupper, hvilket kan føre til udfordringer med at forstå sundhedsinformation og engagere sig i egen behandling. Da kommunikation spiller en central rolle for både behandlingskvalitet og patientinddragelse, er der behov for viden om, hvordan læger konkret tilpasser deres kommunikation til denne ældre patienter med lav sundhedskompetence.

Formål: Specialet formål er at undersøge, hvordan alment praktiserende læger tilpasser deres kommunikation til ældre patienter med lav sundhedskompetence og hvilke specifikke kommunikative metoder/teknikker der forbedrer patientinddragelse i denne patientgruppe

Metode: Specialet tager udgangspunkt i pragmatismen og bygger på tre metoder: 1) Statistiske analyser, χ^2 -tests samt logistisk regression til at undersøge hvilke sammenhænge der findes mellem ældre med lav sundhedskompetence og deres kommunikation med egen læge i Danmark. 2) Systematisk litteratursøgning til at undersøge, hvilken viden der findes om praktiserende lægers oplevelser med brugen af kommunikative metoder og teknikker til at styrke kommunikationen med ældre patienter med lav sundhedskompetence i almen praksis. 3) Individuelle semistrukturerede interviews til at undersøge praktiserende lægers oplevelser med at tilpasse kommunikationen for at styrke patientinddragelse.

Resultater: Den kvantitative analyse viste en statistisk signifikant sammenhæng mellem høj sundhedskompetence og bedre oplevelse af kommunikationen med egen læge, blandt ældre over 65 i Danmark. Den systematiske litteratursøgning viste, at læger oplever, at kommunikative teknikker som Teach-back, brug af visuelt materiale og simplificering af sprog kan styrke forståelsen og inddragelsen af ældre patienter med lav sundhedskompetence. De kvalitative interviews viste, at læger i almen praksis ofte tilpasser deres kommunikation ud fra erfaring, simpelt sprog, anvendelse af eksempler fra hverdagen og skabe tryghed. Tidspres og manglende systematik blev identificeret som barrierer for at sikre bedre patientinddragelse hos ældre patienter med lav sundhedskompetence. På tværs af både den systematiske litteratursøgning og den kvalitative metode ses det at læger i almen praksis kendskab til begrebet sundhedskompetence er begrænset.

Konklusion: Det kan konkluderes, at lægens erfaring, anvendte kommunikative metoder og de organisatoriske rammer spiller en rolle i tilpasningen af kommunikationen til ældre patienter med lav sundhedskompetence i almen praksis. Samtidig peger resultaterne på et behov for øget fokus på sundhedskompetence blandt læger, samt en målrettet indsats for at styrke deres kommunikative kompetencer og skabe bedre strukturelle betingelser for at understøtte patientinddragelse.

Abstract

Background: The demographic development indicates an increase in the number of elderly citizens with chronic diseases, placing greater demands on general practice, where consultation time is limited. At the same time, research shows that elderly patients often have low health literacy compared to other age groups, leading to challenges in understanding health information and engaging in their own treatment. As communication plays a central role in both treatment quality and patient involvement, current knowledge on how doctors specifically adapt their communication for elderly patients with low health literacy is fundamental for improving treatment quality.

Aim: The aim of this thesis is to investigate how general practitioners adapt their communication to elderly patients with low health literacy and identify specific communicative methods/techniques that enhance patient involvement in this patient group.

Methods: The thesis utilizes three methods and is grounded in pragmatism: 1) Descriptive statistical analyses, chi²-tests, and logistic regression were conducted to examine associations between health literacy and perceived communication with their own doctor. 2) A systematic literature search was performed to inform the interview guide and to explore existing knowledge about general practitioners' experiences by using communicative methods and techniques to enhance communication with elderly patients with low health literacy. 3) Individual semi-structured interviews were conducted to explore general practitioners' experiences adapting their communication to elderly patients with low health literacy to support improved patient involvement.

Results: The quantitative analysis revealed a statistically significant association between high health literacy and a better experience of communication with one's general practitioner among elderly individuals over the age of 65 in Denmark. The systematic literature review showed that physicians perceive communicative techniques such as teach-back, the use of visual aids, and simplified language as helpful in enhancing understanding and involvement among elderly patients with low health literacy. However, there is a need for competence development and more time to apply these methods in practice. The qualitative interviews indicated that general practitioners often adapt their communication based on experience by using simple language, everyday examples, and by creating a sense of safety. Time constraints and a lack of practical tools were identified as barriers to achieving better patient involvement for elderly patients with low health literacy. Across both the systematic literature review and the qualitative findings, it was evident that general practitioners have limited familiarity with the concept of health literacy.

Conclusion: It can be concluded that the physician's experience, the communicative methods employed, and the organizational framework all play a role in adapting communication to elderly patients with low health literacy in general practice. At the same time, the findings point to a need for increased focus on health literacy among physicians, as well as a targeted effort to strengthen their communicative competencies and improve structural conditions to support patient involvement.

Indholdsfortegnelse

Indhold

Forord.....	2
Resumé	3
Abstract.....	4
Indholdsfortegnelse	5
1.0 Initierende problem	1
2.0 Problemanalysen	2
2.1 Omstilling af sundhedsvæsenet.....	2
2.2 Almen praksis' rolle i sundhedsvæsenet	4
2.3 Kommunikation i almen praksis	5
2.4 Sundhedskompetence.....	9
2.4.1 Kerneelementer.....	12
2.4.2 Determinanter for sundhedskompetence	13
3.0 Problemafgrænsning	17
4.0 Problemformulering	18
5. Metode	19
5.1 Videnskabsteori	19
5.2 Teoretisk perspektiv.....	21
5.3 Kvantitative metode.....	22
5.3.1 Statistiske analyser af sammenhænge mellem patientens sundhedskompetence og deres oplevelse af kommunikationen med læger i almen praksis.	22
5.3.2 Health Literacy Survey 2019-2021 (HLS19)	22
5.3.3 Datamangement og præsentation af inkluderede variable.....	24
5.3.3.3 Baggrundsvariable	25
5.3.4 Hypotese og signifikansniveau	28
5.3.7 Univariate analyser.....	28
5.3.8 Chi-i-anden-test	29
5.3.9 Confoundere og effektmodifikatorer	29
5.3.10 Logistisk regression	30

5.4 Litteratursøgning.....	30
5.4.1 Indledende søgning	31
5.4.2 Systematisk litteratursøgning	31
5.4.2.5 Kritisk vurdering	38
5.5.1 Semistrukturerede individuelle interviews.....	41
5.5.2 Ethiske overvejelser	42
5.5.3 Rekruttering af informanter	43
5.5.4 Udarbejdelse af interviewguiden.....	44
5.5.5 Udførelsen af semistrukturerede individuelle interviews.....	45
5.5.6 Transskribering af interviews	45
5.5.7 Tematisk analysestrategi.....	46
6.0 Resultater	47
6.1 Resultater fra den statistiske analyse	47
6.1.1 Deskriptiv analyse af studiepopulationen	47
6.1.2 Logistisk regressionsanalyse	48
6.2 Resultater fra den systematiske litteratursøgning	53
6.2.1 Kvalitetsvurdering af udvalgte forskningsartikler	53
Tabel 11: Oversigt over karakteristika over de fem udvalgte studier	53
6.2.2 Tematisk analyse af de udvalgte forskningsartikler	68
6.3 Resultater fra Interviews.....	79
6.3.1 Informanternes baggrund.....	79
6.3.2 Tematisk analyse af interviews	80
7.0 Diskussion.....	89
7.1 Resultatdiskussion.....	89
7.1.1 Vurdering af sundhedskompetence og tilpasning af kommunikation i praksis	89
7.1.2 Relationelle aspekter i tilpasningen af kommunikation.....	94
7.1.3 Kommunikation under strukturel påvirkning	98
7.1.4 Organisatoriske rammer og oplevet tidspres som vilkår/barriere for kommunikativ tilpasning.....	100
7.2 Metodediskussion.....	102
7.2.1 Diskussion af kvantitative metode.....	102

7.3.1 Diskussion af systematiske litteratursøgning.....	103
7.4.1 Diskussion af kvalitative metode	108
8. Konklusion.....	114
9 Referenceliste	117
10 Bilagsoversigt	125

1.0 Initierende problem

Den stigende demografiske befolkning og mængden af patienter med kroniske sygdomme sætter et yderligere pres på den almene praksis, som øger opgavemængden og udfordrer kapaciteten (Indenrigs- og sundhedsministeriet, 2024). Ligeledes er der udfordringer med personaledekning af læger i almen praksis, som udfordres af den nye sundhedsreform, hvor almen praksis skal have ansvaret, som tovholder for ældre med kroniske sygdomme (Bom, 2018; Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2024). Dette sætter et yderligere pres på almen praksis, som reducerer konsultationstiden til den enkelte patient (BDO, 2023a). Disse ovenstående problematikker stiller et øget krav til læger i almen praksis, hvilket indikerer behovet for effektiv kommunikation mellem sundhedsprofessionelle og patienter i almen praksis for at opnå en god effektiv behandling. For at sikre en god dialog skal kommunikation tilpasses den enkeltes patients behov, som forudsætter at de sundhedsprofessionelle tager højde for niveauet af patienternes sundhedskompetence (Aaby et al., 2022). Sundhedskompetence er evnen til at finde, forstå, vurdere og anvende sundhedsinformation til at tage en informeret beslutning om egen sundhed (Sørensen et al. 2012). I en national undersøgelse rapporterede op mod 20 procent af den voksne befolkning udfordringer med aspekter af sundhedskompetence, og særligt ældre med kroniske sygdomme oplevede vanskeligheder med at forstå sundhedsinformation og navigere i sundhedsvæsenet (Friis et al., 2016) I forlængelse heraf viser et systematisk review at personer med lav sundhedskompetence deltager mindre grad i forebyggende sundhedsydelser og har et øget brug af akutte tilbud og hospitalsindlæggelser (Berkman et al 2011). Ligeledes er lav sundhedskompetence forbundet med en række sundhedsmæssige risici og ældre borgere er blandt de mest udsatte grupper i forhold til lav sundhedskompetence og samtidig er hyppige brugere af sundhedssystemet (Berkman et al 2011; WHO, 2015).

De stigende krav til individualisering i sundhedsvæsenet udfordrer de ældre patienter, da der i højere grad er fokus på patientens autonomi, hvilket gør at de får mindre ud af mødet med de sundhedsprofessionelle (Friis et al. 2016). Der er således et folkesundhedsmæssigt incitament til at undersøge, hvordan kommunikation i almen praksis kan styrke ældre patienters sundhedskompetence og understøtte lige adgang til sundhedsydelser.

2.0 Problemanalysen

Formålet med denne problemanalyse er at belyse, hvorledes sundhedsprofessionelles kommunikation i almen praksis har indflydelse på ældre patienter med kroniske sygdomme og lav sundhedskompetence. Med udgangspunkt i Sørensen et al.'s (2012) model analyseres proksimale, situationelle og distale faktorer, der er med til at forme patienters forudsætninger for at kunne navigere i et komplekst sundhedsvæsen og hvordan de sundhedsprofessionelle ansvar og rolle kan bidrage til dette. Problemanalysen danner grundlag for specialets afgrænsning og problemformulering.

2.1 Omstilling af sundhedsvæsenet

Den demografiske udvikling i Danmark viser en stigning i både levealder og antallet af ældre borgere. Ifølge Danmarks Statistik forventes aldersgruppen 80+ årige, at stige fra 5 procent i 2023 til 10 procent i 2070 (Danmarks Statistik, 2023). Denne udvikling er særligt relevant, idet ældre borgere har øget risiko for at leve med en eller flere kroniske sygdomme, hvilket indebærer et vedvarende behov for behandling og pleje. Desuden forventes en stigende forekomst af kroniske sygdomme blandt ældre borgere. Sundhedsstyrelsen definerer kroniske sygdomme som en tilstand, der er vedvarende og har blivende følger (Sundhedsstyrelsen, 2005). Dette gør borgere med en eller flere kroniske sygdomme til en af de patientgrupper, der oftest er i kontakt med sundhedsvæsenet. Hver anden konsultation der gennemføres i almen praksis og varer i gennemsnit længere end konsultationer med patienter uden kronisk sygdom (Danske Patienter, 2015). Kroniske sygdomme, som f.eks. diabetes, hjertekarsygdomme og KOL, er ofte langvarige og kræver kontinuerlig indsats fra sundhedsvæsenet. Over de seneste år er almen praksis i stigende grad blevet pålagt ansvaret for at koordinere og følge op på forløbet for patienter med kroniske sygdomme, hvilket understreger deres centrale rolle i patienternes sundhedsforløb (Thomsen, 2014).

I takt med den demografiske udvikling stiger behovet for pleje og behandling samtidig med at sundhedsvæsenet oplever, at arbejdskraften i den arbejdsdygtige alder falder (Robusthedskommissionen, 2023). Regeringen har i samarbejde med diverse politiske partier fremlagt et nyt udspil til en sundhedsreform, som bl.a. skal imødekomme disse udfordringer. Reformen indebærer en strukturel omstilling inden for sundhedsvæsenet, hvor der dannes fire regioner, herunder etablering af 17 nye sundhedsråd. Disse sundhedsråd skal fremme samarbejdet på tværs af sektorer med målet om at styrke de nære sundhedsindsatser tæt på borgerne. Dette opnås ved at sundhedsvæsenet flyttes tættere på borgeren, og reducere den geografiske ulighed i

sundhedsvæsenet, som skal sikre hurtigt og lige adgang til sundhedsydelser af høj kvalitet i hele landet for alle borgere. Hensigten er at prioritere indsatser og ressourcer til de borgere der har det største behov heriblandt ældre og patienter med kroniske sygdomme (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2024). Det er derfor væsentligt at overveje, hvordan dette kommer til at se ud i praksis, når der er en voksende kløft mellem de krav der stilles til sundhedsvæsenet og de ressourcer, der er tilgængelige for at imødekomme kravene. Samfundet og patienter stiller højere krav til sundhedsvæsenet, dette inkluderer forventninger om hurtigere behandlingstider, bedre tilgængelighed af sundhedsydelser og generelt højere kvalitet af pleje. Den demografiske udvikling, teknologi og løbende nye udfordringer, som sundhedsvæsenet står overfor, er blot nogle af de faktorer der fører til en stigende belastning på sundhedsvæsenet, hvor kapaciteten til at møde både nuværende og fremtidige krav stadig bliver udfordrende (Særkjær, 2017).

Reformen sigter mod at styrke den primære sundhedssektor ved at øge antallet af alment praktiserende læger til mindst 5000 inden 2035. Dette tiltag forventes at forbedre adgang til sundhedsydelser for borgere og er relevant i lyset af den demografiske udvikling, hvor flere ældre med kroniske sygdomme, vil kræve hyppigere og mere tilgængelig lægehjælp (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2024).

For at understøtte et mere robust kommunalt sundhedsområde har aftalepartierne forpligtet sig til betydelige økonomiske investeringer målrettet de lokale sundhedstjenester. Dette initiativ omfatter også et intensiveret og forpligtende samarbejde mellem kommuner og regioner, hvilket er afgørende for at skabe et mere robust og tilgængeligt sundhedssystem tæt på borgerne. I den forbindelse lægges der især vægt på, at regionerne skal påtage sig et større ansvar for at støtte de kommunale sundhedsydelser, især i lyset af de stigende krav fra en ældre befolkning. Et specifikt fokusområde er at sikre tilstrækkelig lægedækning til at møde befolkningens behov (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2024).

Navigering på tværs af sundhedsvæsenet, hvor lokale behov potentielt kan kollidere med overordnede regionale eller nationale strategier, fremhæver udfordringerne ved at koordinere og integrere sundhedspolitikker på tværs af forskellige forvaltningsniveauer (Særkjær, 2017).

Reformen erkender udfordringer ved at koordinere sundhedspolitikker på tværs af forvaltningsniveauer og adresserer dem gennem en ny organisering, hvor beslutningstagning i sundhedsvæsenets drift, planlægning og udvikling træffes så tæt på borgerne som fagligt og økonomisk meningsfuldt (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2024).

En mere sammenhængende indsats forudsætter, at regionerne genovervejer deres funktioner og

betragter sig selv som en støttende og afgørende ressource for kommunerne. Dette indebærer blandt andet, at tiltagene skal være mere fokuserede, især over for de mest sårbare grupper såsom patienter med kronisk sygdom. Indsatser rettet mod denne gruppe er ofte ukoordinerede og igangsættes for sent (Særkjær, 2017).

Omstillingen af sundhedsvæsenet og de øgede forventninger påvirker således også den almene praksis, som kommer til at have en større rolle i forbindelse med at styrke det nære sundhedsvæsen, hvilket uddybes i følgende afsnit.

2.2 Almen praksis' rolle i sundhedsvæsenet

I det danske sundhedssystem tilhører almen praksis det primære sundhedsvæsen og anses for at være borgernes primære indgang til sundhedsvæsenet og fungerer derfor som gatekeepers til de øvrige dele af systemet (BDO, 2023a; Danske Regioner, n.d.).

Ældre borgere har ofte én eller flere samtidige sygdomme, som kan omfatte kroniske sygdomme. Dette stiller særlige krav til sundhedsindsatsen. For at sikre denne gruppe borgere den bedst mulige livskvalitet bør behandlings- og plejetilbud tilrettelægges tæt på borgernes eget miljø og i samarbejde med primærsektoren. I den forbindelse har de praktiserende læger samt øvrige sundhedsprofessionelle i det primære sundhedsvæsen en central rolle (Fredslund et al., 2020). I forbindelse med sundhedsreformen tilskrives de praktiserende læger et udvidet ansvar for borgernes behandlingsforløb (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2024). De kommer i højere grad til at fungere som tovholdere og medvirke til at sikre kontinuitet og sammenhæng i borgernes forløb på tværs af sundhedssektoren. De praktiserende lægers kendskab til borgeren og deres sygdomshistorie udgør en grundlæggende forudsætning for denne rolle. Det indgående kendskab, kombineret med sundhedsdata, teknologi og effektiv kommunikation, muliggør en afstemt og behovsorienteret indsats, hvor behandlingen tilpasses den enkelte borgers helbredsmæssige behov og forudsætninger (Lose & Freitag, 2020). I takt med de øgede krav og ansvar sundhedsreformen kommer til at stille alment praksis læger og de ressourcer de har til rådighed, er der fortsat et stort behov for at have fokus på effektiv kommunikation i sundhedsvæsenet set i lyset af de tidligere nævnte udfordringer nævnt i ovenstående afsnit.

Derudover viser en undersøgelse fra Region Hovedstaden, at op mod 70 procent af utilsigtede hændelser skyldes helt eller delvist kommunikationsproblemer (Kierkegaard Morten, 2024). I denne sammenhæng bliver kommunikation et middel til at opnå det.

European Association for Communication in Healthcare (EACH) fremhæver, at kommunikation

ikke blot er en kompetence, men en klinisk kerneydelse i almen praksis, på linje med diagnostik og behandling (Bensing et al., 2001). Mabachi et al. (2016) fremhæver, at sundhedsprofessionelle bør tilrettelægge deres kommunikation ud fra en antagelse om, at alle patienter potentielt kan have begrænset evne til at forstå sundhedsrelateret information. I forlængelse heraf argumenterer forfatterne for anvendelsen for "universal precautions" i sundhedskommunikation, hvor sundhedsprofessionelle konsekvent bør benytter teknikker som teach-back, undgår fagsprog og fremmer en fælles beslutningstagning.

På baggrund af de nævnte udfordringer og betydningen af kommunikation som en klinisk kerneydelse, er det relevant at se nærmere på den metodiske tilgang, der ligger bag sundhedsprofessionelles kommunikation med patienter. Definitionen på en metode er: "En metode er en systematisk og fastlagt fremgangsmåde som anvendes når et arbejde skal udføres eller et problem løses" (Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren, 2016).

I denne sammenhæng fremhæves det at de kommunikative teknikker, som forskning viser, at fremme patienters efterlevelse af lægens råd og behandling, ikke anvendes af lægerne. Det indebærer teknikker såsom at gentage råd, sikre forståelse eller opfordre patienten til at stille spørgsmål (Silverman et al., 2013a).

Dette er i tråd med lægens udvidede rolle i sundhedsreformen, hvor kommunikationen fungerer som bindeled mellem system, patient og meningsfuld sundhedsindsats (Killian & Coletti, 2017).

Det kan heraf udledes af de nævnte udfordringer i nærværende og foregående afsnit, som fremhæver betydningen af effektiv kommunikation og prioritering i almen praksis, som har betydning for både kvaliteten af behandlingen og patientsikkerheden. I det følgende afsnit vil kommunikationens betydning i almen praksis uddybes med henblik på læger i almen praksis' rolle og ansvar i konsultationen med patienten.

2.3 Kommunikation i almen praksis

I henhold til §1 i Sundhedsloven er sundhedsvæsenets overordnede formål at fremme folkesundheden samt at forebygge og behandle sygdomme, lidelser og funktionsnedsættelser for den enkelte (Danmark. 2021). I forlængelse heraf beskriver Kim Jørgensen, at kommunikation kan betragtes som et middel til at sikre de formål, som sundhedsvæsenet har for pleje og behandling. I denne forbindelse spiller kommunikation en væsentlig rolle, som skal forstås som en gensidig deling af meningsfuld information mellem to eller flere personer (Jørgensen, 2021).

Ifølge forskning om strategi til praksis, formes strategier, metoder og teknikker ikke blot af politiske eller organisatoriske mål, men skabes også gennem et samspil med aktørernes daglige praksis og fortolkninger (Harrison, 2008; Marietto, 2016). Det betyder at kommunikation både kan formes gennem strukturelle og organisatoriske kommunikationsstrategier, som gennem den alment praktiserende læge.

På både et strukturelt og organisatorisk niveau beskrives kommunikation som en nødvendig kompetence hos en speciallæge. Dette afspejles blandt andet i CanMEDS-rammen, hvor "kommunikator" udgør én af syv centrale lægeroller. Rollen indebærer, at lægen skal kunne formidle sundhedsrelateret information mundtligt, skriftligt og visuel på en måde, der er forståelig og relevant for patienten og andre involverede parter. Kommunikationen skal tage afsæt i både patientens og den sundhedsprofessionelles perspektiver samt i den kombinerede viden, som udspringer af både klinisk erfaring og evidensbaseret praksis. Det forudsætter, at lægen besidder en grundlæggende vilje og evne til at se, lytte til, forstå og respektere patienter, pårørende, fagfæller og tværfaglige samarbejdspartnere (Sundhedsstyrelsen, 2013; Praktiserende Lægers Organisation & Regionernes Lønnings- og Takstnævn, 2022)

Begrebet kommunikation kan forstås og anvendes på forskellige måder, afhængigt af konteksten, i dette speciale undersøges kommunikationen mellem alment praktiserende læger og ældre patienter. Kommunikation og samarbejde mellem læge og patient udgør grundlæggende elementer for kvaliteten af patientens behandling og forløb. Det fordrer ofte en ligeværdig relation mellem læge og patient og peger i retning af en mere patientcentreret tilgang og inddragende kommunikationsform baseret på gensidighed og patientinddragelse (Silverman et al., 2013b; (Johansson et al., 2010) Det udelukker dog ikke, at en mere direktiv eller paternalistisk kommunikation i visse situationer kan være hensigtsmæssig. Valget af tilgang bør tilpasses situationen og patientens forudsætninger .

Sundhedsvæsenet har over de seneste årtier bevæget sig mod en patientcentreret praksis, som indebærer, at patientens præferencer og værdier integreres i alle faser af behandlingen.

Denne udvikling afspejler et skift fra en biomedicinsk orienteret tilgang til en patientcentreret praksis, der har potentiale til at fremme højere kvalitet i sundhedsydelser gennem en styrket relation mellem sundhedsprofessionelle, patienter og pårørende (Ammentorp et al., 2021). Selvom kommunikation i dag betragtes som en central del af klinisk praksis, har det først inden for de seneste 14-21 år, opnået status som et obligatorisk element af medicinstudiet og speciallægeuddannelsen i Danmark (Høst & Møller, 2014). Det betyder, at mange af de alment

praktiserende læger, der arbejder i dag, har gennemført deres uddannelse før denne ændring og er derfor primært blevet trænet i en biomedicinsk tilgang. Denne tilgang fokuserer på at forstå, diagnosticere og behandle sygdomme og tager i mindre grad højde for kommunikative og relationelle aspekter af patientbehandlingen. Dette kan føre til udfordringer i patientkommunikationen, især når det kommer til at adressere patienters eksistentielle behov og præferencer. Derudover fremhæves det, at lægers kommunikation vedrørende patientens behov og præference får lavere prioritet og i højere grad afhænger af patientens eget initiativ. (Andersen et al., 2019).

Den nyere tilgang i lægeuddannelsen fokuserer på patientcentreret behandling, der lægger vægt på kommunikation som en flerlaget og dynamisk faglig kerneydelse (Høst & Møller, 2014; Silverman et al., 2013c). Ifølge Silverman et al. (2013) består klinisk kommunikation af tre centrale og komplementære kommunikative færdigheder, som hver især bidrager til kvaliteten af lægens samspil med patienten: 1) *Content skills*, der vedrører indholdet i kommunikationen f.eks. hvilke spørgsmål og svar der udveksles, samt hvilken information der videregives og hvilke behandlingsmuligheder der drøftes, 2) *Process skills*, som fokuserer på selve samtalens struktur og form, herunder brug af verbale og nonverbale færdigheder, kontaktetablering og informationsformidling og 3) *Perceptual skills*, relaterer sig til, hvad lægen tænker og føler. Dette omfatter lægens interne beslutningstagning, kliniske ræsonnering og problemløsningsfærdigheder samt holdninger og personlige egenskaber såsom empati, integritet, respekt og fleksibilitet. Dertil kan lægens egen bevidsthed om sine følelser og tanker, potentielt påvirke kommunikationen med patienten. De tre kommunikative færdigheder fungerer ikke blot som teknikker, men understøtter kommunikationen mellem den sundhedsprofessionelle og patienten (Silverman et al., 2013c). Ifølge Erik Riiskjær (2018) sikrer patientcentreret kommunikation, at beslutningstagen respekterer patientens ønsker, behov og præferencer og giver patienter den nødvendige støtte og information til at fremme patientautonomi, så patienten kan deltage aktivt i deres egen behandling.

Patientinddragelse handler ikke blot om at give information og træffe beslutninger, men om at opbygge en tillidsfuld relation, hvor patienten føler sig set, hørt og respekteret. Bevægelsen væk fra paternalisme mod en patientcentreret tilgang, hvor der i højere grad er fokus på kommunikation og patientinddragelse, har til formål at forbedre kvaliteten af sundhedsydelser gennem en styrket relation mellem sundhedsprofessionelle, patienter og pårørende.

Ifølge Sundhedslovens §§ 15-16 og Bekendtgørelse om information og samtykke har sundhedspersoner pligt til at sikre, at patienten informeres om sin helbredstilstand og relevante

behandlingsmuligheder, herunder potentielle komplikationer og bivirkninger. Derudover fremgår det af §§ 20-21, at informationen skal formidles på en måde, der tager højde for patientens individuelle forudsætninger, så patienten er i stand til forstå indholdet og træffe en selvstændig og informeret beslutning om sin behandling (Sundhedsloven, 2022).

Disse lovmæssige krav afspejler ikke blot et ansvar, men også en kommunikativ forpligtelse.

Lægens opgave bliver dermed ikke kun at videregive information, men at sikre, at informationen er meningsfuld og anvendelig for den enkelte patient.

Kommunikation i sundhedsvæsenet omfatter mere end blot udveksling af information, den indebærer også etableringen af en stærk relation mellem patienten og den sundhedsprofessionelle. Dette sikrer, at der ikke kun udveksles medicinske oplysninger om sygdom og behandling, men også at patientens følelser og oplevelser med at være kronisk syg bliver anerkendt og integreret i behandlingsforløbet (Carlsson, 2013; Johansson et al., 2010).

På trods af det øgede fokus på patientcentreret kommunikation viser nyere undersøgelser, at kommunikationen mellem læger og patienter i almen praksis fortsat er udfordret, hvilket indikerer et behov for kvalitetsforbedring. Ifølge Jessen (2023) handler størstedelen af patienternes klager om bl.a. asymmetrisk relation, manglende omsorg, empati samt fælles forståelse. Dårlig kommunikation skaber ikke blot utryghed, men kan også skade tilliden og være noget som patienten tager med sig videre i sin kontakt med sundhedsvæsenet (Jessen, 2023).

Morten Sodemann og Styrelsen for Patientsikkerhed understreger betydningen af, at læger skal blive bedre til at indsamle og kommunikere information for at sikre behandlingskvalitet, men også for at forebygge fejl og misforståelser. Behovet for forbedret kommunikation forstærkes i takt med, at antallet og kompleksiteten af patienttilfælde stiger, hvilket stiller krav om mere fokuseret og individualiseret patientkontakt. Det øgede patienttilfælde reducerer den tid, som sundhedsprofessionelle har tilgængelig til hver patient. Dette stiller høje krav til lægens evne til at tilpasse kommunikationen til patientens forudsætninger (Ellekjær & Haslund-Vinding, 2018; Schlünsen et al., 2020).

Selvom det kunne tyde på, at der er et behov for flere ressourcer eller ændringer i, hvordan sundhedsydelser leveres eller håndteres, for at imødekomme denne lastning. Afspejles det ikke i almen praksis, hvor de praktiserende læger kun har fået flere opgaver og antallet af konsultationer er steget fra ca. 44 pr. dag til ca. 50. Den gennemsnitlige konsultationstid er kun øget marginalt fra 12 til 13 minutter, hvilket svarer til 7,5 procent øgning i konsultationstid siden 2010, det vil sige at en patient i dag har ét minut mere (Jungersen, 2018). Generelt er patientsikkerheden høj i Danmark,

men der er fortsat et uudnyttet potentiale i at forbedre kommunikation mellem sundhedsprofessionelle og patienter (Styrelsen for Patientsikkerhed, 2017).

2.4 Sundhedskompetence

I forlængelse af det foregående afsnits fokus på bl.a. patientcentreret kommunikation i almen praksis, fremstår begrebet sundhedskompetence som betydningsfuldt for forståelsen af, hvordan praktiserende lægers kommunikation kan bidrage til at understøtte ældre patienters aktive deltagelse i deres patientforløb.

Sundhedskompetence har betydning for borgerens evne til at tilgå, forstå, vurdere og anvende sundhedsoplysninger i mødet med sundhedsvæsenet (Nutbeam, 2000). Dette indebærer, at kommunikationen mellem alment praktiserende læge og patient ikke alene bør være informativ men også bør støtte patienten i at forstå og anvende sundhedsoplysninger på en måde, der styrker deres mulighed for at navigere i sundhedsvæsenet og træffe informerede beslutninger om egen behandling.

I et senmoderne samfund, hvor evnen til at tage ansvar for egen sundhed og trivsel er blevet ideal, spiller sundhedskompetence en rolle i evnen til at navigere gennem et komplekst sundhedsvæsen (Friis et al. 2016). Dette gælder både for befolkningen generelt og inden for sundhedsvæsenet, hvor der i stigende grad er fokus på borgerens evne til at navigere i sundhedsinformation og træffe informerede valg. Denne udvikling afspejles i folkesundhedsstrategier, hvor borgerens aktive deltagelse i sundhedsfremme, forebyggelse, pleje og behandling betragtes som en forudsætning (Peerson & Saunders, 2009; Aaby et al., 2022)

Forestillingen om individet som en selvstyrende og kommunikativ aktør kan forstås som et resultat af sundhedspolitiske diskurser samt de strategier og normer, der præger sundhedsvæsenets organisering og praksis (Rose, 1996; Rose, 1999). Dette indikerer, at politiske og organisatoriske diskurser er med til at konstruere og forme, hvad der forventes at gøre og være af individet i praksis. Disse forventninger bidrager til at skabe idealer om individet. Denne forståelse kan tolkes i en kontekst af sundhedsvæsenet, hvor disse idealer ofte bliver synonyme med forventninger om, at patienten skal være informeret, ansvarstagende og aktiv i egen behandling. Sådanne forventninger kan dog komme i konflikt med ældre patienter med lav sundhedskompetence, som ikke nødvendigvis har de kognitive, sproglige eller sociale forudsætninger for at leve op til disse idealer.

Forbedret kommunikation mellem sundhedsprofessionelle og patienter kan bidrage til at styrke patienters sundhedskompetence. Når kommunikationen tilpasses den enkelte patients

forudsætninger og fremmer forståelse, engagement og dialog, kan det imødekomme sundhedskompetence hos den enkelte. Dette kan bidrage til at patienter i højere grad bliver i stand til at forstå og anvende sundhedsrelateret information, navigere i sundhedsvæsenet og træffe informerede beslutninger om deres behandling (Shah, 2021).

Borgerens evne til at navigere i sundhedsvæsenet og træffe informerede valg afhænger af blandt andet af borgers sundhedskompetence. Sundhedskompetence kan defineres på forskellige måder, definitionen afhænger af kontekstuelle faktorer såsom kultur, samfundsmæssige forhold og individuelle behov. En af de tidlige og mest anvendte definitioner af sundhedskompetence er Don Nutbeams definition: "*Health literacy represents the cognitive and social skills which determine the motivation and ability of individuals to gain access to, understand and use information in ways which promote and maintain good health*" (Nutbeam, 2000, s. 263). Nutbeams definition fremhæver, at sundhedskompetence ikke kun er begrænset til evnen til at forstå sundhedsinformation, men også individers evne til at anvende denne forståelse til at træffe kvalificerede beslutninger, der fremmer ens egen sundhed og livskvalitet. Nutbeam inddeler sundhedskompetence i tre rangerede niveauer, der hver især afspejler en stigende grad af kompleksitet i individets interaktion med sundhedsinformation og sundhedsvæsenet. Disse niveauer er: 1) Grundlæggende og funktionel sundhedskompetence, som refererer til basale læse- og skrivefærdigheder samt evnen til at forstå simple sundhedsinstruktioner; 2) Kommunikativ og interaktiv sundhedskompetence, som indebærer mere avancerede kognitive og sociale færdigheder, der gør det muligt for individet at deltage aktivt i sundhedsrelateret kommunikation og navigere i sundhedsvæsenet; og 3) Kritisk sundhedskompetence, som repræsenterer individets evne til kritisk at analysere og anvende sundhedsinformation i en bredere kontekst for at fremme egen og andres sundhed.

Nutbeams tilgang til sundhedskompetence fokuserer primært på individets færdigheder og evne til at tilegne sig, forstå og anvende sundhedsrelateret information (Nutbeam, 2000; Maindal & Vinther-Jensen, 2016). Denne tilgang har et begrænset fokus, da den i mindre grad inddrager de strukturelle og kontekstuelle faktorer, som har betydning for borgers muligheder for at navigere i sundhedsvæsenet. I dette speciale tages der derfor udgangspunkt i en mere omfattende definition, som er udviklet af Sørensen et al. (2012), hvilket muliggør en analyse af, hvordan sundhedsprofessionelle i almen praksis kan tilpasse sin kommunikation og strukturere informationen bedre, så borgere med lavere sundhedskompetence understøttes. Denne definition omfatter både individuelle og organisatoriske dimensioner af sundhedskompetence, hvilket

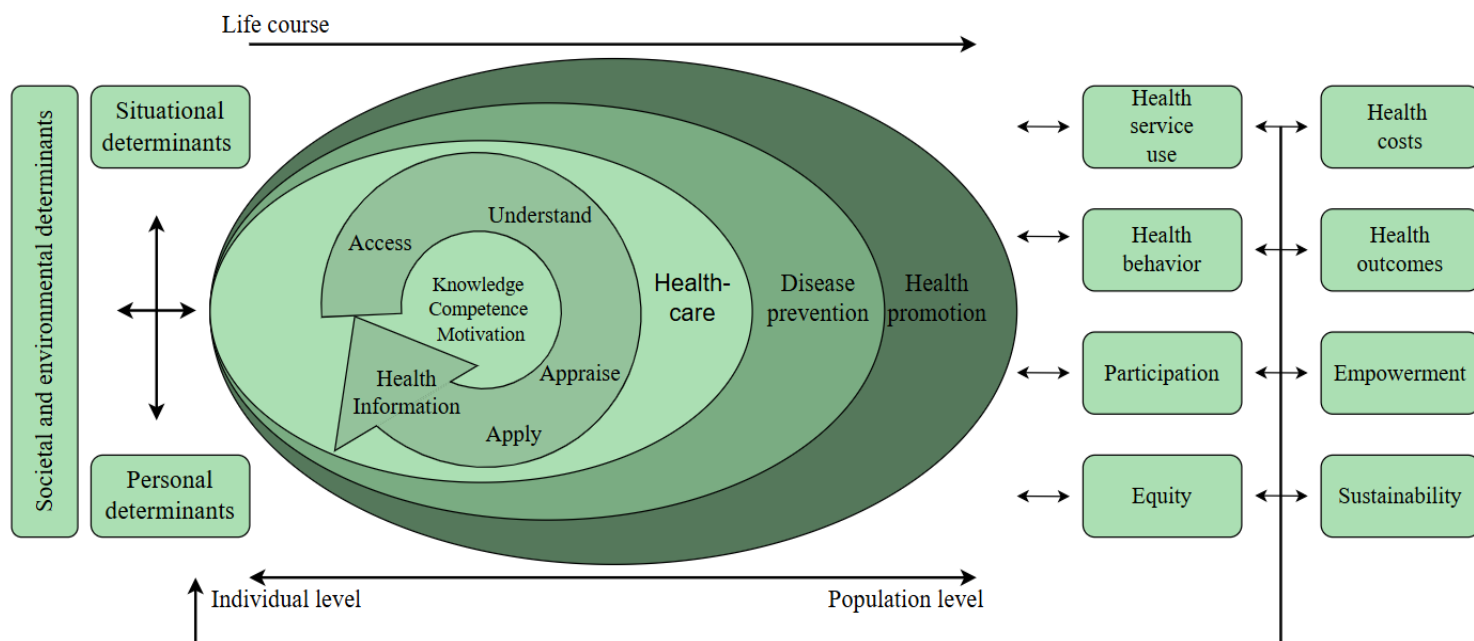
indebærer, at sundhedskompetence ikke alene forstås som en individuel egenskab, at herunder hvordan sundhedsprofessionelle, sundhedsinstitutioner, organisationer og beslutningstagere aktivt kan fremme borgeres viden, handlekraft og autonomi gennem strukturelt og kommunikativt støttende omgivelser. Netop denne dimension har betydning i dette speciale, hvor fokus ikke alene er rettet mod individets sundhedskompetence, men som et resultat af samspillet mellem borger og de sundhedsprofessionelle, sundhedsinstitutioner og samfundsmæssige strukturer, der omgiver dem. Dette perspektiv bidrager til, at fokus ikke alene er rettet mod individets sundhedskompetence, men også mod, hvordan alment praktiserende læger, som sundhedsprofessionelle gennem deres kommunikation kan bidrage til at styrke patientens evne til at forstå, vurdere og anvende sundhedsrelateret information. Ifølge Sørensen et al. (2012) defineres sundhedskompetence:

“Health literacy is linked to literacy and entails people’s knowledge, motivation and competencies to access, understand, appraise and apply information to make judgements and take decisions in everyday life concerning healthcare, disease prevention and health promotion to maintain and improve quality of life during the life course” (Sørensen, et al., 2012 s. 3).

Sørensen et al. 2012 definition af sundhedskompetence omfatter viden om, motivation for og kompetencer i at finde, forstå, vurdere og anvende information til at træffe informerede beslutninger om sundhedsvæsenet, sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme, med henblik på at opretholde eller forbedre livskvaliteten. Sørensen et al.s tilgang adskiller sig således fra Nutbeams ved at inkludere organisatoriske og strukturelle faktorer,

I forlængelse heraf, har Sørensen et al. udviklet modellen *Integrated model of health literacy*, som integrerer individuelle, organisatoriske og samfundsmæssige niveauer og kan anvendes som en socioøkologisk model, der belyser at sundhedskompetence ikke blot er en statisk egenskab hos individet, men også en dynamisk proces der kan styrkes i samspil med deres omgivelser (Sørensen et al., 2012). Modellen bidrager til en dybdegående forståelse af sundhedskompetence som et multidimensionelt begreb, som kan påvirkes af relationen mellem individet og sundhedsprofessionelle. Dette gør modellen velegnet til at undersøge, hvordan alment praktiserende læger gennem deres kommunikative praksis kan påvirke ældre patienters evne til at tilgå, forstå og anvende sundhedsinformation i mødet med sundhedsvæsenet.

Figur 1: Integrated model of health literacy



2.4.1 Kerneelementer

I det foregående afsnit blev der beskrevet, hvordan lægers kendskab til patienters sundhedskompetence kan være med til at understøtte bedre kommunikation mellem læge og patient. Dette afsnit introducerer kerneelementer i sundhedskompetence, der har betydning for, hvordan læger kan og bør tilpasse deres kommunikation for at sikre forståelse og inddragelse af ældre patienter.

Sørensen et al.'s (2012) beskriver at sundhedskompetence skal forstås som en proces, der involverer at finde, forstå, vurdere og anvende sundhedsrelateret information. Denne proces inkluderer forskellige niveauer, som afspejler trin i en proces, hvert trin bygger på foregående og føre til det næste, hvilket skaber en grad af hierarki i kompetencerne: 1). Tilgængelighed (Access), dette er det grundlæggende niveau, hvor individet søger og finder sundhedsinformation, 2). Forståelse (Understand), efter at have tilgået informationen, skal individet kunne forstå indholdet, hvilket er et mere avanceret niveau, da det kræver kognitive evner til at fortolke informationen korrekt, 3). Vurdering (Appraise), dette niveau indebærer en endnu dybere kognitiv proces, hvor individet vurderer og bedømmer informationens relevans og pålidelighed og 4). Anvendelse (Apply), det højeste niveau, hvor informationen anvendes til at træffe sundhedsrelaterede beslutninger. Dette trin kræver evnen til at integrere og anvende viden i praktiske situationer (Sørensen et al., 2012). Disse

niveauer viser en progression fra grundlæggende til mere komplekse færdigheder inden for sundhedskompetence og understreger, hvordan individet gradvist opbygger sin sundhedskompetence til at navigere effektivt i sundhedssystemet. Den iterative proces, understøtter at disse færdigheder styrkes og forbedres gennem gentagen anvendelse og erfaring (Sørensen et al., 2012). Denne tilgang forudsætter, at den enkelte borger er i stand til at påtage sig en autonom og ansvarsfuld rolle inden for sundhedsfremme, forebyggelse, pleje og behandling. Dette bliver yderligere forstærket af sundhedsvæsenets kompleksitet og den øgede tilgængelighed af sundhedsinformationer i samfundssektorerne (Maindal & Vinther-Jensen, 2016, s. 2-3). Samlet set peger disse forhold på, at sundhedskompetence er et komplekst og flerdimensionelt begreb, der omfatter både kognitive og sociale aspekter. Individets evne til at finde, forstå, vurdere og anvende sundhedsinformation er betinget af et samspil mellem individets ressourcer og organisatoriske forhold. Det tolkes at det ikke alene er patientens eget ansvar at styrke sin sundhedskompetence, men det ligeledes er et organisatorisk ansvar, herunder de alment praktiserende lægers ansvar.

2.4.2 Determinanter for sundhedskompetence

For at opnå en mere nuanceret forståelse af, hvilke forhold der påvirker individers sundhedskompetence, er det relevant at se nærmere på de bagvedliggende determinanter. I denne sammenhæng skelnes der mellem proksimale, situationelle og distale faktorer, som hver især former individets evne til at finde, forstå, vurdere og anvende sundhedsrelateret information. De følgende afsnit vil derfor udfolde, hvordan proksimale, situationelle og distale faktorer kan påvirke ældre borgers sundhedskompetence, og hvilken rolle læger i almen praksis spiller i håndteringen af disse forhold.

2.4.2.1 Proksimale faktorer og situationelle faktorer

De proksimale faktorer refererer til individets umiddelbare forhold, der direkte påvirker deres sundhedskompetence og interaktion med sundhedsvæsenet. Disse faktorer omfatter blandt andet determinanter såsom alder, køn, socioøkonomisk status, uddannelse, erhverv og indkomst (Sørensen et al., 2012). Det forstås som, at de proksimale faktorer for ældre borgere refererer specifikt til deres umiddelbare færdigheder og ressourcer, som har direkte betydning for deres evne til at interagere med sundhedsvæsenet.

Sundhedskompetence er en central faktor for lige adgang til sundhedsvæsenet og de sundhedstilbud, men studier viser at niveauet af sundhedskompetence falder med alderen (Madsen et al., 2009 ; Bo,

Friis & Maindal, 2014). Ældre i alderen 65-84 år rapporterer ofte vanskeligheder med at udfylde medicinske formularer og forstå sundhedsoplysninger, mens ca. 30 procent af ældre borgere 85+årige oplever udfordringer med at følge instrukser fra sundhedspersonale (Bo, Friis & Maindal, 2014). Et studie viser at personer med lav sundhedskompetence i højere grad oplever kommunikationsvanskeligheder i mødet med sundhedsprofessionelle sammenlignet med personer med højere sundhedskompetence niveau (Finbråten et al., 2022). Dette indikerer behovet for at støtte ældre borgere i deres sundhedsforløb gennem patientcentreret kommunikation.

Forskning viser at der ses en tydelig social gradient i sundhedskompetence, hvor lavere uddannelsesniveau ofte hænger sammen med lavere sundhedskompetence (Friis et al., 2016; Mortensen L. Erik, 2021). I en europæisk undersøgelse på tværs af otte lande fandt Sørensen et al. (2015), at lav økonomisk status udgjorde den stærkeste indikator for et lavt sundhedskompetenceniveau. Derudover har boligsituationen en betydning for niveauet af sundhedskompetence, idet personer, der bor alene, ofte har lavere sundhedskompetence (Friis et al. 2016). Forskning peger desuden på, at lav sundhedskompetence kan medføre en øget sundhedsrisiko, og at ældre ofte tilhører de grupper, der både har lav sundhedskompetence og samtidig gør hyppigt brug af sundhedsvæsenets ydelser (Berkman et al., 2011; WHO, 2015). I forlængelse heraf fremhæver Sørensen et al. (2012) de situationelle determinanter som referer til de kontekstuelle forhold, der påvirker individets sundhedskompetence, såsom sociale relationer herunder social støtte, familie og venner samt påvirkning fra sociale netværk, fysiske omgivelser og medier (Sørensen et al., 2012). Ældres sociale og fysiske omgivelser har betydning for deres evne til at finde, forstå, vurdere og anvende information i praksis, herunder samspillet mellem patienten og sundhedsvæsenet eller sundhedsprofessionelle. Et tysk studie af Klinger, Berens og Schaeffe (2023) viser, at social støtte er positivt forbundet med sundhedskompetence. Dette indikerer, at sociale relationer, såsom familie og venner, kan have en betydning for individets evne til at håndtere sundhedsrelateret information og træffe beslutninger. Dette understøttes af et australsk studie, som undersøger hvordan sundhedskompetence forstås og måles, hvor social støtte indgår som én af ni nøglekomponenter i begrebet, som har betydning for ens sundhedskompetence (Osborne, 2013). Det kan heraf udledes, at social støtte kan have en betydning for individets sundhedskompetence, og i at styrke individets forudsætninger for at forstå, vurdere og anvende sundhedsrelateret information og dermed øge deres evne til at navigere i sundhedsvæsenet og træffe informerede beslutninger om egen behandling.

2.5.2.2 Distale faktorer

Ud over de mere umiddelbare og kontekstnære forhold, der præger individets møde med sundhedsvæsenet, spiller også de bredere samfundsmæssige og strukturelle rammer en rolle for sundhedskompetencen idet de indirekte, men systematisk, former individets sundhedskompetence. De distale faktorer omfatter sociale og miljømæssige determinanter, såsom demografiske forhold, kultur, sprog og politiske tiltag (Sørensen et al., 2012). Det understreger, at sundhedskompetence ikke udelukkende afhænger af den enkelte ældres evne til at navigere i sundhedsvæsenet og forstå sundhedsrelateret information, men også er et samfundsmæssigt og organisatorisk ansvar, herunder de almene praktiserende lægers.

De distale faktorer har en indflydelse på sundhedskompetence, idet de distale faktorer former de rammer, hvori sundhedsydelser organiseres og tilrettelægges, formidles og tilgås. Organisatoriske beslutninger, som hvordan konsultationer struktureres, hvilke kommunikationsformer prioriteres, eller hvordan tid og ressourcer fordeles i almen praksis, kan i sig selv skabe barrierer for kommunikationen mellem læger og ældre patienter med lav sundhedskompetence (Greenhalgh, 2009). I afsnit 2.2, *Almen praksis' rolle i sundhedsvæsenet* fremgår det, at læger i almen praksis ofte er patientens første kontakt i sundhedssystemet (BDO, 2023a; Danske Regioner, n.d.). Derudover har sundhedsprofessionelle en central aktør i implementeringen af sundhedspolitikker og patientrettede indsatser (Greenhalgh, 2009).

Som det fremgår af afsnit 2.4.2.2 *proksimale faktorer og situationelle faktorer*, viser studier, at borgere med lav socioøkonomisk status i højere grad oplever vanskeligheder med at navigere i sundhedssystemet. Ligeledes modtager disse borgere med lav socioøkonomisk status mindre relevant behandling.

I et sundhedssystem, hvor sundhedskompetence udgør en socialt betinget risikofaktor, ses det, at borgere med lavere niveau af sundhedskompetence træffer sundhedsmæssige valg, der fører til dårligere helbred. Dette viser at i et højt udviklet sundhedssystem, som i Danmark, er der fortsat social ulighed med betydning for sundhedstilstanden hos den enkelte (Aaby et al., 2022, s. 12). Et review af Berkman et al. (2011) viser, at lav sundhedskompetence hænger sammen med lavere deltagelse i forebyggende sundhedsydelser og øget brug af akutte tilbud og hospitalsindlæggelser, hvilket afspejler de udfordringer denne patientgruppe møder i sundhedsvæsenet. Dette kan i høj grad forklares med de strukturelle forskelle der er indlejret i samfundet, og som medvirker til systematisk social ulighed i både adgangen til og udbyttet af sundhedsydelser særligt blandt borgere med lav sundhedskompetence (Kjeld et al., 2022). Ifølge sundhedsstyrelsens rapport, påvirker

social ulighed både adgangen til sundhedsydelser og evnen til at forstå og anvende sundhedsinformation (Kjeld et al., 2022).

På baggrund af problemanalysen er der således incitament for at undersøge nærmere, hvordan sundhedsprofessionelle i praksis tilpasser deres kommunikation og hvilke metoder samt teknikker, der anvendes for at imødekomme ældre patienter med lav sundhedskompetence.

3.0 Problemafgrænsning

På baggrund af problemanalysen fremgår det, at lav sundhedskompetence blandt ældre patienter har en betydning i mødet med sundhedsvæsenet (Berkman et al., 2011; Finbråten et al., 2022; Friis et al., 2016). Alment praktiserende læger fungerer som centrale aktører i patientens behandlingsforløb, og den måde, hvorpå sundhedsinformation formidles og tilpasses patientens forudsætninger, har stor betydning for patientens mulighed for at deltage aktivt i egen behandling (Silverman et al., 2013; Sørensen et al., 2012). Der eksisterer generel viden om, at lav sundhedskompetence kan medføre øget risiko for fejl, misforståelser og lavere behandlingskvalitet (Berkman et al., 2011). Ligeledes er der forskning, der peger på kommunikationens betydning i patientmødet. Der er dog begrænset forskning om, hvordan alment praktiserende læger konkret tilpasser deres kommunikation til ældre patienter med lav sundhedskompetence og hvilke kommunikative metoder og teknikker deres anvendes i praksis.

Med afsæt i ovenstående afgrænses dette speciale til at undersøge det organisatoriske niveau, herunder kommunikationen mellem alment praktiserende læger og ældre patienter med lav sundhedskompetence. Specialet beskæftiger sig ikke med patientperspektivet eller hvordan patienten selv kan forbedre sin sundhedskompetence.

Teoretisk afgrænses specialet til Sørensen et al., (2012) integreret model, der anvendes som en teoretisk ramme for sundhedskompetence. Modellen bruges desuden til at belyse, hvordan lægens kommunikation kan understøtte ældre patienter med lav sundhedskompetence i konsultationen, herunder med inddragelse af de proksimale, situationelle og distale faktorer.

4.0 Problemformulering

På baggrund af af den foregående problemanalyse og problemafgrænsning har specialegruppen udarbejdet følgende problemformulering med tilhørende underspørgsmål:

Hvordan tilpasser læger i almen praksis deres kommunikation til ældre patienter med lav sundhedskompetence og hvilke specifikke evidensbaserede kommunikative metoder forbedrer patientinddragelse i denne patientgruppe?

- 1) **Forskningsspørgsmål til systematisk litteratursøgning:** *Hvilken viden findes der om praktiserende lægers oplevelser med brugen af kommunikative metoder til at styrke kommunikationen med ældre patienter med lav sundhedskompetence i almen praksis?*
- 2) **Forskningsspørgsmål til kvantitative metode:** *Hvilke statistiske sammenhænge findes der mellem ældre med lav sundhedskompetence og deres kommunikation med læger i almen praksis i Danmark?*
- 3) **Forskningsspørgsmål til kvalitative metode:** *Hvilke oplevelser har læger i almen praksis med at tilpasse kommunikationen til ældre med lav sundhedskompetence for at understøtte en bedre patientinddragelse?*

5. Metode

5.1 Videnskabsteori

Ifølge James (1907) bygger pragmatismen på en flervidenskabelig metodologi og anvendelsen af de metoder, der er mest hensigtsmæssige. Denne tilgang blev valgt, idet anvendelse af metodetriangulering stemte overens med specialets problemformulering, som blev undersøgt gennem både kvalitativ og kvantitativ metode.

Metodetrianguleringen gør det muligt at kombinere viden fra eksisterende forskning, praksiserfaring og et kvantitativt datasæt. Dette muliggjorde en abduktiv tilgang til viden, hvor deduktive og induktive tilgange kombineres, hvilket gør det muligt at tilpasse og udvikle forståelser i takt med nye erfaringer, hvilket afspejler pragmatismens tilgang (James, 1907).

Pragmatismen handler således ikke om at finde den sande teori, men om hvad der virker i praksis (James, 1907). Ifølge James (1907) skal sandhed forstås som noget, der opstår og formes i mødet med praksis, dette fremgår af følgende citat: *“The truth of an idea is not a stagnant property inherent in it. Truth happens to an idea. It becomes true, is made true by events. Its verity is in fact an event, a process”* (James 1907 s. 201). Ud fra dette citat skal sandheden forstås som noget der udvikles gennem erfaring og handling. Denne tilgang muliggør en forståelse af viden og sandhed som dynamiske, som noget der udvikles over tid, i takt med nye erfaringer og handlinger. Samtidig fremhæver James (1907), at viden og sandhed afhænger af den konkrete situation eller kontekst. Det, der fungerer eller er sandt i én situation, behøver nødvendigvis ikke at fungere eller være sand i en anden situation. Med udgangspunkt i pragmatismen forstås viden og sandhed, som noget der opstår på baggrund af handlinger og hvilken konsekvens handlingen har. Dette blev undersøgt gennem semistruktureret interviews med de praktiserende læger, hvor deres erfaringer, oplevelser og konsekvenser blev undersøgt. Herigennem blev praktiserende lægers erfaringer, oplevelser og de konsekvenser, der var forbundet med anvendelsen og tilpasning af kommunikative metoder, belyst. Det blev dermed tydeliggjort, hvordan deres handlinger i praksis kunne have en betydning for kommunikationen med ældre patienter med lav sundhedskompetence.

I forlængelse af den pragmatisk tilgang forstås kommunikation som en handling, der udfolder sig i konkrete og kontekstuelle situationer og ikke som en neutral eller isoleret proces. Denne forståelse satte fokus på, hvordan betydningen af kommunikation formes og forandres i praksis gennem samspil mellem individuelle, sociale og situationelle faktorer (Egholm, 2014). Denne forståelse

havde betydning for, hvordan praktiserende læger tilpasser deres kommunikation i mødet med ældre patienter med lav sundhedskompetence.

George Herbert Mead beskriver selvet som sammensat af to sider: én der tilpasser sig sociale normer og forventninger, og én der er mere spontan og handler kreativt i øjeblikket. I pragmatismen anses identitet og mening ikke som noget, der er fastlagt, men noget der formes og udvikles gennem handling og relationer, man indgår i. Den første side af selvet handler om, hvordan individet ser sig selv gennem andres øjne og forsøger at leve op til de roller og forventninger, der knytter sig til vores sociale position (Egholm, 2014). Det kan f.eks. komme til udtryk, når læger anvender fagsprog og rutinemæssig tale, der kan være svære at forstå for patienter med lav sundhedskompetence.

Den anden side af selvet er mere åben og fleksibel, og det gør det muligt at handle anderledes og har potentiale til at skabe forandring (Egholm, 2014). I mødet med patienter kan denne side f.eks. vise sig, når lægen tilpasser sin kommunikation til patientens behov og forsøger at skabe en mere forståelig og inkluderende dialog. På den måde kan lægens refleksion og bevidste valg i kommunikationen være med til at forbedre patientinddragelsen, hvor viden og relation formes i øjeblikket, hvilket stemmer overens med pragmatisk tilgang.

Den systematiske litteratursøgning bidrog i dette speciale med praksisnær og evidensbaseret viden om, hvilke kommunikative metoder tidligere forskning havde vist som effektive i mødet med patienter med lav sundhedskompetence.

Set i et pragmatisk lys anvendes denne viden ikke som en statisk sandhed, men som et refleksionsgrundlag og supplement til de empiriske data, der gør det muligt at vurdere, hvordan metoderne virker i forskellige kontekster og praksisser (James, 1907). Denne forskningsbaserede viden suppleres af den kvantitative del af undersøgelsen, som bidrog med et overblik over statistiske sammenhænge mellem ældres sundhedskompetence og deres oplevelse af kommunikationen med læger i almen praksis.

Samlet set muliggjorde denne metodiske kombination funderet i en pragmatisk videnskabsforståelse en tilgang, hvor både erfaring, kontekst og mønstre i data bidrog til at undersøge og kvalificere viden om kommunikationen mellem læger og ældre patienter med lav sundhedskompetence.

5.2 Teoretisk perspektiv

Social Categorization Theory inddrages i specialet som teoretisk perspektiv med det formål at opnå en forståelse af, hvordan sociale kategoriseringer kan påvirke mødet mellem alment praktiserende læger og ældre patienter med lav sundhedskompetence. Teorien præsenteres med henblik på at give indsigt i, hvordan sociale kategoriseringer kan føre til stereotype forestillinger og dermed påvirke, hvordan patienter mødes, forstås og kommunikeres med i konsultationen.

Ifølge Tajfel & Turner (1979) har individer en tilbøjelighed til at kategorisere både sig selv og andre i sociale grupper baseret på trivielle eller tilfældige forskelle. Tajfel og Turner understreger, at social categorization er en basal kognitiv proces, hvorpå individet organiserer og forstår den sociale verden. Det er en naturlig og ofte effektiv proces, som hjælper individet med at navigere i komplekse sociale sammenhænge (Tajfel et al., 1971). Kategoriseringen sker ofte hurtigt, ubevidst og automatisk, hvilket er med til at forme hvordan individet identificerer sig med sociale grupper, og har indflydelse på vedkommendes følelser og adfærd. Menneskers sociale interaktioner formes af tidligere erfaringer med individer, der tilhører forskellige sociale kategorier. Gennem løbende samspil justeres og nuanceres disse kategorier, hvilket kan have indflydelse på individets fremtidige adfærd. I forbindelse med sociale interaktioner kan kategorisering, afhængigt af konteksten, have betydning for, hvordan individer forstår og forholder sig til hinanden. Det kan danne grundlag for generaliseringer, som i nogle tilfælde kan bidrage til udviklingen af stereotyper og fordomme (Tajfel & Turner, 1979).

I kommunikative sammenhænge trækker individet på socialt konstruerede forståelser og kollektive begreber, der er forankret i den sociale kontekst (Berger & Luckmann, 1966). Samtidig indgår social kategorisering som en automatisk proces, hvor individer ud fra egne erfaringer og antagelser placerer andre i bestemte sociale grupper (Tajfel & Turner, 1979).

I en klinisk sammenhæng kan social categorization og selvkategorisering have en betydning for, hvordan kommunikationen etableres og opleves i mødet mellem alment praktiserende læger og ældre patienter med lav sundhedskompetence.

I de fleste tilfælde muliggør social categorization en hurtigere og forenklet samt en mere effektiv social informationsbearbejdning i mødet med andre (Tajfel & Turner, 1979).

I en klinisk kontekst, hvor både læge og patient opfatter sig selv som del af den samme kategorisering, kan det have en positiv effekt. Det kan have en positiv effekt på interaktionen og dermed kommunikationen og inddragelse af patienten. Sodeman (2018) fremhæver, at

sundhedsprofessionelle kan have en tendens til at yde bedre behandling til patienter, som de identificerer sig med.

Omvendt hvis læge og patient opfatter sig selv som tilhørende forskellige sociale grupper, kan det forstærke sociale distancer og hæmme dialogen. Den manglende fælles sociale identitet kan dermed skabe barrierer for patientinddragelse og mindske effektiviteten af kommunikationen.

5.3 Kvantitative metode

Den kvantitative metode anvendes til at besvare specialets andet forskningsspørgsmål: "*Hvilke statistiske sammenhænge findes der mellem ældre med lav sundhedskompetence og deres kommunikation med læger i almen praksis i Danmark?*". For at besvare dette forskningsspørgsmål blev der taget afsæt i den beskrivende forskningstype, som ifølge Launsø og Rieper (2017), søger at beskrive forekomsten af fænomener. Kernespørgsmålet inden for den beskrivende forskningstype er: "Hvordan fordeler X sig på Y?". Den kvantitative analyse skaber dermed et grundlag for at belyse mønstre og tendenser.

Denne tilgang muliggør en systematisk undersøgelse af, hvordan lav sundhedskompetence blandt ældre potentielt påvirker deres kommunikation med alment praktiserende læger.

5.3.1 Statistiske analyser af sammenhænge mellem patientens sundhedskompetence og deres oplevelse af kommunikationen med læger i almen praksis.

For at besvare det kvantitative forskningsspørgsmål blev der anvendt et tværsnitstudie, hvor data om patientens *oplevelse af kommunikation* og *sundhedskompetenceniveau* blev indsamlet på samme tid. Et tværsnitstudie tillader at identificere statistiske sammenhænge mellem to variable. Dog med forbehold for, at det ikke er muligt at udtale sig om associationsretningen, da data om eksponering og outcome er indsamlet samtidig (Juul et al., 2017). Studiet bestod af en deskriptiv analyse som havde til formål at beskrive studiepopulationens karakteristika. Mens den logistiske regression havde til formål at identificere sammenhængen mellem sundhedskompetenceniveau og oplevelsen af kommunikationen.

5.3.2 Health Literacy Survey 2019-2021 (HLS19)

Datagrundlaget for dette speciale tager afsæt i en national tværsnitstudie baseret på en spørgeskemaundersøgelse, som indgår i en større tværnationale undersøgelse *Health Literacy Population Survey 2019-2021* (HLS19). Den internationale undersøgelse er gennemført i 17 europæiske lande med henblik på at undersøge den generelle sundhedskompetence.

I dette speciale anvendes data fra den danske del af HLS19, nærmere betegnet de 12 spørgsmål fra HLS19-Q12, som er en valideret og kortere version af det oprindelige HLS-EU-Q47-instrument (Pelikan et al., 2022a; The HLS19 Consortium of the WHO Action Network M-POHL, 2021). Den danske undersøgelse blev gennemført på Aalborg Universitetshospital og Aalborg Universitet i samarbejde med Sundheds- og Ældreministeriet samt Sundhedsstyrelsen (Aalborg Universitetshospital, n.d.). De 12 spørgsmål i HLS19-Q12 er udvalgt med det formål at dække de centrale dimensioner i HLS-EU's teoretiske ramme for sundhedskompetence. De dækker over: 1). adgang til sundhedsinformation, 2). forståelse af information, 3). vurdering af informationens relevans og pålidelighed og 4). anvendelse af information i beslutninger om egen sundhed. Spørgsmålene belyser, hvor let eller svært det er for den enkelte borger at finde, forstå, vurdere og bruge sundhedsrelateret information og tilbud fra sundhedsvæsenet, med henblik på at tage beslutninger om sin egen sundhed (Pelikan et al., 2022a). Respondenterne angiver, hvor let eller svært de oplever forskellige sundhedsrelaterede information, på en 4-punkt ordinal skala med svarmulighederne: "meget let", "let", "svært" og "meget svært". Skalaen er en Likert-type vurderingsskala, og svarene rekodes til en kontinuerlig Health Literacy score (HL-score) fra 0 til 100, hvor højere værdier repræsenterer en højere sundhedskompetence (Finbråten et al., 2022). I den danske del af undersøgelsen blev der i perioden november 2020 til februar 2021 inviteret 27.727 personer til at deltage via det webbaserede spørgeskema, Computer-Assisted Web Interviewing (CAWI). Deltagerne modtog invitationen via e-Boks og fik adgang til spørgeskemaet gennem et personligt link. For at sikre repræsentativitet, blev der stratificeret ud fra alder, køn, befolkningstæthed og geografisk fordeling, med udgangspunkt danske registerdata. Data blev desuden vægtet i analyserne for at tilpasse stikprøven til befolkningssammensætningen. Af de inviterede deltog 4.605 personer, hvoraf 3602 personer opfyldte kriteriet om at have besvaret mindst 80 procent af spørgeskemaet. Det er disse besvarelser, der indgår i analysen. Den samlede svarprocent var ca. 13 procent (The HLS19 Consortium of the WHO Action Network M-POHL, 2021).

Adgangen til data foregik via den krypterede serverforbindelse Mimirs Brønd (Bøggild, 2020), som sikrer databeskyttelse i overensstemmelse med gældende GDPR-regler (Datatilsynet et al., 2017). Dette foregik gennem specialegruppens vejleder. Serveradgangen var tidsbegrænset og blev udelukkende opretholdt i den periode specialet blev udarbejdet, hvorefter forbindelsen blev lukket i henhold til principperne om dataminimering og opbevaringsbegrænsning (Intersoft Consulting, n.d.). Inden arbejdet med data fra HLS-19 spørgeskemaet blev igangsat, blev der udarbejdet en

databehandlersaftale. Derudover blev muligheden for en eventuel publikation af specialets resultater drøftet mellem specialegruppen og vejleder med henblik på senere formidling i en videnskabelig kontekst.

5.3.3 Datamangement og præsentation af inkluderede variable

De statistiske analyser blev udført i STATA version 17 ved anvendelse af en systematisk tilgang til datanalyse, inspireret af Kirkwood og Sterne (2003). Specialegruppen startede med en omfattende datamanagement proces, hvor data blev rensat og variablerne blev forberedt til analyse. Dette omfattede blandt andet at fjerne irrelevante variabler, som ikke bidrog til den foreliggende kvantitative analyse, omdøbning af variabler samt kontrol af, at afledte variabler blev korrekt oprettet. En oversigt over de inkluderede variable fremgår af tabel 1.

Forud for analysen blev relevante spørgsmål fra HLS-19 spørgeskemaet udvalgt og anvendt til at konstruere variable, der kunne måle henholdsvis sundhedskompetence og oplevelser med kommunikationen i almen praksis. Dette var med henblik på at muliggøre en kvantitativ undersøgelse af sammenhængen mellem ældre patienter med lav sundhedskompetence og oplevelsen af kommunikationen med læger i almen praksis.

5.3.3.1 Udfald

I den statistiske analyse er udfaldsvariablen defineret som oplevet kommunikation med egen læge. Til at måle dette blev variablen `com_dd` anvendt, som bygger på seks spørgsmål udviklet i forbindelse med HLS19-COM-P-Q6-instrumentet. Spørgsmålene måler borgerens oplevelse af, hvor let eller svært det er at kommunikere med egen læge, herunder evnen til at forstå information, stille spørgsmål, forklare sine symptomer og blive inddraget i beslutninger om egen behandling (Finbråten et al., 2022). Spørgsmålene blev besvaret på en 4-punkt likert-skala: "meget let", "let", "svært" og "meget svært". Til brug i den statistiske analyse blev variablen `com_dd` anvendt som på forhånd var blev kodet dikotom i datasættet "meget let" og "let" blev kodet som 1= let. "svært" og "meget svært" blev kodet som 0 svær.

Respondenter med samlet score over 60 var kodet som at have oplevet kommunikationen med egen læge som let hvor responenter med en samlet score under 60 var kodet som at have oplevet kommunikationen med egen læge som svær.

5.3.3.2 Eksponering

Til at måle eksponeringsvariablen sundhedskompetence anvendes det validerede spørgeskema HLS19-Q12, som er en forkortet og tilpasset version af HLS-EU-Q47, udviklet i regi af M-pohl.

Spørgsmålene bygger på Sørensen et al. (2012), integrerede teoretiske model for sundhedskompetence (Pelikan et al., 2022b), hvilket stemmer overens med specialets definition af sundhedskompetence beskrevet i problemanalysen jf. afsnit 2.4 *Sundhedskompetence*. Svarerne blev oprindeligt målt på en likert-skala med fire svar kategorier: “meget svært”, “svært”, “let” og “meget let”. I tråd med indelingerne af Pelikan et al. (2022b) blev der indledningsvist dannet fire HL-niveauer: utilstrækkelig, problematisk, tilstrækkelig og fremragende sundhedskompetence, baseret på respondenternes samlede score. Det viste sig dog, at fordelingen på disse fire grupper resulterede i for små antal til statistisk analyse. For at sikre en tilstrækkelig statistisk styrke blev variablen derfor dikotomiseret. Respondenter med en samlet score over 66,7 klassificeret blev kodet som havende høj sundhedskompetence (kodet som 2), mens de øvrige blev klassificeret med lav sundhedskompetence (kodet som 1). Den specifikke rekodning fremgår af bilag 1.

5.3.3.3 Baggrundvariable

I problemanalysen blev det fremanalyseret, at flere faktorer potentielt har betydning for ældres sundhedskompetenceniveau, og deres oplevelse af kommunikationen i almen praksis. Derfor inddrages følgende baggrundvariable i den statistiske analyse: socioøkonomisk status, køn, social støtte, alder, antal besøg hos egen læge samt tilstedeværelsen af kronisk sygdom. Det blev fremanalyseret i problemanalysen jf. afsnit 2.4.2.1 *Proksimale faktorer og situationelle faktorer*, at socioøkonomisk status kan have betydning for ældres sundhedskompetenceniveau. Idet lav socioøkonomisk status er forbundet med lavere sundhedskompetence (Friis et al. 2016).

Socioøkonomisk status kan fungere som en effektmodifikator idet betydningen af lav sundhedskompetence for kommunikationen med praktiserende læge, kan variere afhængigt af individets socioøkonomiske status. I den statistiske analyse anvendes spørgsmålet om uddannelsesniveau som indikator for socioøkonomisk status, da problemanalysen viste en social gradient, hvor lavere uddannelse er forbundet med lavere sundhedskompetence (Friis et al. 2016). Oprindeligt omfattede variablen fire kategorier: 1) 1–10 klasse, 2) ungdomsuddannelse, 3) erhvervsfaglig eller kort videregående uddannelse, og 4) mellemlang eller højere uddannelse. Disse blev rekodet til en dikotom variabel: “lav uddannelse” (1), som omfattede de tre første grupper, og “høj uddannelse” (2), som omfattede personer med mellemlang eller højere uddannelse.

5.3.3.3.1 Social støtte

Social støtte blev ligeledes identificeret som en baggrundvariabel, da sociale relationer kan fungere som en ressource i mødet med sundhedsvæsenet (Klinger et al., 2023; Osborne 2013). På den

baggrund vurderes det relevant at inddrage social støtte som en baggrundsvariabel. I den statistiske analyse blev variablen Oslo_3 fra Oslo Social Support Scale (OSSS-3), anvendt som en kategorisk variabel, hvor scorerne blev inddelt i lav støtte (3–8), moderat støtte (9–11) og høj støtte (12–14), jf. anbefalingerne fra Kocalevent et al. (2018).

5.3.3.3.2 Alder

Alder inddrages som en baggrundsvariabel, jf. afsnit 2.4.2.1 *Proximale faktorer og situationelle faktorer*, hvor det blev fremanalyseret, at ældre borgere, særligt i højere aldersgrupper (75+år), ofte står over for aldersrelaterede udfordringer som nedsat syn, hørelse, kognitive udfordringer, og nedsat fysisk funktionsevne, som kan vanskeliggøre forståelsen og anvendelsen af sundhedsinformation (Bo et al., 2014). Endvidere beskriver Bo et al. (2014), i sit studie, at niveauet af sundhedskompetence falder med alderen.

5.3.3.3.3 Kontakt til egen læge

Det blev fremhævet, jf. afsnit 2.4.2.1 *Proximale faktorer og situationelle faktorer*, at personer med lav sundhedskompetence kan have et øget behov for kontakt med sundhedsvæsenet, hvilket resulterer i flere besøg hos egen læge. Dette kan fungere som en potentiel confounder, da hyppig kontakt kan styrke relationen, og dermed oplevelsen af kommunikationen med den praktiserende læge. Antallet af kontakter til egen læge blev operationaliseret som en kategorisk variabel baseret på respondenternes selvrapporterede antal besøg inden for det seneste år. Variablen blev inddelt i fire kategorier: Variablen blev inddelt i fire kategorier: 0 besøg, 1 besøg, 2 besøg og 3 eller flere besøg.

5.3.3.3.4 Kronisk sygdom

Endelig inddrages tilstedeværelsen af kronisk sygdom som en baggrundsvariabel i den statistiske analyse, idet problemanalysen jf. afsnit 2.1 *Omstilling af sundhedsvæsenet* viste, at personer med kroniske sygdomme i højere grad oplever vanskeligheder med at forstå og anvende sundhedsinformation sammenlignet med personer uden kroniske sygdomme. Variablen blev inddelt selvrapporterede kroniske sygdomme og kategoriseret i tre niveauer: 0 sygdomme, 1 sygdom samt 2 eller flere sygdomme.

Respondenter med manglende besvarelser i nogen af de inkluderede variable blev ekskluderet fra analysen, og der blev således gennemført en complete case analyse, dette kan ses i bilag 1 og 2.

Tabel 1: Oversigt over de anvendte variable, herunder deres type, skalaniveau og kodning

Variable	Variabeltype	Oprindelig skala	Ny skala	Ny kodning
Kommunikation	Outcome	Binomial	Binomial	0 = svær 1 = let
Sundhedskompetence	Eksposering	Ordinal	Binominal	1=Lav sundhedskompetence 2=Høj sundhedskompetence
Køn	Baggrundsvariabel	Binomial	Binomial	1=Mand 2=Kvinde
Alder	Baggrundsvariabel	Ratio-interval	binomial	1 = 65 - 74 2 = 75 +
Uddannelsesniveau	Baggrundsvariabel	Kategorisk	Kategorisk	1=Lav uddannelsesniveau 2=Høj uddannelsesniveau
Kronisk sygdom	Baggrundsvariabel	Kategorisk	Kategorisk	0 = Ingen kronisk sygdom 1 = 1 kronisk sygdom 2 = 2 eller flere kroniske sygdomme
Social støtte	Baggrundsvariabel	Ordinal	Ordinal	0 = God 1 = Moderat 2 = Dårlig
Antal besøg hos praktiserende læge	Baggrundsvariabel	Ordinal	Ordinal	0 = ingen besøg 1= 1 besøg

				2 = 2 besøg 3 = 3 besøg eller flere besøg
--	--	--	--	--

5.3.4 Hypotese og signifikansniveau

For at undersøge om forskelle i gennemsnit mellem to grupper i en stikprøve ikke blot skyldes en tilfældig variation, men at en reel forskel i populationen fremgår, benyttes hypotesetestning. Her opstilles typisk en nulhypotese, som antager, at der ikke er en forskel mellem gruppernes gennemsnit i populationen ($H_0: \mu_1 - \mu_0 = 0$) (Kirkwood & Sterne, 2003). Med udgangspunkt i specialets andet forskningsspørgsmål, er der derfor formuleret en hypotese om en statistisk association mellem sundhedskompetence og kommunikation. Nulhypotesen og den alternative hypotese præsenteres i tabel 2 nedenfor

Tabel 2: Nulhypotese og Alternativ hypotese

Nulhypotese	Der er ingen sammenhæng mellem sundhedskompetence og oplevet kommunikationen med egen læge
Alternativ hypotese	Der er en sammenhæng mellem sundhedskompetence og oplevet kommunikationen med egen læge

Hypotesen blev testet med χ^2 test med et signifikansniveau på 5%. Ifølge Kirkwood og Sterne (2003), er dette niveau almindeligt anvendt inden for sundhedsvidenskabelig forskning. De fremhæver desuden, at p-værdier bør fortolkes i sammenhæng med konfidensintervaller. Ved at fortolke på både p-værdier og konfidensintervaller, anses det således for at være informativt, end alene at fokusere på, om p-værdien ligger under den konventionelle grænse på 0,05.

5.3.7 Univariate analyser

Som led i den deskriptive analyse blev der udført univariate analyser med henblik på at undersøge fordelingen af hver variabel, og for at identificere eventuelle ekstreme værdier eller kategorier, med meget få observationer, som kunne have betydning for den videre analyse (Kirkwood & Sterne,

2003). Formålet med de univariate analyser var at beskrive studiepopulationens karakteristika, og danner hermed et grundlag for de efterfølgende statistiske analyser.

5.3.8 Chi-i-anden-test

Chi² testen blev anvendt til at undersøge om der var en statistisk signifikant forskel mellem to kategoriske variable. Chi² testen anvendes som regel til 2x2 tabeller, eller større krydstabeller. Testen sammenligner de observerede værdier med de forventede, under nulhypotesen om, at der ikke er nogen statistisk sammenhæng mellem variablerne. Forudsætningen for at anvende en chi² test er, at de forventede værdier i hver celle af krydstabellen er mindst 5 (Kirkwood & Sterne, 2003). Som beskrevet i afsnit 5.3.4 *Hypotese og signifikansniveau*, anvendes et signifikansniveau på 5% til vurdering af signifikans forskel mellem to grupper. En p-værdi vurderes i denne sammenhæng som et mål for, hvor sandsynligt det er at observere den givne forskel, hvis nulhypotesen er sand.

5.3.9 Confoundere og effektmodifikatorer

Confounding kan føre til skævvridning i resultaterne, og det er derfor vigtigt at identificere og justere for potentielle confoundere. Confounding opstår, når en tredje variabel påvirker både eksponeringen og udfaldet, og dermed skaber en falsk eller forstærket association mellem dem (Kirkwood & Sterne, 2003). En confounder er en variabel, der er forbundet med både eksponeringen og udfaldet, uden at være et led i den kausale kæde. Der er tre kriterier for at man kan kalde en variabel for en confounder: (1) den skal være en selvstændig risikofaktor for udfaldet, (2) være associeret med eksponeringen, og (3) ikke være en del af årsagsvejen fra eksponering til udfald. (Juul et al., 2015).

Effektmodifikator forekommer, når sammenhængen mellem eksponering og udfald varierer afhængigt af niveauet af en tredje variabel (Juul et al., 2015). En effektmodifikator ændrer ikke nødvendigvis selve årsagsforholdet, men påvirker styrken eller retningen af sammenhængen. Det betyder, at effekten af eksponeringen kan være forskellig i forskellige undergrupper, eksempelvis kan effekten være stærkere hos mænd end hos kvinder (Juul et al., 2015).

For at teste for effektmodifikation blev der opstillet to separate logistiske regressions modeller, kaldt model 1 og model 2. I model 1 blev den logistiske regression udført uden et interaktionsled, mens der i model 2 blev inkluderet et interaktionsled, hvilket betød, at variabelen ville blive behandlet som en potentiel interaktion. Forskellem mellem de to modeller blev testet med en likelihood-ratio-

test(LR-test). En signifikant p-værdi fra LR-testen indikerede, at modellen med interaktionsled passede dataene bedre, hvilket tydede på en interaktionseffekt (Kirkwood & Sterne, 2003). R²-værdierne fra de to modeller blev sammenlignet for at identificere hvilken model der på bedst mulig vis ville forklare variansen i dataene. Hvis p-værdien derimod ikke var signifikant, betød det at den pågældende variabel ikke var en effektmodifikator, og den blev derefter undersøgt for, om det i stedet kunne være en confounder. For at undersøge om baggrundsvariablene var confoundere, blev både en justeret og ujusteret OR fra den logistiske regression sammenlignet. Hvis det vurderes at der var tilstrækkelig forskel (10%), blev variabelen vurderet som en confounder (LaMorte & Sullivan, 2021). Til sidst blev en samlet logistisk regression med identificerede effektmodifikatorer og counfoundere inkluderet for at vurdere om der eksisterede en signifikant sammenhæng mellem eksponering og outcome.

5.3.10 Logistisk regression

For at undersøge sammenhængen mellem eksponeringsvariablen sundhedskompetence og udfaldsvariablen kommunikation, blev der anvendt logistisk regression. En logistisk regression estimerer odds ratioer (OR) (Kirkwood & Sterne, 2003), som gør det muligt at kvantificere forskelle i sandsynligheden for udfaldet mellem ældre patienter med lav eller høj sundhedskompetence. OR giver samtidig mulighed for at vurdere om den observerede sammenhæng er statistisk signifikant (Kirkwood & Sterne, 2003). Derefter blev der gennemført multiple logistiske regressioner med det formål at justere for mulige confoundere. Effektmodifikatorer blev inkluderet i den multiple logistiske regression som et interaktionsled, for at vurdere om sammenhængen mellem eksponering og udfald varierer på tværs af undergrupper.

Udfaldsvariablen blev rekodet til en dikotom variabel for at muliggøre anvendelsen af logistisk regression, som forudsætter et binært udfald. Derudover var observationerne uafhængige, og stikprøvestørrelsen vurderes tilstrækkelig til at understøtte analysens validitet.

5.4 Litteratursøgning

I det følgende afsnit præsenteres de metodiske valg og overvejelser, der ligger til grund for udarbejdelse af den systematiske litteratursøgning, der havde til formål at besvare specialets andet forskningsspørgsmål. Afsnittet indledes med en beskrivelse af den indledende litteratursøgning, som blev foretaget med henblik på at understøtte specialets problemanalyse. Derefter redegøres for fremgangsmåden for den systematiske litteratursøgning, der havde til hensigt at identificere relevant

og evidensbaseret forskningslitteratur i relation til specialets problemformulering. Den viden, der blev opnået gennem begge søgninger, har været central i udviklingen af interviewguiden, som dannede grundlag for de kvalitative interviews med læger i almen praksis.

5.4.1 Indledende søgning

I den indledende fase af undersøgelsen og udforskningen af problemstillingen, gennemførte specialegruppen en række eksplorative og ustrukturerede litteratursøgninger. Disse søgninger blev primært gennemført via Google Scholar og Aalborg universitetsbiblioteks Primo Research Assistant. I den indledende, ustrukturerede søgning blev relevante nøglebegreber identificeret og anvendt, herunder søgetermer som "communication", "physician", "health literacy" og "elderly". Denne tilgang havde til formål både at vurdere relevansen af de valgte emneord og at identificere nye relevante søgetermer ved at analysere emneord og begreber i de fundne publikationer. De fundne artikler dannede desuden grundlag for videre kædesøgning og citationssøgning. I den indledende litteratursøgningsfase udgjorde kædesøgning en relevant strategi, idet den muliggjorde en systematisk udvidelse og præcisering af søgetermer via analyse af referencelister og nøgleord i relevante publikationer. Mens citationssøgning anvendes til at finde nyere forskning, der har citeret den fundne artikel. (Lund et al. 2014). Valget af en eksplorativ tilgang i den indledende litteratursøgning er inspireret af Lund et al. (2014), der fremhæver, hvordan en åben tilgang kan bidrage til en bred og nuanceret afdækning af forskningsfeltet

5.4.2 Systematisk litteratursøgning

Den systematiske litteratursøgning udgjorde en komponent i evidensbaseret praksis, eftersom der tilstræbes systematik og gennemsigtighed i processen med at identificere relevant forskning. Denne tilgang understøtter at de konklusioner der drages, er baseret på et validt og pålideligt vidensgrundlag (Andreasen og Overgaard, 2022, s. 40). For at sikre gennemsigtighed redegøres der i det følgende for den systematiske søgnings fremgangsmåde, herunder valg af databaser, udvælgelse og analyse af videnskabelig litteratur, med henblik på at besvare specialets andet forskningsspørgsmål: *Hvilken viden findes der om alment praktiserende lægers oplevelser med brugen af kommunikative metoder til at styrke kommunikationen med ældre patienter med lav sundhedskompetence i almen praksis?*

5.4.2.1 Valg af databaser

I forbindelse med systematiske litteratursøgninger er det relevant at søge i flere databaser med henblik på at sikre en grundig og fyldestgørende kortlægning af den relevante litteratur. Dette skyldes, at de enkelte databaser dækker forskellige dele af forskningsfeltet og anvender forskellige tesaurusser og indekseringsprincipper. Det anbefales, at søgningen omfatter mindst tre til fem databaser (Lund et al. 2014). Ved at søge i flere relevante databaser øges sandsynligheden for at identificere alle relevante studier og dermed sikre en mere dækkende litteratursøgning. PubMed, EMBASE og Cinahl blev valgt til den systematiske litteratursøgning. Udvælgelsen af databaser var baseret på deres anerkendte status som internationale og sundhedsvidenskabelige databaser og deres relevans for at kunne besvare specialets andet forskningsspørgsmål. En nærmere uddybning fremgår af Tabel 3.

Tabel 3: Begrundelse for valg af databaser

Database	Begrundelse
Cinahl Complete	Cinahl Complete blev valgt som en relevant database, da den omfatter sundhedsvidenskabelige fag, herunder sygepleje, biomedicin og andre relaterede faggrupper. (https://www.ebsco.com/products/research-databases/cinahl-complete). Databasen er relevant fordi den indeholder mange artikler om kommunikation og sundhedskommunikation.
PubMed.	PubMed er den største internationale database indenfor medicin og sundhedsområdet og omfatter et stort udvalg af videnskabelige artikler inden for sundhedsvidenskab (Lund et al.,2014) Databasen administreres af National Library of Medicine og giver adgang til over 30 millioner publikationer (Lund et al., 2014), hvilket gør den særligt relevant til søgning af evidensbaseret litteratur om lægers kommunikation med patienter.
EMBASE	Excerpta medica-databasen, er en medicinsk database udgivet af Elsevier, som indeholder referencer fra over 3500 internationale tidsskrifter. Den fokuserer især på områder som fx. lægemiddelforskning, kliniske og eksperimentelle studier, arbejdsmiljø, psykiatri og folkesundhedsrelaterede emner (Lund et., 2014). På grund af denne brede faglige dækning er Embase særligt relevant i forhold til at afdække litteraturen der vedrører det aktuelle forskningsspørgsmål.

5.4.2.2 Søgestrategi

Den systematiske litteratursøgning blev struktureret som en bloksøgning med udgangspunkt i specialets problemformulering og forskningsspørgsmål, hvilket bidrager til at skabe overblik og gennemsigtighed i søgeprocessen (Lund et al.2014). I denne forbindelse blev der opstillet en søgematrice bestående af fire nøgleordsblokke: "Communication", "health literacy", "GP" og "Patient". Som det anbefales af Lund et al. (2014) blev hver blok herefter udvidet vertikalt med synonymer for nøglebegrebet. De udvalgte kernebegreber til den initierende søgning fremgår af tabel 4.

Tabel 4: Søgematrice

Blok 1	Blok 2	Blok 3	Blok 4
Kommunikation	Sundhedskompetence	Praktiserende læge	Patient
Communication	Health literacy	GP	Patient

Synonymerne blev identificeret gennem relevante artikler fra de indledende søgninger og søgninger via Google. De fundne synonymer og emneord blev afprøvet i de forskellige databaser, så de afspejlede databasernes terminologi og for at styrke søgningens præcision og dækningsgrad. De identificerede synonymer blev suppleret med kontrollerede emneord i de tre udvalgte databaser, Emtree i EMBASE, MESH i pubmed og Cinahl Subject Heading i Cinahl. Da de enkelte databaser anvender forskellige tesaurusser, blev de kontrollerede emneord tilpasset den terminologi, der var specifik for hver af de udvalgte databaser.

I forlængelse heraf konsulterede specialegruppen sig med en informationsspecialist, som ydede faglig sparring i forbindelse med udarbejdelsen af søgeblokke samt rådgav ved vurderingen af, hvilken kombination af søgeblokke der resulterede i de mest relevante fund. Dokumentationen for den systematiske litteratursøgning, herunder søgestreng, databaser og søgematricer, som kan ses i bilag 3.

I forbindelse med udviklingen af søgestrategien blev forskellige søgetermer afprøvet med det formål at opnå en balance mellem høj sensitivitet og høj specificitet. En høj sensitivitet sikrer, at

flest mulige relevante studier identificeres, mens høj specificitet reducerer mængden af irrelevante resultater. Denne afvejning er vigtig for at opnå en søgning, der både er dækkende og præcis, hvilket ifølge litteraturen er betydningsfuld for en valid litteratursøgning (Lund et al., 2014; Andreasen & Overgaard 2022). For eksempel resulterede brugen af brede søgetermer såsom "communication" i et højt antal hits men også i en høj grad af støj. Mere præcise søgetermer som "patient-centered communication" og "communication skills" gav færre og mere målrettede resultater, men risikerede at udelade relevante publikationer. På baggrund af denne overvejelse valgte gruppen at anvende den søgestrategi, der udviste højere sensitivitet, for at mindske risikoen for at udelade relevante publikationer og dermed sikre en mere omfattende dækning af det relevante forskningsfelt. Derudover blev der foretaget fritekstsøgninger med udgangspunkt i de kernebegreber for at identificere yderligere relevant litteratur. Ved fritekstsøgning blev der anvendt citationstegn i pubmed og cinahl og enkelte anførselstegn i Embase hvis søgetermer indeholdt mere end et ord. Endvidere blev trunkering anvendt strategisk for at inkludere forskellige bøjningsformer og varianter af søgeordene. Eksempelvis blev søgetermen "*health literac**" anvendt for at dække både "*health literacy*" og "*health literacies*". Denne tilgang øgede søgningens sensitivitet. Med afsæt i Lund et al. (2014) blev de boolske operatører anvendt strategisk i udarbejdelsen af søgestrengen. Inden for hver blok blev søgetermer og emneord kombineret med OR, for at inkludere synonymer og beslægtede termer. Herefter blev de fire blokke kombineret med AND med henblik på at sikre at de fundne studier indeholdt alle aspekter af forskningsspørgsmålet, herunder kommunikation, sundhedskompetence, læger i almen praksis og ældre patienter. Søgningen blev dog afprøvet i flere forskellige konstellationer, og det viste sig, at inkluderingen af blok 4 ("Patient") i søgestrengen medførte en betydelig indsnævring af søgeresultaterne. Kombinationen af alle fire blokke resulterede i et lavt antal hits jf. Bilag 3 hvor oversigten af de forskellige søgekombinationer fremgår. Det skyldes, at begrebet "patient" ofte allerede implicit er en del af konteksten, som vil blive uddybet yderligere i afsnit 7.3.1.1 *Søgestrategi*. På den baggrund blev det besluttet at udelade blok 4 i den endelige søgestrategi og i stedet afgrænse til ældre patienter gennem in-og eksklusionskriterierne, hvor det blev specificeret at studierne skulle omhandle ældre patienter jf. afsnit 5.4.2.3 *in- og eksklusionskriterier*. Et eksempel på den endelige søgestræng anvendt i PubMed kan ses i tabel 5 nedenfor:

Tabel 5: Den endelige søgning i pubmed

Database: PubMed. Søgning foretaget d. 28.03.2025			
Blok 1 Communication		Blok 2 Health literacy	Blok 3 GP
"doctor patient relation*" [Title/Abstract] (4.436) OR "decision making, shared" [MeSH Terms] OR "shared decision making" [Title/Abstract] (18124 hits) OR "decision making" [Title/Abstract] (236.676 hits) OR "communicati*" [Title/Abstract] (388.761) "Health Communication" [MeSH Terms] (3606 hits)	AND	"Health literacy" [Mesh] (11.481 hits) OR "Health literac*" [Title/Abstract] 18.811 hits) OR Literac* [Title/Abstract] (38.775 hits) OR "Literacy" [Mesh] (1.975 hits)	AND "Physicians" [Mesh] "(191.050 hits) OR Physician* [Title/Abstract] 497.045 hits) OR "general practi*" [Title/Abstract] (99.165 hits) OR "General Practitioners" [Mesh] (11.825 hits) OR "Primary Health Care" [Mesh] (204.537 hits) OR "primary health care*" [Title/Abstract] (37.674 hits) OR "Physicians, Primary Care" [Mesh] (4.734 hits) OR "physicians primary care*" [Title/Abstract] (121) OR Gp [Title/Abstract] (55.155 hits) OR "consultation*" [Title/Abstract] (112.468 hits)
Hits		Hits	Hits
642.366		41.157	996.933
Hits for blok 1,2 & 3: 1590			

5.4.2.3 in- og eksklusionskriterier

Forud for udvælgelsen af litteratur blev der opstillet en række in-og eksklusionskriterier. Disse kriterier havde til formål at sikre en systematisk og målrettet selektion af studier, der er relevante i forhold til forskningsspørgsmålet. Kriterierne blev udarbejdet med afsæt i det spørgsmål, der søges

belyst gennem den systematiske søgning, og havde til formål at fastholde et metodisk fokus under hele udvælgelsesprocessen (Lund, 2014).

Udover at tage afsæt i forskningsspørgsmålet, blev kriterierne ligeledes informeret af erfaringer fra de indledende, eksplorative søgninger. Disse søgninger bidrog til en indledende afgrænsning af problemfeltet og medvirkede til at præcisere genstandsområdet for den systematiske søgning, hvilket styrkede relevansen for de studier, der senere blev inkluderet. Et eksempel på et eksklusionskriterium, der udsprang af de indledende søgninger, er fravalget af studier med fokus på etniske minoriteter. Det blev i denne fase tydeligt, at en del af den fundne litteratur beskæftigede sig med sproglige og kulturelle barrierer i kommunikationen mellem etniske minoriteter og alment praktiserende læger. Dette perspektiv falder uden for specialets fokus på ældre med lav sundhedskompetence, hvor barriererne ikke nødvendigvis er sproglige, men relateret til forståelsen og anvendelsen af sundhedsinformation. Et andet inklusionskriterie var, at studierne skulle være fra lande, der har et sundhedsvæsen, der er sammenlignelig med det danske sundhedsvæsen, hvor almen praksis udgør den primære sundhedssektor. Dette kriterium blev valgt for at sikre, at studiernes kontekst var relevant og overførbart til danske forhold. Kun studier, der opfyldte samtlige kriterier, blev inkluderet i analysen. En oversigt over in- og eksklusionskriterierne fremgår af tabel 6 nedenfor.

Tabel 6: In- og eksklusionskriterier for artikel udvælgelse.

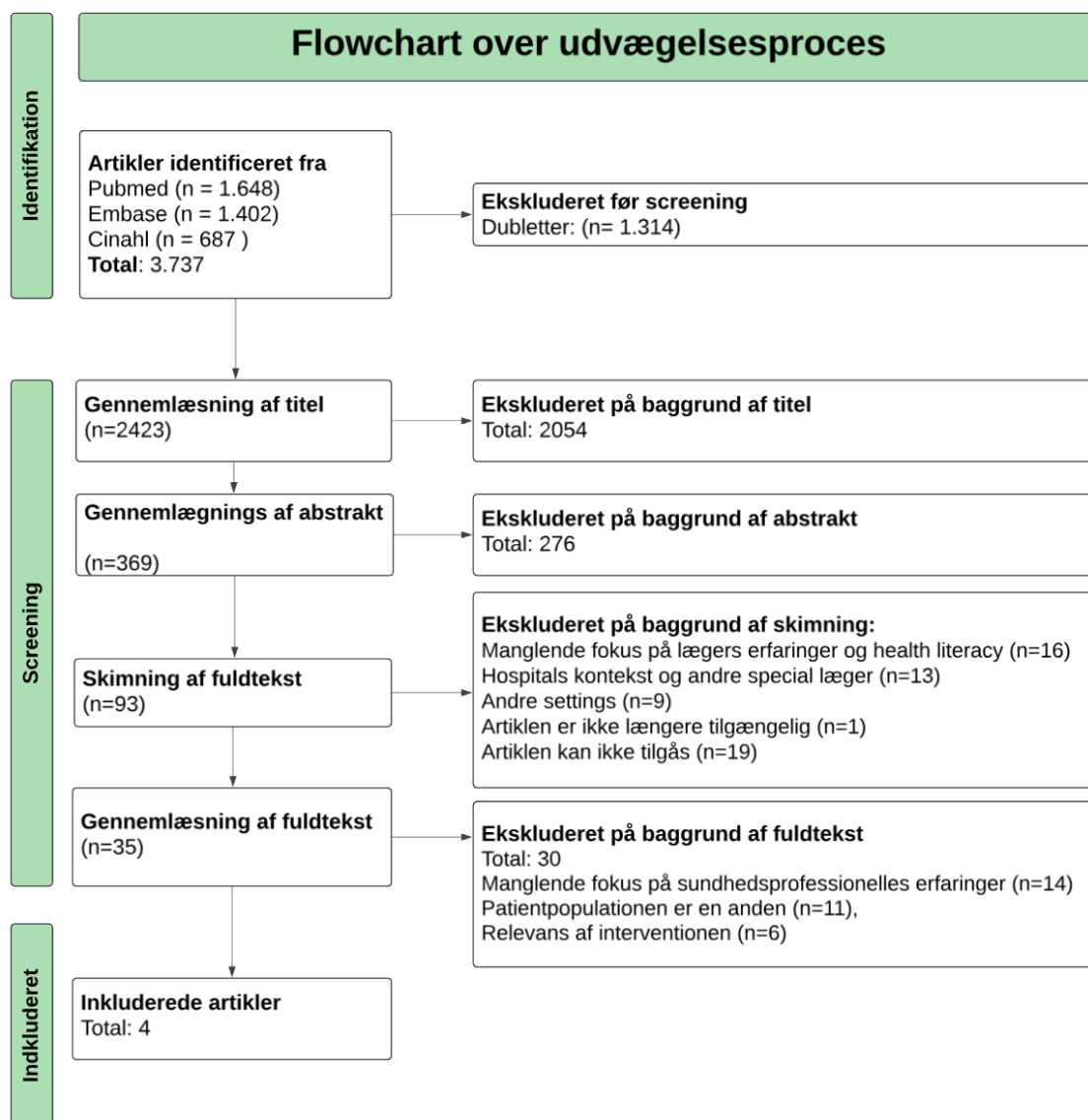
	Inklusionskriterier	Eksklusionskriterier
Kvalitet	Peer-reviewed artikler	- Konferenceabstract - Protokoller
Sprog	Engelsk, dansk, svensk, norsk	- Andre sprog
Lande	Lande, hvis sundhedssystemer minder om det danske	
Population	læger i almen praksis	- Børn - Etnisk minoritet - Andre speciallæger end læger i almen praksis - Studier der ikke adresserer health literacy
Kontekst	Kommunikation i almen praksis	- Udelukkende om læger på Sygehus - Udelukkende digital kommunikation

5.4.2.4 Udvalgelse af artikler

Den systematiske litteratursøgning i de respektive databaser blev gennemført i perioden 27.-29. marts 2025 og resulterede i 3.737 fund. Udvalgelsesmetoden fulgte en femtrinsproces, inspireret af modellen beskrevet i Lund et al. (2014) med en ekstra fase tilføjet af gruppen for at øge overskuelighed og præcision i screeningen. De fem faser bestod af: 1) fjernelse af dubletter, 2) titel gennemgang, 3) abstract vurdering, 4) skimning af fuldtekst og 5) grundig læsning af fuldtekst. Til at sikre overblik og en ensartet metode anvendte gruppen værktøjet www.new.rayyan.ai. Først blev dubletter fjernet ($n = 1.314$), dernæst blev 2.423 artikler screenet på titel. De artikler, der vurderes som potentielt relevante, eller hvor der var tvivl, blev taget med til næste fase, hvor 369 abstracts blev vurderet. 93 artikler blev herefter udvalgt til skimning af fuldtekst, og 35 gik videre til en grundig fuldtekst gennemlæsning. På baggrund af denne proces blev fire artikler inkluderet i den endelige tematiske analyse. Den fulde oversigt over udvælgelsen og eksklusionsårsagerne fremgår af figur 2 flowchart. Udvælgelsen blev foretaget i overensstemmelse med prædefinerede in- og eksklusionskriterier. Alle artikler blev vurderet uafhængigt af gruppens to medlemmer. Ved tvivl eller uenighed blev artiklerne diskuteret med henblik på at opnå konsensus. Eksklusioner blev dokumenteret med specifik årsag, hvilket sikrer transparens i processen.

Ud over den systematiske søgning blev der også foretaget en initierende ustruktureret søgning med det formål at identificere potentielt relevante artikler. Gennem denne søgning blev én artikel fundet og inkluderet, da den opfyldte inklusionskriterierne og blev vurderet relevant i forhold til besvarelsen af forskningsspørgsmålet.

Figur 2: Flowchart over udvælgelsesproces



5.4.2.5 Kritisk vurdering

For at sikre en systematisk og ensartet vurdering af de inkluderede studiers metodiske kvalitet, anvendte specialegruppen relevante tjeklister af Joanna Briggs Institute (JBI) og Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT). Kvalitetsvurdering ved hjælp af sådanne tjeklister gør det muligt at identificere metodiske styrker og svagheder og dermed vurdere studierne interne validitet (Lund et al., 2014; Hong et al., 2018). Formålet med en sådan vurdering er at bedømme, hvorvidt resultaterne i de videnskabelige artikler er troværdige og kan danne et validt grundlag for konklusioner (Lund et al., 2014). Den indledende vurdering af studierne kvalitet blev foretaget af ét gruppemedlem per artikel. Vurderingerne blev derefter drøftet i fællesskab for at opnå konsensus og sikre metodisk klarhed. Hver artikel blev klassificeret som værende af lav, middel eller høj kvalitet. Da den

systematiske søgning identificerede både kvalitative studier og mixed-methods studier, blev der anvendt kvalitetskriterier, som dækker over kvalitative og kvantitative forskningsdesigns.

For de kvalitative studier tages der udgangspunkt i kvalitetskriterier som relevans, metodisk stringens, troværdighed og overførbarehed (Kitto, Cherster & Grbich, 2008). Ifølge Kitto, Chesters og Grbich (2008) omhandler begrebet troværdighed, hvorvidt resultaterne af studiet er meningsfulde og velpræsenterede. Relevans handler om fundenes anvendelighed i forhold til den kontekst og det fænomen, der undersøges. Begrebet overførbarehed refererer til, hvor anvendelige studiets resultater er i anden kontekst. Stringens henviser til, om studiet lever op til de metodiske krav, der stilles til gennemførelsen. Det omfatter en systematisk og gennemsigtig beskrivelse af, hvordan undersøgelsen er designet, og hvordan data er blevet indsamlet og analyseret (Kitto et al., 2008). For de kvantitative studier vurderes de ud fra intern validitet, ekstern validitet og reliabilitet, som tilsammen danner et grundlag for vurdering af studiernes metodiske kvalitet. Intern validitet beskriver, i hvilken grad et studies resultater pålideligt repræsenterer virkeligheden i den population, der er blevet undersøgt. Intern validitet kan trues af systematiske fejl såsom informationsbias, selektionsbias og confounding (Juul et al., 2017). Ekstern validitet forudsætter intern validitet og vurderer, hvorvidt resultaterne fra en undersøgelse kan generaliseres til andre populationer, situationer eller tidspunkter (Juul et al., 2017). Reliabilitet handler om, hvor pålidelige resultaterne af et studie er, og om de kan gentages med samme udfald under tilsvarende betingelser. Det vil sige, at gentagne målinger under lignende forhold bør give ensartede resultater. En høj reliabilitet indikerer, at tilfældige fejl er begrænsede, og at målingerne er stabile over tid, uanset hvem der udfører dem eller hvilket måleudstyr der anvendes (Juul et al., 2017).

5.4.2.6 Analyse strategi

I dette speciale blev de inkluderede artikler fra den systematiske litteratursøgning og data fra de kvalitative interviewdata analyseret med udgangspunkt i Braun og Clarkes tematiske analysestrategi. Dette blev gjort med henblik på at besvare det andet og tredje forskningsspørgsmål. Formålet med anvendelsen af Braun og Clarkes tematiske analysestrategi var at skabe en struktureret og gennemsigtig tilgang til at identificere, analysere og fortolke mønstre i og på tværs af de inkluderede artikler (Braun & Clarke, 2019). I dette speciale blev der udført en tematisk analyse med det formål at identificere, analysere og fortolke mønstre i forskningslitteraturen vedrørende lægers oplevelser og erfaringer med anvendelsen af kommunikative metoder i mødet med ældre patienter med lav sundhedskompetence i almen praksis. Anvendelse af Braun og Clarkes

tematiske analysestrategi understøtter specialets pragmatiske tilgang, idet metoden tilbyder en fleksibel og praksisorienteret ramme for dataanalyse. Analysestrategien muliggjorde en iterativ proces mellem data og fortolkning, hvor kodning, udvikling af temaer og revision af temaer, som løbende blev finjusteret.

Den tematiske analyse består af seks faser, der præsenteres sekventielt, dog skal de ifølge Braun og Clarke betragtes som en iterativ analyseproces. Det indebærer, at forskeren bevæger sig frem og tilbage mellem de forskellige faser i analysen for løbende at forfine og nuancere forståelsen af data. Denne fleksible tilgang bidrager til en grundig bearbejdning af det empiriske materiale (Braun & Clarke, 2006). En oversigt over analysens seks faser fremgår af tabel 7, mens den konkrete anvendelse af Braun og Clarkes tematiske analysestrategi uddybes nedenfor.

Tabel 7: De seks faser i Braun og Clarkes tematisk analysestrategi

Faser	Beskrivelse af processen
1. Blive fortrolig med data	De udvalgte artikler fra den systematiske litteratursøgning blev gentagne gange gennemlæst af gruppens medlemmer uafhængigt af hinanden, hvor der skabes indledende indsigter og ideer til indholdet (Braun & Clarke, 2006).
2. Generering af initierende koder	Der identificeres og markeres koder i de inkluderede artikler enkeltvis, hvorefter de sammenfattes på tværs af artiklerne i et dokument. Dette gøres som grundlag for tredje fase (Braun & Clarke, 2006).
3. Generering af temaer	Ud fra de genererede koder, identificeres mønstre og skabes indledende temaer på tværs af de inkluderede artikler (Braun & Clarke, 2006).
4. Gennemgang af de fundne temaer	Vurdere og revidere sammenhængen mellem kodninger og temaer. Der skabes et overblik over temaer, hvorvidt der er behov for udarbejdelse af undertemaer eller at temaer sammenfattes (Braun & Clarke, 2006).
5. Definering af temaer, forfines og navngives	Definitionen af temaerne forfines og finder præcise og meningsbærende navne (Braun & Clarke, 2006).
6. Afrapportering af analysens resultater	I den sidste fase sammenfattes resultaterne i en analyse, som underbygges af udvalgte illustrative citater (Braun & Clarke, 2006).

***Note:** Den ovenstående tabel viser de seks faser i Braun og Clarkes analysestrategi, der er anvendt til både udvalgte artikler fra den systematiske litteratursøgning og de semistrukturerede individuelle interviews.*

Den tematiske analyse blev udarbejdet i overensstemmelse med Braun og Clarke seks faser og blev udført af specialegruppens to medlemmer. I den indledende fase blev artiklerne læst grundigt og

uafhængigt af hinanden med henblik på at skabe fortrolighed med materialet og danne indledende analytiske indsigter. Dernæst blev der udarbejdet kodninger ud fra et induktivt og eksplorativt perspektiv, hvor citater fra artiklerne dannede grundlag for identifikation af centrale mønstre. For at strukturere processen blev kodningerne systematiseret i tabeller for hver artikel med kolonner for citat, kode, mønster og foreløbige temaer jf. bilag 5. På baggrund af kodningerne blev der identificeret mønstre på tværs af artiklerne, og disse dannede grundlag for udarbejdelsen af foreløbige temaer.

Den videre temadannelse blev støttet af en visuel metode, hvor kodelystykker bestående af et citat med en genereret kodning og mønster blev printet, klippet og organiseret ved hjælp af farvekoder. Farvekoderne demonstrerede gennemgående temaer på baggrund af de gennemgående mønstre. Undervejs i processen opstod der situationer, hvor enkelte kodelystykker syntes at høre hjemme under flere temaer. I sådanne tilfælde blev disse kodelystykker diskuteret og midlertidigt placeret under flere temaer med henblik på senere afklaring. Det understøttede en visuel og analytisk oversigt over de gennemgående temaer.

I de efterfølgende faser blev temaerne revideret og forfinet gennem en iterativ proces, hvor sammenhængen mellem kodninger og temaer blev vurderet, og der blev taget stilling til behovet for undertemaer eller sammenlægning af temaer. Denne proces blev dokumenteret i en oversigtstabel, der inkluderede temaer og citater fordelt på de fem artikler jf. bilag 5. Endelig blev temaerne navngivet og defineret med udgangspunkt i deres indholdsmæssige betydning og deres relevans for forskningsspørgsmålet. Resultaterne af analysen præsenteres i afsnit 6.2.2. *Tematisk analyse af de udvalgte forskningsartikler*, hvor data, gennemgående mønstre og de væsentlige temaer fortolkes af specialegruppen.

5.5 Kvalitativ metode

I det følgende afsnit præsenteres de metodiske valg og overvejelser, der har ligget til grund for udarbejdelsen og gennemførelsen af semistrukturerede individuelle interviews. I specialet blev der anvendt en kvalitativ tilgang med henblik på at besvare det tredje forskningsspørgsmål: *Hvilke oplevelser har læger i almen praksis med at tilpasse kommunikationen til ældre med lav sundhedskompetence for at understøtte en bedre patientinddragelse?*

5.5.1 Semistrukturerede individuelle interviews

Det kvalitative forskningsinterview er en af de mest anvendte metoder til at opnå indblik i menneskers erfaringer, holdninger og livssituationer (Tanggaard & Brinkmann, 2015). Gennem

interviews kan der opnå adgang til informantens subjektive oplevelser, deres livsverden, hvilket gør metoden særligt velegnet til at belyse, hvordan mennesker forstår og navigerer i deres hverdag. Interviews kan derfor anvendes som en metode til at generere nye indsigter og udvikle teoretiske forståelser (Vallgård & Bornø, 2021). I dette speciale blev individuelle semistruktureret interviews anvendt som dataindsamlingsmetode med en pragmatisk tilgang, der havde til formål at belyse og opnå forståelse for læger i almen praksis' erfaringer, oplevelser og konsekvenser med kommunikative metoder i mødet med patienter med lav sundhedskompetence. Formålet var at identificere hvilke kommunikative metoder der kunne understøtte en bedre og mere effektiv patientinddragelse samt at skabe en forbedret praksis.

5.5.2 Etiske overvejelser

I forbindelse med kvalitativ forskning foreskriver Helsinki-deklarationen, at forskere bør forholde sig aktivt til de etiske aspekter af deres arbejde og overveje, hvordan disse håndteres gennem hele forskningsprocessen (The World Medical Association, 2022). Fra specialets begyndelse har etisk bevidsthed været gennemgående i tilrettelæggelsen og udarbejdelsen af de tre metoder, som omfatter den systematiske litteratursøgning, kvantitative- og kvalitative metode.

I den forbindelse har specialegruppen lagt vægt på tre grundlæggende principper: 1). ærlighed, 2). gennemsigtighed og 3) pålidelighed, som fremhæves af Den danske kodeks for integritet i forskning. I alle dele af forskningsprocessen skal disse tre principper tages højde for, ellers kan det påvirke forskningens integritet. Ærlighed henviser til en præcis og nøgtern rapportering (Uddannelses- og Forskningsministeriet, 2014). Ærlighed betragtes som forskningens etiske retningslinjer, og er fundamentalt i alle dele af forskningsprocessen. I specialet er der lagt vægt på troværdig forskning, der understøtter en høj grad af ærlighed og præcisering i rapportering af specialets formål, metoder, data, analyser, resultater og konklusioner. Specialet er udarbejdet med fokus på metodisk stringens, hvor centrale resultater formidles åbent og uden undladelser, og hvor fortolkninger er forankret i de tre metoders empiri. Gennemsigtighed er ligeledes en væsentlig forudsætning for forskningens troværdighed (Uddannelses- og Forskningsministeriet, 2014). Med udgangspunkt i denne forudsætning, er specialet udført med høj grad af åbenhed, hvilket indebærer en gennemsigtig tilgang samt omhyggelig rapportering af undersøgelsesprocessen. Metoderne og resultaterne af den systematiske litteratursøgning, og de kvalitative interviews er derfor beskrevet og dokumenteret omhyggeligt, og præsenteret i resultaterne, for at sikre reproducerbarhed og gennemsigtighed samt for at undgå risikoen for selektiv rapportering. Den danske kodeks for

integritet i forskning beskriver også ansvarlighed som en forudsætning (Uddannelses- og Forskningsministeriet, 2014). I den forbindelse har specialegruppen været særligt opmærksom på korrekt håndtering, opbevaring og fortrolighed af data i overensstemmelse med gældende retningslinjer for håndtering af fortrolige oplysninger. Forud for interviewene blev der indhentet både mundtligt og skriftligt samtykke af alle informanterne. Inden interviewene begyndte, blev informanterne informeret om, at interviewene blev lydoptaget og transskriberet, og at lydfilerne blev opbevaret på en sikker og fortrolig enhed med dobbeltlås for at forhindre uautoriseret adgang. Den skriftlige samtykkeerklæring indeholdt information om undersøgelsens formål, samt håndtering af personoplysninger i overensstemmelse med GDPR og Datatilsynets retningslinjer. I samtykkeerklæringen blev det tydeliggjort, at deltagelsen var frivillig, og at informanterne til enhver tid kunne trække deres samtykke tilbage. Samtykkeerklæringen beskrev desuden, at kun specialegruppen ville få adgang til data samt hvordan deltagernes identitet blev pseudonymiseret i det transskriberede materiale. Personhenførbare oplysninger er bevidst udeladt i analysen, for at sikre, at informanterne ikke var identificerbare. (Datatilsynet, u.å.).

5.5.3 Rekruttering af informanter

Der blev anvendt Consecutive sampling til rekruttering af informanter, der havde til formål at inkludere alle tilgængelige deltagere der opfylder inklusionskriterierne, og inkludere samtlige informanter, der svarer inden tidsfristen eller til det ønskede antal informanter er opnået. Denne type sampling er kendetegnet for en udvælgelsesstrategi der ikke er randomiseret (Arrogante, 2022). Målgruppen læger i almen praksis blev valgt, da de kunne bidrage med indsigtsfuld erfaring og oplevelser om anvendelsen af kommunikative metoder i mødet med patienten. Rekrutteringen af informanter blev faciliteret gennem en gatekeeper, i form af en kontaktperson fra Kvalitetsenheden for almen praksis i Nordjylland (Nord-KAP). Anvendelse af en gatekeeper gav bedre forudsætninger for adgang til relevante nøglepersoner, og kan samtidig medvirke til at etablere kontakt mellem forsker og informanter (Merriam & Tisdell, 2016). Specialegruppen udarbejdede en invitation til interviews, der blev udsendt gennem Nord-KAPs nyhedsbrev for at nå ud til læger i almen praksis. Undervejs blev der suppleret med andre rekrutteringsstrategier såsom en længere rekrutteringsperiode og *snowball sampling*, for at opnå et større antal deltager og dermed et større datagrundlag.

5.5.4 Udarbejdelse af interviewguiden

Interviewguiden blev udarbejdet med afsæt i en pragmatisk tilgang, hvor fokus var på erfaringer, oplevelser og de konkrete konsekvenser af informanternes oplevelser i praksis. Der var åbenhed for forskellige perspektiver og ikke fokus på én sandhed. Denne tilgang havde til hensigt at opnå pragmatisk og kommunikativ validitet, om anvendelsen af de kommunikative metoder, der anvendes i almen praksis af læger. For at opnå en pragmatisk og kommunikativ validitet, blev den semistrukturerede interviewguide en kombination af tematiske og dynamiske spørgsmål, for at skabe en naturlig og flydende samtale mellem informanten og interviewer (Vallgård & Bornø, 2021).

Der blev anvendt en semistruktureret tilgang, for at skabe en struktur og eksplorativ tilgang, hvor der var plads til at både interviewer og informant bevægede sig væk fra rammen.

Udformningen af interviewguiden blev opstillet med inspiration fra Kvale og Brinkmann.

Interviewguiden blev indledt med en briefing, der havde til formål at danne en tryk relation til informanterne. Ifølge Kvale er det ikke alene væsentligt at have god indsigt i det undersøgte fænomen, men også at forstå de sociale relationer, interviewer indgår i. Denne tilgang understøtter betydningen for den viden, man opnår.

Interviewet blev herefter struktureret i tre hovedafsnit med hver deres formål, og blev afsluttet med en debriefing for at runde interviewet af og give informanten mulighed for at tilføje eventuelle refleksioner (Kvale & Brinkmann, 2015).

Interviewguiden blev udarbejdet med udgangspunkt i de udvalgte artikler fra den systematiske litteratursøgning, hvis formål var at undersøge den eksisterende litteratur på området og problemanalysen. På baggrund af den systematiske litteratursøgning blev der udarbejdet en tematisk analyse med fokus på at afdække temaer, der belyser, hvilke kommunikative metoder der anbefales og anvendes i praksis. De tematiske spørgsmål blev udformet ud fra de identificerede temaer fra den tematiske analyse og fungerede som en ramme, der sikrede at forskningsspørgsmålet blev besvaret. De dynamiske spørgsmål bidrog med at skabe en naturlig, flydende og god samtale mellem informanten og interviewer, og understøttede hvordan samtalen udfoldede sig. Dette kan hjælpe informanten med at åbne op for personlige fortællinger og refleksioner, der skaber et flow i samtalen. I udarbejdelsen af interviewguiden, blev der lagt vægt på, at spørgsmålene inkluderede både de dynamiske og tematiske spørgsmål, for at opnå relevant data og en god og åben samtale mellem informanten og interviewer (Vallgård & Bornø, 2021). Interviewguiden indeholder både forskningsspørgsmål og interviewspørgsmål samt opfølgende spørgsmål. Forskningsspørgsmålene

blev operationaliseret til interviewspørgsmål, for at omsætte overordnet og teoretiske forskningsspørgsmål til praktiske interviewspørgsmål, som var mere enkle og forståelige (Kvale & Brinkmann, 2015).

Ifølge Holstein og Gubrium er et interview en interaktion mellem interviewer og informant, som påvirker hinanden og sammen skaber de svar, der kommer frem. Intervieweren har derfor en stor indflydelse på udformning af interviewspørgsmål og skal derfor være opmærksom på, at bestemte spørgsmål leder til bestemte svar (Tinggaard & Brinkmann, 20).

Forud for udførelse af interviewene blev der udført en pilottest af interviewguiden med en farmaceut og en lægestuderende. En pilottest har til formål at teste, om opbygningen af interviewet og rækkefølgen af spørgsmålene kommer i en logisk og naturlig rækkefølge. Samtidig er det en god metode for intervieweren til at afprøve og teste formuleringerne af interviewspørgsmålene samt sin spørgeteknik (Merriam & Tisdell, 2016).

5.5.5 Udførelsen af semistrukturerede individuelle interviews

Rammerne for hvert interview blev tilpasset individuelt for at imødekomme informantens behov i henhold til hvor interviewet foregik og hvornår. Tre af interviewene foregik over Microsoft Teams og ét blev foretaget telefonisk.

Forud for interviewene blev der aftalt, hvem der primært førte interviewet og hvem der fungerede som medinterviewer. Alle i specialegruppen prøvede at fungere som interviewer og medinterviewer, for at opnå indsigt i begge roller. Medinterviewerens rolle bestod i at holde styr på tidsrammen og samtidig sikre, at interviewets centrale spørgsmål blev stillet og hovedtemaerne blev afdækket. Ved behov kunne medintervieweren stille opfølgende eller supplerende spørgsmål, for at få uddybet informantens svar. Denne funktion bidrog til, at intervieweren kunne koncentrere sig om at opretholde en god relation og kontakt med informanten under interviewet, hvilket ifølge Kvale og Brinkmann (2015) har betydning for interviewets kvalitet.

5.5.6 Transskribering af interviews

Interviewene blev lydoptaget med en diktafon. Efter interviewene blev lydoptagelserne transskriberet i NVivo, som udgjorde den første del af den analytiske proces. Lydoptagelsen muliggjorde desuden genlytning af interviewene, hvilket styrkede grundlaget for den videre analyse (Kvale & Brinkmann, 2015).

Transskriberingen blev først udført af interviewerens og derefter blev det gennemgået af medintervieweren. Dette sikrede at alle nuancer af interviewet blev transskriberet og mindskede fejl eller misforståelser af informantens udtalelser. Ifølge Merriam og Tisdell kan det være en fordel at transskribere interviewet selv, da det understøtter en dybere indsigt i dataen. I denne sammenhæng bidrog transskriberingen desuden til øget fortrolighed og skabte rum for refleksion. Denne tilgang styrkede også muligheden for at identificere eller håndtere tvetydige eller udfordrende passager i interviewet f.eks. pga. lyd eller utydelig tale (Merriam & Tisdell, 2016). Ifølge Kvale og Brinkmann (2015) er en transskription ikke bare en ordret gengivelse af, hvad der bliver sagt. Det bør ligeledes afspejle interviewets stemning, tonefald og nuancer. Specialegruppen udarbejdede en transskriptionskonvention jf. bilag 6c, for at sikre en ensartet og systematisk tilgang til transskriberingen. Guiden fungerede som en fælles ramme med klare transskriptionsprocedurer til, hvordan transskriberingsprocessen skulle udføres. Dette bidrog til at fastholde nuancerne i informantens talte sprog, sikre en øget konsistens og mindske risikoen for subjektive fortolkninger af informantens udsagn (Merriam & Tisdell, 2016; Kvale & Brinkmann, 2015). Eftersom transskribering af kvalitative interviews ikke følger en entydig metode (Kvale & Brinkmann, 2015), tog specialegruppen udgangspunkt i anbefalingerne fra Merriam & Tisdell (2016) til udarbejdelsen af en transskriptionskonvention jævnfør bilag 6c.

5.5.7 Tematisk analysestrategi

Jf. afsnit 6.3.2 *Tematisk analyse af interviews*, blev interviewdata fra de kvalitative interviews analyseret med udgangspunkt i Braun og Clarkes tematiske analysestrategi. Alle seks faser blev udført, som beskrevet jf. afsnit 5.4.2.6 *Analyse strategi*, dog adskilte fase tre sig metodisk fra analysestrategien af de udvalgte artikler fra den systematiske litteratursøgning. I fase tre af analysestrategien blev NVivo anvendt, som er et værktøj til at analysere kvalitative interviewdata. NVivo blev anvendt til at organisere og skabe et samlet overblik over alle kodninger. De kodninger, der var opnået konsensus om, i denne fase, blev importeret til Nvivo, hvor de blev organiseret og systematiseret. Med afsæt i en induktiv og eksplorativ tilgang blev kodningerne undersøgt med henblik på at identificere mønstre og sammenhænge på tværs af data. På baggrund heraf blev der udviklet foreløbige temaer, som opstod direkte fra data, frem for foruddefinerede temaer. Ud fra data's egne mønstre, blev der udviklet foreløbige temaer, som derefter blev samlede til overordnede temaer med henblik på at belyse, hvilke kommunikative metoder informanterne oplevede som virksomme i almen praksis, afdække både tilsigtede og utilsigtede konsekvenser samt at undersøge, hvordan kommunikationen med udgangspunkt i informanternes erfaringer potentielt kan forbedres.

6.0 Resultater

6.1 Resultater fra den statistiske analyse

I det følgende afsnit præsenteres specialets kvantitative resultater. Den kvantitative analyse, der inkluderer både deskriptiv og analytisk statistik udført i Stata MP17, har til formål at besvare den første del af specialets problemformulering. *“Hvilke statistiske sammenhænge findes der mellem ældre med lav sundhedskompetence og deres kommunikation med læger i almen praksis i Danmark?”*.

6.1.1 Deskriptiv analyse af studiepopulationen

Tabel 8 viser fordelingen af den inkluderede studiepopulation, som består af i alt 1375 personer i alderen 65 år og derover, stratificeret efter respondenternes selvrapporterede oplevelse af kommunikationen med egen læge, kategoriseret som henholdsvis let eller svær. I forhold til køn viser fordelingen, at mænd og kvinder er ligeligt repræsenteret i stikprøven hhv. 50,18 % og 49,82 %. En højere andel kvinder oplever kommunikation som svær (56,52 %) sammenlignet med mænd (43,48 %), men forskellen er ikke statistisk signifikant ($p=0,097$) (tabel 8).

Der ses en signifikant forskel ved alder, hvor 65-74-årige udgør 79,7% af dem der oplever kommunikationen som svær. Der ses ligeledes en signifikant forskel i uddannelsesniveau, hvor respondenter med lavt uddannelsesniveau udgjorde 71% af dem der oplevede kommunikationen som svær. En signifikant forskel ses i forhold til social støtte. Respondenter med svag social støtte udgør 38,4 % af dem der oplever kommunikation som svær, mens personer med stærk social støtte kun udgør 13 % af denne gruppe. Blandt personer med to eller flere kroniske sygdomme oplever 63,0 % kommunikation som svær. Antallet af besøg hos egen læge er ikke signifikant forbundet med oplevet kommunikation, men det ses, at personer med tre eller flere lægebesøg hyppigere rapporterer kommunikation som svær.

Tabel 8: studiepopulationens karakteristika fordelt på oplevet kommunikation med egen læge.

Variabler	Oplever kommunikation svær	Oplever kommunikation let	Total N=1.375 Total (%)	P-værdi
Køn				0,097
Mand	60 (43,48)	630(50,93)	690 (50,18)	

kvinde	78 (56,52)	607(49,07)	685 (49,82)	
Alder				0,008*
65-74 yngre ældre	110 (79,71)	850 (68,71)	960 (68,82)	
75+ældre ældre	28 (20,29)	387 (31,29)	415 (30,29)	
Uddannelsesniveau				0,002*
Lav	99 (71,74)	721 (58,29)	820 (59,64)	
Høj	39 (28,26)	516 (41,71)	555 (40,36)	
Social støtte				0,000*
God	53 (38,41)	213 (17,22)	266 (19,35)	
Moderat	67 (48,55)	687 (55,54)	754 (54,84)	
Dårlig	18 (13,04)	337(27,24)	355 (25,82)	
Kronisk sygdom				0,003*
0	16 (11,59)	244(19,73)	260 (18,91)	
1	35 (25,36)	397(32,09)	432 (31,42)	
2 eller flere	87 (63,04)	596(48,18)	683 (49,67)	
Antal besøg hos egen læge				0,211
0	22(15,94)	146 (11,80)	168 (12,22)	
1	24(17,39)	263 (21,26)	287 (20,87)	
2	27 (19,57)	303 (24,49)	330 (24,00)	
3 eller flere	65(47,10)	525 (42,44)	590 (42,91)	

Note: * $p < 0,05$ (signifikant ved 5%-niveau).

6.1.2 Logistisk regressionsanalyse

6.1.2.1 Test for interaktion med baggrundsvariable

Tabel 9 nedenfor viser resultaterne af likelihood ratio-tests (LR test), der tester for potentielle effektmodifikatorer i samspillet mellem sundhedskompetence og de identificerede baggrundsvariable i relation til oplevet kommunikation med egen læge. Som beskrevet i afsnit 5.3.3.3 *Baggrundsvariable*, blev der for hver baggrundsvariabel estimeret to modeller, model 1 uden interaktionsled og model2 med interaktionsled. Ingen af de testede interaktioner var statistisk

signifikante. Det tyder på, at model2 med interaktion ikke bidragede væsentlig til at forklare variationen i data. Dette understøttes af R2 værdien, som kun ændres minimalt. For eksempel var p-værdien for interaktionen mellem køn og sundhedskompetence 0,062, det vil sige ikke signifikant, og r2 værdien steg fra 0,055 til 0,059. Derudover ses der brede overlappende konfidensintervaller for samtlige baggrundsvariable i de to modeller. For eksempel er OR for køn i model1 4,11 (95% CI: 2,61 - 6,47) og i model 2 7,48(95%CI:3,17-17,64), hvilket viser, at intervallerne er brede og delvist overlappende. Dette overlap tyder yderligere på, at inklusion af interaktionsled ikke giver en signifikant forbedring af modellen. Derfor vurderes det, at der ikke er statistisk grundlag for at inkludere baggrundsvariablene som interaktionsled i den endelige model. I stedet testes baggrundsvariablerne for potentiel confounding.

Tabel 9: Test af interaktion for baggrundsvariablerne

Variabel	OR (95%CI)	P-værdi	Pseudo R2
Køn			
Model 1	4.11(2,61-6,47)	0,000	0,0551
Model 2	7,48(3,17-17,64)	0,000	0,0590
P-værdi for LR test model 1 vs model2: 0,062			
Alder			
Model 1	4,03(2,55-6,34)	0,000	0,0587
Model 2	4,23(2,51-7,14)	0,000	0,0589
P-værdi for LR test model 1 vs model 2: 0,687			
Social støtte			
Model 1	3,52(2,21-5,58)	0,000	0,0786
Model 2	4,08(1,67-10,0)	0,000	0,0821

P-værdi for LR test model 1 vs model 2 : 0,204			
Uddannelsesniveau			
Model 1	3,88(2,46-6,12)	0,000	0,0578
Model 2	5,23(2,81-9,73)	0,000	0,0606
P-værdi for LR test model 1 vs model 2:0,114			
Kronisk sygdom			
Model 1	3,90(2,47-6,15)	0,000	0,0608
Model 2	14,99(1,95-115,33)	0,000	0,0641
P-værdi for LR test model 1 vs model 2 0,235			
Antal besøg hos egen læge			
Model 1	4,05(2,57-6,38)	0,000	0,0557
Model 2	5,52(1,57-19,47)	0,000	0,0574
P-værdi for LR test model 1 vs model 2 : 0,687			

6.1.2.1.1 Ujusteret model

Den ujusterede OR for den logistiske regression er 4,07 jvf. Tabel 10, hvilket betyder, at ældre personer med høj sundhedskompetence har 4,07 gange højere odds for at opleve kommunikationen med egen læge som let sammenlignet med ældre personer med lav sundhedskompetence. P-værdien er 0,000, og dermed lavere end 0,05. Derfor vurderes resultatet statistisk signifikant.

Konfidensintervallet er [2,59:6,41], og overlapper dermed ikke 1, hvorfor det er statistisk signifikant. Modellens Pseudo R²-værdi på 0,0515 viser, at sundhedskompetence alene forklarer en mindre, men meningsfuld del af variationen i oplevet kommunikation.

6.1.2.1.2 Test for confounding

Potentielle confoundere blev identificeret ved bl.a. at sammenligne OR fra den ujusterede model med OR-estimer, fra modeller hvor der blev justeret for én baggrundsvariabel ad gangen. En ændring i OR-estimer på mindst 10% eller mere blev anvendt som kriterium for at en variabel kunne betragtes som en confounder. På den baggrund blev social støtte identificeret som confounder. Derudover blev der udført lr-tests for at vurdere, om tilføjelsen af hver enkelt baggrundsvariabel signifikant forbedrede modellens forklaringskraft. P-værdien fra LR-tests jf. tabel 10, viste at alder, social støtte, uddannelsesniveau og kronisk sygdom hver især bidrog signifikant til modellen, og blev derfor inkluderet i den endelige analyse. Køn blev inkluderet i den endelige model grundet stærk evidens fra tidligere forskning, selvom ændringen i OR var mindre end 10%.

6.1.2.1.3 Justeret model

Når der justeres for alder, køn, social støtte, uddannelsesniveau og kroniske sygdomme i den logistiske regressionsmodel, ændres OR for ældre med høj sundhedskompetence fra 4,07 i den ujusterede model til 3,31 i den justerede model. Den justerede OR er fortsat statistisk signifikant da p-værdien er under 0,05, og konfidensintervallet ikke inkluderer 1. Modellen for justering havde en r^2 værdi på 0,1010, hvilket er en forbedring i forhold til den ujusterede model som havde en r^2 værdi på 0,0515. Det tyder på, at der er en sammenhæng mellem sundhedskompetence og oplevet kommunikation, selv når der tages højde for confoundere.

Tabel 10: Ujusterede og justerede modeller

Justeret/Ujusteret	OR (95%CI)	P- værdi	Pseudo R2	P-værdi fra LR-test
Ujusteret model	4,07(2,59- 6,41)	0,000	0,0515	
Justeret for køn	4,11(2,61- 6,47)	0,000	0,0551	0,070
Justeret for alder	4,02(2,55- 6,34)	0,000	0,0587	0,011*
Justeret for uddannelse	3,88(2,46- 6,12)	0,000	0,0578	0,017*

justeret for social støtte	3,52(2,22-5,56)	0,000	0,0786	0,000*
Justeret for antal kroniske sygdomme	3,90(2,47-6,15)	0,000	0,0608	0,015*
Justeret for antal besøg hos egen læge	4,05(2,57-6,37)	0,000	0,0557	0,280
Samlet justering for køn, uddannelsesniveau og social støtte og alder	3,31(2,08-5,28)	0,000	0,1010	0,000*

På baggrund af den statistiske analyse kan nulhypotesen om at der ikke er nogen sammenhæng mellem sundhedskompetence og oplevet kommunikationen forkastes. Den alternative hypotese om, at der er en sammenhæng, må derfor accepteres. Resultaterne bidrager således til at besvare specialets første forskningsspørgsmål om sammenhængen mellem sundhedskompetence og oplevelsen af kommunikation blandt ældre personer over 65år. Som tidligere beskrevet i afsnit 5.3.1 *Statistiske analyser af sammenhænge mellem patientens sundhedskompetence og deres oplevelse af kommunikationen med læger i almen praksis*, er den statistiske analyse baseret på et tværsnitstudiedesign, hvilket ikke tillader konklusioner om årsagsretning. Det kan derfor ikke fastslås, om høj sundhedskompetence fører til bedre kommunikation, eller om gode kommunikationsoplevelser bidrager til en styrket sundhedskompetence. En anden mulighed er, at sundhedskompetence og kommunikation er nært beslægtede begreber, det målemæssigt har overlappet hinanden.

6.2 Resultater fra den systematiske litteratursøgning

6.2.1 Kvalitetsvurdering af udvalgte forskningsartikler

Tabel 11: Oversigt over karakteristika over de fem udvalgte studier

Artikel: <i>Medical Doctors Approaches and Understanding of Health Literacy: A Systematic Literature Review</i>	
Forfatter	Eleni Louizou, Nikolaos Panagiotou, Eleni Dafli, Emmanouil Smyrnakis & Panagiotis D. Bamidis
Oprindelsesland	Inkluderede artikler er fra Australien, Slovenien, Tyskland, Schweiz, Argentina, USA, New Zealand, Canada, UK.
År	2024
Formål	Formålet var at undersøge lægers opfattelse og forståelse af sundhedskompetence (HL). Det systematiske review vil undersøge, hvordan læger håndtere udfordringer relateret til HL. Samtidig fokuserede reviewet på lægers holdninger, meninger, erfaringer og håndtering i relation til HL.
Design, metode og studiepopulation	Design: Systematisk litteratur review Metode: Der er blevet udført en systematisk litteratursøgning på databaserne PubMed, Scopus, ProQuest, Science Direct, Web of Science, the Cochrane Library og Google Scholar for at identificere relevante studier på området. Søgningerne blev udført mellem 1. januar 2009 og 31. december 2019 og igen den 23. maj 2020 til den 31. juli 2020 for at medtage studier, der var blevet publiceret i den mellemliggende periode. Studiepopulation: Speciallæger
Resultater	Resultater af artiklens fund resulterede i fem temaer: 1). Variation i forståelse af HL blandt læger. 2). Forskellige måder at håndtere lav HL på og anvende forskellige kommunikationsstrategier. 3). HL påvirker garden af patientinddragelse. 4). Barrierer for at fremme HL. 5). Manglende anvendelse af HL-værktøjer. Artiklens fund viser at læger har en væsentlig rolle i arbejdet med HL, men at deres viden, forståelse og kommunikative metoder varierer betydeligt. Systematiske barrierer og manglende uddannelse begrænser deres mulighed for at styrke patienters HL effektivt.
Kvalitetsvurdering ud fra JBI Critical Appraisal checkliste for systematisk review	Score: Yes: 10 No: 1 Maybe: 0 Relevans: Høj Artiklen fokuserer specifikt på læger, og undersøger, hvordan de forstår og håndterer patienter med lav HL. De inkluderede studier er fra mange forskellige lande, hvilket bidrager til en bred og tværkulturel forståelse af lægers perspektiver og håndtering af HL. Artiklen vurderes som relevant i forhold til vores forskningsspørgsmål, da artiklen belyser både kommunikative tilgange, praktiske erfaringer og barrierer, som læger oplever i mødet med patienter med lav HL. Selvom artiklen ikke udelukkende fokuserer på læger i almen praksis eller ældre patienter, identificeres flere evidensbaserede kommunikative metoder, såsom brug af forenklet sprog, gentagelser, skriftlige instruktioner og opbygning af tillid.

	Stringens: Høj Valget af design vurderes som passende til at besvare forskningsspørgsmålet om lægers opfattelse og forståelse af HL, herunder hvordan de håndterer HL-relaterede udfordringer. Det styrker gennemsigtigheden og den metodiske stringens, at forskerne beskriver tydeligt, hvornår søgningerne blev foretaget, og hvilke databaser der blev anvendt. Derudover fremgår både inklusions- og eksklusionskriterier, samt at studiet følger ENTREQ-retningslinjerne og er registreret i PROSPERO. Udvælgelsen af studier foregik systematisk og de var to til at bedømme kvalitetsvurderingen og en tredje bedømme blev inddraget hvis der ikke blev opnået enighed. Kvalitetsvurdering af de inkluderede artikler blev gjort med CASP-tjekliste. Dog er der visse begrænsninger i beskrivelsen af søgestrategien. Der mangler detaljer om konkrete søgetermer, anvendte filtre, kombination af søgeord, og det er uklart, om der blev benyttet supplerende metoder såsom snowballing. Derudover valgte forfatterne ikke at inkludere grå litteratur, hvilket potentielt kan øge risikoen for publikationsbias, dog er dette en kendt svaghed i systematiske reviews. Det skal dog nævnes at forskerne nævner i starten af artiklen, at metoden for deres review er blevet beskrevet i detaljer i en tidligere offentliggjort protokol via PROSPERO. Troværdighed: Høj Artiklen baserer sin analyse på citater fra de inkluderede studier, hvilket styrker resultaternes forankring i datamaterialet, hvilket øger analysens gennemsigtighed i henhold til fortolkningsprocessen og troværdigheden. Forskerne anvender NVivo 12 plus som kodningsværktøj og benytter tematisk analyse med induktiv tilgang, hvilket sikrer, at temaerne udspringer af det empiriske materiale. Derudover reduceres risikoen for bias i udvælgelsen af studier ved, at to forskere uafhængigt har vurderet relevans og kvalitet, og eventuelle uenigheder blev løst gennem diskussion eller inddragelse af en tredje forsker. Disse tiltag understøtter en metodisk troværdighed i udvælgelses- og analyseprocessen. Overførbarhed: Middel Artiklen overførbarhed vurderes middel i henhold til den høje stringens og høje troværdighed. Artiklen inkluderer studier fra mange forskellige lande med varierende sundhedssystemer og kulturelle kontekster. Disse forskelle adresseres dog ikke eksplicit i analysen eller diskussionen, hvilket kan svække forståelsen af, hvordan kontekstuelle forhold påvirker lægers opfattelser og praksis i relation til HL. Dermed er der en risiko for, at visse fund generaliseres på tværs af systemer og kulturer, uden at forskellene belyses tilstrækkeligt, hvilket kan udfordre vurderingen af resultaternes overførbarhed. Variationen af de inkluderede artiklers kontekster gør det udfordrende at overføre resultaterne direkte til specifikke nationale kontekster, eksempelvis danske forhold, da sundhedssystemernes opbygning og organisatoriske rammer varierer. Trods dette vurderes flere af de identificerede kommunikative metoder og barrierer som er generelt anvendelige og relevante i praksis, særligt i almen praksis og i mødet med ældre patienter med lav HL.
--	---



Artiklen: <i>How doctors make themselves understood in primary care consultations: A mixed methods analysis of video data applying health literacy universal precautions</i>	
Forfatter	Jennifer V. Byrne, Katriina L. Whitaker & Georgia B. Blac
Oprindelsesland	England
År	2021
Formål	Formål med dette studie var at undersøge, hvordan praktiserende læger i deres daglige konsultationer anvender kommunikative metoder og hvorledes disse tilgange understøtter universelle forholdsregler, der tager højde for patienters sundhedskompetence samt hvordan om dette varierede på tværs af socioøkonomiske forskelle.
Design, metode og studiepopulation	Design: Mixed methods. Kombination af kvantitative og kvalitative metoder. Metode: Til den kvalitative metode anvendte forskerne transskriptioner af videooptagelser fra et tidligere studie, indsamlet i perioden juli 2017 til marts 2018 fra syv almene praksisser i England. De kvantitative data bestod af videooptagelser af lægekonsultationer, som blev vurderet ud fra et observationsværktøj baseret på AHRQ's Teach-back Tool. De kvantitative og kvalitative data blev analyseret separat og derefter trianguleret for at identificere mønstre og sammenhænge i lægers kommunikation i forhold til sundhedskompetence. Studiepopulation: Praktiserende læger (N = 10) og patienter over 50 år, som deltog i videofilmede konsultationer i almen praksis i England.
Resultater	Resultaterne af metode triangulering resulterede i tre temaer 1). Hvordan læger forsøger at gøre sig forståelige. Dette første tema viste at læger i nogen grad forsøgte, anvende udvalgte universelle forholdsregler relateret til sundhedskompetence for at hjælpe patienter med at forstå sundhedsinformation, f.eks. ved at anvende simpelt sprog og vise billeder 2). Læger kæmper med at få patienter til at forstå sundhedsinformation. Dette tema viser, at lægerne oplevede særlige vanskeligheder ved at imødekomme manglende sundhedskompetence hos patienter, målt op imod principperne for universelle forholdsregler. Dette blev tydeligt i tilfælde, hvor patienter udtrykte, at de ikke forstod informationen. F.eks. stillede lægerne ja/nej-spørgsmål, undlod at sikre forståelse og anvendte ikke teach-back teknikker 3). Modstrid med universelle forholdsregler for sundhedskommunikation påvirker patientforståelsen. Det tredje tema belyser adfærd hos læger, som er i modstrid med anbefalinger om at læger anvender kommunikationsmetoder, der tager højde for sundhedskompetence hos patienter. Eksempler på læger der inkluderer brug af sprog, som kan fremkalde skam, taler hen over patienten og ignorerer patientens input, hvis det ikke bliver aktivt efterspurgt.
Kvalitetsvurdering ud fra Mixed Methods	Score: Kvalitative: Yes: 5 No: 0 Can't tell: 0 Comments: 0 Kvantitative: Yes: 3 No: 0 Can't tell: 2 Comments: 2

appraisal tool (MMAT) version 2018	Relevans: Høj Artiklen har høj relevans, da den behandler temaer, der er direkte relateret til specialets forskningsspørgsmål. Den undersøger, hvordan læger i almen praksis anvender kommunikationsmetoder, der tager højde for patienters sundhedskompetence. Herudover undersøges det, om anvendelsen af disse kommunikative metoder varierer afhængigt af det sociale og økonomiske niveau i området, hvor praksissen er beliggende. Stringens: Middel Valget af et mixed methods design vurderes som velegnet til at besvare forskningsspørgsmålet. Metodiske stringens styrkes gennem anvendelsen af metodetriangulering, hvor separate analyser af kvalitative og kvantitative data danner grundlag for en samlet fortolkning og identificering af overordnede temaer. Metodetrianguleringen styrker studiets validitet og bidrager til en nuanceret forståelse ved at kombinere data om, hvor ofte bestemte kommunikative metoder anvendes, med indsigt i hvordan og i hvilke kontekster de (ikke) anvendes. Derudover reduceres risikoen for bias og metodisk ensidighed, idet svagheder ved den ene metode balanceres af styrkerne ved den anden. I den kvalitative analyse blev kodningen udført af én forsker, hvilket kan føre til bias, i form af subjektivitet og i forhold til konsistens. Dog blev kvaliteten af kodningen blev understøttet gennem løbende faglig sparring og valideret af en anden forsker med henblik på relevans og overensstemmelse med studiets formål, hvilket styrker analysens stringens. Derudover blev der udarbejdet en kodemanual, der blev anvendt konsekvent gennem analysen. Dog blev der ikke foretaget en systematisk vurdering af enighed mellem bedømmere, hvilket udgør en metodisk svaghed for stringensen. Forfatterne anerkender selv denne begrænsning i artiklen. Forskerne følger COREQ-retningslinjerne og er gennemsigtige med dataindsamling, analyseproces, etisk godkendelse og datatilgængelighed, hvilket styrker stringensen. Troværdighed: Middel Studiets troværdig styrkes af forskerne anvender en transparent og systematisk tilgang i både den kvalitative og kvantitative analyse. Troværdigheden underbygges desuden af datatriangulering, herunder anvendelsen af videooptagelser og transskriptioner af konsultationer. Metodetrianguleringen styrker studiets validitet og bidrager til en nuanceret forståelse ved at kombinere data om, hvor ofte bestemte kommunikative metoder anvendes, med indsigt i hvordan og i hvilke kontekster de (ikke) anvendes. Ariklen beskriver at den tematiske analyse er baseret på transskriptioner af videodata, hvor de fokuserede på deltagernes sprog og forståelse. Der er eksempler på både lægers og patienters samtaler, som fortolkningen udledes af. Derfor kan man delvis sige at resultaterne afspejler deltagernes perspektiver. Dette italesætter forskerne selv eksplicit, at den kvalitative forskers forforståelse og faglige viden om sundhedskompetence som
---	---

	potentiel bias, dette fremhæver forskernes transparens om studiets svagheder, og understøtter troværdighed. Samtidig argumenterer forskerne for, at faglighed er nødvendig for at anvende observationsværktøj (Teach-back Tool fra AHRQ). En svaghed er at observationsværktøjet ikke er valideret til UK kontekst. I artiklen fremgår citater af deltagernes udsagn af i en tabel og flere udsagn er også fremhævet i resultatafsnittet, hvilket styrker troværdigheden og gennemsigtigheden. En svaghed er at forskerne ikke er eksplicitte med hvornår det er deres egne fortolkninger, hvilket svækker troværdigheden, da det kan være svært at vurdere fortolkninger. Derudover er adgang til videodata begrænset, hvilket medfører, at kun én forsker kunne kode materialet, hvilket begrænser muligheden for intersubjektiv kontrol og dermed kan svække troværdigheden. Denne begrænsning anerkendes af forfatterne, hvilket bidrager til transparens og understøtter troværdigheden. Forskerne følger COREQ-retningslinjerne, og der redegøres for etiske overvejelser, datatilgængelighed og analyseprocedurer. Samlet set understøtter disse faktorer en gennemsigtig og reflekteret tilgang. Forskerne følger COREQ-retningslinjerne, og der redegøres for etiske overvejelser, datatilgængelighed og analyseprocedurer. Samlet set understøtter disse faktorer forskernes gennemsigtig og transparens. Overførbarhed: Middel Studiet er udført i England og tager udgangspunkt i praktiserende læger konsultationer med patienter over 50 år i almen praksis. Den engelske kultur og sundhedsvæsen kan med forbehold overføres til dansk kontekst. Englands kultur og sundhedsvæsen er forskelligt sammenlignet med Danmarks i henhold til sundhedssystem, hvor i England er det offentligt og centralstyret, hvorimod i Danmark er det decentral og selvstændig praksis. Samtidig er retningslinjer, standarder og kvalitet styret af det offentlige sundhedsvæsen, som læger, hospitaler og praksis skal følge i England. Dog er der ligheder såsom at praktiserende læger i begge lande fungerer som gatekeeper og mange almen praksis består af læger, sygeplejersker og receptionister. I England er kulturen mere præget af multietnisk befolkning sammenlignet med Danmark. Studiet bidrager med betydelig viden om kommunikation og sundhedskompetence, men overførbarheden er lav, da både sundhedssystem og populationen er forskellige fra den danske kontekst. Derudover skal det specifikke værktøj også tilpasses den danske kontekst. Kvantitativ del: Reliabilitet & Intern validitet: Den kvantitative del anvender et struktureret observationsværktøj til systematisk og ensartet vurdering af, om læger anvender kommunikative metoder, der tager højde for patienters sundhedskompetence. En metodisk svaghed er, at observationsværktøjet (Teach-back Observation Tool) endnu ikke er valideret til brug i UK-kontekst, hvilket kan påvirke reliabiliteten og
--	--

	pålideligheden af de kvantitative fund. I den kvantitative del blev scoringskriterierne diskuteret og justeret i samarbejde med en praktiserende læge og medforfatter for at styrke begrebsvaliditeten. Dette bidrager potentielt til kvalitetsvalideret redskab, men pålideligheden og reliabiliteten begrænses af, at to personer og ikke flere indgik i vurderingsprocessen.
--	---

Ariklen: <i>Greek medical professionals approaches and understanding of health literacy: a qualitative study</i>	
Forfatter	Eleni Louizou, Nikolaos Panagiotou, Emmanouil Smyrnakis, Savvas Anastasiadis, Konstantinos G. Diamantis, Foivos Papamalis & Panagiotis D. Bamidis
Oprindelsesland	Grækenland
År	2023
Formål	Formålet med dette studie er at undersøge, hvordan græske læger forstår begrebet sundhedskompetence (HL) og håndterer HL i deres daglige praksis. Derudover undersøger de hvilken betydning læger tillægger begrebet og hvilke metoder de anvender til at tage højde for patienter med lav HL, samt hvilke barrierer de oplever.
Design, metode og studiepopulation	Design: Kvalitativt studie Metode: Der blev udført 30 semistrukturerede interviews med læger i Grækenland i perioden den 29. april 2021 til den 17. februar 2022. Studiepopulation: Græske læger. De læger der indgår i studiet, har en bred vifte af specialer. Seks almen praktiserende læger, fire kardiologer, tre intern medicinere, tre pulmonologer, tre radiologer og 11 andre specialer.
Resultater	Resultaterne af undersøgelse resulterede i fem hovedtemaer 1). <i>Variation i forståelse af sundhedskompetence (HL).</i> De fleste læger kendte ikke til begrebet HL eller havde en begrænset forståelse af begrebet. De få der kendte til begrebet, havde meget forskellig forståelse af det, 2). <i>Håndtering af patienter med lav HL.</i> Lægerne anvendte forskellige metoder til at håndtere patienter lav HL, såsom at tale simpelt sprog og undgå fagsprog eller benytte visuelle hjælpemidler såsom billeder. Få læger anvendte til tider "teach-back"-metoden, 3). <i>Barrierer for at fremme HL.</i> Der blev identificeret barrierer, der hæmmer lægernes indsats for at styrke patienternes HL, såsom patienter der får information fra deres omgivelser eller medierne, som ikke nødvendigvis stemmer overens med lægens anbefalinger. Andre barrierer for at fremme patienters HL er bl.a. tidspres, stressende arbejdsvilkår, patientflow, og mangel på specialiserede sygeplejersker, hvilket fører til yderligere arbejdspress på lægerne, 4). <i>Lægernes ansvar og prioritering af HL.</i> Næsten alle læger anså det som deres ansvar at fremme HL hos patienter, men oplevede at de stod alene med opgaven uden støtte fra sundhedssystem. Mange læger påpegede statens utilstrækkelige rolle i udviklingen af borgernes HL i Grækenland. Lægerne mener at staten og samfundet også har et væsentligt ansvar i udviklingen af borgernes HL. Tema 5). <i>Fejl i vurdering af HL.</i> De fleste læger indrømmede, at de muligvis har fejlvurderet en patients niveau af HL. En almindelig fejl, som læger begår, er at overvurdere patientens HL. Læger anvender et for højt fagligt sprog. Der blev påpeget et behov for uddannelse af læger, så de bedre kan vurdere patienters HL-niveau.
Kvalitetsvurdering ud fra JBI Critical Appraisal Checklist for Qualitative Research	Score: Yes: 7 No: 2 Unclear: 1 Not applicable: 0 Relevans: Høj Artiklen er relevant da den undersøger, hvordan læger forstår og tilpasser deres kommunikation i forhold til patienters sundhedskompetence. Den

	omhandler lægers metoder og barrierer i kommunikationen. Derudover behandler den temaer, der direkte kan kobles til specialets problemformulering og forskningsspørgsmål. Dog anerkendes af specialegruppen, at de læger der indgår i studiet er fra mange forskellige specialer, hvilket ikke stemmer overens med specialet målgruppe. Stringens: middel Valget af et kvalitativt design med anvendelse af semistrukturerede interviews vurderes at være relevant til studiets formål. Semistrukturerede interviews gør det muligt at opnå dybdegående forståelse, perspektiver, erfaringer og indsigter relateret til emnet, hvilket er relevant til studiet formål, som er at undersøge lægers erfaringer og holdninger. Der er udført en systematisk litteratursøgning, der danner grundlag for udarbejdelsen af interviewguiden, forskerne følger Kallio et al. tilgang for at sikre pålideligheden og stringens. Interviewguiden blev pilottestet og tilpasset for at sikre klarhed og relevans. Forskerne forholder sig ikke til om resultaterne er påvirket af at interviewene blev afholdt over telefon pga. COVID-19, hvilket er en svaghed for den metodiske stringens. Rekrutteringsstrategien er beskrevet, herunder inklusions- og eksklusionskriterier Dette understøtter gennemsigtig og studiet stringens. Udvælgelsen af informanter blev foretaget via anbefalinger fra medicinske journalister, som tidligere har samarbejdet med de deltagende læger. Forskerne diskuterer ikke kritisk over denne tilgang, eller nævner at det potentielt kan introducere selektionsbias, hvilket er en svaghed for den metodiske stringens. Denne rekrutteringsmetode kan dermed begrænse variation i perspektiver, i form af de deltagende læger potentielt har interesse for området og ikke er tilfældigt udvalgt. Forskerne har fulgt gældende etiske retningslinjer, herunder informeret informanter forud for interviewene og indhentet både skriftligt og mundtligt samtykke. Studiet er godkendt af Bioetikkomitéen ved Det Medicinske Fakultet, Aristoteles Universitet i Thessaloniki. Datahåndteringen fremgår systematisk og struktureret, hvilket styrker gennemsigtigheden og studiet stringens. Kodningen blev udført af flere forskere, som arbejdede uafhængigt og efterfølgende samarbejdede om at opnå konsensus, eventuelle uenigheder blev løst i dialog med en supervisor, det styrker den interne validitet og metodisk stringens. Analysen blev udarbejdet i QSR NVivo 12 PLUS-software, hvilket øger gennemsigtighed og systematik i dataanalysen samt den metodiske stringens. Troværdighed: Middel Studiets metodiske troværdighed styrkes af, at forskerne anvender en gennemsigtig og systematisk tilgang til både dataindsamling og analyse. Kodningen blev foretaget af flere forskere og efterfølgende drøftet i fællesskab, hvilket bidrager til troværdighed gennem analytisk forskertriangulering og konsensusdannelse. Forskerne baserer sin på tolkninger fra informanternes, hvilket sikrer en tæt kobling til det empiriske datamateriale og øger gennemsigtigheden i fortolkningsprocessen. Forskerne diskuterer ikke deres egen rolle, f.eks.
--	--

	deres egen forforståelser eller interviewerens påvirkning, det er en svaghed og påvirker troværdigheden. Der anvendes QSR NVivo 12 PLUS-software som kodningsværktøj, der bidrager til en systematisk og gennemsigtig analyseproces, hvilket øger troværdigheden. Forskerne forholder sig ikke kritisk til deres rekrutteringsstrategi og diskuterer ikke, at tilgangen potentielt kan introducere selektionsbias. Den valgte metode til rekruttering samt informanternes karakteristika og mulige indflydelse på datagrundlaget behandles ikke i tilstrækkelig grad. Forskernes manglende refleksion kan svække studiets metodiske troværdighed i forhold til, hvorvidt resultaterne afspejler målgruppens erfaringer bredt og nuanceret. Overførbarhed: lav Halvdelen af informanter arbejder både som universitetsprofessorer og læger i praksis, de kan have en anderledes tilgang og erfaringer med HL, som ikke afspejler bredere praksis, hvilket kan påvirke hvor bredt resultaterne kan anvendes. Forskerne nævner dog, at resultaterne ikke kan generaliseres til hele befolkningen eller andre faggrupper, da det er en kvalitativ undersøgelse. Det græske og danske sundhedssystem og kultur er meget forskellige, hvilket udfordrer overførbarheden til en dansk kontekst.
--	---

Artikel: <i>Challenges and solutions in communication with patients with low health literacy: Perspectives of healthcare providers</i>	
Forfatter	Laxsini Murugesu, Monique Heijmans, Jany Rademakers & Mirjam P. Fransen
Oprindelsesland	Holland
År	2022
Formål	Formålet med studiet er at opnå en dybere indsigt i de udfordringer, som sundhedsprofessionelle oplever i kommunikationen med patienter med lav sundhedskompetence, herunder i hvilke faser af patientforløbet disse udfordringer opstår, og hvordan udfordringerne varierer mellem forskellige faggrupper af sundhedsprofessionelle.
Design, metode og studiepopulation	Design: Mixed-Methods Kvantitative og kvalitative metoder kombineres for at besvare forskningsspørgsmålene. Metode og studiepopulation: Kvantitative del: Først anvender forskerne kvantitativ metode: et online spørgeskema blev sendt til sundhedsprofessionelle fra primær og sekundær sundhedssektor. Spørgeskemaet blev sendt via sociale medier, e-mail-liste og officielle hjemmesider for lægeforeninger. Spørgsmålene blev udviklet på baggrund af eksisterende litteratur og teoretiske modeller. Studiepopulationen bestod af sundhedsprofessionelle med direkte patient kontakt fra både primær og sekundær sundhedssektor i Holland. 396 sundhedsprofessionelle blev inkluderet. Kvalitative del: Derefter anvender forskerne kvalitative metoder for at validere og uddybe spørgeskema-resultaterne. Informanterne fik invitation til interviews hvis de var en del af det hollandske sundhedsregister. Deltagere der kontaktede forskerteamet ved interesse blev rekrutteret. Der blev interviewet 7 sundhedsprofessionelle herunder to praktiserende læger, to sygeplejersker, en livsstilcoach, en klinisk geriater og en ergoterapeut. Interviews blev foretaget fysisk eller telefonisk. Forskerne stoppede dataindsamlingen og rekrutteringen, da nye interviews ikke længere tilføjede viden.
Resultater	Resultater for den kvantitative del (spørgeskema): Studiet inkluderede 396 sundhedsprofessionelle og viser, at kommunikation med patienter med lav sundhedskompetence udgør en gennemgående udfordring i praksis. -76 % oplevede mindst én gang ugentligt vanskeligheder i kommunikationen med patienter med lav HL. -Praktiserende læger og praksissygeplejersker rapporterede flere kommunikationsudfordringer end andre faggrupper, især når det gælder at sikre patientforståelse og støtte adfærdsændring. -31 % af de adspurgte fandt det vanskeligt at identificere patienter med lav HL, og kun 33 % tog systematisk HL i betragtning i kommunikationen. Kun halvdelen (50 %) anvendte HL-tilpassede materialer konsekvent, mens 41 % kun brugte dem af og til, og 9 % aldrig.

	Resultater for den kvalitative del (interviews) Resultaterne for den kvalitative del, viser tre overordnede temaer: Oplevede udfordringer i kommunikation med patienter med lav sundhedskompetence, før konsultationen, under, og efter konsultationen. De tre overordnede temaer rummede henholdsvis, -Behov for metoder til at identificere lavt HL, da det ofte usynligt. - Brug af tilpasset kommunikation og visuelle materialer, da samtaler ofte holdes på et generelt og medicinsk niveau, som kan være svært for patienter med lavt HL at forstå. -Systemiske barrierer som tidspres og organisatoriske udfordringer
Kvalitetsvurdering ud fra Mixed Methods appraisal tool (MMAT) version 2018	Score: Kvalitative del: Yes: 5 No: 0 Can't tell: 0 Kvantitative del: Yes:3 No:2 Can't tell: Mixed methods: Yes:3 No:1 Can't tell:1 Den kvalitative del scorer højt på alle fem MMAT-kriterier, mens den kvantitative del har svagheder i forhold til repræsentativitet og nonresponse. Mixed methods vurderes generelt velintegreret, men mangler en diskussion af evt. uoverensstemmelser mellem komponenterne. Relevans: Høj Studiet vurderes relevant i forhold til specialets forskningsfokus, idet det adresserer problemstillinger vedrørende sundhedsprofessionelles, herunder alment praktiserende lægers oplevede kommunikationsudfordringer i mødet med patienter med lav sundhedskompetence samt de kommunikative metoder, der anvendes for at imødekomme disse. Artiklen bidrager med empirisk forankret og praksisnær indsigt i, hvordan kommunikation i klinisk kontekst kan tilpasses med henblik på at styrke forståelse og patientinddragelse hos patienter med lav sundhedskompetence. Derudover understøtter studiet teoretiske refleksioner om sundhedskompetence, læge-patient-relationen og patientinddragelse, og resultaterne vurderes derfor at være direkte anvendelige i specialets analyse og diskussion. Artiklen relaterer sig således tæt til specialets problemformulering og styrker forståelsen af det valgte emnefelt. Stringens: Høj Metoden i studiet er velbeskrevet og anvender et mixed methods-design, hvor kvalitative interviews bruges til at validere og uddybe kvantitative fund. Den kvalitative del er stringens udført med tematisk analyse, datamætning og transparens i kodning. Analysen af de kvalitative data beskrives som tematisk og foretaget i MAXQDA, men selve kodningsprocessen og hvordan temaerne blev udviklet, præsenteres kun overordnet. Troværdighed: Middel/Høj Resultaterne er godt dokumenteret og underbygget med både statistiske data og kvalitative citater fra interviews. Artiklen er transparent omkring, hvordan fundene er fremkommet, og der er god sammenhæng mellem data, analyse og konklusioner. De kvalitative citater er relevante og velvalgte, og de bidrager til at underbygge og nuancere de identificerede temaer, hvilket

	styrker læserens mulighed for at følge og vurdere analysearbejdet. Dog kunne artiklen i højere grad have diskuteret mulige uoverensstemmelser mellem de kvalitative og kvantitative fund, hvilket er et kriterium for mixed methods-troværdighed i MMAT-tjeklisten. Endvidere nævnes forskerrefleksion ikke eksplicit. Selvom det fremgår, at interviewdata er blevet diskuteret blandt medforfatterne, hvilket kan indikere en vis form for reflektiv proces mangler der en egentlig redegørelse for forskernes for forståelse, position eller mulige bias i analysen. Dette svækker i nogen grad gennemsigtigheden og dermed troværdigheden af studiets kvalitative del. Overførbarhed: Høj Fundene i studiet er beskrevet med tilstrækkelig klarhed til, at de kan forstås og anvendes i lignende kontekster. Sundhedssystemet i Holland vurderes at være sammenligneligt med det danske, især hvad angår struktur, faggrupper og udfordringer i primærsektoren, hvilket øger overførbarheden til en dansk kontekst. Artiklen diskuterer resultaternes relevans i forhold til eksisterende forskning og behovet for øget HL-kompetence blandt sundhedsprofessionelle, hvilket styrker forbindelsen til både praksis og videre forskning. Kvantitative del: Reliabilitet: Metoden er beskrevet så tilstrækkeligt, at studiet vil kunne reproducere. Brugen af lukkede spørgsmål og standardiserede svarmuligheder i spørgeskemaet styrker reliabiliteten. Dette øger sandsynligheden for, at gentagne målinger under tilsvarende betingelser vil give stabile og ensartede resultater, uanset hvem der udfører undersøgelsen. Dog bygger dataindsamlingen på selvrapporterede oplevelser, hvilket kan introducere social desirability bias, idet resultaterne afspejler sundhedsprofessionelles personlige erfaringer. Intern validitet: Den interne validitet svækkes bl.a. af, at der ikke blev anvendt et valideret spørgeskema, det blev heller ikke pilot testet forud for dataindsamlingen. Dette øger risikoen for informationsbias, da spørgeskemaets evne til at indfange svar på det der spørges ind til, ikke er vurderet. Som forfatterne selv diskuterer, er der også risiko for selektionsbias idet deltagerne kan have haft en særlig interesse i sundhedskompetence. Dette skyldes at rekrutteringen var gennem forskellige medier, og deltagelsesprocenten fra de forskellige medier kendes ikke. Endelig fremgår det, at data primært er analyseret med simple statistiske tests uden brug af multivariate analyser, hvilket betyder, at der ikke er kontrolleret for confoundere. Disse forhold samlet set truer studiets evne til at producere pålidelige og generaliserbare resultater.
--	---

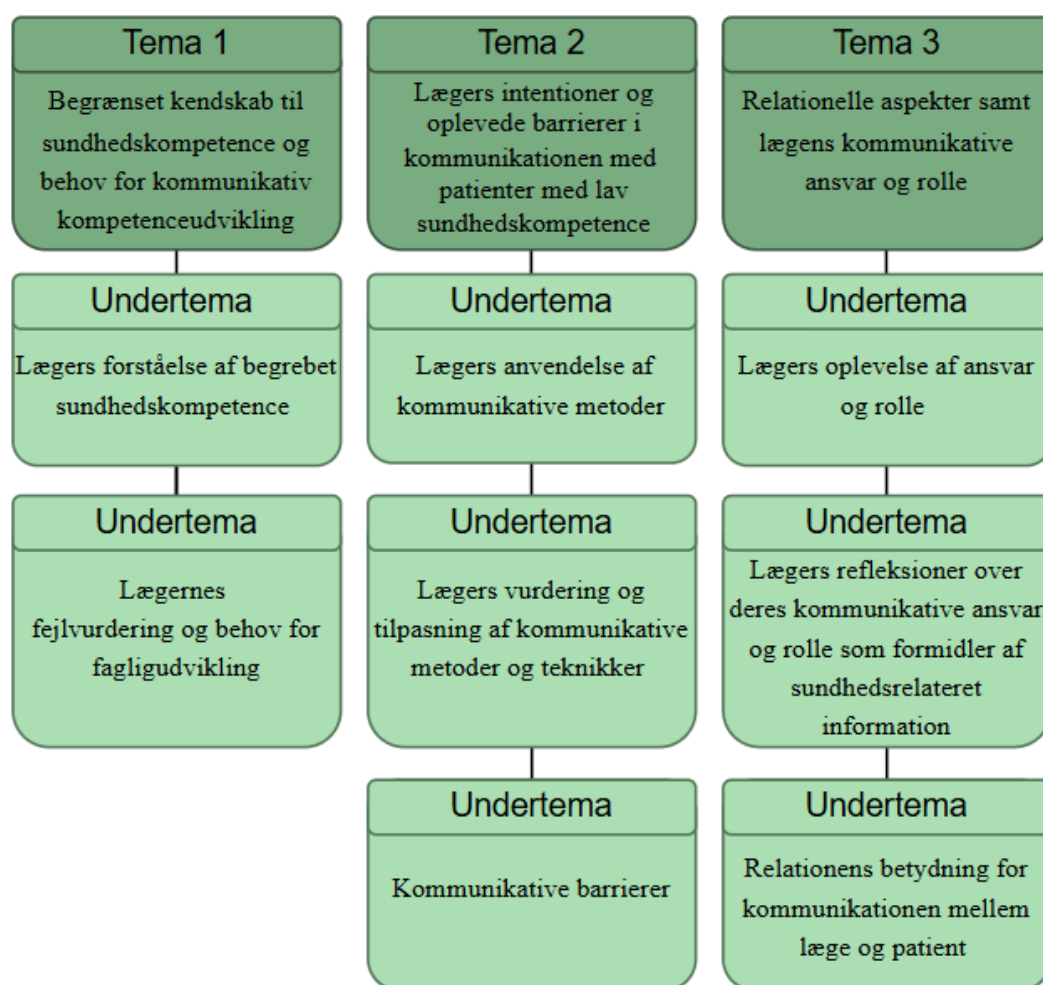
Artikel: <i>The perspectives on barriers and facilitators in communication by the healthcare professionals and older healthcare users: the role of health literacy</i>	
Forfatter	Areti Efthymiou, Michael Rovithis & Argyroula Kalaitzaki
Oprindelsesland	Grækenland
År	2022
Formål	Studiets formål er at undersøge, hvordan både sundhedsprofessionelle og ældre patienters oplever udfordringer og muligheder i kommunikationen under konsultationer, med fokus på betydningen af sundhedskompetence. Dernæst var formålet med studiet også at undersøge hvor godt sundhedsprofessionelle og patienter kender til begrebet sundhedskompetence
Design, metode og studiepopulation	Design: Kvalitativt studie design Metode: Fokusgruppe interviews. Der blev afholdt to fokusgruppe interviews, én med sundhedsprofessionelle og en med ældre borgere. De to fokusgruppe interviews blev afholdt online pga. Covid-19. Forskerne udarbejdede en interview-guide forud for interviewene. Interviewene blev transskriberet og derefter benyttede de en konventionel kvalitativ indholdsanalyse som en dataanalyse metode. Studiet blev godkendt af en forskningsetisk komité, og alle deltagere underskrev informeret samtykke: Studiepopulation: Fokusgruppen med sundhedsprofessionelle bestod af læger, sygeplejersker, socialrådgiver, sociolog) Fokusgruppen med ældre bestod af fem ældre borgere over 60år.
Resultater	Forfatterne identificerede 3 temaer for interviews med sundhedsprofessionelle. Kendskab til sundhedskompetence, fremmende faktorer i interaktionen mellem sundhedsprofessionelle og patienter samt barrierer i kommunikationen. Flere sundhedsprofessionelle kendte ikke til begrebet sundhedskompetence før interviewet. Sundhedsprofessionelle fremhævede vigtigheden af tillid og samarbejde som grundlag for effektiv kommunikation. Klart, enkelt og tilpasset sprog, brug af kommunikative metoder og inddragelse af pårørende. Kommunikation blev udfordret af faktorer som ældre patienters modstand mod livsstilsændringer, kognitive og sensoriske problemer (hukommelse, hørelse, syn), og emotionelle tilstande såsom depression. Tidsmangel og højt arbejdspress i sundhedssystemet blev fremhævet som væsentlige barrierer for dybdegående dialog.
Kvalitetsvurdering ud fra JBI Critical Appraisal Checklist for Qualitative	Score: Yes:7 No:1 Unclear:2 Relevans: Høj Studiet er relevant, da det belyser både sundhedsprofessionelles og ældres perspektiver på barrierer og facilitatorer i kommunikationen, med særligt fokus på sundhedskompetence. Det relaterer sig tæt til specialets problemformulering, der omhandler, hvordan læger i almen praksis tilpasser deres kommunikation til ældre patienter med lav HL, og hvilke

	metoder der fremmer patientinddragelse. Artiklen bidrager med kvalitative data, der uddyber forståelsen af udfordringer som lavt kendskab til HL-begrebet, kognitive barrierer og organisatoriske begrænsninger. Samtidig præsenteres praksisnære kommunikative metoder, som er direkte anvendelige i specialets analyse Stringens: Middel Studiets metodiske tilgang fremstår velbeskrevet med anvendelse af et kvalitativt design, fokusgrupper og indholdsanalyse som analytisk metode. Analysen fremstår systematisk og velunderbygget med citater fra deltagerne, og både etisk godkendelse og informeret samtykke er dokumenteret. Dog beskrives kodningsprocessen og udviklingen af temaer kun overordnet, hvilket begrænser indblik i den analytiske transparens. Troværdighed: Høj Artiklen præsenterer resultaterne af en kvalitativ undersøgelse af sundhedskompetence (HL) blandt ældre patienter og deres kommunikation med sundhedsprofessionelle i en græsk kontekst. Resultaterne fremstår meningsfulde og velbegrundede, med en tydelig sammenhæng mellem data og de temaer, der fremhæves i analysen. De kvalitative fund er underbygget med relevante og illustrative citater fra deltagerne, som konkretiserer udfordringerne i kommunikationen og de psykosociale barrierer, der præger mødet mellem ældre patienter og sundhedsprofessionelle. Temaer som tillid, brug af simplificeret sprog, modstand mod ændringer i behandling og behov for hjælpemidler såsom doseringsæsker præsenteres med tilhørende citater, styrker fortolkningens transparens. Resultaterne relateres desuden meningsfuldt til eksisterende viden og litteratur på området, hvilket yderligere underbygger artiklens konklusioner. Overførbarhed: Middel Studiet er fra Grækenland og fundne vurderes overførbare til dansk almen praksis med forbehold for de strukturelle forskelle mellem det danske og det græske sundhedsvæsen. Studiets fokus på ældre patienter stemmer desuden overens med specialets målgruppe og bidrager til forståelsen af kommunikationsbehov og praksis i netop denne population. De sundhedsprofessionelles erfaringer med kommunikation, lav sundhedskompetence og organisatoriske udfordringer præsenteres med en detaljeringsgrad, der gør resultaterne relevante for praksisnære refleksioner. Særligt de identificerede kommunikative metoder, såsom brugen af simplificeret sprog, teach-back og skriftligt materiale, samt barrierer som tidspres kan have betydning i dansk kontekst.
--	---

6.2.2 Tematisk analyse af de udvalgte forskningsartikler

I det følgende præsenteres resultaterne og den reflektive tematiske analyse af de fem artikler, som er udført med inspiration fra Braun og Clarke (2019). Analysen har til formål at besvare det specialets andet forskningsspørgsmål: “Hvilken viden findes der om alment praktiserende lægers oplevelser med brugen af kommunikative metoder til at styrke kommunikationen med ældre patienter med lav sundhedskompetence i almen praksis? På baggrund af de udviklede kodninger og de identificerede mønstre har specialegruppen udviklet tre overordnede temaer og otte tilhørende undertemaer som præsenteres nedenfor i figur 3. Temaerne udgør tilsammen en tematisk analyse med udgangspunkt i de fem artikler, der undersøger forskellige aspekter af lægers kommunikative rolle og erfaringer i mødet med patienter med lav sundhedskompetence.

Figur 3: De tre overordnede temaer og de tilhørende



6.2.2.1 Lægers forståelse af begrebet sundhedskompetence og kompetenceudvikling

Sundhedskompetence som begreb og fagligt udviklingsområde

Temaet består af to undertemaer: 1) Lægers forståelse af begrebet sundhedskompetence og 2) Lægernes fejlvurdering og behov for faglig udvikling. De to undertemaer blev identificeret som to indbyrdes forbundne undertemaer og blev derfor samlet til ét overordnet tema. På tværs af de inkluderede artikler fremgår det, at lægerne ofte enten ikke kendte til begrebet sundhedskompetence eller kun har en begrænset forståelse af det. Derudover nævner flere af læger et behov for kompetenceudvikling, da de oplever udfordringer med at vurdere patientens sundhedskompetenceniveau og tilpasse kommunikationen derefter. Undertemaerne analyseres samlet, da det gennem processen af den tematiske tydeliggjorde, at lægernes manglende kendskab til sundhedskompetence sammenholdt med deres oplevede behov for kompetenceudvikling kan begrænse deres evne til at identificere patienter med lav sundhedskompetence og til at anvende relevante kommunikative metoder og teknikker. Dette udgør en barriere for at tilpasse kommunikationen og sikre patientens forståelse samt patientinddragelsen.

På tværs af de fem artikler fremhæves det, at lægers kendskab til begrebet sundhedskompetence ofte er begrænset eller varierer meget i forståelsen af det (Louizou et al., 2024; Byrne et al., 2021; Murugesu et al., 2022; Louizou et al., 2023; Efthymiou et al., 2022). Ifølge Louizou et al. (2023) var "The over whelming majority of physicians, with very few exceptions, indicated that they had never encountered the concept of HL. Even among those who asserted some familiarity with the term, their responses revealed that most had a limited understanding of the concept of HL" (Louizou et al. 2023, s. 4), hvilket peger på, at sundhedskompetence fortsat er et relativt nyt koncept, der endnu ikke er fuldt integreret i klinisk praksis. Derudover viser studiet af Louizou et al. (2024) at selv blandt de læger, der kender til begrebet, varierer opfattelsen betydeligt, hvilket illustreres i følgende citat : *"From physicians responses in the interviews conducted in the articles, it was evident that they varied in their perception of a patient's HL level and attributed different meanings to it"* (Louizou et al., 2024, s.6). Ifølge Louizou et al. (2024) kan denne variation i forståelse føre til at patienter modtager information på et niveau, de ikke kan omsætte i praksis. Det kan dermed svække effektiviteten af behandlingen, hvilket fremgår i følgende citat:

"The limited knowledge that healthcare professionals possess about HL has been emphasized in previous research. Some physicians often overestimate patients' ability to comprehend medical

terms or seem to make little effort to adjust the language they use. The barrier posed by the use of medical jargon in physician-patient communication seems to be significant, as it has been shown to have a negative impact on patients and their health management” (Louizou et al., 2024, s.11). Den begrænsede forståelse af sundhedskompetence blandt lægerne, kombineret med barrierer for at forbedre patienters sundhedskompetence, beskrives som en hæmmende faktor for effektiv kommunikation. Da tilpasset kommunikation er en forudsætning for, at patienter kan forstå og anvende sundhedsinformation, kan det tolkes, at manglende forståelse hos patienten samtidig kan det svække patientinddragelse.

Flere af de inkluderede studier peger desuden på, at lægerne ofte overvurderer patienternes sundhedskompetenceniveau (Louizou et al., 2024; Byrne et al., 2021; Louizou et al., 2023). I studiet af Louizou et al., (2023) fremgår det eksempelvis *“Most physicians admitted that they may have misjudged a patient’s level of HL. [...] A common mistake that physicians seem to make is that they may overestimate a patient’s HL”* (Louizou et al., 2023 s.7) Denne fejlvurdering kan medføre, at lægerne ikke i tilstrækkelig grad tilpasser deres kommunikation til patientens faktiske behov og sundhedskompetence.

Det fremgår i studiet af Murugesu et al. (2022) at de sundhedsprofessionelle aldrig eller kun nogle gange tilpasser deres kommunikation til patienten, fordi har bevidsthed om begrebet sundhedskompetence og om de strategier, der er tilgængelige for at imødekomme udfordringer relateret til lav sundhedskompetence, udfordringer med at vurdere patienters sundhedskompetence samt en oplevet mangel på tid. *“Half of the providers never, or only sometimes, adapted their communication or used HL-specific materials. This was largely attributable to low professional awareness of the notion of HL and of the strategies available to address HL challenges to difficulties recognizing low HL and to perceived shortage of time”*(Murugesu et al., 2022, s. 11).

I Louizou et al. (2023) beskriver to læger deres udfordringer med at fejlvurdere patientens sundhedskompetence:

“Many people can be very good at hiding whether they understand or not.....but in the end it’s a lot worse than you think. As a result, you talk on a different level and at some point you realize that instead of helping them, you have confused them even more”. (Louizou et al., 2023 s.7)

Citatet peger på, at mange patienter kan være gode til at skjule, at de er forvirret eller ikke forstår informationen. Det kan betyde at lægen kommunikerer til patienten på et niveau de ikke forstår, som kan resultere i at de forvirrer dem mere end de hjælper dem.

Det beskrives i flere af studierne, hvordan nogle af lægerne forbinder lav sundhedskompetence med socioøkonomiske faktorer, lav uddannelse, sprogbarrierer og alder (Louizou et al., 2024; Byrne et al., 2021; Murugesu et al., 2022; Louizou et al., 2023; Efthymiou et al., 2022). Denne antagelse illustreres i Louizou et al. (2023):

“The characteristics that make up the profile of a person with low HL, are summarized as follows. Usually, the patient has a low level of education and training, have difficulty communicating and difficulty understanding what the physician says” (Louizou et al. 2023 s.7). Dette citat indikerer, at nogle af lægerne har en tendens til at forbinde lav sundhedskompetence med bestemte faktorer såsom uddannelsesniveau og sprogbrug. Sådanne antagelser kan føre til fejlvurderinger, især når patienter ikke matcher de stereotype forestillinger om lav sundhedskompetence. Murugesu et al. (2022) nuancerer denne udfordring, ved at fremhæve, at nogle læger kan overse lav sundhedskompetence hos patienter, fordi de ikke passer i den stereotype forestilling om, hvordan sådanne patienter ser ud.

“In the interviews providers reported being more alert to possible low HL skills if patients had an intellectual disability, came from low-SES neighborhoods, were elderly or spoke poor Dutch. They emphasized that low HL was less recognizable in other types of patients, who may hide their illiteracy, hesitate to convey failure to understand, or give socially desirable answers” (Murugesu et al., 2022 s.10).

Ifølge Murugesu et al. (2022) kan det være udfordrende at vurdere patientens sundhedskompetence, det kommer til udtryk ved at nogle patienter kan skjule deres forståelse eller giver et svar, de tror vil fremme et positivt billede af dem selv, svar der stemmer overens med sociale normer og forventninger i stedet for at udtrykke deres reelle viden, adfærd eller oplevelser. En tilsvarende kompleksitet fremgår af Louizou et al. (2024), som peger på, at også patienter med høj uddannelsesbaggrund kan overvurderes med hensyn til deres sundhedskompetence, og dermed træffe beslutninger, som ikke er baseret på reel forståelse af lægerne. *“In fact, sometimes people who are very highly educated go out there and make up their own mind what they want to do, and it was a pretty dumb decision”*(Louizou et al., 2024 s.8). Dette indikerer at høj uddannelse ikke

nødvendigtvis er ensbetydende med høj sundhedskompetence, og at nogle af lægerne kan være tilbøjelige til at overvurdere patientens evner, hvis de vurderer patienters sundhedskompetence subjektivt ud fra karakteristika som uddannelse eller sproglig fremtoning, uden at vurdere den faktiske forståelse. Disse forskellige antagelser og vurderinger hos læger kan skabe barrierer i kommunikationen mellem læge og patient, hvis de ikke sikrer patienten reelle forståelse.

Kommunikative barrierer mødet mellem læge og patient skyldes ikke nødvendigvis patientens manglende forståelse eller lav sundhedskompetence. Det kan også skyldes lægens har svært ved at møde patienten på vedkommende kompetenceniveau. Det kan komme til udtryk gennem anvendelse af fagsprog, manglende evne til at tilpasse sproget eller udfordringer med formidling kan bidrage til misforståelser og skæv kommunikation. Det kommer til udtryk i følgende citat: *“There is a gap between patient and GP, the doctor may be unable to understand the patient's problem due to his or her own language barrier. So, the problem can be with the doctor not necessarily with the patient”* (Louizou et al., 2024 s.10)

I artiklerne peges der på et behov for styrket kompetenceudvikling inden for sundhedskompetence og kommunikation (Louizou et al., 2023; Efthymiou et al., 2022; Murugesu et al., 2022). Nogle læger efterspørger træning og værktøjer til at styrke kommunikation med patienter med lav sundhedskompetence. Dette kommer blandt andet til udtryk i et studie af Louizou et al. (2023), hvor en læge beskriver, at kompetenceudvikling kan gavne både patient og læges kliniske praksis:

“It is important to educate the patient” points out a university Cardiologist, while a General Practitioner emphasizes that there will also be benefits for the physicians themselves, as it will help them more to draw useful conclusions for the patient“.(Louizou et al., 2023 s.7)

Dette understøttes yderligere af Efthymiou et al. (2022), hvor sundhedsprofessionelle udtrykker interesse i at styrke deres kompetencer: *“Healthcare professionals said that they were interested in participating in training courses focusing on health literacy, enhancing their communication skills, and advancing their knowledge on aging and dementia”*. Udsagnene indikerer et erkendt behov blandt sundhedsprofessionelle for kompetenceudvikling inden for sundhedskompetence og kommunikation. Det fremgår ligeledes i studiet af Murugesu et al. (2022), at de sundhedsprofessionelle udtrykker et behov for kompetenceudvikling: *“Providers expressed needs for support to recognize and discuss low health literacy, to adapt communication and to assess patient’s comprehension”* (Murugesu et al., 2022, s.14)

Tilsvarende resultater findes i studiet af Efthymiou et al. (2022): *“Healthcare professionals admitted that they need easy to use instruments for screening the HL level of the older people.”* (Efthymiou et al., 2022 s.7). Lægernes udsagn på tværs af artiklerne kan tolkes som et udtryk for et erkendt behov blandt læger og andre sundhedsprofessionelle for kompetenceudvikling, både i forhold til deres forståelse af begrebet sundhedskompetence, vurdering af patientens sundhedskompetenceniveau og tilpasning af kommunikation.

6.2.2.2 Lægernes intentioner og oplevede barrierer i kommunikationen med patienter med lav sundhedskompetence

Temaet består af tre undertemaer: 1) Lægernes anvendelse af kommunikative metoder, 2) Lægernes vurdering og tilpasning af kommunikative metoder og teknikker og 3) Kommunikative barrierer. Disse tre temaer omfatter dels lægernes konkrete anvendelse af kommunikative metoder samt teknikker og dels deres vurdering og tilpasning af den kommunikation i mødet med patienter. I artiklerne fremgår det, at der opstod barrierer i kommunikationen, når lægernes sprogbrug og formidling ikke blev tilpasset patientens sundhedskompetenceniveau og behov. Undertemaerne analyseres i sammenhæng, da det giver mulighed for at undersøge, hvilke kommunikative metoder og teknikker lægerne anvender, og hvordan disse enten fremmer eller hæmmer kommunikationen.

Flere af studierne fremhæver, at nogle af lægerne har intentioner om at tilpasse kommunikationen til patienter med lav sundhedskompetence (Louizou et al., 2024; Byrne et al., 2021; Murugesu et al., 2022; Louizou et al., 2023; Efthymiou et al., 2022). I studiet af Louizou et al. (2024) udtrykker en læge at *“People with low health literacy do need the repetition, they may gain 5% of the information each time, but they do gain something each time.”* (Louizou et al., 2024 s.7). Dette citat indikerer at lægen har en forståelse for at anvende en hensigtsmæssig kommunikativ metode, der sikrer patientens forståelse. Der udtrykkes samtidig en erkendelse af, at patienter med lav sundhedskompetence har behov for gentagelse af information og støtte.

Tilsvarende pointer fremhæves i studiet af Louizou et al. (2023), der peger på lægernes bevidste anvendelse af kommunikative metoder såsom teach-back og anvendelse af enkelt sprog. Det tyder på, at nogle læger reflekterer over kommunikative metoder, som kan styrke patientens forståelse. Murugesu et al. (2022) identificerede ligeledes, at læger ofte benytter visuelle hjælpemidler,

gentagelser og opsummering af information som metoder til at understøtte patientens forståelse. Dette illustreres i et citat af Murugesu et al. (2022) *“Frequently used and recommended strategies were tailored communication and strategies to determine whether a patient has understood information, including using visualization tools, and repeating and summarizing information”*. (Murugesu et al., 2022 s.8) På tværs af studierne tegner der sig et billede af, at tilpasset kommunikation er nødvendig, men at de konkrete metoder og teknikker varierer betydeligt mellem læger og praksiskontekster.

Studierne peger samtidig på udfordringer relateret til lægernes sprogbrug. Anvendelsen af medicinsk fagsprog fremstår som en betydelig barriere, der kan skabe kommunikativ distance og mindske patienternes forståelse (Louizou et al., 2024; Byrne et al., 2021; Murugesu et al., 2022; Louizou et al., 2023; Efthymiou et al., 2022).

I studiet af Louizou et al. (2023), beskrives det at nogle af lægerne forsøger at tilpasse sprogbbruget ved at inddrage eksempler fra patientens dagligdag, hvilket potentielt kan øge forståeligheden og styrke patientens deltagelse i beslutninger om egen behandling. Dog fremgår det af studierne, at nogle af lægernes brug af fagsprog ofte er ureflekteret, hvilket tyder på en manglende forståelse af betydningen af patienternes sundhedskompetence i praksis. Dette fremgår også af Byrne et al. (2021), som beskriver at nogle af lægerne ikke konsekvent anvender de nødvendige kommunikative færdigheder, når patienter giver udtryk for manglende forståelse, hvilket illustreres i citatet: *“physicians do not consistently display the necessary, profession-specific communication skills that enable them to communicate effectively when patients indicate they do not understand health information”* (Byrne et al., 2021 s.9).

Som nævnt i tema 1, udgør lægers begrænsede kendskab til sundhedskompetence en grundlæggende udfordring. I tema 2 bliver det tydeligt, hvordan denne mangel på forståelse skaber barrierer for anvendelsen af kommunikative metoder i mødet med patienter.

Murugesu et al. (2022) peger på, at der sjældent eller aldrig blev anvendt kommunikative metoder specifikt til patienter med lav sundhedskompetence. Dette indikerer en praksis, hvor lægerne ikke konsekvent anvender systematiske metoder eller teknikker til at sikre effektiv kommunikation, selv når patienten giver udtryk for manglende forståelse.

I studiet af Louizou et al. (2023) hver læge opfatter patientens niveau af sundhedskompetence på forskellig vis og tillægger det forskellig betydning, hvilket fremgår i følgende citat: *“Each physician perceives the patient’s level of HL in a different way and attaches different importance to its*

meaning. The characteristics that make up the profile of a person with low HL, are summarized as follows....” (Louizou et al., 2023 s. 4). Som nævnt i tema 1 kan lægernes vurdering af patientens karakteristika potentielt føre til fejlvurderinger. Denne variation i forståelse kan tolkes som en udfordring, idet den kan føre til forskellige tilgange til patientkommunikation, hvor nogle læger tilpasser deres sprog og formidling, mens andre i mindre grad reflekterer over patientens sundhedskompetence eller behov.

Louizou et al. (2023) peger ligeledes på, at flertallet af lægerne ikke havde kendskab til begrebet sundhedskompetence, og blandt de få, der gjorde, var forståelsen overfladisk og begrænset. Dette illustreres i citatet:

“The overwhelming majority of physicians, with very few exceptions, indicated that they had never encountered the concept of HL. Even among those who asserted some familiarity with the term, their responses revealed that most had a limited understanding of the concept”(Louizou et al., 2023 s.4).

Det udledes, at denne begrænset forståelse kan være årsag til manglende tilpasning af kommunikationen, hvilket kan hæmme formidlingen af sundhedsrelateret information. Dette indikerer at manglende kendskab til sundhedskompetence kan udgøre en barriere for implementeringen af kommunikative metoder målrettet patienter med lav sundhedskompetence, da læger uden forståelse for begrebet ikke nødvendigvis anvender eller efterspørger relevante kommunikative metoder.

Artikler peger på, at lægerne oplever udfordringer med at identificere og imødekomme patienter med lav sundhedskompetence. Selvom mange af lægerne har en intention om at kommunikere forståeligt, viser flere af artiklerne, at denne intention udfordres i praksis. Barriererne relaterer sig blandt andet til sproglige aspekter, organisatoriske og strukturelle vilkår samt lægens forståelse af begrebet sundhedskompetence (Louizou et al., 2024; Byrne et al., 2021; Murugesu et al., 2022; Louizou et al., 2023; Efthymiou et al., 2022).

En gennemgående barriere er lægernes anvendelse af medicinsk fagsprog, som kan skabe en kommunikativ distance mellem læge og patient (Louizou et al., 2024; Byrne et al., 2021; Murugesu et al., 2022; Louizou et al., 2023; Efthymiou et al., 2022). Anvendelsen af fagsprog kan være udfordrende for lægen at formidle og virke ekskluderende. Det kan forstås heraf, at lægens fagsprog kan have konsekvenser for patientens mulighed for at forstå, vurdere og anvende information,

hvilket i sidste ende kan påvirke kvaliteten af behandlingen. Dette understøttes i studiet af Louizou et al. (2024), der beskriver at *“The use of medical jargon could pose a barrier to communication for certain physicians when interacting with patients and, consequently, hinder the development of HL”* (Louizou et al., 2024 s.10)

Det fremgår, at nogle af lægerne aktivt forsøger at formidle fagsprog til et sprog, som patienter med lav sundhedskompetence kan forstå. I andre tilfælde fremgår det uklart, i hvilken grad lægerne selv er opmærksomme på, at anvendelsen af fagsprog kan udgøre en barriere i formidlingen (Louizou et al., 2024; Byrne et al., 2021; Murugesu et al., 2022; Louizou et al., 2023). Dette fremgår af studiet af Byrne et al. (2021) *“physicians do not consistently display the necessary, profession-specific communication skills that enable them to communicate effectively when patients indicate they do not understand health information”* (Byrne et al., 2021, s. 9.) Dette indikerer og tolkes som et udtryk for, at visse læger i et begrænset omfang reflekterer over, om deres kommunikation er tilpasset patientens sundhedskompetenceniveau.

6.2.2.3 Relation og ansvar i lægers kommunikative rolle

Temaet består af tre undertemaer, 1) Lægers oplevelse af ansvar og rolle, 2) Lægers refleksioner over deres kommunikative ansvar og rolle som formidler af sundhedsrelateret information og 3) Relationens betydning for kommunikationen mellem læge og patient. De tre undertemaer analyseres samlet, da det på tværs af artiklerne fremgår, at kommunikation med patienter med lav sundhedskompetence ikke blot handler om metode, teknikker og sprogbrug. Lægernes oplevelse af ansvar, deres refleksioner over egen formidling samt relationens karakter har en betydning for, hvordan kommunikationen udfolder sig mellem læge og patient.

På tværs af artiklerne beskrives det, hvordan relationen mellem læge og patient har en indflydelse på, hvordan lægen kan styrke patientens sundhedskompetence (Louizou et al., 2024; Efthymiou et al., 2022; Louizou et al., 2023; Byrne et al., 2021) .

Det kommer til udtryk i studiet af Louizou et al. (2024), hvor nogle læger beskriver at tillid i relationen har en betydning for, at skabe de rette betingelser for at styrke patientens sundhedskompetence. Det kommer til udtryk i følgende citat: *“Trust in the physician-patient relationship seems to be a crucial factor for some physicians in fostering the appropriate conditions for the development of HL”* (Louizou et al., 2024, s. 8)

Dette understøttes af studierne fokus på tillid og respekt som bærende relationelle faktorer for at sikre forståelse og fremme patientens inddragelse (Efthymiou et al., 2022; Louizou et al., 2023).

Dette illustreres i følgende citat *“We need to speak clearly, to build trust - this takes time. We need to be formal and fully knowledgeable of what we say to the patient. We should not be too informal but neither too distant”* (Efthymiou et al., 2022 s.4). Citatet indikerer at læger bør kommunikere klart for at opbygge tillid til patienten, en proces, der kræver tid. Samtidig fremhæves behovet for at balancere mellem at fremstå formel og fagligt velfunderet, uden at virke for distanceret. En for uformel rolle kan svække lægens autoritet, mens en for distanceret kommunikation kan hæmme nærvær og åbenhed i relationen.

I Byrne et al. (2021) beskrives det, hvordan læger, der arbejder i både lavt og højt socioøkonomisk belastede områder, kan risikere at svække relationen til patienten, hvis de ikke anvender kommunikationsmetoder, der tager højde for sundhedskompetenceniveauet hos alle patienter. Dette kommer til udtryk i følgende citat: *“physicians in both low and high areas of deprivation could potentially put the physician-patient relationship at-risk by lacking health literacy universal precaution communication skills”* (Byrne et al., 2021, s. 9). Som tidligere nævnt kan det svække relationen, hvis ikke taler på et sprogligt niveau patienten kan forstå, hvilket også kan have betydning for tilliden mellem læge og patient.

Det fremhæves, at patientens forståelse er en forudsætning for aktiv deltagelse i eget behandlingsforløb og for at kunne handle på sundhedsfaglige råd: *“When he understands what is happening and why it is happening and what will happen, then it is very logical that the participation of each person should be much more active.”* (Louizou et al., 2023 s.7).

Samtidig viser artiklerne, at lægerne reflekterer over begrænsninger i vurderingen af patientens sundhedskompetence (Byrne et al., 2021; Louizou et al., 2024; Louizou et al., 2023; Efthymiou et al., 2022; Murugesu et al., 2022). I studiet af Louizou et al., (2023) beskrives det, hvordan lægerne ofte fejlvurderer patientens forståelsesniveau, særligt i begyndelsen af relationen, hvor patienter udtrykker forståelse, men i virkeligheden har svært ved at forstå den information, de præsenteres for. Det fremgår af studiet at: *“A common mistake that physicians seem to make is that they may overestimate a patient’s HL. This may occur mainly at the beginning of the physician’s relationship with the patient. “Many people can be very good at hiding whether they understand or not”* (Louizou et al. 2023, s.7)

I Byrne et al. (2022) beskrives det at lægers kommunikation også formes af patientens sociale baggrund og fremtoning. Studiet indikerer, at lægerne i områder med lav social udsathed oftere anvender klart og forståeligt sprog (n = 43, 75,4 %) end lægerne i udsatte områder (n = 8, 34,8 %).

Det illustreres i følgende citat *“Physicians in areas of low deprivation tend to use plain language without requiring a prompt from the patient, which differs from physicians conducting consultations in areas of high deprivation”* (Byrne et al. 2022, s. 7). Det antyder, at lægers kommunikation i høj grad formes af patientens ressourcer og signaler, hvilket potentielt kan medføre skævhed i kommunikationen, hvis læger bevidst eller ubevidst undlader at sikre forståelse hos de patienter, der har størst behov for støtte. Det kan tyde på, at lægernes ansvar afhænger af deres subjektive forståelse af patienten.

Tendensen til at patienter overlader ansvaret til lægerne beskrives i Murugesu et al. (2022), hvor det fremgår, at mange sundhedsprofessionelle ugentligt møder patienter, som overlader beslutningerne til dem (59 %), ikke giver udtryk for deres præferencer (46 %), eller har svært ved at formulere deres symptomer (58 %). Det fremgår af citatet *“Many providers indicated that they at least weekly encounter patients who leave decisions to them (59%) or who do not convey their preferences (46%) or are unable to articulate symptoms(58%). Approximately one third of respondents reported to weekly meet patients who do not understand explanations or advice”* (Murugesu et al. 2022, s.7). Det kan tolkes som, at der opstår en asymmetri i relationen.

I Louizou et al. (2024) fremgår det at læger interagerer dagligt med patienter, som hver især har forskellige niveauer af sundhedskompetence. Gennem deres daglige kommunikation med patienter opnår læger erfaring med at forstå og håndtere sundhedskompetence. Derudover er der et betydeligt ansvar og en vigtig rolle, som både sundhedssystemet og lægerne selv bør påtage sig i forhold til at udvikle patienternes sundhedskompetence. Det kommer til fremhæves i følgende citat:

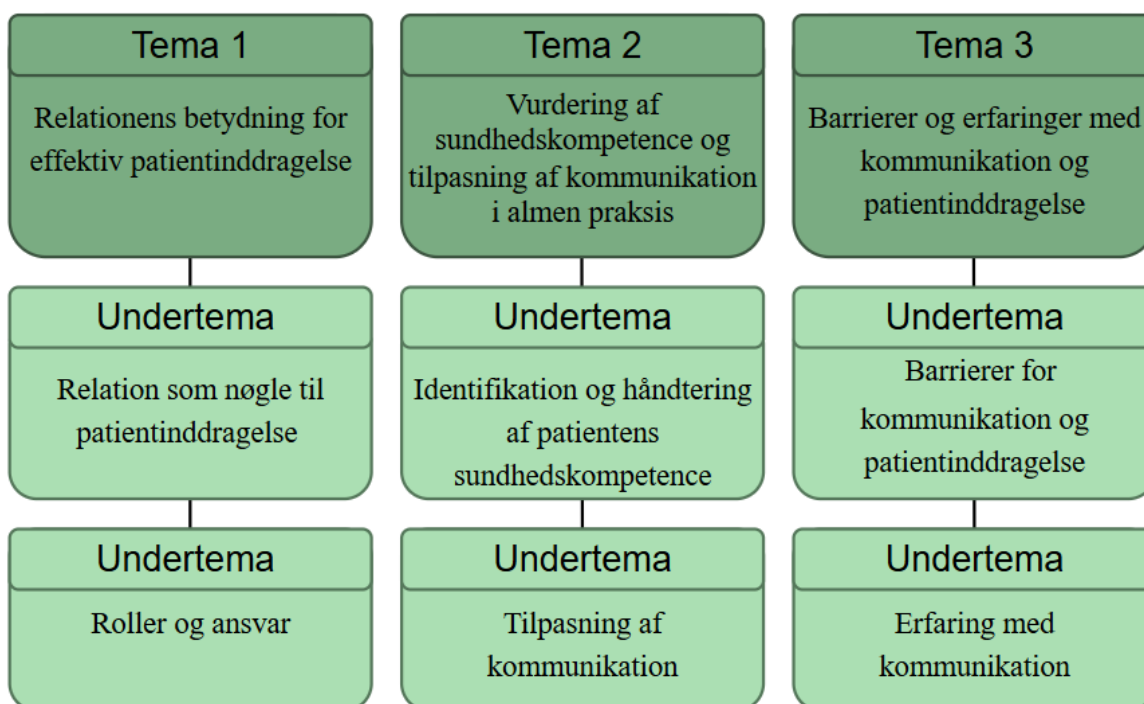
“Physicians interact with individuals daily, each with varying levels of HL. Through their daily communication with patients, physicians gain valuable experience in understanding and managing HL. Additionally, there is a significant responsibility and role that both the healthcare system and physicians themselves, as healthcare professionals, should play in developing their patients' HL” (Louizou et al., 2024, s. 11).

Citatet peger på, at læger gennem deres praksis får praktisk indsigt i, hvordan patienter forstår og navigerer sundhedsoplysninger. Denne indsigt er vigtig for, at lægerne kan tilpasse deres kommunikation. Samtidig fremhæver citatet, at udviklingen af patienters sundhedskompetence ikke kun er et individuelt ansvar, men også et organisatorisk og sundhedsprofessionelt ansvar

6.3 Resultater fra Interviews

I dette afsnit præsenteres resultaterne af den kvalitative analyse. Formålet med analysen er at besvare specialets andet forskningsspørgsmål: *“Hvilke oplevelser har læger i almen praksis med at tilpasse kommunikationen til ældre med lav sundhedskompetence for at understøtte en bedre patientinddragelse?”*. Gennem analysen blev tre overordnede temaer med tilhørende undertemaer fremanalyseret, hvilket illustreres i nedenstående figur 4.

Figur 4: De tre Overordnede temaer og tilhørende



6.3.1 Informanternes baggrund

For at kvalificere forståelsen af analysens kontekst og skabe gennemsigtighed i variation af informanternes udsagn præsenteres i nedenstående tabel en oversigt over de fire informanter, der indgik i interviewundersøgelsen og deres karakteristika. De fire informanter var alle en del af en kompagniskabspraksis, hvor praksisformen bestod af 3-5 alment praktiserende læger, sygeplejersker og sekretærer. Det var primært de alment praktiserende læger, som håndterede akutte og komplekse patienter og sygeplejerskerne, der tog sig af de mindre komplekse patienter og opgaver.

Tabel 11: Informantens baggrund

Informant	Køn, alder og specialisering	Erfaring
1	Kvinde i 30'erne. Speciallæge i almen medicin	0-10 år
2	Kvinde i 50'erne. Speciallæge i almen medicin	20-30 år
3	Kvinde 60 år->. Speciallæge i almen medicin	30 år ->
4	Kvinde i 30'erne. Speciallæge i almen medicin	0-10 år

Note: Oversigt over de fire informanter der indgår i 6.3.2 Tematisk analyse af interviews.

6.3.2 Tematisk analyse af interviews

Analysen er struktureret omkring tre overordnede temaer, udviklet af specialegruppen på baggrund af gennemgående mønstre i informanternes udsagn. Temaerne afspejler specialegruppens fortolkning af, hvordan de fire alment praktiserende læger beskriver deres oplevelser og erfaringer med patientinddragelse og kommunikation med ældre patienter med lav sundhedskompetence.

6.3.2.1 Tema 1- Relationens betydning for patientinddragelse

Dette tema er udviklet med udgangspunkt i to undertemaer, som specialegruppen har fremanalysert på baggrund af kodninger og gennemgående mønstre i datamaterialet, hvor relationen fremhæves at have en betydning i mødet med ældre patienter med lav sundhedskompetence. I analysen belyser de to undertemaer: *Relation som nøgle til patientinddragelse* og *Roller og ansvar*, forskellige aspekter af, hvordan relationen kan bidrage til at styrke samarbejdet og kommunikationen i konsultationen mellem læge og patient. En relation baseret på gensidig tillid og en fælles forståelse af roller og ansvar, kan forstås som et grundlag for øget patientinddragelse og en dialog præget af større gensidig forståelse. Denne forståelse afspejler specialegruppens fortolkning af informanternes udsagn.

Af interviewene fremgår det, at flere af informanterne oplever, at en god relation har en betydning for, hvordan kommunikationen tilpasses den enkelte patient. Et godt kendskab til patientens forudsætninger, sygdomsforløb og personlige forhold giver informanterne i højere grad mulighed for at vurdere, hvad patienten har behov for. Det kommer til udtryk i følgende citat:

"Hvis du kender din patient på forhånd, og du ved, det er en, der har brug for det her, så går du ind til konsultationen på en anden måde, end du ville gøre med en patient, hvor du ved, han har styr på det og ikke behøver ret meget forklaring, fordi han forstår alt det, jeg siger. Så ja, jeg synes, der er stor forskel" (Informant 2).

På baggrund af informantens udtalelse kan det tolkes som, at et forudgående kendskab til patienten har betydning for, hvordan kommunikationen tilpasses i den konkrete konsultation. Det fremgår ligeledes af udsagnet fra informant 1:

"Altså, jeg tror, at for os ude i almen praksis er det jo tit vores kendskab til patienterne, at vi godt ved, at jamen Per, han har svært ved det, og Lone hun, kan det bare helt af sig selv. Altså, det er jo det der med, at vi kender jo vores patienter meget bedre, end man gør inde på sygehuset, hvor det tit er første gang, de møder hinanden. Det er jo tit, fordi jeg på forhånd godt ved, at her bliver jeg nødt til at bruge lidt mere energi, eller være ekstra obs på, at de får god information og at man bruger lidt ekstra tid på kommunikation" (informant 4)

Derudover kan informantens udsagn tolkes som et udtryk for, at et kendskab til patienten og kontinuitet skaber en kontekstuel forståelse, der kan bidrage til at informanten i højere grad kan vurdere patientens sundhedskompetence og behov.

Flere af informanterne fremhæver at ældre patienter ofte fremstår tilbageholdende og autoritetstro. Informanterne beskriver en asymmetrisk fordeling af roller og ansvar i konsultationen, hvor patienten i høj grad overlader ansvaret til lægen. Dette illustreres i følgende udsagn: *"Ja, der er mange af de ældre, som er tilbageholdende. Særligt de ældre, fordi de er meget autoritetstro, og de vil ikke fremstå dumme eller uvidende, når de sidder nede ved lægen"* (informant 1).

Dette udsagn kan forstås som et udtryk for informantens oplevelse af, at ældre patienter kan være tilbageholdende og autoritetstro i mødet med lægen. Informanten giver udtryk for at have en oplevelse af ældre patienter ikke ønsker at *"fremstå dumme eller uvidende"*. På baggrund af informantens udsagn kan forstås som, at ældre patienter, der er tilbageholdende og autoritetstro, deltager i mindre grad i konsultationen.

Informant 3 beskriver hvordan vedkommendes relation og intuition kan have betydning for, om kommunikationen opleves som forståelig: *"jeg tror det handler om den relation man har til sine patienter og ens intuition i forhold til at fange hvornår får man ting med, fordi der er uden tvivl noget der glipper en gang imellem, hvor vi som læger tror, at vi har sagt tingene forståeligt, og det*

har man ikke”(informant 3). Udsagnet kan indikere, at relationen til patienten og informantens intuition har betydning for, hvordan kommunikationen tilpasses i konsultationen. På baggrund af informantens udsagn kan det tolkes som, at selvom lægen tror, at budskabet er formidlet klart, kan der alligevel opstå misforståelser.

Informanterne blev blandt andet spurgt, om de oplever, at relationen til patienten har betydning for kommunikationen i konsultationen, samt hvilke forhold de selv oplever som har betydning for at opbygge en god relation. Flere af informanterne tillægger i den forbindelse, at både verbal og nonverbal kommunikation har en betydning i relationen mellem læge og patient. Det fremgår i følgende citat:

“Det jeg synes der fungerer godt, det er at man sidder rigtigt overfor patienten og at man har øjenkontakt. Jeg kan godt finde på at tage patientens hånd, hvis jeg har brug for at der er en ordentlig kontakt eller lægge en hånd på knæet, at der er en fysisk kontakt. Jeg synes det der virker bedst eller godt, det er at de føler sig hørt og føler sig forstået og at jeg taler forståeligt og tydeligt” (informant 4).

Informantens udsagn kan tolkes som et udtryk for at nærvær og klarhed i både verbal og nonverbal kommunikation har en betydning for at skabe en relation og forståelse i mødet med patienten. Informanten beskriver en række handlinger, som ifølge vedkommende kan være med til at formidle nærvær og omsorg. Det er dog væsentligt at bemærke, at denne vurdering beror på lægens egen fortolkning af, hvordan patienten oplever mødet. Det er derfor ikke givet, at patienten nødvendigvis opfatter den nonverbale og verbale kontakt på samme måde.

Derudover fremgår det af interviewene, at flere af informanterne oplever at have et ansvar for at sikre, at patienten forstår informationen og får mulighed for at deltage i beslutningsprocessen. Det kommer blandt andet til udtryk i følgende citat

“Det er mit ansvar, tænker jeg, 100 procent. Jeg tænker ikke, at det er noget, man kan lægge over på patienten. Altså, man kan sige, det er jo mit arbejde at være sikker på, at de har forstået, hvad det er, der foregår, og det er mit arbejde at finde ud af at spotte dem, der ikke har forstået, hvad det er, der foregår og være opmærksom på at få informeret dem om”(informant 3).

Udsagnet kan tolkes som en forståelse af, at informanten tillægger lægen en central rolle i at sikre, at patienten får den relevante information og støtte til forståelsen. Informanten giver udtryk for, at

patienten har et medansvar for at give udtryk for eventuel tvivl eller manglende forståelse i konsultationen. En anden informant udtrykker et lignende synspunkt:

”Det er en vigtig rolle, fordi man bliver deres vej videre, og man bliver den, der kommer til at bestemme, hvad der sker, så man har en enormt vigtig rolle i forhold til at få vejledt dem i skal der ske mere eller skal der ikke ske mere” (informant 2).

Ud fra Informant 2 udsagn, kan det tolkes, at informanten oplever vedkommendes egen rolle som central i patientforløbet og i beslutningstagningen. Brugen af formuleringer som *“vejledt dem”* og *“bestemme”* kan tolkes på flere måder. På den ene side kan det forstås som en paternalistisk position, hvor lægen opfatter sig selv som beslutningstager. På den anden side kan det også forstås som en omsorgsbaseret tilgang, hvor lægen søger at støtte og vejlede patienten i at træffe beslutninger.

Informant 3 beskriver situationer, hvor patienter overlader beslutninger til lægen med formuleringer: *“det bestemmer du jo, fordi du er lægen”*. Her fremhæver informanten et forsøg på at balancere rollerne:

“Der plejer jeg at sige, at jeg gerne vil være med til det, og at det er noget, vi skal finde ud af i fællesskab. Det er patientens fornemmelse, der er vigtigst. Det er deres tilsagn og fravalg, der i sidste ende har betydning”.

Informantens udsagn kan tolkes som et udtryk for, at lægen anerkender patientens rolle og forsøger at understøtte en fælles beslutningsproces, uden at overtage ansvaret. Det kan tolkes som, at informant 2 og 3 oplever deres rolle som en balance mellem at informere, vejlede og i visse situationer tage ansvar på patientens vegne

Som tidligere beskrevet, så tolkes det ud fra informanternes udsagn, at informanternes ser sig selv som ansvarlige for patientens forståelse. Selvom flere af informanterne nævner, at de forsøger at sikre forståelsen ved f.eks. at spørge direkte ind til patientens forståelse eller få patienten til at gentage informationen, fremgår det af informanternes udsagn, at dette ikke gøres systematisk, som kommer til udtryk i følgende citat: *“...hvis jeg har travlt, og jeg er lidt videre med den næste, jamen så er det måske ikke lige sikkert, at man spotter, at patienten sidder og ser forvirret ud”* (informant 2). I forlængelse dette peger flere udsagn på, at misforståelser kan forekomme, her i blandt informant 1, som udtrykker at:

“...man troede, at man havde en klar plan for hvad skulle der ske... og så møder du dem 14 dage efter, og så har de faktisk overhovedet ikke forstået, hvad det var du egentlig sagde til dem”
(informant 1).

Ud fra informanternes udsagn tyder det således på, at selvom lægerne anser sig selv som de primært ansvarlige, anerkender de også, at ansvaret ikke alene kun hviler på de praktiserende læger. Som det illustreres i følgende citat:

“Deres pårørende, mange af de gamle, der er begyndt at blive lidt svage, deres børn hjælper jo til eller hjemmesygeplejersker, og dem skriver vi også ofte til hjemmesygeplejersken (...) jeg synes faktisk også, at de spiller en stor rolle inden for det.” (informant 4).

Ud fra interviewene og informantens udsagn, kan det forstås som, at tværfagligt samarbejde og involvering af pårørende ligeledes har en rolle og betydning for at styrke patientens sundhedskompetence og patientinddragelse.

6.3.2.2 Tema 2 - Vurdering af sundhedskompetence og tilpasning af kommunikation i almen praksis.

Tema 2 er udviklet på baggrund af specialegruppens tematiske analyse, herunder to undertemaer, som er fremanalyseret ud fra gennemgående mønstre i interviewmaterialet. I analysen belyser de to undertemaer: *Identifikation og håndtering af patientens sundhedskompetence* og *Tilpasning af kommunikation*. På baggrund af informanternes udsagn tolker specialegruppen, at informanterne i visse situationer forsøger at tilpasse deres kommunikation ud fra, hvordan de oplever patientens sundhedskompetence. Det tolkes desuden, at informanter forsøger at tilpasse deres sprogbrug og det faglige niveau i informationen med henblik på, at patienter med lav sundhedskompetence føler sig inddraget og forstår deres behandlingsforløb.

Interviewene blev indledt med at undersøge informanternes kendskab til og forståelse af begrebet sundhedskompetence. Én ud af de fire informanter havde kendskab til begrebet, mens de øvrige tre informanter havde begrænset eller ingen forståelse for dets betydning. Det illustreres i følgende citat: *“Jeg har i hvert fald ikke hørt lige præcis ordet sundhedskompetence. Jeg tænker jo måske, at det dækker over, at det er patientens evne til at forstå sundhed, måske både helbred og sygdom”* (informant 2).

Alle informanter havde hver deres forståelse af begrebet sundhedskompetence. Informanterne beskrev forskellige tilgange til, hvordan sundhedskompetence kommer til udtryk i deres arbejde, og hvilken betydning det har for kommunikationen mellem læge og patient. Et gennemgående fund er, at lægerne i deres daglige praksis ikke eksplicit anvender begrebet sundhedskompetence som grundlag for deres kommunikation, men at de i varierende grad forholder sig til elementer heraf. Det fremgår af følgende citat: *“Nej, det tror jeg ikke, ikke begreb jeg har brugt i hvert fald. Jeg har nok hørt det, men uden måske helt at vide, hvad det dækker over”* (informant 1).

I stedet beskriver informanterne, at de anvender andre indikatorer for at vurdere patienternes sundhedskompetence. Lægerne beskriver, hvordan de trækker på deres erfaring og intuition eller vurderer det ud fra patientadfærd, patientens sociale forhold eller socioøkonomiske baggrund med henblik på at tilpasse kommunikationen. Det kommer til udtryk i følgende citat: *“Rigtig meget af det er jo faktisk en mavefornemmelse og så bliver man bedre til det med årene”* (informant 2). Denne intuitive vurdering baseres typisk på et samlet indtryk af patienten, herunder patientens tilgang til egen sygdom samt baggrundsmæssige forhold. Som informant 4 beskriver: *“Jeg mærker stor forskel på patienter, nogle er sårbare og forstår ikke deres sygdom, mens andre er meget velfungerende og opsøgende”* (informant 4).

Tilsvarende fremhæver informant 1 betydningen af patientens sociale og økonomiske forhold i vurderingen af patientens forudsætninger: *“Det kan også være nogen, der rent socioøkonomisk ligger lavt og ikke har ret mange ressourcer og som bare er mere sårbare generelt i livet”* (informant 1).

Derudover vurderer lægerne patientens forståelse ved at observere både verbale og nonverbale kommunikation samt patientens evne til at gengive information. Det beskrives bl.a. af informant 3: *“Det kan være, hvordan de ser ud, når de bliver en lille smule fjernt i blikket eller om man har den der fornemmelse af at de bare har sagt ja”* (informant 3).

For at sikre, at patienten har forstået informationen, forsøger informanterne så vidt muligt at anvende metoder som opsummering og gentagelse herunder teknikken teach-back. Det kommer til udtryk i følgende citat: *“Man er nødt til at spørge dem direkte, altså at spørge: ‘Er vi enige om det her?’ og få dem til at gentage det, man har aftalt”* (informant 4).

Disse vurderinger foretages på baggrund af informanternes individuelle skøn og kontekstuelle indtryk snarere end en mere systematisk fremgangsmåde. Lægernes tilgang fremstår således som

erfaringsbaseret, hvilket ikke nødvendigvis sikrer, at kommunikationen tilpasses i en grad, så patienten opnår en reel forståelse af den sundhedsrelaterede information.

Et fund der fremgår på tværs af artiklerne er, at selvom lægerne forsøger at tilpasse deres kommunikation ud fra erfaring og intuition, oplever de fortsat udfordringer forbundet med vurderingen af patienternes forståelse. Alle lægerne beskriver, hvordan denne vurdering i praksis ofte er forbundet med usikkerhed.

Dette kan have betydning for, om patienten reelt er inddraget og har forstået den sundhedsrelaterede information, som lægen har forsøgt at formidle. Informant 1 udtaler:

“Jeg har jo så også siddet med nogen nogle gange, hvor jeg har tænkt, at de har forstået det, jeg har sagt... og så kommer de igen næste gang og så har de overhovedet ikke forstået det. Så det kan jo sagtens snyde os...” (informant 1).

Udsagnet illustrerer, hvordan usikkerhed kan opstå i situationer, hvor patientens adfærd ikke nødvendigvis afspejler vedkommendes reelle forståelse. Lægen risikerer således at overvurdere patientens sundhedskompetence og dermed kommunikere på et niveau, som patienten ikke kan omsætte til konkret handling.

Dette understøttes af informant 2 som udtaler: *"Man får jo lynhurtigt en fornemmelse af om patienten har forstået det... men nogle gange er den fornemmelse jo forkert. Og så opdager man det først bagefter"* (informant 2).

I ovenstående udsagn bliver det tydeligt, at lægen vurdering, som er baseret på vedkommendes intuition, som tidligere beskrevet, ikke altid er tilstrækkelig til at sikre, patienten har forstået informationen korrekt.

6.3.2.3 Tema 3 - Barrierer og erfaringer med kommunikation og patientinddragelse

Dette tema er udviklet på baggrund af specialegruppens gennem den tematiske analyse proces, hvorigennem der blev identificeret de to indbyrdes forbundne undertemaer: *Barrierer for kommunikation og inddragelse* og *Erfaring med kommunikation*. I interviewene beskrev informanterne, hvordan oplevede barrierer i praksis havde betydning for deres kommunikation med patienter, og hvordan disse erfaringer gradvist har præget deres tilgang til patientinddragelse. På baggrund af analysen tolker specialegruppen, at sammenhængen mellem barrierer og erfaringer kan give indsigt i, hvordan kommunikationen med ældre patienter med lav sundhedskompetence formes

og udvikles. Denne forståelse blev udviklet på baggrund af specialegruppens fortolkning af informanternes udsagn.

Gennem interviewene blev der identificeret en række barrierer, som informanterne oplever som hæmmende for effektiv kommunikation og patientinddragelse. På et strukturelt niveau nævnes især tidsmangel og travlhed. Derudover fremhævede informanterne patientrelateret forhold som lav sundhedskompetence, autoritetstro og tilbageholdenhed. Der peges også på lægernes egne antagelser, deres varierende tilgange til kommunikation, manglende anvendelse af kommunikationsmetoder samt forskelle i forståelse mellem læge og patient blev nævnt som potentielle barrierer.

Af interviewene fremgår det, at tidsmangel og travlhed var en gennemgående barriere for tre af informanterne, hvilket blandt andet udtrykkes af informant 2: *“Ja, min travlhed. Altså, tid er aspektet i det. Det er jo ikke ret lang tid man har til den enkelte patient”* (informant 2).

Informant 4 nævner tidspres i forbindelse med, at sikre patientens forståelse: *“Hvis jeg har travlt, så er det måske ikke sikkert, at man spotter, at patienten sidder og ser forvirret ud. Så er det nemmere bare at sige: 'Det er godt, det er planen, vi ses'”* (informant 4). Tidspres kan dermed føre til, at lægen udelader centrale kommunikative elementer, såsom at få patienten til at gentage planen eller bekræfte sin forståelse. Det understøttes af informant 1, der beskriver: *“Det er mit ansvar, hvis en patient har brug for at få forklaret tingene ordentligt, men det kræver jo også tid og det har man ikke altid”* (informant 1).

Citaterne illustrerer at lægen kan fejlagtigt antage, at der er opnået en fælles forståelse af behandlingsplanen, selvom patienten i virkeligheden hverken har forstået den eller kan handle ud fra den. Omvendt udtrykte informant 3 en anden erfaring:

“Selvom man i almen praksis hurtigt skal tage stilling, viser min erfaring, at det ikke tager længere tid at lade patienterne tale frit. Ofte er de færdige efter 2-3 minutter, og det giver bedre resultater. Argumentet om, at der ikke er tid til det, køber jeg simpelthen ikke” (informant 3)

Denne kontrast illustrerer, at tidsmangel som barriere ikke nødvendigvis er objektiv, men afhænger af den enkelte læges erfaringer og tilgange til konsultationen.

Tre af informanter oplever at tidsrammen er en udfordring for effektiv kommunikation, mens informant 3 oplever, at det i praksis kan være tidsbesparende at lade patienten tale frit i starten af konsultationen.

En anden barriere, som informanterne beskrev, var ældre patienters autoritetstro og tilbageholdenhed. Det udtrykkes af informant 1: *”Ja, der er mange af de ældre, som er tilbageholdende. Særligt de ældre, fordi de er meget autoritetstro, og de vil ikke fremstå dumme eller uvidende, når de sidder nede ved lægen”* (informant 1). Dette understøttes af informant 3:

“Mange ældre patienter med lav sundhedskompetencer kan godt lægge det fuldstændig over på lægen. Som om, at det er jo dig der skal bestemme det, fordi det er dig der er lægen, og dermed fralægger de sig ansvaret” (Informant 3).

Ifølge informant 1 er især ældre patienter meget autoritetstro og ønsker ikke at fremstå uvidende. Dette kan fortolkes som en medvirkende faktor til en asymmetrisk relation mellem læge og patient, hvor patienten påtager sig en passiv rolle og overlader beslutningsansvaret til lægen. En lignende erfaring fremsættes af Informant 3, som påpeger, at patienter med lav sundhedskompetence ofte fralægger sig ansvaret.

En gennemgående barriere i alle interviewene var informanternes usikkerhed om, hvorvidt patienten faktisk havde forstået den givne information. Informant 1 beskrev, hvordan manglende forståelse først blev opdaget i en efterfølgende konsultation: *“Og så møder du dem 14 dage efter og så har de faktisk overhovedet ikke forstået, hvad det var du egentlig sagde til dem”* (informant 1). Det peger på en kløft mellem lægens intention og patientens faktiske forståelse og indikerer, at den konkrete situation kan fungere som et korrektiv til lægens antagelser.

Derudover fremhæver informanterne risikoen ved at anvende fagsprog eller et sprogbrug, som patienten ikke kan relatere til. Det kan underminere hele kommunikationen: *“Hvis man taler hen over hovedet på dem... eller taler et sprog de ikke forstår, så taber man dem”*(informant 3). Citatet kan forstås som, hvordan sproglige barrierer kan hæmme inddragelsen af patienten i konsultationen.

Lignende refleksioner fremgår hos informant 2, der påpeger, hvordan information, der ikke er tilpasset patientens forudsætninger, kan skabe forvirring:

“De kan ikke omsætte det til noget brugbart, og så når de ikke frem til en konklusion, de faktisk kan bruge. Hvis informationen bliver for kompliceret, skaber det mere forvirring end klarhed. Det hjælper jo ikke, hvis man bare bliver endnu mere forvirret af det, man får at vide” (informant 2).

Disse udsagn peger på, at en vigtig udfordring er at sikre reel forståelse frem for blot at formidle information. Dette kan tolkes som en grundlæggende udfordring i kommunikationen, at lægen ikke

sikrer patientens reelle forståelse i en tilstrækkelig grad og i stedet antager, at informationen er forstået korrekt.

7.0 Diskussion

7.1 Resultatdiskussion

I det følgende afsnit diskuteres fundene og analyserne heraf fra den systematiske litteratursøgning, den kvantitative metode og den kvalitative metode. Diskussionen inddrager relevant teori og eksisterende forskningslitteratur med henblik på at understøtte en nuanceret fortolkning af specialets resultater. Afsnittet har til formål at bidrage til en samlet og tværgående besvarelse af specialets overordnede problemformulering: *“Hvordan tilpasser læger i almen praksis deres kommunikation til ældre patienter med lav sundhedskompetence, og hvilke specifikke kommunikative metoder kan understøtte patientinddragelse i denne patientgruppe?”*.

7.1.1 Vurdering af sundhedskompetence og tilpasning af kommunikation i praksis

Fundene fra både den systematiske litteratursøgning og den kvalitative metode peger på, at lægers kendskab til begrebet sundhedskompetence ofte er begrænset eller varierer i forhold til, hvilken betydning de tillægger begrebet (Louizou et al., 2024; Byrne et al., 2021; Murugesu et al., 2022; Louizou et al., 2023; Efthymiou et al., 2022). Dette kan skyldes, at sundhedskompetence er et relativt nyt begreb. Dette underbygges af undersøgelser som viser at sundhedskompetence er et begreb, der har fået øget opmærksomhed i Danmark de seneste år, men fremstår fortsat som relativt nyt blandt sundhedsprofessionelle. Begrebet anvendes kun i et begrænset omfang og er endnu ikke systematisk integreret i praksis i det danske sundhedsvæsen (Sundhedsstyrelsen, 2022; Aaby & Maindal, 2022).

Manglende forståelse for begrebet sundhedskompetence blandt sundhedsprofessionelle kan påvirke deres kommunikation med patienter. Hvis de alment praktiserende læger ikke er opmærksomme på patienters varierende niveauer af sundhedskompetence, kan det føre til utilstrækkelig tilpasning af information og kommunikation.

Fund fra de kvalitative interviews og litteratursøgningen peger på, at flere af lægerne i høj grad baserer deres kommunikative metoder på deres individuelle erfaringer og faglige intuition frem for anvendelsen af formaliserede eller systematiske metoder.

På tværs af flere af de inkluderede artikler samt blandt alle informanter i de kvalitative interviews

fremgår det af lægernes udsagn, at kommunikation ikke opfattes som en standardiseret eller systematisk praksis, men snarere som en erfaringsbaseret kompetence, der udvikles i det daglige arbejde gennem refleksion og anvendelse af faglige skøn.

Det blev særligt tydeligt i deres beskrivelser af, hvordan de vurderede patienters forståelsesniveau og behov, hvilket ofte blev baseret på fornemmelser og situationsbestemte indtryk såsom patientens fremtoning, sproglige udtryk, sociale baggrund, eller andre indirekte indikatorer (Louizou et al., 2024; Byrne et al., 2021; Murugesu et al., 2022; Louizou et al., 2023; Efthymiou et al., 2022).

I fraværet af en fælles forståelse og vurderingsramme for patientens sundhedskompetence, kan kommunikationen i højere grad risikere, at afhænge af den enkelte alment praktiserende læges kliniske skøn og erfaring. Dette kan skabe et spænd mellem strategi og praksis, hvor den konkrete kommunikative metode i praksis ikke nødvendigvis følger de strategiske intentioner, men i stedet afhænger af konteksten og af den enkelte sundhedsprofessionelles skøn og håndtering i situationen (Vamos, Vine, Gordon, & Alaimo, 2024; Murugesu et al., 2022).

Forskning peger på, at strategier i praksis ikke blot implementeres top down, men formes og forhandles i hverdagslige praksisser blandt aktører i organisationer.

Strategiske tiltag, der foreskriver specifikke retningslinjer, kan opleves som en begrænsning af aktørernes faglige autonomi, hvilket kan føre til modstand eller selektiv implementering i praksis.

Strategi bliver ikke nødvendigvis implementeret gennem klare retningslinjer, men udspiller sig som praksisser, der formes og forhandles i den konkrete situation (Harrison, 2008; Marietto, 2016).

Ifølge specialegruppen kan det forstås som, at læger i almen praksis er en del af et sundhedssystem, hvor kommunikationen med patienter ikke blot foregår i et neutralt rum, men er formet af overordnede strategiske og politiske idealer.

Strategiske tiltag, der foreskriver specifikke kommunikationsmetoder, kan opleves som en begrænsning af lægernes faglige autonomi, hvilket kan betyde, at de former deres egne forståelser af disse tiltag. Samtidig kan det forstås som, at selvom lægerne ikke henviser til eller bevidst anvender strategiske idealer, kan deres forståelse af, hvad god kommunikation indebærer, være påvirket af bredere officielle sundhedspolitiske normer og politiske mål.

Fundene viser at lægerne i almen praksis baserer deres kommunikation på fagligt skøn og erfaring, fortolker specialegruppen, at lægerne i almen praksis potentielt kan påvirkes af overordnede strategiske og politiske idealer. Når kommunikationen dermed formes ud fra strategiske

forestillinger, er der risiko for at patienter, der ikke matcher dette ideal og ikke bliver imødekommet.

De ovenfor nævnte fund om lægernes variation i forståelse af begrebet og tilgange til at vurdere sundhedskompetence kan forstås i lyset af Sørensen et al.'s (2012) integrerede model. Modellen illustrerer, at sundhedskompetence kan betragtes som et dynamisk samspil mellem individets kompetencer og sundhedssystemets krav og støtte. Dette er i tråd med pragmatismens perspektiv, hvor viden og mening ikke skabes isoleret, men formes i kontekstuelle og relationelle sammenhænge (James, 1907). Det kan dermed argumenteres, at det ikke udelukkende er patientens individuelle færdigheder, men også lægens formidling og den organisatoriske kontekst, der former erkendelsen. Dette perspektiv er i tråd med Sørensen et al. (2012) om at sundhedskompetence bør betragtes som både et individuelt og systemisk ansvar, som deles mellem borger og sundhedsvæsenet.

Dette kan fortolkes som, at der ligger en implicit forestilling om, at sundhedsprofessionelle, herunder alment praktiserende læger, har en aktiv rolle i at reducere kompleksitet, sikre tilgængelighed og støtte patienters mulighed for at forstå og anvende sundhedsinformation. Hvis sundhedsinformation bliver for kompleks eller ikke tilpasses patientens sundhedskompetence, reduceres muligheden for, at patienten kan anvende og omsætte disse fire kernekompetencer i praksis.

Denne forståelse underbygges yderligere ved inddragelse af Sundhedsloven §§ 15-16 og 20-21, jævnfør afsnit 2.3 *Kommunikation i almen praksis*, hvori det fremhæves, at sundhedspersoner har pligt til at informere patienten om helbredstilstand og behandlingsmuligheder på en måde, der tager højde for patientens individuelle forudsætninger og sikrer mulighed for en informeret beslutning.

Sørensen et al., (2012) integrerede model anvendes her til at forstå, hvordan kommunikation i almen praksis ikke kan forstås isoleret som en individuel færdighed, men må ses i lyset af organisatoriske og systemiske krav. Modellen viser, at sundhedskompetence, herunder evnen til at kommunikere opstår i et samspil mellem individets kompetencer og den kontekst, det foregår i, herunder sundhedsvæsenets strukturer og krav (Sørensen et al., 2012).

Kommunikation er forankret i en større organisatorisk og styringsmæssig kontekst. Det kan derfor diskuteres om manglende integration mellem strategiske mål og praksis kan føre til, at kommunikationsmetoder i praksis ikke nødvendigvis følger de strategiske intentioner, men i stedet afhænger af konteksten og den enkelte sundhedsprofessionelle skøn og håndtering i situationen (O'Malley et al., 2024).

På baggrund af ovenstående kan fundene indikere, at der er en sammenhæng mellem lægernes forståelse af begrebet sundhedskompetence og deres individuelle tilgang til kommunikation samt patientinddragelse.

Tidligere forskning viser, at læger i høj grad baserer deres kommunikation på klinisk skøn og erfaring (Jansbøl et al., 2012; Polanyi, 1966).

Jansbøl et al. (2012) fremhæver at effektiv kommunikation ikke blot forudsætter tekniske færdigheder, det involverer også lægens evne til at tilpasse sig den specifikke kontekst og den enkelte patients behov. Denne forståelse underbygges af Heath (1992), der understreger at lægernes kommunikation er forankret i deres praktiske erfaring og evne til at tilpasse sig patientens situation. Selvom fundene indikerer, at der i mindre grad anvendes systematiske og konkrete kommunikative metoder i almen til at vurdere patienters sundhedskompetence, viser tidligere forskning, at lægers kommunikation i høj grad formes af deres kliniske skøn og erfaring (Jansbøl et al., 2012; Polanyi, 1966). Det faglige skøn kan afhængigt af den konkrete situation bidrage til en konkret og patienttilpasset kommunikation, fordi det tillader fleksibilitet i mødet med den enkelte patient. Samtidig indebærer det også en vis usikkerhed, da vurderingen kan påvirkes af individuelle erfaringer og deres, hvilket kan føre til at varierende grader af præcision og at vurdering bliver unuanceret (Polanyi, 1966).

Disse fund kan også belyses gennem specialets valgte videnskabsteoretiske tilgang i pragmatismen, hvori viden og handling forstås gensidigt forbundne. Set i et pragmatisk perspektiv skabes viden i praksis gennem handling og erfaring i konkrete situationer, hvis det har funktion, konsekvens og anvendelighed (James, 1907). Lægernes tilgang til at vurdere og tilpasse deres kommunikation, kan tolkes som situeret, idet den formes i samspil med den specifikke kontekst og den enkelte patient. Lægernes reliance på fagligt skøn og erfaring kan fortolkes som en vurdering og handling der tilpasses til det, der antages at fungere i den konkrete situation. Omvendt kan det forstås som en tilgang, hvor vurdering ikke nødvendigvis tager udgangspunkt i, hvad der fungerer i den konkrete situation, men i lægernes antagelser og tidligere erfaringer.

På tværs af fundene fra både de inkluderede studier og de kvalitative interviews fremgår det, at flere læger vurderer patientens sundhedskompetence på baggrund af visuelle indikatorer som patientens fremtoning eller ydre faktorer. Det kom til udtryk ved, at informanterne anvendte vendinger som “den sårbare patient” eller “resourcestærk”. Derudover beskrev de, at vurderingen blev foretaget ud fra patientens adfærd, såsom om de var soigneret.

Det kan indikere, at fagligt skøn og tidligere erfaringer spiller en rolle i den kliniske vurdering. For at forstå, hvordan sådanne vurderinger kan være præget af lægernes reliance på fagligt skøn og erfaring, kan Social Categorization Theory jf. afsnit 5.2 *Teoretisk perspektiv*, anvendes som en forståelsesramme. Teorien kan anvendes til at skabe en dybere forståelse, ved at fortolke, hvordan lægernes vurdering af sundhedskompetence og tilpasning af kommunikation, kan være præget af generaliseringer, stereotyper og forudindtagne antagelser, når vurdering og kommunikation baseres på fagligt skøn og tidligere erfaringer.

Ifølge Tajfel & Turner (2004) har den sociale interaktion og kontekst betydning for, hvordan individer kategoriserer og forholder sig til hinanden.

Social Categorization er en proces, der kan fungere som en forenklet måde at bearbejde social information på, hvilket i de fleste tilfælde muliggør en hurtig vurdering i sociale interaktioner (Tajfel & Turner, 1979).

Dette kan bidrage til en forståelse af, hvordan kliniske vurderinger og kommunikation undertiden baseres på forenkede sociale kategoriseringer, der muliggør hurtige, men potentielt mangler nuancerede vurdering.

I lyset af Social Categorization Theory kan forstås som, at lægernes kliniske skøn og erfaring potentielt bidrager til en mindre systematisk tilgang, da vurderingen af den enkelte patients sundhedskompetence og tilpasning af kommunikationen, afhænger af den sociale interaktion og kontekst.

I de tilfælde lægerne vurderer sundhedskompetence og tilpasser kommunikationen med afsæt i deres faglige skøn og erfaring, kan der være risiko for, at centrale indikatorer for at vurdere sundhedskompetence overses. Set i lyset af Social Categorization Theory, fortolkes det som, at der er en risiko for, at lægerne vurderer sundhedskompetence og tilpasser sin kommunikation bevidst eller ubevidst, baseret på tidligere erfaringer eller sociale kategoriseringer, som former lægens forståelse og vurdering af patientens sundhedskompetence.

Ud fra specialegruppens forståelse af Social Categorization Theory kan det forstås, at kommunikationen nogle gange implicit tilpasses lægens forestillinger om patienten. Hvis disse forestillinger ikke stemmer overens med patientens reelle behov, risikerer lægen, at ældre patienter med lav sundhedskompetence ikke bliver imødekommet. Fordi dette sker implicit, kan det betyde, at det ikke nødvendigvis er synlig for lægen selv.

7.1.2 Relationelle aspekter i tilpasningen af kommunikation

Et fund der gik igen i flere af studierne og de kvalitative interviews viser, at relationen har betydning for, hvordan kommunikationen forløber og i hvilken grad patienten inddrages i beslutninger om egen behandling mellem læge og patient.

På tværs af studierne fremgår det, at lægerne oplever kvaliteten af relationen, herunder tillid, respekt og sin evne til at tilpasse kommunikationen har betydning for, om patienten forstår og deltager kommunikationen. Samtidig tyder fundene på, at en god relation kan være med til at reducere oplevelsen af asymmetri mellem læge og patient (Louizou et al., 2023; Efthymiou et al., 2022; Louizou et al., 2024; Murugesu et al., 2022; Byrne et al., 2021) .

Et tilsvarende fund fremgår af de kvalitative interviews, hvor lægen oplever, at relationen kan påvirkes af lægens autoritet og patientens tilbageholdenhed. Yderligere peger fundene på, at et godt kendskab til patientens forudsætninger, sygdomsforløb og personlige forhold giver lægen i højere grad mulighed for at vurdere, hvad patientens sundhedskompetence og tilpasning af kommunikation.

Selvom lægerne ikke direkte beskriver at de anvender patientcentreret kommunikation, viser fundene at deres forståelse af relationens betydning i kommunikationen indeholder elementer af denne tilgang.

Patientcentreret kommunikation er i de seneste årtier blevet beskrevet i det danske sundhedssystem som en tilgang, der skal bidrage til at forbedre relationen mellem patient og læge (Ammentorp et al., 2021).

I forlængelse heraf vurderer specialegruppen, at fundene kan fortolkes i lyset af de principper, der kendetegner patientcentreret kommunikation, hvor relationen anses som en forudsætning for at fremme forståelse, samarbejde og inddragelse mellem læge og patient.

Patientcenteret kommunikation handler ikke blot om at formidle information, men om at skabe en relationel forståelse, hvor sundhedsprofessionelle udviser empati for og anerkende patienten, inddrage patienten i fælles beslutningstagning og tilpasser kommunikationen til patientens sundhedskompetence og ønsker (Riiskjær, 2018; Johansson et al., 2010).

Specialegruppen vurderer at dette kan understøttes af fundene fra flere af studierne og nogle af de kvalitative interviews, hvor lægerne fremhæver, at kontinuitet i relationen muliggør en mere præcis tilpasning af kommunikationen (Louizou et al., 2023; Efthymiou et al., 2022; Louizou et al., 2024).

Yderligere fremgår det af fundene fra de kvalitative interviews, at flere af lægerne beskriver at

alment praktiserende læger har et forudgående kendskab til deres patienter, hvilket tilskrives den kontinuitet, der typisk er i patientkontakten i almen praksis. Derudover nævner de i de kvalitative interviews, at når lægen har et godt kendskab til patienten, skabes der i højere grad mulighed for at afstemme kommunikationen med patientens sundhedskompetence, sygdomsforløb og patientinddragelse.

Som beskrevet i tema 1 er det ikke alene patienten eller den sundhedsprofessionelle, der former eller faciliterer kommunikationen. Den er også præget af organisatoriske og systemiske rammer. Det betyder, at kommunikationen i høj grad afhænger af de vilkår, de sundhedsprofessionelle arbejder under.

Derfor har den måde, sundhedsprofessionelle forstår deres roller og ansvar på, betydning for, hvordan de kommunikerer med patienter. I takt med at de i stigende grad forventes at balancere mellem menneskelige og effektivitet, kan deres professionelle identitet forandres. Det forventes derfor i stigende grad af sundhedsprofessionelle, at de kan balancere mellem det menneskelige og de krav der sættes til den sundhedsprofessionelle. Når de opfattes som leverandører af ydelser, hvor dokumentation og målelige resultater prioriteres, kan det påvirke deres kommunikative tilgang og udfordre mulighederne for patientcentreret kommunikation (Johansson et al., 2010).

I forlængelse heraf fremgår det af tværgående fund, at lægerne oplever deres rolle som en balance mellem at informere, vejlede og i visse situationer tager ansvar på patientens vegne (Louizou et al., 2023; Efthymiou et al., 2022; Louizou et al., 2024; Murugesu et al., 2022)

Disse fund kan forstås i lyset af, at relationen mellem læge og patient ikke er statisk, men kan bevæge sig på et kontinuum mellem en paternalistisk tilgang og en patientcentreret tilgang, hvor graden af patientinddragelse og en fællesbeslutningstagen varierer afhængigt af situation og kontekst (Silverman et al., 2013a; Riiskjær, 2021).

Specialegruppen fortolker, at asymmetrien i relationen i nogle tilfælde kan risikere at bevæge sig mod en paternalistisk kommunikativ tilgang, hvilket kan forekomme, når patienten fremstår tilbageholdende eller har lav sundhedskompetence.

Fundene fra flere af studierne og de kvalitative interviews viser, at lægerne oplever patienterne som tilbageholdende og autoritetstro og derfor i højere grad lægger ansvaret over lægerne (Louizou et al., 2023; Efthymiou et al., 2022; Louizou et al., 2024).

Set i lyset af *Social Categorization Theory*, kan relationen mellem læge og patient påvirkes af ubevidste antagelser og kategoriseringer (Tajfel & Turner, 1979)

Med afsæt i teorien fortolker specialegruppen, at relationen mellem læge og patient i nogle tilfælde

kan påvirkes af ubevidste antagelser og kategoriseringer. I situationer, hvor patienten kan fremstå tilbageholdende eller autoritetstro, kan lægen bevidst eller ubevidst kategorisere patienten som f.eks. 'ressourcestærk', idet vurderingsgrundlaget bliver mindre nuanceret. En sådan kategorisering kan have betydning for, hvordan lægen vurderer patientens sundhedskompetence og tilpasser kommunikationen.

Med afsæt i fortolkning vurderer specialegruppen, at lægens vurdering af patientens sundhedskompetence og tilpasning af kommunikationen, bør tage højde for den enkelte patient og de kontekstuelle faktorer. På den baggrund anvendes Sørensen et al.'s integrerede model, hvori sundhedskompetence illustreres som et dynamisk samspil mellem individets kompetencer og sundhedssystemets krav og støtte. Det kan bidrage til at forståelsen af det bør betragtes som et delt ansvar (Sørensen et al., 2012) hvor alment praktiserende læger ligeledes har et ansvar for at støtte patienten ved at tilpasse kommunikationen til den enkelte patient. Specialegruppen fortolker at samspillet kan have betydning i mødet med ældre patienter med lav sundhedskompetence, hvor der anvendes en mindre systematisk tilgang til vurdering af patienten eller hvor misforstået kategorisering kan opstå. I denne sammenhæng kan relationen forstås som et grundlæggende element, der kan bidrage til patientcentreret kommunikation og som er med til at sikre en fælles beslutningstagning, respekterer patientens ønsker og forståelse samt fremme patientinddragelse (Johansson et al., 2010).

Fundene fra den kvantitative analyse, viser at tilstedeværelsen eller fraværet af sociale relationer og netværk kan have betydning for patienters oplevelse af kommunikation i mødet med sundhedsvæsenet. Dette fund kan forstås i forlængelse af Sørensen et al.'s model, hvori sociale og situationelle faktorer anses som væsentlige determinanter for sundhedskompetence. Det gælder f.eks. social støtte, boligforhold og netværk, der kan indflydelse på individets evne til at forstå, vurdere og anvende sundhedsrelateret information (Sørensen et al., 2012). Specialegruppen vurderer derfor, at patientens sociale kontekst som noget der indirekte kan fremme eller hæmme vedkommendes sundhedskompetence og dermed vedkommendes evne til at deltage i en fælles beslutningstagen.

En svag social forankring f.eks. at manglende støtte kan hæmme patientens evne til at engagere sig i fælles beslutningstagning, og fremme afhængigheden af lægens vurdering og tilpasning af kommunikation.

To studier har identificeret lignende sammenhænge, derfor vurderer specialegruppen, at dette perspektiv kan relateres hertil. Studierne peger på, at en svag social forankring potentielt kan

medføre, at patientens ressourcer til at engagere sig i fælles beslutningstagning bliver reduceret (Osborne, 2013; Klinger et al., 2023).

Derudover viser forskning, at ældre personer, som lever alene eller foruden et tæt socialt netværk, oftere har lavere sundhedskompetence (Friis et al., 2016; Klinger et al., 2023).

På baggrund af disse fund vurderer specialegruppen, at kommunikation og relation bør forstås som dynamiske processer, som formes både i det konkrete møde og af patientens bredere sociale kontekst og ressourcer.

Fundene fra den systematiske litteratursøgning og de kvalitative interviews viser, at lægerne oplever patienten som autoritetstro og tilbageholdende. Specialegruppen fortolker disse fund som en mulig understøttelse af perspektivet om, at en svag social forankring kan hæmme patientens deltagelse i fælles beslutningstagning. I fund fra artiklerne og de kvalitative interviews, beskrives det at tværfagligt samarbejde og involvering af pårørende også kan have betydning i forbindelse med at styrke patientens sundhedskompetence.

I et pragmatisk perspektiv kan relationen mellem læge og patient forstås som noget, der skabes og udvikles gennem handling og respons i konkrete interaktioner.

Relationens karakter afhænger ikke blot af parternes sociale roller, men formes løbende af kommunikationen, fortolkninger og respons, der opstår i det sociale og kontekstuelle møde.

Ifølge Mead er selvet dynamisk, den ene side af selvet kan formes gennem sociale forventninger og roller og den anden side er refleksiv og åben, hvilket muliggør forandring (Egholm, 2014).

Specialegruppens fortolkning af pragmatismen kan bidrage til en forståelse af lægens kommunikative praksis som en balance mellem de faglige normer, der internaliseres gennem lægeuddannelsen og kliniske praksis, der ofte indebærer et fokus på diagnostik, objektivitet og anvendelse af fagsprog og en kontekstafhængig tilgang, hvor kommunikationen tilpasses den enkelte patients sundhedskompetence og behov (Andersen et al., 2019; Silverman et al., 2013c). Når man sammenstiller fortolkningen og fundene, der viser at den asymmetriske relation mellem lægen og patienten, kan det ses som en interaktion, hvor begge parter roller og forventninger gensidigt påvirker hinanden. Hvis patienten ifølge lægen fremstår tilbageholdende, kan det forstærke lægens rolle som beslutningstager, hvilket potentielt kan fastholde asymmetrien i relationen.

I tråd med pragmatismens antagelser, fortolker vi relationen som et dynamisk samspil, hvor forståelsen og handling udvikles i sociale og praksisnære sammenhænge og ikke isoleret hos den enkelte (Egholm, 2014).

I forlængelse heraf kan den første side af selvet illustrere, hvordan lægen og patienten agerer ud fra etablerede sociale roller, lægen som 'ekspert' og patienten som 'modtager' af viden.

Omvendt bliver relationen mellem læge og patient et muligt rum for forandring, hvor begge parter gennem dialog og kontekstuel tilpasning kan udfordre disse roller og bidrage til at skabe en fælles forståelse og beslutningstagning. Dette muliggør den anden side af selvet, som har en åben og refleksiv tilgang. Den refleksive praksis og tilpasning af den konkrete relation og kontekst, kan medvirke til at fremme patientinddragelse i mødet med ældre patienter med lav sundhedskompetence.

7.1.3 Kommunikation under strukturel påvirkning

Det fremgår af fund fra den systematiske litteratursøgning og de kvalitative fund, hvordan lægerne forsøger at tilpasse sproget og kommunikationen ved at undgå fagsprog og i stedet anvende hverdagssprog. De anvender kommunikative teknikker som gentagelse, opsummering og teach-back til at sikre patientens forståelse. Som tidligere beskrevet i to foregående afsnit af resultatdiskussionen peger fundene på, at disse metoder kun i begrænset omfang anvendes bevidst og systematisk, selvom de i høj grad anerkender betydningen af tilpasset kommunikation og deres ansvar for patientens forståelse. Derudover fremgår det af fundene, at flere af de praktiserende læger først er blevet opmærksomme på patientens manglende forståelse ved efterfølgende konsultationer, som blev beskrevet i tema 3 jf. afsnit 6.3.2.3. (Louizou et al., 2024; Byrne et al., 2021; Murugesu et al., 2022; Louizou et al., 2023; Efthymiou et al., 2022). Ifølge specialegruppen indikerer det, at lægerne ikke anvender kommunikative metoder eller teknikker til at sikre forståelsen hos ældre patienter med lav sundhedskompetence systematisk i konsultationen. Det kan derfor få konsekvenser for patientens behandling og potentielt helbred.

Dog viser forskning, at når læger anvender teknikken teach-back og undgår fagsprog, opnås der bedre patientforståelse (Louizou et al., 2023).

Som tidligere beskrevet jf. afsnit 7.1.2 *Relationelle aspekter i tilpasningen af kommunikation*, peger det på, at lægerne i høj grad trækker på deres kendskab til patienten, individuelle erfaringer og faglige skøn, når de ud fra den konkrete kontekst vurderer og tilpasser kommunikationen til den ældre patient med lav sundhedskompetence.

På baggrund af fundene peger det på, lægernes tilgang til kommunikation er integreret som en tavs del af lægernes generelle kliniske vurdering. Det kan relateres til det Hacking (1996), kalder "viden om, hvordan noget gøres", noget man gør uden nødvendigvis at kunne redegøre for det explicit,

men uden nødvendigvis at være en del af de formaliserede og standardiserede krav der sættes til det organisatoriske.

For at forstå fundene, omkring hvorfor kommunikative teknikker ikke anvendes systematisk, og hvordan lægers kommunikation formes af både faglige og organisatoriske forhold, inddrager vi i det følgende Callon og Latours (1991) begreb om teknologi som social organisering.

Denne teori gør det muligt at analysere og fortolke, hvordan teknologi og tekniske artefakter, herunder sproglige former og dokumenter ikke blot bør forstås som neutrale redskaber, men som en form for styringsteknologi, der forsøger at forme organisatoriske praksisser og forventninger til sundhedsprofessionelles adfærd gennem forventninger om “den gode kommunikation”. Disse teknologier indgår i en kæde af handlinger, hvor også dokumenter, standarder og sundhedspolitiske rammer er med til at skabe bestemte former for social praksis (Latour, 1991).

Når fundene fra den systematiske litteratursøgning og de kvalitative peger på at lægerne beskriver at relationen, patientinddragelse, tilpasning af sprog og kommunikation, anvendelse af teknikker såsom gentagelser, opsummering og teach-back, tolker specialegruppen at det kan forstås som, at lægerne kan påvirkes af generelle idealer om patientcentreret kommunikation, men i mindre grad af formaliserede, organisatoriske strukturer og krav.

Det kan derfor forstås som, at den kommunikative indsats synes i højere grad at bero på fagligt skøn og erfaring end på anvendelsen af systematiske teknikker eller metoder.

Det strategiske sprog der anvendes i kommunikation, som det fremgår af sundhedspolitiske og organisatoriske dokumenter, kan dermed forstås som en styringsteknologi, der ikke blot fungerer vejledende, men også normativt ved at forme og regulere sundhedsprofessionelles adfærd gennem fastlagte standarder og organisatoriske forventninger. Når kommunikation bliver et fokus for strategiske indsatser, bliver den ofte en karakter af systematiske fremgangsmåder, herunder bestemte metoder, teknikker og procedurer. Dermed bliver kommunikation ikke blot et neutralt redskab til informationsudveksling mellem mennesker, men en styringsmekanisme, der former og påvirker organisatoriske handlinger og beslutningsprocesser på flere niveauer (Latour, 1991).

Dette tolker specialegruppen som konceptualiseringer, som har fokus på at imødekomme udfordringer i sundhedsvæsenet, ved at forme de sundhedsprofessionelle til at handle efter bestemte metoder, teknikker og procedurer.

På et sundhedspolitisk niveau fremhæves værdier som patienten i centrum, tid til det svære og mest til dem med størst behov (Dansk Selskab for Patientsikkerhed, 2025) På et organisatorisk niveau, viser nyere undersøgelser, at arbejdsgangene i almen praksis i stigende grad præges af tidsmæssige

begrænsninger, øgede dokumentationskrav samt standardiserede behandlingsmodeller (Honorarstrukturrådet, 2023).

Ifølge specialegruppen kan det indskrænke lægens muligheder for at prioritere det relationelle og tilpasse kommunikationen individuelt. Det kan derfor skabe et spændingsfelt, hvor idealerne om patientinddragelse og effektiv kommunikation kolliderer med den organisatoriske virkelighed, hvor effektivisering og mål ofte prioriteres højere end kommunikation som faglig kerneydelse.

I et sundhedsvæsen, hvor kommunikationen mellem læge og patient anses som en klinisk kerneydelse (Bensing et al., 2001), må det derfor anerkendes, at kvaliteten af kommunikationen ikke udelukkende afhænger af den enkelte læge, men også af de organisatoriske betingelser.

Dette kan ifølge specialegruppen indebære, at lægen i visse situationer må afvige fra en rigid anvendelse af kommunikative strategier, metoder eller teknikker for i stedet at tilpasse kommunikationen til patientens individuelle forudsætninger. I de tilfælde kan det betyde, at lægen i højere grad trækker på sit faglige kliniske skøn og erfaringer.

Fundene kan derudover forstås i lyset af Social Categorization Theory, hvor fraværet af systematiske metoder og teknikker kan medføre, at læger ubevidst kategoriserer patienter ud fra stereotyper f.eks. at ældre er autoritetstro, tilbageholdende eller ikke ønsker at deltage i beslutninger og dermed kommunikerer mindre inkluderende eller forklarende. Denne implicitte kategorisering kan bidrage til, at patienter med lav sundhedskompetence får dårligere mulighed for forståelse og inddragelse, hvilket reproducerer ulighed i sundhed.

7.1.4 Organisatoriske rammer og oplevet tidspres som vilkår/barriere for kommunikativ tilpasning

Fund fra den systematiske litteratursøgning og kvalitative interviews peger på, at organisatoriske rammer som for eksempel tidspres, har betydning for lægers mulighed for at tilpasse kommunikationen til ældre patienter med lav sundhedskompetence. På tværs af de interviewene tegner der sig en tendens til, at lægerne oplever den begrænsede tidsramme som en barriere for at kunne anvende kommunikative metoder/teknikker som for eksempel at få patienten til at gentage eller opsummering af den givne information, for at sikre patienten har forstået den givne information. Flere informanter peger desuden på, at det kræver tid at opbygge en tryk og tillidsfuld relation, hvilket kan være vanskeligt at realisere i en travl konsultationspraksis. Dette stemmer overens med studier fra den systematiske litteratursøgning, hvor der fremgår, at selvom lægerne ofte har

intentioner om at tilpasse kommunikationen, udfordres intentionerne af tidspres og organisatoriske krav (Mugesu et al., 2022; Louizou et al., 2023). Tidspres begrænser ikke kun lægens kommunikation, men hæmmer også patientens mulighed for at blive inddraget i fælles beslutningstagen. Set i lyset af Riiskjærs (2021) forståelse af patientinddragelse som en relationel proces, der forudsætter tillid og støtte, synes det relevant at stille spørgsmålstejn ved, om konsultationens rammer understøtter en patientcentreret kommunikation. Når konsultationen ikke tilpasses, kan det gå ud over patienter med lav sundhedskompetence og deres mulighed for at deltage aktivt i konsultationen og have medbestemmelse i behandlingsplanen. Manglende kompetenceudvikling udgør en barriere for anvendelsen af kommunikative metoder. Det fremgår både af interviewene og af resultaterne af den systematiske litteratursøgning, at sundhedsprofessionelle efterspørger mere systematisk efteruddannelse og tilgængelige redskaber, som kan støtte kommunikationen med patienter med lav sundhedskompetence (Louizou et al. 2023; Efthymiou et al., 2022). Dette viser, at lægerne anerkender behovet for kommunikativ tilpasning, men oplever en mangel på konkrete handlemuligheder. I forlængelse heraf fremgår det af Louizou et al. (2023), at kompetenceudvikling ikke alene styrker patientens udbytte af konsultationen, men også lægens mulighed for at facilitere en meningsfuld beslutningsproces. Fraværet af systematisk kompetenceudvikling kan ses som en strukturel barriere, snarere end et udtryk for manglende vilje. Nepps et al. (2023) viser endvidere, at målrettet undervisning i sundhedskommunikation kan føre til signifikante forbedringer i anvendelsen af teknikker som Teach-back og skabelse af et trygt rum. Tidlig kommunikationstræning i lægeruddannelsen kan fremme en varig integration af kommunikative færdigheder i klinisk praksis.

En yderligere barriere, der kan have betydning for kommunikativ tilpasning, er lægers anvendelse af medicinsk fagsprog uden tilstrækkelig sproglig justering til patientens forståelsesniveau. Det fremgår af flere studier fra den systematiske litteratursøgning, at brugen af fagsprog kan skabe en kommunikativ distance og gøre det vanskeligt for patienter med lav sundhedskompetence at forstå indholdet (Louizou et al., 2024; Byrne et al., 2021; Mugesu et al., 2022). Dette kan også genfindes i interviews med informanterne, hvor lægen først efter konsultationen opdager, at patienten ikke har forstået informationen. Dette peger på nødvendigheden af sproglig tilpasning og løbende afstemning med patientens forståelsesniveau. Fraværet af sproglig tilpasning kan hænge sammen med de strukturer og traditioner, som læger tilegner sig gennem deres professionelle dannelse og praksis. Som det fremgår af afsnit 2.3 kommunikation i almen praksis, hvor kommunikation først i nyere tid blevet en obligatorisk del af deres uddannelse (Høst & Møller,

2014). Set i relation til Sørensen et al.s (2012) model, hvor sundhedskompetence forstås som et dynamisk samspil mellem individuelle forudsætninger og strukturelle rammer, kan det diskuteres, om manglende tilpasning af kommunikation, knytter sig til tidspres, utilstrækkelig kompetence udvikling eller brugen af medicinsk fagsprog, medvirker til at opretholde eller forstærke den eksisterende sociale ulighed i sundhed. Dette rejser spørgsmålet om, hvorvidt ansvaret for kommunikativ tilpasning kan placeres individuelt hos lægen, eller om det bør forankres i en bredere strukturel og uddannelsesmæssig kontekst.

7.2 Metodediskussion

7.2.1 Diskussion af kvantitative metode

Den statistiske analyse i dette speciale havde til formål at undersøge sammenhængen mellem sundhedskompetence og oplevet kommunikation med egen læge. Som beskrevet i metodeafsnittet, er analyserne baseret på data fra et tværsnitsstudie. En metodisk begrænsning ved dette studiedesign er, at det ikke muliggør en årsagsretning. Det er således ikke muligt at konkludere, om det er lav sundhedskompetence der øger sandsynligheden for at opleve kommunikationen med egen læge som svær, eller omvendt. Dog er det en styrke at tværsnitsstudiet er baseret på en stor national stikprøve med over 4600 deltagere, hvilket styrker generaliserbarheden af resultaterne til den ældre danske befolkning. En væsentlig begrænsning for generaliserbarheden af studiet er dog, at en stor del af de inviterede ikke deltog i undersøgelsen, hvilket resulterede i svarprocent på 13%. Derudover blev 2.271 ekskluderet på baggrund af manglende adgang til digital post (e-Boks), da undersøgelsen blev gennemført som webbaseret spørgeskema (CAWI) (Pelikan et al., 2022; Finbråten et al., 2022). Ifølge Epinion (2023) har 10% af personer over 85 år ikke adgang til digitale enheder i hjemmet, og 46 % i denne aldersgruppe angiver, at de ikke finder det let at anvende digitale selvbetjeningsløsninger. Tilsvarende gælder for 22 % af de 75-84-årige. Det tyder på, at særligt de ældste grupper kan være systematisk underrepræsenteret i webbaserede undersøgelser, og samtidig kan disse grupper have lavere sundhedskompetence end dem der deltog. I andre lande, der deltog i HLS19-undersøgelsen, blev dataindsamlingen suppleret med computer-assisterede telefoninterviews (CATI) (Pelikan et al., 2022), hvilket potentielt kunne have øget svarprocenten og reduceret selektionsbias i dette studie.

Som beskrevet i metodeafsnittet blev eksponeringsvariablen sundhedskompetence og udfaldsvariablen kommunikation målt ved med validerede instrumenter (HLS19-Q12, HLS19-

COM-P-Q6). Begge måleinstrumenter er baseret på selvrapportering, hvilket medfører risiko for informationsbias, herunder social desirability bias og recall bias.

I den statistiske analyse blev flere numeriske variable med ratio-interval skala, herunder alder, sundhedskompetence, kommunikation, og antal lægebesøg rekodet til kategoriske eller dikotome variable. Formålet var at forenkle analysen og skabe overblik over sammenhænge mellem grupper for eksempel aldersgrupper, sundhedskompetenceniveauer. Yderligere blev flere variable såsom, sundhedskompetence, kommunikation, uddannelsesniveau og alder dikotomiseret ved at svarmulighederne reduceres til to, for at sikre tilstrækkelig observationsantal og skabe stabile estimater i den logistiske regression. (Juul et al., 2017; Kirkwood & Sterne, 2003). Dikotomisering kan bidrage til mere håndterbare analyser, men indebærer samtidig, at store mængder information går tabt (Juul et al., 2017; Lund & Røgind, 2021). Konsekvensen er at man ikke kan udtale sig om hvordan sammenhængen varierer på tværs af aldersgrupper, eller sundhedskompetence niveauer, hvilket ultimativt gør, at man ikke kan udtale sig om hvorvidt der er en dosis respons sammenhæng mellem sundhedskompetence niveau og oplevelsen af kommunikation hos egen læge.

7.3.1 Diskussion af systematiske litteratursøgning

7.3.1.1 Søgestrategi

I forbindelse med udarbejdelsen af den endelige søgestrategi blev der afprøvet søgninger med kombinationen af både tre og fire blokke. Kombinationen af fire blokke resulterede i et lavt antal hits. Det skyldes, at søgeordet "patient" ofte allerede var implicit til stede i konteksten af de øvrige blokke, særligt i litteratur om kommunikation og sundhedskompetence i almen praksis, hvor det typisk er underforstået, at kommunikationen foregår mellem sundhedsprofessionelle og patienter. I stedet for at bruge ordet "patient" eksplicit, beskriver studierne ofte situationer og begreber, hvor det implicit drejer sig om patienter, eksempelvis gennem søgeord som "læge-borger-kommunikation". Den fjerde blok øgede derfor ikke resultaternes relevans i en væsentlig grad, men introducerede i højere grad et patientperspektiv, hvilket ikke var i overensstemmelse med fokus for søgningen.

Den valgte søgestrategi udviste høj sensitivitet og lav specificitet. Ifølge Lund et al. (2014) øger høj sensitivitet sandsynligheden for, at alle potentielt relevante studier inkluderes, hvilket øger dækningsgraden og minimerer risikoen for systematisk bias i udvælgelsen. Dette var intentionen bag specialegruppens brug af brede søgetermer såsom *communication*, hvilket resulterede i en høj genfinding. Dog indebærer høj sensitivitet et metodisk dilemma. Den store mængde hits kan føre til

betydelig støj i form af irrelevante resultater, hvilket gør udvælgelsesprocessen mere kompleks og tidskrævende. Denne øgede mængde støj kan paradoksalt føre til, at relevante studier overses under screeningen (Lund et al., 2014). Specialegruppen endelige søgestrategi udviste høj sensitivitet og lav specificitet, som kan være potentiel svaghed.

Denne balance mellem dækningsgrad og præcision blev forsøgt håndteret gennem udarbejdelsen og anvendelsen af in- og eksklusionskriterier. Formålet med disse var at sikre, at kun studier med relevans for problemformuleringen blev inkluderet. Ifølge Lund et al. (2014) kan sådanne kriterier øge søgningens fokus og effektivitet, men indebærer samtidig risikoen for, at studier med potentiel relevans udelukkes, hvis de ikke i tilstrækkelig grad opfylder de formelle krav. Specialegruppen vurderede og tilpassede kriterierne løbende for at sikre anvendelighed og klarhed, men det kan ikke udelukkes, at enkelte relevante studier er blevet frasorteret som følge af kriteriernes afgrænsning.

For at kvalificere og øge relevansen potentielle af studier, blev der udført søgninger i forskellige databaser med udgangspunkt i de endelige søgeblokke, som blev suppleret med emneord. Der blev også søgt i databaserne PsycInfo og Elsevier, hvilket vurderes som en styrke, da det bidrog til et mere nuanceret indblik i databasernes fokusområde samt en fokuseret og målrettet søgning.

Databaserne PsycInfo og Scopus blev fravalgt på baggrund af meget lav relevans af studier.

Lund et al (2014) fremhæver betydningen af at anvende en struktureret søgestrategi med velovervejede databaser, søgetermer og relevante emneord for at sikre kvalitet og relevans samt øge søgningens dækningsgrad.

Der blev foretaget konsultation med en informationsspecialist fra Aalborg Universitet, hvilket vurderes som en styrke, da det kan bidrage til at øge kvaliteten og troværdigheden af den endelige søgestrategi. Det er dog væsentligt at understrege, at resultatets validitet afhænger af specialegruppens fortolkning og konsistente anvendelse af in- og eksklusionskriterier i udvælgelsesprocessen. På trods af disse metodiske valg vurderer specialegruppen, at de mest relevante studier blev identificeret, og at søgestrategien har været tilstrækkelig dækkende i forhold til problemformuleringen. Dog kan det ikke udelukkes, at relevante studier kan være blevet overset eller ikke blev dækket af søgestrategien.

7.3.1.2 In- og eksklusionskriterier og udvælgelse af artikler

I udvælgelsesprocessen blev der opstillet klare in- og eksklusionskriterier, blandt andet et krav om, at studierne skulle være peer-reviewet for at sikre kvalitet og validitet i de artikler der blev udvalgt. Ifølge Lund et al. (2014) er denne tilgang med til at mindske risikoen for at inkludere artikler af lav

kvalitet eller grå litteratur, hvilket styrker specialets pålidelighed. Derudover blev studier fra andre landes sundhedssystemer sammenlignet med det danske inkluderet, såfremt de var sammenlignelige, for at sikre kontekstuel overførbarhed. Et væsentligt fokus i dette speciale er kommunikationen mellem læge og ældre patienter i almen praksis. Dog er konteksten omkring almen praksis kun entydigt repræsenteret i to ud af de fem inkluderede artikler. De øvrige studier omfatter bredere grupper af sundhedsprofessionelle og sektorer, herunder hospitaler og kommunale. Det betyder, at nogle af inkluderede artikler indebærer andre sundhedsprofessionelle og andre kontekster, hvor både organisatoriske rammer og kommunikationsformer adskiller sig fra almen praksis. Dog tematiserer flere af studierne kommunikationsdynamikker, som også er genkendelige og relevante i almen praksis. Specialegruppen vurderer derfor, at selvom konteksten varierer, har hovedparten af de analytiske temaer en vis grad af overførbarhed til almen praksis, dog med forbehold for strukturelle forskelle mellem sektorer. Omvendt kan denne variation i kontekst og faggruppe også betragtes som en styrke, idet det synliggør, at kommunikative barrierer og behov for tilpasning af kommunikation gør sig gældende på tværs af faggrupper og sundhedsvæsenet. Det giver specialets resultater en bredere relevans, men har stillet krav til analytisk præcision i anvendelsen af fund fra forskellige kontekster.

En potentiel begrænsning ved udvælgelsen af artikler er, at 2054 antal artikler blev sorteret fra i den indledende sortering af artikler på baggrund af titel. Dette medfører en risiko for, at relevante studier ikke blev identificeret, hvis titlerne ikke afspejlede indholdet. For at tage højde for denne svaghed valgte specialegruppen at i tilfælde af tvivl at artiklerne skulle med videre til næste udvælgelsesfase hvor vurderingen blev foretaget på baggrund af abstrakt. Eksempelvis blev studier med etniske minoriteter ofte fravalgt i denne fase. I de afsluttende to faser af udvælgelsesprocessen blev alle eksklusioner registreret med en begrundelse, hvilket bidrager til transparens i selektionsprocessen og mulighed for efterprøvelse

7.3.1.3 Kvalitetsvurdering af artikler

I forbindelse med kvalitetsvurderingen af de inkluderede artikler blev der anvendt anerkendte og validerede tjeklister (Hong et al., 2019; Munn et al., 2020). Ifølge Lund et al. (2014) udgør anvendelsen af checklister en styrke i vurderingen af studier, da det sikrer en systematisk gennemgang og vurdering af studiets metode og dermed understøtter troværdigheden af studiets resultater. En begrænsning ved brugen af kvalitetstjeklister er, at kun de kriterier der eksplicit fremgår af tjeklisterne, bliver studiet vurderet ud fra. For at imødekomme denne udfordring er der

suppleret med generelle kvalitetskriterier med afsæt i Kitto, Chesters og Grbich (2008) samt Juul et al. (2017).

Forud for selve kvalitetsvurderingen blev kriterierne drøftet i fællesskab med henblik på at opnå en fælles forståelse og sikre konsistens i vurderingerne. Selve vurderingen blev dog udført ved, at hvert gruppemedlem vurderede forskellige artikler individuelt.

Kvalitetsvurderingen af studierne er udført af begge fra specialegruppen, men ét medlem pr. artikel, hvilket udgør en metodisk usikkerhed og svaghed, idet vurderingen af enkelte studier således beror på én persons fortolkning. Denne usikkerhed kan både skyldes tilfældig variation, f.eks. forskellig vægtning af kriterier og potentielt også systematiske forskelle i fortolkningsstil mellem gruppemedlemmerne.

En alternativ tilgang kunne have været, at begge gruppemedlemmer uafhængigt vurderede de inkluderede artikler og efterfølgende sammenlignede og drøftede vurderingerne. En sådan tilgang kunne have øget interbedømmerkonsistens og dermed styrket validiteten af vurderingerne.

De individuelle vurderinger af de fem artikler blev drøftet i fællesskab for at opnå konsensus og sikre metodisk klarhed, hvilket styrker kvaliteten af vurderingerne. Dog anerkendes det, at subjektivitet ikke kan udelukkes, og at vurderingerne ikke nødvendigvis ville have været identiske, hvis samme artikel var blevet vurderet af begge. Det er dog væsentligt at påpege, at der fortsat er risiko for subjektivitet i udførelsen af kvalitetsvurderingerne.

7.3.1.4 Analysestrategi

Ifølge Braun & Clarke (2019) skal deres tematiske analysestrategi ikke følges systematisk, men forskeren skal have en kreativ, reflekterende og subjektiv tilgang. Det kræver at forskeren anerkender sin egen rolle og at vedkommende løbende reflekterer over sine valg, sin position og sine fortolkninger. Viden forstås som kontekstafhængig, situationsbestemt og socialt konstrueret. I dette speciale analyseres sekundær empiri i form af videnskabelige artikler, og der er derfor ikke tale om et direkte samspil mellem forsker og informant. Forskeren har en aktiv og fortolkende rolle i analysen, og data forstås som noget, der ikke taler for sig selv, men tilskrives betydning gennem analytiske processer.

Analysen udspringer således af forskerens subjektivitet og kontekstuelle forståelse og en gengivelse af forskerens fortolkning og ikke en objektiv gengivelse af virkeligheden. Forskerens subjektivitet anses som en styrke, og som er en uundgåelig og meningsskabende del af, hvordan data fortolkes og ny viden skabes (Braun & Clarke, 2019).

Dette harmonerer med pragmatismens tilgang om at viden som noget, der kontinuerligt udvikles gennem fortolkning, erfaring og refleksion i praksis. Analysen er fleksibel og tilpasses den konkrete kontekst samt undersøgelsens formål, hvilket stemmer overens med pragmatismens fokus om, hvad der virker i den konkrete situation (James, 1907).

En styrke ved Braun og Clarkes refleksive tematiske analyse er metodens fleksibilitet, som muliggjorde inddragelsen af både kvalitative og mixed method studier. Dette er i overensstemmelse med den pragmatiske tilgang, hvor metoder vælges ud fra, hvad der er mest hensigtsmæssigt. Den fleksible og iterative tilgang understøttede en nuancerede forståelse af det undersøgte problemfelt og muliggjorde, at analysen kunne baseres på et bredere og varieret datagrundlag. En potentiel svaghed kan være, at Braun og Clarkes tematiske analysestrategi forudsætter en høj grad af bevidsthed, refleksion og teoretisk forståelse. En begrænset erfaring eller forståelse for kvalitative forskningsmetoder kan indebære en risiko for, at analysen bliver overfladisk og mangler den nødvendige refleksive dybde. Desuden kan der være en potentiel risiko for at forskeren overser egne forudindtagne forståelser og viden om feltet, som kan forme analysen (Braun & Clarke, 2019). Dette er en potentiel risiko i dette speciale, da specialegruppen har begrænset erfaring med kvalitative forskningsmetoder. For at mindske denne risiko anvendte specialegruppen forskertrianglering, hvor begge specialemedlemmer uafhængigt af hinanden kodede interviewene, og alle temaer blev identificeret og revideret i fællesskab. Ifølge Kvale & Brinkmann (2015) kan inddragelsen af flere forskere i analysearbejdet være med til at forbedre kvaliteten og validiteten. Specialegruppen valgte at systematisere analysen i tabeller, hvilket i nogle tilfælde kan indebære en risiko for, at analysen bliver for struktureret og dermed mister noget af den refleksive dybde, som Braun & Clarke (2019) lægger vægt på.

I dette speciale blev tabellerne dog anvendt til at skabe overblik og gennemsigtighed. Hver tabel indeholdt citater, kodninger, mønstre og foreløbige temaer og fungerede som udgangspunkt for refleksiv drøftelse og videre tematisering i fællesskab. Denne tilgang er i overensstemmelse med Braun og Clarkes refleksive tematiske analyse, hvor systematik og fortolkning ikke nødvendigvis står i modsætning til hinanden, men kan sameksistere i en transparent og gennemtænkt proces. Analysen blev udført manuelt og i fællesskab, hvilket stillede krav til både overblik og kontinuerlig fælles refleksion. For at sikre gennemsigtighed blev der udarbejdet en tabel for hver artikel samt en samlet oversigtstabel, hvor citater, mønstre og foreløbige temaer blev organiseret under de endelige temaer, jf. bilag 5b og 5c. Denne tilgang understøttede både transparens og refleksiv analyseproces.

7.4.1 Diskussion af kvalitative metode

7.4.1.1 Rekruttering af informanter

Strategien for rekruttering af informanter var *consecutive sampling*, der ifølge Arrogante (2022) er en metode, hvor udvælgelsen sker systematisk blandt dem, der opfylder inklusionskriterierne. Specialegruppen var ude at aflevere invitationer til interviews hos en række forskellige lægeklinikker. Efterfølgende blev specialegruppen kontaktet af flere læger, men kun de, der opfyldte inklusionskriterierne, blev inkluderet. Der blev inkluderet to læger gennem denne metode. Ved at være opmærksom på udvælgelseskriterier og rekrutteringsstrategi blev der tilstræbt inklusion af forskellige perspektiver i interviewene. Selvom deltagerantallet var begrænset til to, blev der lagt vægt på at inddrage personer med forskellige erfaringer og baggrunde i relation til undersøgelsens fokus. Det kan styrke variation og dybden af de indsigter, der opnås gennem interviewene (Arrogante, 2022; Merriam & Tisdell, 2016).

Derudover blev der anvendt en gatekeeper til at opnå adgang til målgruppen og til at opnå det ønskede deltagerantal. For at sikre at de praktiserende læger ikke oplevede økonomisk tab, blev der gennem gatekeeperen tilbudt økonomisk compensation tilsvarende den tabte indtægt for den tid, de afsatte til deltagelse.

En potentiel svaghed ved anvendelsen af en gatekeeper er, at det utilsigtet kan føre til skævhed i udvælgelsen af informanter og dermed begrænse variationen og nuancerne i de perspektiver, der kommer til udtryk. Derudover kan brugen af en gatekeeper indebære en risiko for systematisk selektion idet vedkommende bevidst eller ubevidst kan have en tendens til at henvise deltagere, der i forvejen har positive erfaringer eller er mere samarbejdsvillige (Merriam & Tisdell, 2016).

Det var udfordrende at opnå det ønskede deltagerantal, hvilket muligvis kan tilskrives faktorer som rekrutteringsperiodens længde, begrænset tilgængelighed blandt praktiserende læger samt varierende motivation for deltagelse.

I kvalitativ forskning er målet imidlertid ikke at opnå et stort antal deltagere, men snarere at generere dybdegående og rige beskrivelser af fænomenet (Merriam & Tisdell, 2016). På trods af det begrænsede deltagerantal vurderes interviewene at have bidraget med meningsfulde og detaljerede indsigter. Dog kan det ikke konkluderes, at der er opnået mætning af information. Alle fire deltagere var kvinder og en del af kompagniskabspraksisser bestående af 3–5 læger, sygeplejersker og sekretærer. Denne ensartethed i køn og praksisform kan have indsnævret variationen i de erfaringer og perspektiver, der kom til udtryk. Omvendt kan det også have bidraget til en mere sammenhængende forståelse af, hvordan kommunikation og sundhedskompetence håndteres inden

for netop denne organisatoriske kontekst. Aldersspredningen var opdelt i to yngre og to ældre læger og kan have tilføjet visse nuancer, men udvalget afspejler ikke nødvendigvis hele bredden af erfaringer i almen praksis.

Ifølge Arrogon (2022) kan *snowball sampling* være effektivt at anvende, når det er vanskeligt at få adgang til deltagere.

Efter første interview blev denne rekrutteringsstrategi anvendt, hvor første informant blev spurgt om vedkommende vil hjælpe med at sprede budskabet eller henvise til andre mulige deltagere. Dog blev ingen af de fire informanter rekrutteret på denne måde.

7.4.1.2 Udarbejdelse af interviewguide

Interviewguiden blev udarbejdet med en induktiv tilgang, hvor spørgsmålene tog udgangspunkt i de temaer og problemstillinger, som specialegruppen identificerede gennem problemanalysen og den tematiske analyse på baggrund af de inkluderede artikler. Dette sikrede, at interviewene var forankret i den eksisterende viden og samtidig åbnede mulighed for nye perspektiver. En svaghed ved denne tilgang kan ifølge Braun & Clarke (2019) være, at en tematisk analyse ikke nødvendigvis omfatter hele datagrundlaget, men i højere grad fokuserer på udviklingen af meningsfulde og analytiske fortolkninger af centrale mønstre og temaer. Samtidig påpeger Braun & Clarke, at kvalitativ analyse er en aktiv og fortolkende proces, hvor forskeren er med til at skabe mening i samspil med data, frem for at afdække en allerede eksisterende sandhed. De fremhæver, at analysen er kontekstafhængig, præget af forskerens perspektiver og at det kræver refleksivitet af forskeren i forhold til, hvordan deres egen baggrund, erfaring eller forståelse påvirker analyseprocessen (Braun & Clarke, 2019). I dette speciale har specialegruppens indledende fortolkninger og læsninger af litteraturen uundgåeligt haft betydning for udformningen af interviewspørgsmålene.

Dette anses dog ikke som en svaghed i sig selv, men som et vilkår ved refleksiv kvalitativ forskning (Braun & Clarke, 2019).

Med inspiration fra pragmatismen blev interviewguiden udarbejdet på baggrund af eksisterende viden og kontekstuel forståelse fra den systematiske litteratursøgning og den tematiske analyse, hvilket stemmer overens med pragmatismens, hvor det fremhæves at viden og sandhed er situationsafhængige og udvikles gennem erfaring. Der vurderes at være overensstemmelse mellem specialets metodiske tilgang til udarbejdelsen af interviewguiden og den valgte videnskabsteoretiske position, pragmatismen. Inden for en pragmatisk tilgang lægges der vægt på at skabe anvendelig og praksisnær viden, hvilket afspejles i interviewguidens fokus på konkrete erfaringer og perspektiver

fra læger i almen praksis. Interviewguiden blev udformet med henblik på at undersøge de problemstillinger, der er relevante i en konkret sundhedsfaglig kontekst, frem for at afdække en objektiv sandhed. Den metodiske orientering er i tråd med pragmatismens forståelse af viden som kontekstafhængig og som opstår i praksis gennem handling, erfaring og konsekvenser med fokus på, hvad der virker i den konkrete situation. Den metodiske konsistens understøtter, at resultaterne kan anses for meningsfulde og valide inden for den valgte videnskabelige ramme og bidrager til at styrke undersøgelsens troværdighed.

Kvalitet i kvalitativ forskning forudsætter, at der er overensstemmelse mellem den videnskabsteoretiske ramme, metode og analyse (Kvale & Brinkmann, 2015; Merriam & Tisdell, 2016).

Der blev i forbindelse med udarbejdelsen af interviewguiden blev der gennemført pilotinterviews med en farmaceut og lægestuderende, som gav konstruktiv feedback. På baggrund af farmaceutens og lægens feedback blev der revideret i rækkefølgen og formuleringen af interviewspørgsmålene. Det kan dog udgøre en potentiel begrænsning, at pilotpersonerne ikke havde samme faglige baggrund som de egentlige informanter. Det kan betyde at deres forståelse af spørgsmålene og begreber kan adskille sig fra praktiserende lægers. Dette kan have påvirket relevansen og præcisionen af guidens indhold. Dog vurderes feedbacken at have bidraget til at styrke den sproglige klarhed og flowet af interviewene generelt.

Pilottest af interviews er en god metode til at afprøve spørgsmål, sikre forståelighed og styrke den overordnede kvalitet og validitet af interviewguiden (Kvale & Brinkmann, 2015).

For yderligere at sikre relevans og fremme en intersubjektiv forståelse, blev interviewguiden indledt med en briefing og et indledende spørgsmål, der havde til formål at etablere en fælles forståelse omkring målgruppe og centrale begreber.

En fælles etablering af forståelse og briefing er med til at skabe et fælles fundament at tale ud fra gennem interviewene (Kvale & Brinkmann, 2015).

I dette speciale blev der lagt vægt på at introducere interviewets formål og rammer tydeligt, samt afklare centrale begreber og spørgsmål for at mindske risikoen for misforståelser. Derudover blev der undervejs i interviewene løbende sikret forståelsen ved, at interviewerens gentog eller opsummerede informantens svar og spurgte ind til, om det var forstået korrekt. Det vurderes, at denne indsats medvirkede til at skabe en fælles forståelse, hvilket blandt andet kom til udtryk gennem informanternes engagerede og fokuserede svar. Det skabte et udgangspunkt for en åben og meningsfuld samtale.

Indtrykket af en fælles forståelsesramme blev yderligere underbygget af, at flere centrale temaer gik igen på tværs af interviewene. Dette kan indikere en vis konsistens i informanternes begrebsforståelse og vurderes at have styrket både sammenhængen og troværdigheden i de indsigter, der blev genereret gennem analysen.

7.4.1.3 Afholdelse af interviews

Ifølge Kvale & Brinkmann (2015) er en forudsætning for et vellykket interview, at interviewerens formår at skabe rammer, der kan fremme tryk og åbenhed.

Ifølge Merriam & Tisdell (2016) kan online interviews være udfordrende og forbundet med risici. Tre ud af fire interviews blev udført online over Microsoft Teams og ét blev udført telefonisk. Det kan være udfordrende at etablere en tryk og god relation til informanten og samtidig er der risiko for dårlig internetforbindelse, dårlig lyd eller videobillede. Samtidig kan det være udfordrende at se informanten tydeligt og begrænse observationerne af det nonverbale sprog (Merriam & Tisdell, 2016).

I de interviews, der blev gennemført over Microsoft Teams fungerede både lyd og videobillede uden tekniske problemer, hvilket muliggjorde tydelig observation af både informanternes og interviewernes nonverbale kommunikation. Dette vurderes at have bidraget til at skabe en tryk og tillidsfuld relation mellem informant og interviewer. Denne vurdering baseres dels på interviewernes oplevelse af en åben og engageret dialog, og dels på informanternes udtalelser i debriefingen og opfølgende e-mails, hvor de gav udtryk for, at samtalen havde været behagelig og meningsfuld.

I forbindelse med interviewet, der blev afholdt telefonisk, var det ikke muligt at afkode informantens nonverbale kommunikation, hvilket gjorde det mere udfordrende at vurdere stemninger og nuancer i svarene. Da der forud for interviewet kun havde været kontakt via e-mail, oplevedes det også vanskeligere at etablere en nærværende relation sammenlignet med videointerviewene. Intervieweren fulgte derfor løbende op med uddybende og afklarende spørgsmål, hvilket der ligeledes blev gjort ved de tre andre interviews for at sikre forståelsen af informanternes svar. På trods af de metodiske begrænsninger vurderes telefoninterviewet dog at have fungeret. Informanten bidrog med fyldige og relevante svar, og interviewets indholdsmæssige kvalitet vurderes at stemme overens med videointerviewene, selvom nærværet og relationen var mindre tydelig.

Omvendt kan afholdelse af online interviews være forbundet med fordele, såsom tidsbesparelser og ressourcer, både for informanten og interviewer. Samtidig kan det skabe en tryghed for informanten, at være i vante rammer, hvilket kan understøtte tryghed og åbenhed (Merriam & Tisdell, 2016).

Dette understøttes af Lo Lacono et al. (2016), der beskriver, at online interviews kan fremme åbenhed hos nogle deltagere. Den virtuelle afstand kan gøre at informanten føler sig mindre eksponeret og dermed skabe bedre forudsætninger for en åben og ærlig deling af erfaringer.

I dette speciale var det indtrykket, at de fire informanter, der deltog via Microsoft Teams, virkede trygge og engagerede i samtalen, og delte refleksioner med høj grad af åbenhed. Det kan indikere, at onlineformatet har haft en positiv effekt på samtalskvaliteten for netop disse deltagere.

Samtidig kan det være med til at styrke kvaliteten af den fortolkning, der foretages af interviewdata i den tematiske analyse (Merriam & Tisdell, 2016).

Omvendt kan der gennem et fysisk interview etableres en dybere relation til informanten, hvilket fremmer dialogen (Kvale og Brinkmann, 2015). Ud fra et etisk perspektiv kan fysiske interviews muliggøre, at intervieweren kan fornemme informantens følelsesmæssige reaktioner, hvilket giver mulighed for at udvise empati og forståelse under interviewet.

I udførelsen af interviewene blev der i den indledende briefing lagt vægt på, at der ikke fandtes rigtige eller forkerte svar, jf. bilag 6b. Ifølge Brinkmann og Kvale bidrager det til at skabe en tillidsfuld atmosfære, hvor informanten kan føle sig tryk ved at dele deres oplevelser og perspektiver (Kvale & Brinkmann, 2015). Informanterne kommenterede ikke direkte på, om de følte sig dømt eller bekymrede for at udtale sig, men deres engagement og åbenhed kan tolkes som et tegn på, at samtalerne blev oplevet som trygge. Det skal dog anerkendes, at dette er specialegruppens fortolkning, og at graden af informanternes åbenhed i interviewet kan skyldes andre årsager.

Pilotinterview udgør en væsentlig del af forberedelsen af et kvalitativt interview. Det giver intervieweren mulighed for at afprøve spørgsmål, justere sprog, tempo og rækkefølge samt at opøve fortrolighed med interviewsituationen. Dette kan være særligt relevant for novicer, da det bidrager til at interviewerens kompetencer og dermed kvaliteten af interviewet (Kvale & Brinkmann, 2015).

Det var af specialegruppens vurdering at der forekom visse forskelle i interviewstil og opfølgende spørgsmål, men forskellen vurderes ikke at have haft afgørende betydning. Det vurderes at pilotinterviewene samt medinterviewer bidrog til at interviewene generelt forløb godt.

7.4.1.4 Transskription af interview

I forbindelse med transskriberingen af interviewene blev der udarbejdet en transskriberingsguide. Ifølge Kvale & Brinkmann (2015) kan det være hensigtsmæssigt at udforme klare retningslinjer for transskriberingsprocessen, da det kan bidrage til systematik og ensartethed, hvilket styrker den metodiske stringens (Kitto et al., 2008). Transskriberingen blev først udført af intervieweren og derefter gennemgået af medintervieweren, hvilket yderligere bidrog til konsistens. Efter transskriberingen blev der ikke foretaget en systematisk genlytning af interviewoptagelserne og dermed blev der ikke foretaget en systematisk kontrol af transskriptionerne for potentielle fejl eller mangler af begge specialemedlemmer. Selvom specialegruppen uafhængigt af hinanden transskriberede interviewene, kan det have introduceret potentielle fejl i datagrundlaget. Denne mangel på dobbelt kvalitetssikring bør inddrages i vurderingen af analysens pålidelighed (Kvale & Brinkmann, 2015; Merriam & Tisdell, 2016).

En anden mulighed for kvalitetssikring er respondentvalidering, hvor informanterne får mulighed for at gennemlæse deres transskription og bekræfte, om deres udsagn er gengivet retvisende (Kitto et al., 2008). Specialegruppen gjorde informanterne opmærksom på deres rettigheder i henhold til databeskyttelsesforordningen (GDPR) om at få indsigt i datamaterialet (Datatilsynet, u.å.-b). På denne baggrund blev informanterne tilbudt mulighed for at læse deres egne transskriptioner. Alle takkede dog nej til dette, hvilket medførte, at respondentvalidering ikke blev anvendt i praksis. Dog var specialegruppen opmærksom på kritikpunkter fremsat i litteraturen. Når interviewet transskriberes, objektiveres det talte sprog og adskilles fra den kontekstuelle meningsskabelse i selve interviewsituationen. Ifølge Ricoeur (2002) og Hermansen & Rendtorff (2002) skaber dette en nødvendig distance, som muliggør en dybere analytisk fortolkning – men det kan samtidig medføre, at informanter ikke genkender deres udsagn i skriftlig form. At præsentere en transskription kan derfor virke konfronterende eller forvirrende (Kvale & Brinkmann, 2015).

7.4.1.5 Analysestrategi

Da specialets formål med de kvalitative interviews var at undersøge alment praktiserende lægers erfaringer med kommunikation og begrebet sundhedskompetence, blev Braun og Clarkes reflektive tematiske analyse valgt, da analysen tilbyder en åben og fleksibel tilgang til kvalitative data (Braun & Clarke, 2019).

I dette speciale muliggjorde metoden en åben og fleksibel tilgang, hvor temaerne blev udviklet på baggrund af specialegruppens fortolkning af informanternes udsagn, frem for ud fra forudbestemte temaer. Det vurderes af specialegruppen, at brugen af en induktiv tilgang har bidraget til at åbne for

uforudsete pointer og nuancer i materialet.

Metodevalget er i tråd med et pragmatisk videnskabsteoretisk ståsted, hvor viden forstås som situeret og kontekstafhængig, og som opstår gennem handling og dens konsekvenser med fokus på, hvad der virker i den konkrete kontekst (James, 1907). For at styrke refleksiviteten blev fortolkninger og kodninger løbende drøftet i fællesskab mellem gruppens to medlemmer. Det vurderes at have styrket både relevansen og kontekst i de fund, der blev udviklet af specialegruppen. Dette er i overensstemmelse med Braun og Clarkes (2019) forståelse af, at forskerens forforståelser, perspektiver og position uundgåeligt former analyseprocessen og samtidig udgør en meningsskabende del af analyseprocessen.

Interviewdata blev organiseret og struktureret ved hjælp af analyseværktøjet NVivo. Særligt i fase tre bidrog det til at skabe overblik over kodninger og sammenhænge, og til at samle foreløbige temaer. Det er dog væsentligt at understrege, at NVivo ikke blev anvendt som en automatiseret metode, men som et redskab, der understøttede en fortløbende refleksiv proces. Kodninger og temaer blev løbende diskuteret og revideret i fællesskab.

Specialegruppen havde begrænset erfaring med Braun og Clarkes tematiske analysestrategi, hvilket kan have påvirket dybden og den analytiske kvalitet.

Dog blev dette søgt at imødekomme ved at tilegne sig teoretisk og metodisk viden gennem studier af Braun og Clarkes egne publikationer, herunder deres artikel: *Reflecting on Reflexive Thematic Analysis* (Braun & Clarke, 2021) samt øvrige vejledende materialer udviklet af forfatterne (Braun & Clarke, n.d.). Derudover arbejdede specialegruppen tæt sammen i kodnings- og tematiseringsfasen og brugte fælles refleksion og sparring som en måde at styrke analysens konsistens og gennemsigtighed.

8. Konklusion

På baggrund af den kvantitative analyse af de sammenhænge, der findes mellem ældre med lav sundhedskompetence og deres kommunikation med læger i almen praksis i Danmark. Fremkommer det, at der er en statistisk signifikant sammenhæng mellem sundhedskompetence og oplevelse af kommunikation med egen læge blandt ældre over 65 år i Danmark. Denne sammenhæng forblev statistisk signifikant efter justering for potentielle confoundere såsom alder, køn og social støtte, uddannelsesniveau og antal kroniske sygdomme.

Efter specialets undersøgelse af alment praktiserende lægers oplevelser med anvendelsen af kommunikative metoder og teknikker, hvoraf formålet var at styrke kommunikationen i

konsultationen med ældre patienter med lav sundhedskompetence. På baggrund af den systematiske litteratursøgning i den eksisterende evidens, kan det vurderes, at lægerne oplever både barrierer og facilitatorer i forhold til at kommunikere med patienterne på en måde, der er tilpasset deres sundhedskompetenceniveau.

Det kan konkluderes på tværs af fundene at begrebet sundhedskompetence endnu ikke er implementeret i praksis og at lægerne har en begrænset forståelse af og kendskab til begrebet. Det fremgår heraf at lægerne ikke anvender metoder eller teknikker systematisk til at vurdere patientens forståelse eller til at tilpasse kommunikationen herefter. Samtidig viser fundene, at lægernes anvendelse af metoder og teknikker i praksis varierede en del. De metoder og teknikker der blev fremhævet til at fungere godt i mødet med patienter med lav sundhedskompetence, var anvendelsen af klart og simpelt sprog, en patientcentreret tilgang, gentagelser og teknikken Teach-back til at sikre forståelse og understøtte bedre patientinddragelse.

De semistrukturerede individuelle interviews med de fire alment praktiserende læger har givet indsigt i, hvordan de oplever at tilpasse kommunikationen til ældre patienter med lav sundhedskompetence med henblik på at fremme patientinddragelse. Fundene viser, at de fire alment praktiserende læger i høj grad trækker på deres faglige skøn og erfaringer, og i mindre grad anvender metoder og teknikker systematisk i mødet med denne patientgruppe.

På tværs af fundene beskrev lægerne følgende metoder og teknikker der bidrager til patientinddragelse og for at kunne målrette kommunikationen til den enkelte patient, heraf anvendelse af en patientcentreret tilgang, tilpasning af sproget og kommunikation, gentagelse samt anvendelse af teach-back metoden, dog uden eksplicit at nævne teknikken. Derudover fremhævede informanterne tillid og tryghed i relationen samt et godt kendskab til patienten, der ligeledes kunne bidrage til ovenstående. Relationen mellem læge og patient kan, i forlængelse af forstås som en meningsskabende dimension, der er med til at rammesætte forståelsen af sundhedskompetence samt patientinddragelse og som aktivt former, hvordan kommunikation kan udspille sig og forstås i praksis. Endelig peger fundene på, at flere af lægerne har en manglende forståelse af begrebet sundhedskompetence, hvilket har en betydelig indflydelse på både graden af patientinddragelse og på, hvordan kommunikationen tilpasses til den enkelte patient.

Specialets overordnede formål var at undersøge, hvordan læger i alment praksis tilpasser deres kommunikation til ældre patienter med lav sundhedskompetence og hvilke kommunikative metoder, der bidrager til at forbedre patientinddragelse i denne patientgruppe.

På baggrund af diskussionen af specialets fund kan det konkluderes, at det ikke isoleret kun

omhandler patientens eller lægens ansvar, men at de organisatoriske og strukturelle rammer ligeledes bidrager til, hvordan kommunikation tilpasses og hvor i høj grad patientinddragelse spiller en rolle i konsultationen mellem læge og patient. På baggrund af dette, kan det derfor konkluderes at de strukturelle og organisatoriske rammer for lægernes arbejdstilgang og forhold i høj grad afspejles heraf, som kan have utilsigtede konsekvenser for patientinddragelse og tilpasning af kommunikation. Specialet kan bidrage til at tydeliggøre det strukturelle-, organisatoriske- og individuelle niveaus ansvar for at kommunikationen tilpasses og patientinddragelsen forbedres til den enkelte patient med lav sundhedskompetence. Med specialets samlede fund fremstår det tydeligt, at kommunikation ikke blot er et middel til informationsudveksling mellem læge og patient, men i stigende grad fungerer som et organisatorisk redskab. Med dette perspektiv fremstår der derfor et behov for yderligere forskning på området, hvilket indebærer at inddrage både det individuelle og strukturelle perspektiv i højere grad for at kunne bidrage til et forandringstiltag.

9 Referenceliste

- Aaby, A., Meldgaard, M., & Maindal, T. H. (2022).** *Sundheds kompetence i det danske sundhedsvæsen*. . www.sst.dk: Sundhedsstyrelsen. https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2022/Sundhedskompetence/SST-Rapport_-Sundhedskompetence_TILG.ashx
- Aalborg Universitetshospital. (n.d.).** *Sundhedskompetencer i den danske befolkning*. <https://aalborguh.rn.dk/forskning/faa-stoette-til-din-forskning/forskningsdataogstatistik/projekter-i-afdelingen/hls19-projektet>
- Ammentorp, J., Bassett, B., Dinesen, J., & Lau, M. (2021).** “Kap. 12: Bogens evidensgrundlag” I: Den gode patientsamtale (1. udg., s. 183-196) Munksgaard.
- Andersen, A. H., Hvidt, E. A., Hvidt, N. C., & Roessler, K. K. (2019).** Doctor–patient communication about existential, spiritual and religious needs in chronic pain: A systematic review. Sage Publications, Ltd. 10.1177/0084672419883339
- Andreasen, J. & Overgaard, C. (2022).** “Kapitel 3: Evidenssynteser til udvikling af kom-plekse interventioner”. I: Komplekse interventioner. Udvikling, test, evaluering og implemen-tering (red.) Petersen, K. S., Maindal, H. T., Ledderer, L. & Overgaard, C. Aalborg Universi-tetsforlag.
- Arrogante, O. (2022).** Sampling techniques and sample size calculation: How and how many participants should I select for my research? *Enfermería Intensiva (English Ed.)*, 33(1), 44–47. 10.1016/j.enfie.2021.03.004
- Bensing, J., van Dulmen, S., Kallerup, H., Visser, A., Borrell, F., Finset, A., Goedhuys, J., Langewitz, W., Mallinson, C., Peltenburg, M., Schofield, T., & Zimmermann, C. (2001).** The european association for communication in healthcare. *Patient Education and Counseling*, 43(1), 1–4. 10.1016/S0738-3991(01)00125-2
- Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J., & Crotty, K. (2011).** Low health literacy and health outcomes: An updated systematic review. *Annals of Internal Medicine*, 155(2), 97–107. 10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005
- Bo, A., Friis, K., & Maindal, H. T. (2014).** 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*, 14, 1095. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-1095>
- Bom, M. (2018).** *Brug for flere sygeplejersker i almen praksis*. <https://dsr.dk/fag-og-udvikling/sygeplejersken/fagbladet-sygeplejersken/sygeplejersken-argang-2018-nr-3/brug-for-flere-sygeplejersker-i-almen-praksis/>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006).** Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101.

- Braun, V., & Clarke, V. (2019).** Reflecting on reflexive thematic analysis. *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health*, 11(4), 589–597. <https://doi.org/10.1080/2159676X.2019.1628806>
- Byrne, J. V., Whitaker, K. L., & Black, G. B. (2021).** How doctors make themselves understood in primary care consultations: A mixed methods analysis of video data applying health literacy universal precautions. *PLOS ONE*, 16(9), e0257312. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0257312>
- Bøggild, H. (2020).** *Brugervejledning: Mimers brønd*. Aalborg Universitetshospital.
- Callon, M., & Latour, B. (1981).** Unscrewing the Big Leviathan: How Actors Macro-Structure Reality and How Sociologists Help Them to Do So. In K. Knorr & A. Cicourel (Eds.), *Advances in social theory and methodology. Toward an integration of micro and macro sociology* (pp. 277–303). Routledge.
- Carlsson, P. (2013).** “Kapitel 13: Kommunikation” I: *Klinisk sundhedspsykologi*. (2. Udg., s. 261–277) Munksgaard.
- Danmark. (2021).** *Sundhedsloven*. <https://www.retsinformation.dk>
- Danmarks Statistik (2023).** “Befolkningens udvikling 2022”. København: Danmarks Statistik. ISBN: 978-87-501-2436-8.
- Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren. (2016).** *Kvalitetsbegreber og –definitioner & Metodehåndbog i Kvalitetsudvikling*. Region Syddanmark.
- Dansk Selskab for Patientsikkerhed. (2025).** *Hvad er vigtigt for dig?-dagen sætter patienten i centrum*. <https://patientsikkerhed.dk/hvad-er-vigtigt-for-dig-dagen-saetter-patienten-i-centrum/>
- Danske Patienter. (2015).** *10 bud til almen praksis: 10 bud på udviklingsområder for almen praksis på baggrund af resultater fra en undersøgelse besvaret af 4.874 patienter og pårørende*. https://danskepatienter.dk/files/media/Publikationer%20-%20Egne/A_Danske%20Patienter/B_Indspil_cases_unders%C3%B8gelser/almen_praksis_10-bud.pdf
- Danske Regioner. (n.d.).** *Praksissektoren*. <https://www.regioner.dk/sundhed/praksissektoren/> (besøgt 6. marts 2025, kl. 15:23)
- Datatilsynet. (u.å.).** *Hvad er personoplysninger*. Lokaliseret 14.05.2025, fra <https://www.datatilsynet.dk/regler-og-vejledning/grundlaeggende-begreber/hvad-er-personoplysninger>
- EBSCO. (2021).** *Cinahl database*. EBSCO. <https://www.ebsco.com/products/research-databases/cinahl-database>
- Efthymiou, A., Rovithis, M., & Kalaitzaki, A. (2022).** The perspectives on barriers and facilitators in communication by the healthcare professionals and older healthcare users: The role of health literacy. *Journal of Psychology and Psychotherapy Research*, 9(1), 1–11.

Ellekjær, K. L., & Haslund-Vinding, J. (2018). “Kapitel 1: Kommunikation” I: *Klinisk basisbog* (Udg. 1.) Munksgaard.

Epinion. (2023). *Befolkningens oplevelser og udfordringer i et digitalt samfund med fokus på ældre*. . digst.dk: Epinion. <https://digst.dk/media/bajbqen1/2023-oplevelser-udfordringer-digitalt-samfund.pdf>

Finbråten, H. S., Nowak, P., Griebler, R., Bíró, É, Vrdelja, M., Charafeddine, R., Griesse, L., Bøggild, H., Schaeffer, D., Link, T., Kucera, Z., Mancini, J., & Pelikan, J. M. (2022). The HLS 19 -COM-P, a new instrument for measuring communicative health literacy in interaction with physicians: Development and validation in nine european countries. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(18)10.3390/ijerph191811592

Fredslund, E. K., Larsen, A. T., Klausen, M. B., Topholm, E. H.-E., & Rasmussen, H. K. (2020). *Almen praksis' rolle i forhold til borgere med kroniske lidelser: En analyse af almen praksis med fokus på forebyggelse af sygehuskontakter hos KOL- og diabetespatienter*.

Friis, K., Lasgaard, M., Osborne, R. H., & Maindal, H. T. (2016). 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*, 6(1), e009627. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009627>

Greenhalgh, T. (2009). Chronic illness: Beyond the expert patient. *BMJ (Online)*, 338(7695), 629–631.

Hacking I. (1996):“Memory Science, Memory Politics”, pp. 67-87 i Antze, P. & M. Lambek (red.) *Tense Past. Cultural Essays in Trauma and Memory*. N.Y., Routledge.

Harrison, D. (2008). *Strategy as practice-an activity-based approach: Paula jarzabkowski*. london: Sage, 2005. Taylor & Francis Group. 10.1080/15470620802325823

Hong, Q. N., Pluye, P., Fàbregues, S., Bartlett, G., Boardman, F., Cargo, M., Dagenais, P., Gagnon, M.-P., Griffiths, F., Nicolau, B., Rousseau, M.-C., & Vedel, I. (2018). Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT), Version 2018. User guide. McGill, 1–11. http://mixedmethodsappraisaltoolpublic.pbworks.com/w/file/attach/127916259/MMAT_2018_criteria-manual_2018-08-01_ENG.pdf

Honorarstrukturrådet. (2023). Forenkling og faglighed med fokus på patienten: Forslag til en ny honorarstruktur i almen praksis. Regionernes Lønnings- og Takstnævn & Praktiserende Lægers Organisation. <https://laeger.dk/media/1vudrvh/honorarstrukturraadets-forslag-til-ny-honorarstruktur.pdf>

Høst, D. L., & Møller, J. E. (2014). Klinisk kommunikationstræning er en uddannelsesmæssig udfordring. *Ugeskrift for Læger*. <https://ugeskriftet.dk/videnskab/klinisk-kommunikationstraening-er-en-uddannelsesmaessig-udfordring>

Indenrigs- og Sundhedsministeriet. (2024). *Aftale om sundhedsreform 2024*. Indenrigs- og Sundhedsministeriet. <https://www.ism.dk/publikationer-sundhed/2024/november/aftale-om-sundhedsreform-2024>

Intersoft Consulting. (n.d.). *General Data Protection Regulation (GDPR)* <https://gdpr-info.eu/>

James, W. (1907). *Pragmatism: A new name for some old ways of thinking*: Popular lectures on philosophy. Longmans, Green

Jansbøl, K., Nielsen, A., Madsen, M. H., Larsen, J., & Kjellberg, P. K. (2012). Kliniske vejledninger i almen praksis (Rapport 2012.03). Dansk Sundhedsinstitut.<https://pure.vive.dk/ws/files/2051122/kliniske-vejledninger-i-almen-praksis.pdf>

JB.I. (u.å.). JBI. Lokaliseret 11.04..2025, fra <https://jbi.global>

Jessen Bodil. (2023). *Patienter klager mest over kommunikation og opførsel*. <https://ugeskriftet.dk/nyhed/patienter-klager-mest-over-kommunikation-og-opfoersel>

Johansson, I., Noren, L., & Wikstrom, E. (2010). Patient-centred care: The nordic position. *International Journal of Public Sector Management.*, 23(4)10.1108/ijpsm.2010.04223daa.001

Jungersen, R. D. (2018). *PLO analyse - behov for 5.000 praktiserende læger i 2030*. læger.dk: https://file:///C:/Users/Bruger/Desktop/plo_analyse_behov_for_5000_laeger_i_2030.pdf

Juul, S., Hammer, B. B., Dahm, C. C., & Rytter, D. (2017). *Epidemiologi og evidens* (3. udg. s.). Munksgaard.

Jørgensen, K. (2021). “Kap. 1: kommunikation i sundhedsvæsenet” I: *Kommunikation for sundhedsprofessionelle*. (5. udg., s. 17-28) Gads Forlag.

Kierkegaard, Morten. (2024). *Sikker mundtlig kommunikation*. <https://www.regionh.dk/til-fagfolk/Sundhed/kvalitet/Patientsikkerhed/Sider/Sikker-mundtlig-kommunikation.aspx>

Killian, L., & Coletti, M. (2017). The role of universal health literacy precautions in minimizing “medspeak” and promoting shared decision making. *AMA Journal of Ethics*, 19(3), 296–303. 10.1001/journalofethics.2017.19.3.pfor1-1703

Kirkwood, B. R., & Sterne, J. A. C. (2003). *Essential medical statistics* (2. udgave). Blackwell Science.

Kitto, S. C., Chesters, J., & Grbich, C. (2008). “Quality in qualitative research”. *Medical Journal of Australia*, Vol. 188(4), s. 243-246. DOI: 10.5694/j.1326-5377.2008.tb01595.x

Kjeld, S. G., Brautsch, L. A. S., Svartá, D. L., Hansen, A. F., Andersen, S., & Danielsen, D. (2022). Social ulighed i mødet med sundhedsvæsenet – en systematisk litteraturgennemgang. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet. Udarbejdet for Sundhedsstyrelsen. <https://www.sst.dk/da/Udgivelser/2022/Social-ulighed-i-moedet-med-sundhedsvaesenet>

Klinger, J., Berens, E., & Schaeffer, D. (2023). *Health literacy and the role of social support in*

different age groups: Results of a german cross-sectional survey. BMC Public Health, 23(1), 1–2259. 10.1186/s12889-023-17145-x

Kocalevent, R., Berg, L., Beutel, M.E., Hinz, A., Zenger, M., Härter, M., Nater, U. & Brähler, E. (2018). "Social support in the general population: standardization of the Oslo social support scale (OSSS-3)", BMC Psychology; BMC Psychol, vol. 6, no. 1, pp. 31.

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Interview: det kvalitative forskningsinterview som håndværk* (3.udgave). Hans Reitzel.

Lo Lacono, V., Symonds, P., Brown, D. H. K (2016). "Skype as a Tool for Qaulitative Re-search Interviews" Sociological research online. Vol. 21(2), s. 1-25. DOI: 10.5153/sro.3952

LaMorte, W. W., & Sullivan, L. (2021). *Confounding and Effect Measure Modification.*
https://www.bu.edu/https://sphweb.bumc.bu.edu/otlt/mph-modules/bs/bs704-ep713_confounding-em/bs704-ep713_confounding-em_print.html

Latour, B. (1991). Technology is society made durable. I J. Law (Red.), A sociology of monsters: Essays on power, technology and domination (s. 103–131). Routledge. (Sociological Review Monograph, No. 38).

Launsø, L., Rieper, O., & Olsen, L. (2017). Forskning om og med mennesker: forskningstyper og forskningsmetoder i samfundsforskning (7. udg., s). s.17-18 Munksgaard.

Lose, S., & Freitag, C. (2020, 29. januar). Fremtidens praktiserende læge – patientens tovholder. Læger.dk. <https://laeger.dk/nyheder/fremtidens-praktiserende-laege-patientens-tovholder>

Louizou, E., Panagiotou, N., Smyrnakis, E., Anastasiadis, S., Diamantis, K. G., Papamalis, F., & Bamidis, P. D. (2023). *Greek medical professionals' approaches and understanding of health literacy: A qualitative study.* BMC Health Services Research, 23, 1209.
<https://doi.org/10.1186/s12913-023-10226-y>

Louizou, E., Panagiotou, N., Dafli, E., Smyrnakis, E., & Bamidis, P. D. (2024). *Medical doctors approaches and understanding of health literacy: A systematic literature review.* Cureus, 16(1), e51448. <https://doi.org/10.7759/cureus.51448>

Lund, H. (2014). Håndbog i litteratursøgning og kritisk læsning: redskaber til evidensbaseret praksis. Munksgaard.

Mabachi, N. M., Cifuentes, M., Barnard, J., Brega, A. G., Albright, K., Weiss, B. D., Brach, C., & West, D. (2016). Demonstration of the health literacy universal precautions toolkit: Lessons for quality improvement. *The Journal of Ambulatory Care Management*, 39(3), 199–208.
10.1097/JAC.000000000000102

Madsen, M. H., Højgaard, B., & Albæk, J. (2009). *Health literacy: Begrebet, konsekvenser og mulige interventioner.* Dansk Sundhedsinstitut for Sundhedsstyrelsen.
<https://www.sst.dk/~media/18DDC88AE81F46C7815E28218443B311.ashx>

- Maindal, H. T., & Vinther-Jensen, K. (2016).** Sundhedskompetence (health literacy) - teori, forskning og praksis. *Klinisk Sygepleje*, 30.
- Marietto, M. L. (2016).** Golsorkhi, D., rouleau, L., seidl, D. vaara, E. (2010). cambridge handbook of strategy-as-practice. *Revista Ibero-Americana De Estratégia*, 15(4), 118. 10.5585/riae.v15i4.2469
- Merriam, S. B., & Tisdell, E. J. (2016).** Qualitative research: a guide to design and implementation. Jossey-Bass.
- Mortensen L. Erik. (2021).** Intelligens og kognitiv aldring. <https://danskgerontologi.dk/wp-content/uploads/2021/11/202124.pdf>
- Murugesu, L., Heijmans, M., Rademakers, J., & Fransen, M. P. (2022).** Challenges and solutions in communication with patients with low health literacy: Perspectives of healthcare providers. *PLOS ONE*, 17(5), e0267782. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0267782>
- Nepps, P., Lake, A., Fox, J., Martinez, C., Matsen, P., & Zimmerman, K. (2023).** Improving health equity through health literacy education. *HLRP: Health Literacy Research and Practice*, 7(2), e99–e104. <https://doi.org/10.3928/24748307-20230522-01>
- NUTBEAM, D. (2000).** Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259–267. 10.1093/heapro/15.3.259
- O'Malley, R., O'Connor, P., & Lydon, S. (2024).** Strategies that facilitate the delivery of exceptionally good patient care in general practice: A qualitative study with patients and primary care professionals. *BMC Primary Care*, 25(1), Article 141. <https://doi.org/10.1186/s12875-024-02352-1>
- Osborne, R. H., Batterham, R. W., Elsworth, G. R., Hawkins, M., & Buchbinder, R. (2013).** *The grounded psychometric development and initial validation of the health literacy questionnaire (HLQ)*. *BMC Public Health*, 13(1), 658. 10.1186/1471-2458-13-658
- Peerson, A., & Saunders, M. (2009).** Health literacy revisited: What do we mean and why does it matter? *Health Promotion International*, 24(3), 285–296. 10.1093/heapro/dap014
- Pelikan, J. M., Sørensen, K., Rothlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., ... & Ueters, E. (2022a).** Development and validation of the HLS19-COM-P instrument to measure communicative health literacy in nine European countries. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(11), 11592. <https://doi.org/10.3390/ijerph19111592>
- Pelikan, J. M., Link, T., Straßmayr, C., Waldherr, K., Alfes, T., Bøggild, H., Griebler, R., Lopatina, M., Mikšová, D., Nielsen, M. G., Peer, S., & Vrdelja, M. (2022b).** Measuring comprehensive, general health literacy in the general adult population: The development and validation of the HLS 19 -Q12 instrument in seventeen countries. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(21)10.3390/ijerph192114129

Praktiserende Lægers Organisation & Regionernes Lønnings- og Takstnævn. (2022). Overenskomst om almen praksis. https://laeger.dk/media/bmhpndle/plo_overenskomst_2022_web-1.pdf

Riiskjær, E. (2018). Patientcentrering. *Patient : Grundbog i sygepleje* (2 udg., s. 293–311). Munksgaard.

Robusthedskommissionen (2023). "Robusthedskommissionens anbefalinger". København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet. e-ISBN: 978-87-7601-420-7

Rose, N. (1996): *Inventing Our Selves*. Cambridge University Press.

Rose, N. (1999): *Governing the Soul*, Free Associations Books.

Shah, S. (2021). Health literacy and how to communicate effectively with patients to elicit a long-term behavioural change. I E. Short (Red.), *A Prescription for Healthy Living: A Guide to Lifestyle Medicine* (s. 47–59). Academic Press.

Schlünsen, A. D. M., Christiansen, D. H., Fredberg, U., & Vedsted, P. (2020). Patient characteristics and healthcare utilisation among danish patients with chronic conditions: A nationwide cohort study in general practice and hospitals. *BMC Health Services Research*, 20(1), 976. 10.1186/s12913-020-05820-3

Silverman, J., Kurtz, S., & Draper, J. (2013a). Kap. 6 Explanation and planning. *Skills for communicating with patients* (3. udg., s. 149–207). CRC Press. 10.1201/9781910227268

Silverman, J., Kurtz, S., & Draper, J. (2013b). Kap. 3 Gathering information. *Skills for communicating with patients* (3. udg., s. 59–106). CRC Press. 10.1201/9781910227268

Silverman, J., Kurtz, S., & Draper, J. (2013c). Kap. 1 Defining what to teach and learn: an overview of the communication skills curriculum. *Skills for communicating with patients* (3. udg., s. 1–33). CRC Press. 10.1201/9781910227268

Sodeman, M. (2018). Sårbar? Det kan du selv være. Sundhedsvæsnets rolle i patienters sårbarhed.

Styrelsen for Patientsikkerhed. (2017). *Patientsikkerhedsrapporten - bidrag fra sundhedsvæsenet*. Styrelsen for Patientsikkerhed.

Sundhedsloven, LBK nr. 210 af 25. februar 2022. (2022). Lovbekendtgørelse om sundhedsloven. Retsinformation <https://www.retsinformation.dk/eli/lt/2022/210>

Sundhedsstyrelsen. (2005). Kronisk sygdom – patient, sundhedsvæsen og samfund: Forudsætninger for det gode forløb. https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2005/Publ2005/PLAN/Kronikere/Kronisk_sygdom_patient_sundhedsvaesen_samfund,-d-,pdf.ashx

Sundhedsstyrelsen. (2022). Sundhedskompetence: Betydningen af sundhedskompetence i mødet mellem borger og sundhedsvæsen. Sundhedsstyrelsen. <https://www.sst.dk/da/Fagperson/Ulighed-i-sundhed-og-sygdom/Sundhedskompetence>

Sundheds- og Ældreministeriet. (2016). Befolkningens kontakter til almen praksis.

<https://www.sundhedsdatastyrelsen.dk>

Særkjær, S. (2017). Styling af sundhedsvæsenet - kan man det? *Administrativ Debat*, 2017(3).

Sørensen, K., Van Den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(1), 80. 10.1186/1471-2458-12-80

Tajfel, H., Billig, M. G., Bundy, R. P., & Flament, C. (1971). Social categorization and intergroup behaviour. *European Journal of Social Psychology*, 1(2), 149–178. 10.1002/ejsp.2420010202

Tajfel, H., & Turner, J. C. (1979). An integrative theory of intergroup conflict. I W. G. Austin & S. Worchel (Red.), *The social psychology of intergroup relations* (s. 33–47). Brooks/Cole.

Tajfel, H. & Turner, J. (2004). An integrative theory of intergroup conflict. In M. J. Hatch, & M. Schultz (Eds.), *Organizational identity : A reader* . Oxford University Press.

Tanggaard, L. and Brinkmann, S. (2017). ‘Interviewet: Samtalen som forskningsmetode’, in Brinkmann, S. and Tanggaard, L. (eds) *Kvalitative metoder: En grundbog*. (2 udg., s.29–54) Hans Reitzels Forlag.

The HLS19 Consortium of the WHO Action Network M-POHL. (2021). *International report on the methodology, results, and recommendations of the European Health Literacy Population Survey 2019–2021 (HLS19) of M-POHL*. Austrian National Public Health Institute. <https://m-pohl.net/Results>

The World Medical Association. (2022). WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. Hentet d. 15. maj 2025, fra <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki/>

Thomsen, L. J. (2014). *Kvalitetsudvikling og kronisk sygdom i almen praksis*.

<https://ugeskriftet.dk/videnskab/kvalitetsudvikling-og-kronisk-sygdom-i-almen-praksis>

Uddannelses- og Forskningsministeriet (2014). Den danske kodeks for integritet i forskning. København: Uddannelses- og forskningsministeriet. <https://ufm.dk/publikationer/2015/den-danske-kodeks-for-integritet-i-forskning>

Vallgård, S., & Bornø Jensen, A. M. (2021). Kap. 3 kvalitative interviews. *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab* (6th ed., pp. 64–92). Munksgaard.

Vamos, S. D., Vine, M. E., Gordon, I. D., & Alaimo, D. F. (2024). The role of health literacy in patient-physician communication: A scoping review. *Health Behavior and Policy Review*, 11(4), 1624–1654. <https://doi.org/10.14485/HBPR.11.4.2>

World Health Organization. (2015). *World report on ageing and health*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565042>

10 Bilagsoversigt

Bilag 1: Do fil

Bilag 2: Log fil

Bilag 3 Søgebilag

Bilag 3a: Ord fra de indledende søgninger

Bilag 3b: søgestrategi

Bilag 3c: Den endelige søgning

Bilag 4: Kvalitetsvurdering af videnskabelige artikler fra den systematiske litteratursøgning.

Bilag 4a: *Medical Doctors Approaches and Understanding of Health Literacy: A Systematic Literature Review*” af Louizou et al. (2024)

Bilag 4b: *How doctors make themselves understood in primary care consultations: A mixed methods analysis of video data applying health literacy universal precautions* “ af Byrne et al. (2021)

Bilag 4c: *Greek medical professionals approaches and understanding of health literacy: a qualitative study*” af Luoizou et al. (2023)

Bilag 4d: *Challenges and solutions in communication with patients with low health literacy: Perspectives of healthcare providers*” af Murugesu et al. (2022)

Bilag 4e: *The perspectives on barriers and facilitators in communication by the healthcare professionals and older healthcare users: the role of health literacy*” af Efthymiou et al. (2022)

Bilag 5: Tematisk analyse af systematisk litteratursøgning

Bilag 5a: Analysestrategi inspireret af Braun og Clarke

Bilag 5b: Generering af kodninger, mønster og foreløbigt tema af de fem artikler

Bilag 5c: Udvikling af temaer på tværs af de fem artikler

Bilag 5d: De tre overordnede temaer

Bilag 6: Kvalitativ metode

Bilag 6a: samtykke erklæring til interviews

Bilag 6b: interview-guide

Bilag 6c: Transkriptionskonvention

Bilag 7: Tematisk analyse af interviews

Bilag 7a: Generering af koder, mønstre og temaer

Bilag 7b: Udbredelsen af temaer relateret til forskningsspørgsmålet

Bilag 8: Procesanalyse