

# Sundhedskompetence blandt personer med kronisk sygdom

Karina Friis  
Mia Lundquist Jensen  
Mathias Lasgaard  
Helle Terkildsen Maindal



"Hvordan har du det?"  
Temaanalyse, vol. 2, 2015

**Titel:**

Sundhedskompetence blandt personer med kronisk sygdom

**Forfattere:**

Karina Friis

Mia Lundquist Jensen

Mathias Lasgaard

Helle Terkildsen Maindal

**Udgivet af:**

Region Midtjylland

CFK • Folkesundhed og Kvalitetsudvikling

Olof Palmes Allé 15

8200 Aarhus N

**Finansiering:**

Temaanalysen er udarbejdet med støtte fra Folkesundhed i Midten

**Copyright:**

©CFK • Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland, 2015

Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

**Denne publikation citeres således:**

Friis K, Jensen ML, Lasgaard M, Maindal HT. Sundhedskompetence blandt personer med kronisk sygdom. Temaanalyse, vol. 2, Hvordan har du det? Aarhus: CFK • Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, 2015

**ISBN-nr.:** 978-87-92400-58-1

**Temaanalyser fra 'Hvordan har du det?':**

Ensomhed blandt voksne, vol. 1, 2014

Sundhedskompetence blandt personer med kronisk sygdom, vol. 2, 2015

## Indholdsfortegnelse

<b>Resumé</b>	<b>4</b>
<b>Introduktion</b>	<b>5</b>
<b>Metode</b>	<b>6</b>
<b>Resultater</b>	<b>9</b>
Sundhedskompetence blandt personer med hjertesygdom	9
Sundhedskompetence blandt personer med KOL	12
Sundhedskompetence blandt personer med diabetes	14
<b>Sammenfatning på tværs af sygdomsgrupper</b>	<b>17</b>
<b>Anbefalinger</b>	<b>20</b>
<b>Referencer</b>	<b>22</b>

## Resumé

Sundhedskompetence handler om den enkeltes evne til at få adgang til, forstå, vurdere og anvende information om sundhed.

Formålet med denne temaanalyse er at give et overblik over, hvor stor en andel af personer med hjertesygdom, KOL og diabetes, der oplever at have svært ved at læse og forstå sundhedsinformation og ved at kommunikere med sundhedspersonale. Det andet formål er at klarlægge, hvad der kendetegner personer med hjertesygdom, KOL og diabetes, der har svært ved at læse og forstå sundhedsinformation og kommunikere med sundhedspersonale.

Temaanalysen baserer sig på data fra spørgeskemaundersøgelsen *Hvordan har du det?* fra Region Midtjylland i 2013. Analysen omfatter 29.473 personer i alderen 25 år og opefter.

Analysen viser i hovedtræk, at personer med hjertesygdom, KOL og diabetes har markant sværere ved at læse og forstå sundhedsinformation og ved at kommunikere med sundhedspersonalet, end personer, der ikke lider af disse kroniske sygdomme. Dette gør sig også gældende, når der tages højde for den variation, der kan tilskrives andre faktorer såsom køn, alder, uddannelse, etnisk baggrund og samlivssituation.

Som eksempler på, hvad der kan opleves som svært, kan nævnes, at:

- hver tredje person med hjertesygdom og godt hver femte person med KOL eller diabetes har svært ved at forstå, hvad der står på medicinpakker
- knap hver tredje person med hjertesygdom eller KOL og hver fjerde person med diabetes har svært at udfylde skemaer med sundhedsoplysninger
- godt hver fjerde person med hjertesygdom, KOL eller diabetes synes, det er svært at sikre sig, at sundhedspersonalet forstår deres problemer rigtigt
- knap hver fjerde person med hjertesygdom eller KOL og knap hver femte person med diabetes synes, det er svært at have gode samtaler med læger
- hver fjerde person med hjertesygdom eller KOL og hver femte person med diabetes har svært ved at stille spørgsmål til sundhedspersonalet for at få den information, der er brug for.

Blandt personer med hjertesygdom, KOL og diabetes er det især lavtuddannede og personer med anden etnisk baggrund end dansk, der har svært ved at læse og forstå sundhedsinformation og ved at kommunikere med sundhedspersonale. Det ses også, at hvis en person har flere sygdomme på samme tid, opleves det som sværere at forstå den skriftlige information om sundhed og kommunikere med sundhedspersonalet. For personer med hjertesygdom og diabetes er det de ældste (85+ år), der har sværest ved at læse og forstå sundhedsinformation, mens det er de yngste (25-44-årige), der har sværest ved at kommunikere med sundhedspersonalet.

På baggrund af resultaterne anbefales det, at sundhedsvæsenet tilstræber at gøre skriftligt materiale så læsevenligt som muligt. Ligeledes bør det tilstræbes, at sundhedspersonalet i dialogen med patienterne undlader unødige medicinske termer og begrænser informationsmængden. Det anbefales desuden, at der i patientuddannelserne systematisk afsættes tid til at arbejde med at højne borgernes færdigheder i forhold til at læse og forstå sundhedsinformation, samt i hvordan man som patient kan blive bedre til at kommunikere med sundhedspersonalet.

## Introduktion

I Danmark er forekomsten af kroniske sygdomme steget i de senere år. Dette skyldes først og fremmest en aldrende befolkning samt bedre behandlingsmuligheder i forhold til sygdomme, som tidligere var livstruende (Sundhedsstyrelsen 2012a). Sundhedsstyrelsen anslår, at omkring en tredjedel af befolkningen derfor i dag lever med en eller flere kroniske sygdomme (Sundhedsstyrelsen 2012a). Stigningen i kronisk sygdom betyder også, at sundhedsvæsenet og samfundet står overfor en vigtig opgave, som består i at forebygge kroniske sygdommes opståen samt i at opspore, behandle og rehabilitere mennesker med kronisk sygdom og bidrage til, at disse personer bliver i stand til bedst muligt at tage vare på egen sygdom og livssituation.

Internationalt set er der i løbet af de seneste 20-30 år blevet sat fokus på begrebet "health literacy" – på dansk kaldet sundhedskompetence (Nørgaard, Sørensen, Maindal et al., 2013). Tidlige definitioner af sundhedskompetence omfattende først og fremmest basale funktionelle færdigheder såsom at kunne læse, forstå og handle på sundhedsrelateret information. I nyere definitioner er sundhedskompetence bredere og handler også om aktivt at kunne tage hånd om sin sundhed, at kunne vurdere den information man får, at kunne samarbejde aktivt med sundhedsprofessionelle samt at kunne navigere i et komplekst sundhedsvæsen og finde relevante informationer om sundhed. Kort sagt handler sundhedskompetence altså om den enkeltes evne til at få adgang til, forstå, vurdere og anvende information om sundhed (WHO 2013).

En undersøgelse baseret på 2013-data fra *Hvordan har du det?* fra Region Midtjylland viser, at de personer, der har det relativt laveste niveau af sundhedskompetence er karakteriseret ved at have en lavere uddannelse, bo alene, have lavere indkomst og have en anden etnisk baggrund end dansk (Bo 2014). Internationale undersøgelser viser, at lavere niveau af sundhedskompetence generelt er associeret med et underforbrug af forebyggende sundhedstilbud såsom deltagelse i screenings- og vaccinationsprogrammer og højere indlæggelsesrater og brug af akutte behandlingstilbud (Berkman, Sheridan, Donahue et al., 2011; DeWalt, Berkman, Sheridan et al., 2004; Herndon, Chaney & Carden, 2011; Koay, Schofield & Jefford, 2012).

Blandt personer med kronisk sygdom peger flere undersøgelser på, at personer, der har et lavt niveau af sundhedskompetence, i mindre grad deltager i sundhedsfremmende initiativer såsom eksempelvis rygestopkurser (Manning & Dickens, 2006; Rootman & Gordon-El-Bihbety, 2008), ligesom de oftere har svært ved at tage vare på egen sygdom og følge og forstå behandlingsanbefalinger samt møde op til planlagte kontroller (Davis, Williams, Marin et al., 2002; Hironaka & Paasche-Orlow, 2008; Manning & Dickens, 2006; Rootman & Gordon-El-Bihbety, 2008).

Når der laves målrettet forebyggelse og sundhedsfremme, er det derfor væsentligt at være opmærksom på personers evne til og muligheder for at tilegne sig sundhedsrelateret viden og omsætte denne til adfærdændringer og forståelse for behandling. Korrekt forståelse af sundhedsinformation og klar kommunikation mellem patienter og sundhedspersonale betragtes som væsentlige elementer i forhold til individers mulighed for at forebygge sygdom og for at fastholde egen sundhed. Samtidig er det væsentligt at være opmærksom på niveauet af sundhedskompetence blandt forskellige patientgrupper, da mangelfulde evner til at forstå sundhedsinformation og kommunikere med sundhedspersonale kan være en kilde til social ulighed i sundhed (Nørgaard, Sørensen, Maindal et al., 2013).

I Danmark er der stort fokus på forebyggelse og egenomsorg blandt andet i patientuddannelser til personer med kronisk sygdom. Patientuddannelser udgør en del af forløbsprogrammerne, hvor det overordnede formål er, at patienten støttes til at mobilisere og udnytte egne ressourcer i et aktivt sammenspil med sundhedsvæsenet (Sundhedsstyrelsen 2012a). Formålet er desuden at øge patienters livskvalitet og handlekompetence i forhold til at kunne håndtere problemer i forbindelse med deres sygdom (Sundhedsstyrelsen 2012b). På disse forløb er der endvidere ofte et stort fokus på, at der opbygges viden og redskaber til at forbedre egen sundhed og tackle hverdagen med de forandringer og begrænsninger, som sygdommen eventuelt har medført. Patientuddannelser vurderes derfor at være en oplagt arena, hvor sundhedskompetenceniveauet blandt borgere med kronisk sygdom kan løftes. Dette ligger i øvrigt i tråd med en anbefaling fra Sundhedsstyrelsen, der i en medicinsk teknologivurdering har identificeret et behov for, at borgere, der deltager i patientuddannelsesforløb, i højere grad bliver klædt på til at kommunikere med sundhedsprofessionelle (Sundhedsstyrelsen 2009). Man kan forestille sig, at hvis personer med kronisk sygdom under patientuddannelsen modtager målrettet undervisning i sundhedskompetence, vil de kunne øge deres evne til at få adgang til, forstå, vurdere og anvende information om sundhed i forbindelse med deres sygdomsforløb og dermed selv bidrage aktivt til adækvat forebyggelse og behandling.

Da sundhedskompetence er et relativt nyt begreb i Danmark (Madsen, Højgaard & Albæk, 2009), mangler der dog viden om, hvilke udfordringer personer med kronisk sygdom oplever at have i forhold til forståelse af sundhedsinformation og kommunikation med sundhedspersonalet. Oplever personer med kronisk sygdom, at det sværeste er at have gode samtaler med læger, at få stillet de rigtige spørgsmål og sikre sig, at sundhedspersonalet forstår deres helbredsproblemer, eller er det i højere grad et problem at forstå den information, der er på medicinpakker eller udfylde skemaer med sundhedsoplysninger? Der mangler desuden viden om, hvad der kendetegner personer med et lavt niveau af sundhedskompetencer. Det er sådanne spørgsmål denne temaanalyse skal forsøge at give svar på.

## **Formål**

Det første formål med denne temaanalyse er at klarlægge hvor stor en andel af personer med kronisk sygdom, der oplever at have svært ved at læse og forstå sundhedsinformation og kommunikere med sundhedspersonale. Det andet formål er at belyse, hvad der kendetegner personer med kronisk sygdom, der har svært ved at læse og forstå sundhedsinformation og kommunikere med sundhedspersonale.

I denne temaanalyse sættes der fokus på tre kroniske sygdomme - hjertesygdom, kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) og diabetes. Disse sygdomme er udbredte i den danske befolkning, og personer med disse sygdomme har ofte meget kontakt med sundhedsvæsenet, ligesom sygdommene ofte har store sociale omkostninger for den enkelte borger. Derudover tilbydes der i mange kommuner patientuddannelsesforløb til personer med netop disse tre sygdomme.

## **Metode**

### **Data**

Sundhedsprofilundersøgelsen *Hvordan har du det?* danner grundlag for denne analyse. Spørge-skemaundersøgelsen er baseret på en repræsentativ stikprøveudvælgelse blandt personer, der per 1. januar 2013 havde folkeregisteradresse i Region Midtjylland og var i alderen 16 år og

opefter. Stikprøven på i alt 54.300 personer blev udtrukket fra CPR-registeret. Dataindsamlingen bestod af udsendelse af et spørgeskema, en frankeret svarkuvert samt et følgebrev med oplysninger om undersøgelsens formål og indhold. Det var muligt at besvare spørgeskemaet i papirform eller på internettet. Spørgeskemaerne blev postomdelt til de udvalgte personer den 30. januar 2013 og de følgende uger. Personer, der ikke besvarede spørgeskemaet, modtog i alt tre påmindelser. Ud af de 54.300 personer, der blev inviteret til at deltage i undersøgelsen, valgte 33.285 personer at svare på spørgeskemaet, hvilket giver en svarprocent på 61 (Larsen, Friis, Lasgaard et al., 2014). I denne analyse af sundhedskompetence blandt personer med KOL, hjertesygdom og diabetes indgår personer i alderen 25 år og opefter. I denne aldersgruppe blev der udsendt spørgeskemaer til i alt 46.354 personer, hvoraf 29.473 personer (64 %) valgte at svare på spørgsmålene. Eftersom Danmark er et relativt homogent land, antages det, at analysens resultater kan generaliseres til at gælde for resten af landet.

### Vægtning

I en analyse som denne er det væsentligt, at svarpersonerne ligner den samlede befolkning i regionen så meget som muligt. For at øge repræsentativiteten i forhold til regionens befolkning, er der anvendt en vægt i de statistiske analyser. Med vægten korrigeres for forskelle i udtræks-sandsynligheder i forhold til bopælskommune og forskelle i responsrate i forhold til køn, alder, kommune, en række sociale baggrundsvariable samt brug af sundhedsvæsenet. Vægten er konstrueret ved brug af en avanceret vægtningsprocedure, der er foretaget af Danmarks Statistik, hvor cpr-numrene på alle i stikprøven er koblet sammen med en række af Danmarks Statistiks registre (Särndal & Lundström, 2005).

### Beskrivelse af udvalgte variable

*Sundhedskompetence.* I spørgeskemaet indgår ti spørgsmål, som belyser deltagernes sundhedskompetence. Disse spørgsmål stammer fra *The Australian Health Literacy Questionnaire (HLQ)* (Osborne, Batterham, Elsworth et al., 2013). Det originale australske spørgeskema indeholder 44 spørgsmål, der til sammen danner ni skalaer, som beskriver forskellige aspekter af sundhedskompetence. Ud af disse ni subskaler blev to udvalgt til at indgå i spørgeskemaundersøgelsen fra Region Midtjylland.

Fem af de ti udsagn omhandler evnen til at *læse og forstå sundhedsinformation* og kan ses nedenfor:

Angiv hvor let eller svært du finder følgende...

1. Udfylde skemaer med sundhedsoplysninger rigtigt
2. Læse og forstå skriftlig information om sundhed
3. Præcist følge de anvisninger du får af sundhedspersonalet
4. Læse og forstå al information på medicinpakninger
5. Forstå hvad sundhedspersonalet vil have dig til at gøre

Fem af de ti udsagn omhandler evnen til at *kommunikere med sundhedspersonalet* og kan ses nedenfor:

Angiv hvor let eller svært du finder følgende...

6. Stille spørgsmål til sundhedspersonalet for at få den information, du har brug for
7. Være i stand til at tale om dine helbredsproblemer med sundhedspersonalet

8. Have gode samtaler om dit helbred med læger
9. Sikre dig at sundhedspersonalet forstår dine problemer rigtigt
10. Blive ved med at spørge sundhedspersonalet indtil du har forstået det, du har brug for

For hvert spørgsmål har respondenterne svaret ved hjælp af en firepunkts Likert-skala: 'meget svært'=1, 'svært'=2, 'let'=3 og 'meget let'=4. Den samlede score for hver af disse skalaer bliver anvendt som afhængig variabel og er beregnet for hvert individ som en middelværdi af scores for hvert af de fem spørgsmål. Den samlede score for hver skala er derefter standardiseret til at rangere fra 1 til 4 i overensstemmelse med svarmulighederne på de enkelte spørgsmål. Cronbach's alpha-koefficienter indikerer, at begge skalaer har en høj intern konsistens: 'Læse og forstå sundhedsinformation'  $\alpha=0,87$  og 'Kommunikere med sundhedspersonale'  $\alpha= 0,91$ . (For mere information om skalakonstruktionen henvises til artiklen: Bo, Friis, Osborne et al., 2014).

*Kronisk sygdom.* I spørgeskemaet er borgerne blevet spurgt, om de har en række navngivne kroniske sygdomme, eller om de tidligere har haft sygdommene og stadig har eftervirkninger af dem. I denne analyse indgår, som tidligere nævnt, borgere med hjertesygdom (hjertekrampe og/eller blodprop i hjertet) (n=909), KOL (n=1.398) og diabetes (både type 1 og 2) (n=1.819).

I analyserne af hvad der kendetegner kronisk syge med lave sundhedskompetencer, indgår ud over køn og alder fire andre variable. Disse beskrives i det nedenstående.

*Etnisk baggrund.* På baggrund af Danmarks Statistiks definitioner skelnes der mellem personer med anden etnisk baggrund end dansk og personer med dansk etnisk baggrund. Dansk etnisk baggrund defineres som personer, der uanset fødested har mindst en forælder, der både er dansk statsborger og født i Danmark. Indvandrere og efterkommere slås sammen til én gruppe. Der skelnes ikke mellem personer fra vestlige og ikke-vestlige lande. I relation til denne variabel skal det pointeres, at gruppen med anden etnisk baggrund end dansk i denne analyse er heterogent sammensat med hensyn til sprog, nationalitet og kultur. Svarprocenten for denne gruppe er endvidere lav, hvilket rejser tvivl om repræsentativiteten af data, og derfor bør resultater, hvori denne variabel indgår, tolkes med varsomhed.

*Samlivssituation.* I analyserne skelnes mellem personer, der bor alene (betegnet enlige) og personer, der er gift/samlevende, uanset om der er børn i husstanden eller ej.

*Uddannelsesniveau.* Der skelnes mellem tre uddannelsesniveauer: lavt, middelhøjt og højt. Lavt uddannelsesniveau svarer i store træk til ufaglærte og specialarbejdere. Middelhøjt uddannelsesniveau omfatter lærlinge- og elevuddannelser, andre faglige uddannelser og korte videregående uddannelser. Højt uddannelsesniveau omfatter personer med en mellemlang og lang videregående boglig uddannelse.

*Anden sygdom.* Til at belyse, hvad der kendetegner personer i de enkelte sygdomsgrupper (hjertesygdom, KOL og diabetes), er der medtaget oplysninger om, hvorvidt personer samtidig lider af andre kroniske sygdomme end den pågældende sygdom i fokus. Disse sygdomme er - ud over hjertesygdom, KOL og diabetes - muskelskeletlidelser (inkluderer slidgigt, leddegigt og knogleskørhed), psykiske lidelser af mere end seks måneders varighed og kræft.

### Statistisk metode

I figur 1 (hjertesygdom), figur 2 (KOL) og figur 3 (diabetes) ses andelen af personer med den pågældende sygdom og i hele befolkningen, der har svaret 'svært' eller 'meget svært' for hvert af de ti spørgsmål om sundhedskompetence. Søjlerne i figurene er sorteret således, at de



spørgsmål, hvor flest har svaret 'svært' eller 'meget svært', er øverst, mens de spørgsmål, hvor færrest har svaret 'svært' eller 'meget svært', er nederst. Procenterne er angivet på figurerne med 95%-konfidensintervaller. Hvis konfidensintervallerne for de forskellige parametre ikke overlapper, betyder det, at de to parametre er signifikant forskellige fra hinanden ( $p < 0,05$ ). Hvis konfidensintervallerne overlapper det andet parameters konfidensinterval, betyder det, at parametrene ikke er signifikant forskellige fra hinanden ( $p > 0,05$ ).

Multivariat lineær regression er en statistisk metode til at undersøge sammenhængen mellem en afhængig variabel og flere uafhængige variable. Med denne metode er det muligt at finde frem til, hvor stor effekt de enkelte uafhængige variable har på den afhængige variabel. I tabel 1 (hjertesygdom), tabel 2 (KOL) og tabel 3 (diabetes) er denne metode benyttet til at klarlægge, hvad der kendetegner personer med henholdsvis hjertesygdom, KOL og diabetes, der har svært ved at læse og forstå sundhedsinformation og kommunikere med sundhedspersonale.

## Resultater

### Sundhedskompetence blandt personer med hjertesygdom

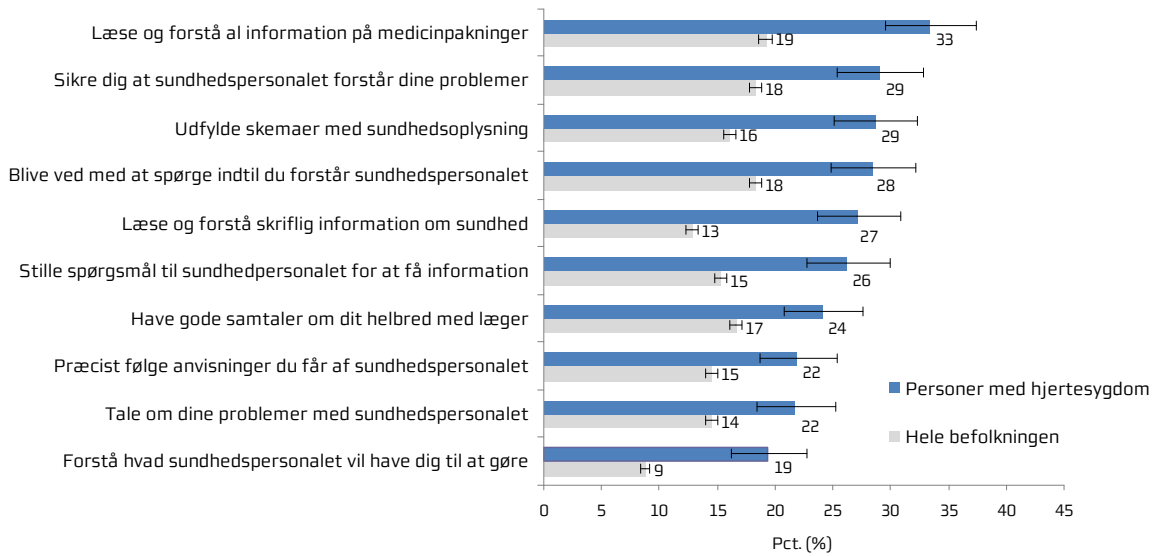
I det nedenstående sættes der fokus på de 909 personer i alderen 25 år og opefter, der i spørgeskemaet har oplyst, at de aktuelt har en hjertesygdom eller har eftervirkninger af en hjertesygdom.

I figur 1 ses andelen af personer med hjertesygdom, der har svaret 'svært' eller 'meget svært' (herefter blot omtalt som svært) for hvert af de ti spørgsmål om sundhedskompetence. De blå søjler repræsenterer personer med hjertesygdom, mens de grå søjler repræsenterer hele befolkningen. Søjlerne er sorteret således, at de spørgsmål, hvor flest personer med hjertesygdom har svaret 'svært', er øverst, mens de spørgsmål, hvor færrest har svaret 'svært', er nederst.

På alle ti spørgsmål er der blandt personer med hjertesygdom en markant større andel, der har svaret 'svært', end det er tilfældet i hele befolkningen. I nogle tilfælde er andelen over dobbelt så stor blandt personer med hjertesygdom. Personer med hjertesygdom oplever især at have svært ved at læse og forstå information på medicinpakker (33 % vs. 19 %), at sikre sig at sundhedspersonalet forstår deres problemer (29 % vs. 18 %) og at udfylde skemaer med sundhedsoplysninger (29 % vs. 16 %).

Når der tages højde for forskelle i den sociodemografiske sammensætning af personer med hjertesygdom og den øvrige befolkning (køn, alder, uddannelse, etnisk baggrund og samlivssituation), er der stadig en markant større andel af personer med hjertesygdom, der oplever at have vanskeligheder ved at kommunikere med sundhedspersonalet og forstå sundhedsinformation (Odds ratio 1,5-2,0).

**Figur 1. Andelen (%) af personer med hjertesygdom (n=909) og i hele befolkningen (n=28.063), der har svaret 'svært' eller 'meget svært' på de ti spørgsmål om sundhedskompetencer. 95 % konfidensintervaller**



I tabel 1 fremgår resultaterne af to lineære regressionsanalyser blandt personer med hjertesygdom. I den ene regressionsanalyse belyses sammenhængen mellem at have svært ved at læse og forstå sundhedsinformation (samlet score for de fem spørgsmål om dette) og køn, alder, uddannelsesnivea, etnisk baggrund, samlivssituation og anden sygdom. I den anden analyse i tabel 1 ses en lignende analyse om at kommunikere med sundhedspersonalet (samlet score for de fem spørgsmål om dette).

**Tabel 1. Hvad kendetegner personer med hjertesygdom, der har svært ved at forstå sundhedsinformation og kommunikere med sundhedspersonale**

	Forstå sundhedsinformation		Kommunikere med sundhedspersonale	
	Ujusteret beta-koefficient	Justeret <sup>1</sup> beta-koefficient	Ujusteret beta-koefficient	Justeret <sup>1</sup> beta-koefficient
<b>Køn</b>				
Mænd	<b>0,12</b>	0,06	<b>0,15</b>	0,10
<b>Alder</b> (ref. 65-84)				
25-44	-0,06	-0,02	<b>-0,23</b>	<b>-0,20</b>
45-64	0,01	-0,00	-0,10	-0,09
=>85	<b>-0,32</b>	<b>-0,26</b>	<b>-0,27</b>	-0,19
<b>Etnisk baggrund</b> (ref. Dansk)				
Ikke dansk	<b>-0,35</b>	<b>-0,27</b>	<b>-0,37</b>	<b>-0,23</b>
<b>Samlivssituation</b> (ref. Bor med andre)				
Bor alene	<b>-0,17</b>	-0,06	<b>-0,15</b>	-0,07
<b>Uddannelsesniveau</b> (ref. Højt)				
Middelhøjt	<b>-0,16</b>	<b>-0,17</b>	-0,05	-0,07
Lav	<b>-0,46</b>	<b>-0,41</b>	<b>-0,24</b>	<b>-0,21</b>
<b>Anden sygdom ud over hjertesygdom</b> (ref. Nej)				
Diabetes	-0,09	-0,05	-0,02	-0,00
KOL	<b>-0,18</b>	-0,12	<b>-0,19</b>	-0,12
Muskelskeletlidelse	<b>-0,11</b>	-0,05	<b>-0,16</b>	<b>-0,12</b>
Kræft	0,05	-0,03	0,11	0,03
Psykisk lidelse	<b>-0,32</b>	<b>-0,27</b>	<b>-0,42</b>	<b>-0,30</b>

<sup>1</sup> Koefficienterne er justeret for køn, alder, etnisk baggrund, samlivssituation, uddannelsesniveau og anden sygdom ud over hjertesygdom.

Signifikante forskelle ( $p < 0,05$ ) er fremhævet med fed.

Tabel 1 viser, at blandt personer med hjertesygdom har personer med lavt eller middelhøjt uddannelsesniveau sværere ved at læse og forstå sundhedsinformation end højtuddannede. Blandt personer med hjertesygdom har etniske minoritetsgrupper sværere ved at læse og forstå sundhedsinformation, end det er tilfældet blandt personer med etnisk dansk baggrund. Sammenlignet med de 65-84-årige har de ældste på 85+ år sværere ved at læse og forstå sundhedsinformation. Desuden gælder det, at personer, der ud over at have en hjertesygdom også har en psykisk lidelse, har sværere ved at læse og forstå sundhedsinformation end personer, der ikke samtidig har en psykisk lidelse.

Tabel 1 viser, at blandt personer med hjertesygdom har personer med lavt uddannelsesniveau sværere ved at kommunikere med sundhedspersonalet end højtuddannede. Ligeledes har personer med anden etnisk baggrund end dansk sværere ved at kommunikere med sundhedspersonalet, end det er tilfældet blandt personer med etnisk dansk baggrund. Blandt personer med hjertesygdom har den yngste aldersgruppe (25-44 år) sværere ved at kommunikere med sundhedspersonale end de 65-84-årige. Desuden gælder det, at personer, der ud over at have en hjertesygdom også har en psykisk lidelse og/eller en muskelskeletlidelse, har sværere ved at kommunikere med sundhedspersonalet end personer, der ikke har disse yderligere sygdomme.

Resultaterne fra tabel 1 opsummeres i nedenstående boks.

#### **Hjertesygdom – opsummering af hovedresultater**

Personer med en hjertesygdom, der har svært ved at *læse og forstå sundhedsinformation*, er kendetegnet ved følgende:

- Lavt eller middelhøjt uddannelsesniveau
- Anden etnisk baggrund end dansk
- 85 år eller ældre
- Ud over hjertesygdom også at have en psykisk lidelse

Personer med en hjertesygdom, der har svært ved at *kommunikere med sundhedspersonalet*, er kendetegnet ved følgende:

- Lavt uddannelsesniveau
- Anden etnisk baggrund end dansk
- 25-44 år
- Ud over hjertesygdom også at have en psykisk lidelse og/eller en muskelskeletlidelse

#### **Sundhedskompetence blandt personer med KOL**

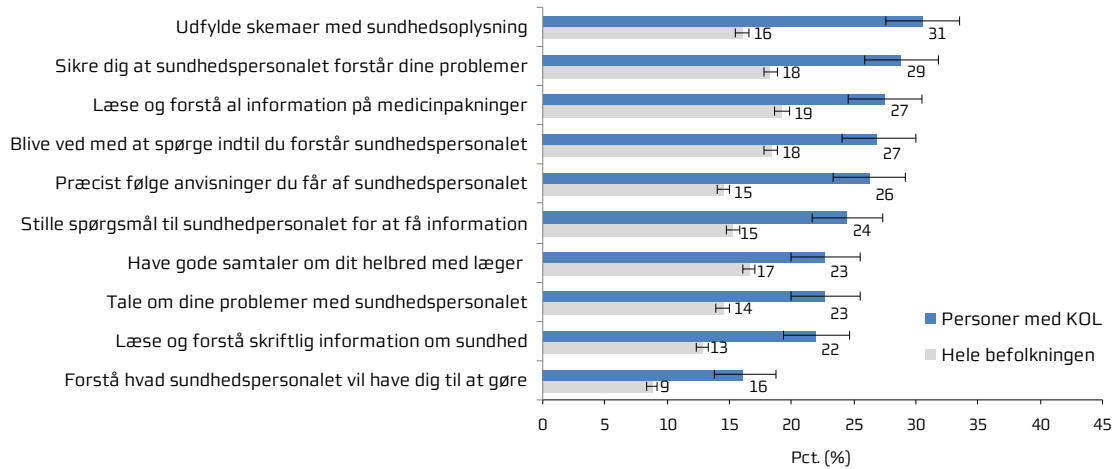
I det nedenstående sættes der fokus på de 1.398 personer i alderen 25 år og opefter, der i spørgeskemaet har oplyst, at de har KOL.

I figur 2 ses andelen af personer med KOL, der har svaret 'svært' eller 'meget svært' (herefter blot omtalt som svært) for hvert af de ti spørgsmål om sundhedskompetence. De blå søjler repræsenterer personer med KOL, mens de grå søjler repræsenterer hele befolkningen. Søjlerne er sorteret således, at de spørgsmål, hvor flest personer med KOL har svaret 'svært', er øverst, mens de spørgsmål, hvor færrest har svaret 'svært', er nederst.

Det gælder for alle ti spørgsmål, at der blandt personer med KOL er en markant større andel, der har svaret 'svært', end det er tilfældet i hele befolkningen. Personer med KOL oplever især at have svært ved at udfylde skemaer med sundhedsoplysninger (31 % vs. 16 %), at sikre sig at sundhedspersonalet forstår deres problemer (29 % vs. 18 %) og at forstå information på medicinpakker (27 % vs. 19 %).

Når der tages højde for forskelle i den socio-demografiske sammensætning af personer med KOL og den øvrige befolkning (køn, alder, uddannelse, etnisk baggrund og samlivssituation) er der stadig en markant større andel af personer med KOL, der oplever at have vanskeligheder ved at kommunikere med sundhedspersonalet og forstå sundhedsinformation (Odds ratio 1,3-2,1).

**Figur 2. Andelen (%) af personer med KOL (n=1.398) og i hele befolkningen (n=27.573), der har svaret 'svært' eller 'meget svært' på de ti spørgsmål om sundhedskompetencer. 95 % konfidensintervaller**



I tabel 2 fremgår resultaterne af to lineære regressionsanalyser blandt personer med KOL. I den ene regressionsanalyse belyses sammenhængen mellem at have svært ved at læse og forstå sundhedsinformation (samlet score for de fem spørgsmål om dette) og køn, alder, uddannelsesniveau, etnisk baggrund, samlivssituation og anden sygdom. I den anden analyse i tabel 2 ses en lignende analyse om at kommunikere med sundhedspersonalet (samlet score for de fem spørgsmål om dette).

**Tabel 2. Hvad kendetegner personer med KOL, der har svært ved at forstå sundhedsinformation og kommunikere med sundhedspersonale**

	Forstå sundhedsinformation		Kommunikere med sundhedspersonale	
	Ujusteret beta-koefficient	Justeret <sup>1</sup> beta-koefficient	Ujusteret beta-koefficient	Justeret <sup>1</sup> beta-koefficient
<b>Køn</b>				
Mænd	-0,03	-0,05	0,03	0,00
<b>Alder</b> (ref. 65-84)				
25-44	-0,10	-0,05	<b>-0,27</b>	-0,13
45-64	-0,03	-0,05	<b>-0,12</b>	<b>-0,11</b>
=>85	-0,11	-0,10	-0,13	-0,11
<b>Etnisk baggrund</b> (ref. Dansk)				
Ikke dansk	<b>-0,26</b>	-0,21	<b>-0,56</b>	<b>-0,49</b>
<b>Samlivssituation</b> (ref. Bor med andre)				
Bor alene	<b>-0,12</b>	-0,07	<b>-0,13</b>	-0,07
<b>Uddannelsesniveau</b> (ref. Høj)				
Middelhøjt	<b>-0,24</b>	<b>-0,37</b>	<b>-0,17</b>	<b>-0,17</b>
Lav	<b>-0,39</b>	<b>-0,23</b>	<b>-0,25</b>	<b>-0,24</b>
<b>Anden sygdom ud over KOL</b> (ref. Nej)				
Diabetes	<b>-0,14</b>	-0,08	-0,03	0,03
Hjertesygdom	<b>-0,21</b>	<b>-0,16</b>	<b>-0,20</b>	-0,15
Muskelskeletlidelse	<b>-0,11</b>	<b>-0,08</b>	<b>-0,15</b>	<b>-0,14</b>
Kræft	0,02	0,00	0,11	0,09
Psykisk lidelse	<b>-0,16</b>	-0,09	<b>-0,29</b>	<b>-0,19</b>

<sup>1</sup> Koefficienterne er justeret for køn, alder, etnisk baggrund, samlivssituation, uddannelsesniveau og anden sygdom ud over KOL.

Signifikante forskelle (p<0,05) er fremhævet med fed.

Tabel 2 viser, at blandt personer med KOL har personer med lavt eller middelhøjt uddannelsesniveau sværere ved at læse og forstå sundhedsinformation, end det er tilfældet for højtuddannede. Desuden ses det, at personer, der ud over at have KOL også har en hjertesygdom og/eller en muskelskeletlidelse, har sværere ved at læse og forstå sundhedsinformation end personer, der ikke har disse yderligere sygdomme.

Blandt personer med KOL har personer med lavt eller middelhøjt uddannelsesniveau sværere ved at kommunikere med sundhedspersonalet, end det er tilfældet for højtuddannede. Ligeledes har personer med anden etnisk baggrund end dansk sværere ved at kommunikere med sundhedspersonalet, end det er tilfældet blandt personer med etnisk dansk baggrund. Blandt personer med KOL har personer i aldersgruppen 45-64 år sværere ved at kommunikere med sundhedspersonale end de 65-84-årige. Desuden gælder det, at personer, der ud over at have KOL også har en psykisk lidelse og/eller en muskelskeletlidelse, har sværere ved at kommunikere med sundhedspersonalet end personer, der ikke har disse yderligere sygdomme.

Resultaterne fra tabel 2 opsummeres i nedenstående boks.

#### **KOL – opsummering af hovedresultater**

Personer med KOL, der har svært ved at *læse og forstå sundhedsinformation*, er kendetegnet ved følgende:

- Lavt eller middelhøjt uddannelsesniveau
- Ud over KOL også at have en hjertesygdom og/eller en psykisk lidelse

Personer med KOL, der har svært ved at *kommunikere med sundhedspersonalet*, er kendetegnet ved følgende:

- Lavt eller middelhøjt uddannelsesniveau
- Anden etnisk baggrund end dansk
- 45-64 år
- Ud over KOL også at have en psykisk lidelse og/eller en muskelskeletlidelse

#### **Sundhedskompetence blandt personer med diabetes**

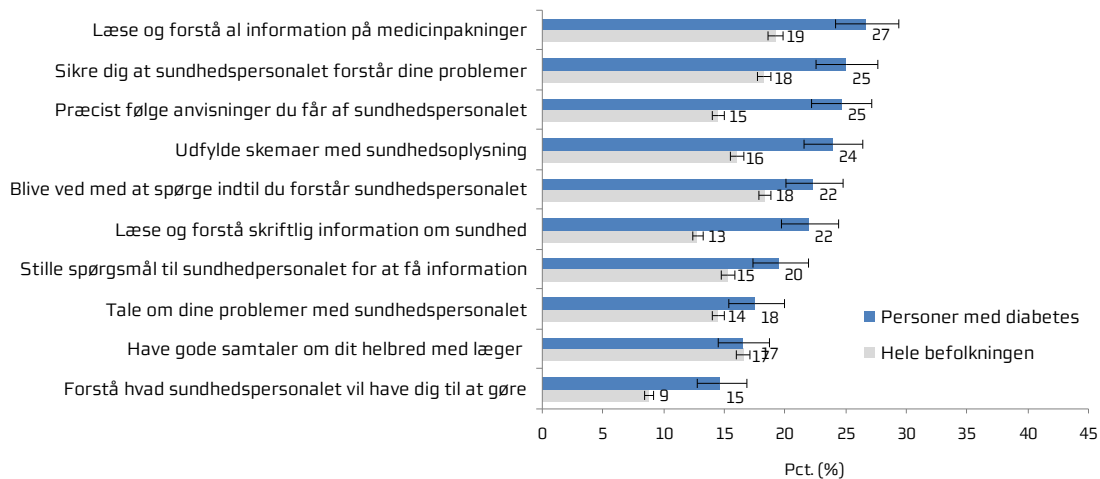
I det nedenstående sættes der fokus på de 1.819 personer i alderen 25 år og opefter, der i spørgeskemaet har oplyst, at de har diabetes.

I figur 3 ses andelen af personer med diabetes, der har svaret 'svært' eller 'meget svært' (herefter blot omtalt som svært) for hvert af de ti spørgsmål om sundhedskompetence. De blå søjler repræsenterer personer med diabetes, mens de grå søjler repræsenterer hele befolkningen. Søjlerne er sorteret således, at de spørgsmål, hvor flest personer med diabetes har svaret 'svært', er øverst, mens de spørgsmål, hvor færrest har svaret 'svært', er nederst.

For ni ud af ti spørgsmål gælder det, at der blandt personer med diabetes er en større andel, der har svaret 'svært', end det er tilfældet i hele befolkningen. Den eneste undtagelse er spørgsmålet om, hvorvidt man har svært ved at have gode samtaler om sit helbred med læger, hvor personer med diabetes er på niveau med resten af befolkningen. Personer med diabetes oplever især at have svært ved at forstå information på medicinpakker (27 % vs. 19 %), sikre sig at sundhedspersonalet forstår ens problemer (25 % vs. 18 %) og præcist følge anvisninger om sundhed (25 % vs. 15 %).

Når der tages højde for forskelle i den sociodemografiske sammensætning af personer med diabetes og den øvrige befolkning (køn, alder, uddannelse, etnisk baggrund og samlivssituation) er der stadig en markant større andel af personer med diabetes, der oplever at have vanskeligheder ved at kommunikere med sundhedspersonalet og forstå sundhedsinformation (Odds ratio 1,2-2,0). Dette gælder dog ikke for spørgsmålet om, hvorvidt man har svært ved at have gode samtaler om sit helbred med læger, hvor der som nævnt ovenfor ikke er forskel mellem personer med diabetes og den øvrige befolkning.

**Figur 3. Andelen (%) af personer med diabetes (n=1.819) og i hele befolkningen (n=27.152), der har svaret 'svært' eller 'meget svært' på de ti spørgsmål om sundhedskompetencer. 95 % konfidensintervaller**



I tabel 3 fremgår resultaterne af to lineære regressionsanalyser blandt personer med diabetes. I den ene regressionsanalyse belyses sammenhængen mellem at have svært ved at 'læse og forstå sundhedsinformation' (samlet score for de fem spørgsmål om dette) og køn, alder, uddannelsesniveau, etnisk baggrund, samlivssituation og anden sygdom. I den anden analyse i tabel 3 ses en lignende analyse om at 'kommunikere med sundhedspersonalet' (samlet score for de fem spørgsmål om dette).

**Tabel 3. Hvad kendetegner personer med diabetes, der har svært ved at forstå sundhedsinformation og/eller kommunikere med sundhedspersonale**

	Forstå sundhedsinformation		Kommunikere med sundhedspersonale	
	Ujusteret beta-koefficient	Justeret <sup>1</sup> beta-koefficient	Ujusteret beta-koefficient	Justeret <sup>1</sup> beta-koefficient
<b>Køn</b>				
Mænd	0,03	-0,03	0,06	0,01
<b>Alder</b> (ref. 65-84)				
25-44	-0,05	-0,13	<b>-0,17</b>	<b>-0,20</b>
45-64	0,01	-0,03	-0,04	-0,05
=>85	<b>-0,31</b>	<b>-0,27</b>	<b>-0,22</b>	-0,20
<b>Etnisk baggrund</b> (ref. Dansk)				
Ikke dansk	<b>-0,39</b>	<b>-0,36</b>	<b>-0,40</b>	<b>-0,37</b>
<b>Samlivssituation</b> (ref. Bor med andre)				
Bor alene	<b>-0,15</b>	<b>-0,08</b>	<b>-0,11</b>	-0,05
<b>Uddannelsesniveau</b> (ref. Højt)				
Middelhøjt	<b>-0,21</b>	<b>-0,20</b>	<b>-0,14</b>	<b>-0,14</b>
Lav	<b>-0,48</b>	<b>-0,45</b>	<b>-0,31</b>	<b>-0,29</b>
<b>Anden sygdom ud over diabetes</b> (ref. Nej)				
Hjertesygdom	<b>-0,16</b>	-0,09	<b>-0,14</b>	-0,11
KOL	<b>-0,18</b>	-0,10	<b>-0,13</b>	-0,06
Muskelskeletlidelse	<b>-0,11</b>	-0,06	<b>-0,09</b>	-0,06
Kræft	0,12	0,06	0,10	0,05
Psykisk lidelse	<b>-0,14</b>	-0,07	<b>-0,24</b>	<b>-0,17</b>

<sup>1</sup> Koefficienterne er justeret for køn, alder, etnisk baggrund, samlivssituation, uddannelsesniveau og anden sygdom ud over diabetes.

Signifikante forskelle ( $p < 0,05$ ) er fremhævet med fed.

Tabel 3 viser, at blandt personer med diabetes har personer med lavt eller middelhøjt uddannelsesniveau sværere ved at læse og forstå sundhedsinformation, end det er tilfældet for højtuddannede. Derudover er det at være i alderen 85+, have en anden etnisk baggrund end dansk samt at bo alene i højere grad forbundet med, at det er svært at læse og forstå sundhedsinformation.

Personer med diabetes med lavt eller middelhøjt uddannelsesniveau har sværere ved at kommunikere med sundhedspersonalet, end det er tilfældet for højtuddannede. Ligeledes har personer med anden etnisk baggrund end dansk sværere ved at kommunikere med sundhedspersonalet, end det er tilfældet blandt personer med etnisk dansk baggrund. Blandt personer med diabetes har den yngste aldersgruppe (25-44 år) sværere ved at kommunikere med sundhedspersonale end de 65-84-årige. Desuden gælder det, at personer med diabetes, der også har en psykisk lidelse, har sværere ved at kommunikere med sundhedspersonalet end personer, der ikke har en psykisk lidelse.

Resultaterne fra tabel 3 opsummeres i nedenstående boks.



**Diabetes – opsummering af hovedresultater**

Personer med diabetes, der har svært ved at *læse og forstå sundhedsinformation*, er kendetegnet ved følgende:

- Lavt eller middelhøjt uddannelsesniveau
- 85 år eller ældre
- Anden etnisk baggrund end dansk
- Bor alene

Personer med diabetes, der har svært ved at *kommunikere med sundhedspersonalet*, er kendetegnet ved følgende:

- Lavt eller middelhøjt uddannelsesniveau
- Anden etnisk baggrund end dansk
- 25-44 år
- Ud over diabetes også at have en psykisk lidelse

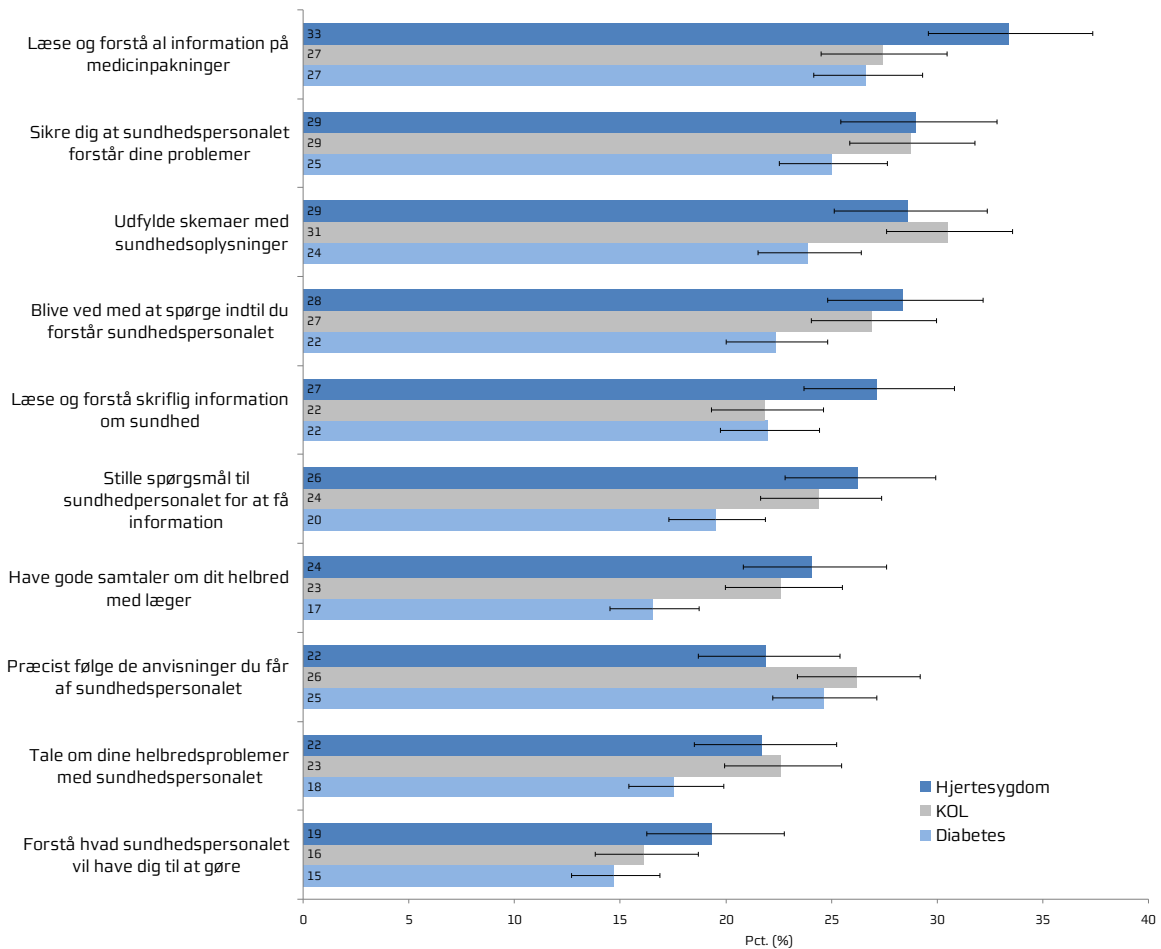
**Sammenfatning på tværs af sygdomsgrupper**

Overordnet viser denne temaanalyse, at personer med hjertesygdom, KOL og diabetes har markant sværere ved at læse og forstå sundhedsinformation og/eller kommunikere med sundhedspersonalet sammenlignet med hele befolkningen. Dette gør sig også gældende, når der tages højde for den variation, der kan tilskrives andre faktorer som køn, alder, uddannelse, etnisk baggrund og samlivssituation.

Der kan være mange forklaringer på, at personer med kronisk sygdom har sværere med at læse og forstå sundhedsinformation og kommunikere med sundhedspersonalet end personer uden kronisk sygdom. Først og fremmest øger disse faktorer i sig selv risikoen for at udvikle en kronisk sygdom, idet personer, der har svært ved at læse og forstå sundhedsinformation og kommunikere med sundhedspersonalet, i mindre grad deltager i sundhedsfremmende initiativer, har sværere ved at følge og forstå behandlingsforskrifter samt møde op til planlagte kontroller (Manning & Dickens, 2006; Rootman & Gordon-El-Bihbety, 2008; Davis, Williams, Marin et al., 2002; Hironaka & Paasche-Orlow, 2008; Rootman & Gordon-El-Bihbety, 2008). En anden forklaring kan også være, at personer med kronisk sygdom oftere er i kontakt med flere forskellige instanser i sundhedsvæsenet end den generelle befolkning. De skal derfor forholde sig til mange informationer om deres tilstand og kommunikere med mere forskelligt sundhedspersonale, end det vil være tilfældet for personer, der ikke har en kronisk sygdom. Samtidig kan kronisk sygdom give psykiske reaktioner, som kan gøre det vanskeligere at have gode samtaler med sundhedspersonalet, hvor man får stillet de rigtige spørgsmål og forstår de budskaber, som sundhedspersonalet har.

Tidligere i denne analyse (figur 1, 2 og 3) er de enkelte sygdomsgrupper blevet sammenlignet med hele befolkningen i forhold til, hvad det er for nogle konkrete problematikker, disse grupper oplever at have i forhold til at læse og forstå sundhedsinformation og kommunikere med sundhedspersonalet. I nedenstående figur 4 ses andelen af personer med hjertesygdom, KOL og diabetes, der har svaret 'svært' eller 'meget svært' (herefter blot omtalt som svært) for hvert af de ti spørgsmål om sundhedskompetence. Man kan her sammenligne de tre sygdomsgrupper med hinanden. De blå søjler repræsenterer personer med hjertesygdom, de grå søjler repræsenterer personer med KOL, og de lyseblå søjler repræsenterer personer med diabetes.

**Figur 4. Andelen (%) af personer med hjertesygdom (n=909), KOL (n=1.398) og diabetes (n=1.819), der har svaret 'svært' eller 'meget svært' på de ti spørgsmål om sundhedskompetencer. 95 % konfidensintervaller**



Af figur 4 fremgår, at sammenlignet med diabetikere har signifikant flere personer med hjertesygdom svært ved at forstå information på medicinpakker og stille spørgsmål til sundhedspersonalet for at få den information, der er brug for. Samtidig har personer med KOL og/eller hjertesygdom sværere ved at have gode samtaler med læger, end det er tilfældet blandt personer med diabetes. Personer med KOL oplever, at det er sværere at udfylde skemaer med helbredsoplysninger, end det er tilfældet blandt personer med diabetes. Det skal dog nævnes, at forskellene mellem de tre sygdomsgrupper er relativt små.

I nedenstående boks ses en samlet oversigt over, hvad der kendetegner personer med henholdsvis hjertesygdom, KOL eller diabetes, der har svært ved at læse og forstå sundhedsinformation og kommunikere med sundhedspersonale. I denne boks opsummeres resultaterne fra tabel 1, 2, og 3.

### Samlet oversigt over hvad der kendetegner personer med enten hjertesygdom, KOL eller diabetes, der har sværest ved at læse og forstå sundhedsinformation og/eller at kommunikere med sundhedspersonale

	Hjertesygdom (n=909)		KOL (n=1.398)		Diabetes (n=1.819)	
	Svært ved at læse og forstå	Svært ved at kommunikere	Svært ved at læse og forstå	Svært ved at kommunikere	Svært ved at læse og forstå	Svært ved at kommunikere
<b>Køn</b>						
Mænd						
Kvinder						
<b>Alder</b>						
25-44		X				X
45-64				X		
85+	X				X	
<b>Etnicitet</b>						
Dansk						
Ikke dansk	X	X		X	X	X
<b>Samlivssituation</b>						
Bor med andre						
Bor alene					X	
<b>Uddannelsesniveau</b>						
Lavt	X	X	X	X	X	X
Middelhøjt	X		X	X	X	X
Højt						
<b>Anden sygdom</b>						
Diabetes						
KOL						
Muskelskeletlidelse		X	X	X		
Psykisk lidelse	X	X	X	X		X
Kræft						
Hjertesygdom			X			

Det fremgår, at for alle tre sygdomsgrupper er det specielt personer med lavt uddannelsesniveau, der har svært ved at forstå sundhedsinformation og kommunikere med sundhedspersonalet. Denne sammenhæng er også fundet i andre studier (Barber, Staples, Osborne et al., 2009; Bo, Friis, Osborne et al., 2014; Kickbusch, Pelikan, Apfel et al., 2013, Paasche-Orlow, Parker 2000; Sørensen, Van den Broucke, Fullam et al., 2012).

Det fremgår endvidere, at personer med anden etnisk baggrund end dansk i de fleste tilfælde har sværere ved at forstå sundhedsinformation og kommunikere med sundhedspersonalet. En åbenlys årsag til denne sammenhæng er den sprogsbarriere, som personer med anden etnisk baggrund kan opleve, men der kan også ligge kulturelle forskelle til grund for disse vanskeligheder (Kreps & Sparks, 2008).

For alle tre sygdomsgrupper gør det sig endvidere gældende, at det at have flere sygdomme (multisygdom) kan have den betydning, at sundhedskompetenceniveauet er lavere. Dette ses især for de personer, der også har en psykisk lidelse. I et sundhedsvæsen som det danske med et højt specialiseringsniveau (og en tydelig adskillelse af somatik og psykiatri) kan det være en faglig og organisatorisk udfordring at give borgere med multisygdom den optimale behandling, især hvis det drejer sig om sygdomme fra to eller flere faglige specialer, hvor behandlingen skal koordineres og afstemmes på tværs af afdelinger og specialer. Dette kan betyde, at multisyge

personer kan opleve, at det er sværere at forstå sundhedsinformationen og kommunikere med sundhedspersonalet, end personer der ikke er multisyge.

Med hensyn til betydningen af alder for sundhedskompetenceniveauet ses der forskellige resultater for de tre sygdomsgrupper. For personer med hjertesygdom og blandt personer med diabetes forholder det sig sådan, at det er de ældste (85+-årige), der har sværest ved at læse og forstå sundhedsinformation, mens det er de yngste (25-44-årige), der har sværest ved at kommunikere med sundhedspersonalet. Det er velkendt, at ældre kan have dårligere kognitive færdigheder, hvilket i denne sammenhæng kan afspejle sig i forhold til at læse og forstå sundhedsinformation. I forhold til at kommunikere med sundhedspersonalet kan det til gengæld tænkes, at ældre med tiden udvikler en vis rutine i at navigere i sundhedsvæsenet og kommunikere med sundhedspersonalet, hvilket betyder, at det føles lettere med årene.

## Anbefalinger

De mange nye behandlingsmuligheder i sundhedsvæsenet øger på den ene side sundhedsvæsenets effektivitet, men på den anden side øger det også kravene til patienterne, hvis de skal have det optimale udbytte af de behandlinger, de tilbydes. I forebyggelses- og behandlingsarbejdet er det derfor væsentligt at være opmærksom på personers evne til og muligheder for at tilegne sig sundhedsrelateret viden og omsætte denne viden til handling. Som beskrevet har en del personer med hjertesygdom, KOL og diabetes i høj grad svært ved at læse og forstå sundhedsinformation samt kommunikere med sundhedspersonalet. For sundhedspersonalet er det væsentligt at være opmærksom på dette i dialogen med patienterne samt i udviklingen af skriftligt materiale. Nedenfor er forslag til indsatser, der kan være med til at forbedre muligheden for, at færre patienter har vanskeligt ved at læse og forstå sundhedsinformation og/eller kommunikere med sundhedspersonale.

Med hensyn til skriftligt materiale bør det tilstræbes, at dette gøres så læsevenligt som muligt. Studier har vist, at hvis man vil sikre forståelsen af skriftlig sundhedsinformation, skal teksten udformes således, at den svarer til 5.-6.-klasesniveau uanset målgruppen. Samtidig bør teksten tilpasses målgruppens kulturelle kontekst, og der bør anvendes almindelige ord og korte sætninger (Madsen, Højgaard & Albæk 2009; McCray 2005; Nielsen-Bohlman, Panzer & Kindig, 2004). Der er dog en hårfin grænse for, hvor simpel en tekst må være, idet man også herved risikerer at fratage læseren muligheden for at få adgang til komplet og præcis information. En løsning på dette kunne være at tilbyde information på flere detaljeringsniveauer.

I forhold til at forbedre dialogen mellem patienter og sundhedspersonale peger litteraturen også på en række tiltag, der kan sikre, at patienter får lettere ved at have en givende og udbytterig kommunikation med sundhedspersonalet. Først og fremmest handler det fra sundhedspersonalets side om at være opmærksom på, at begrænsede sundhedskompetencer ofte er forbundet med skam, og at disse personer derfor ofte vil søge at dække over deres manglende evner til at forstå og efterleve information fra sundhedspersonalet (Barker, Parker, Williams et al., 1996; Madsen, Højgaard & Albæk 2009; Manning & Dickens, 2006; Parikh, Parker, Joanne et al., 1996; Parker 2000, Rootman & Gordon-El-Bihbety, 2008). Derfor kan det være vanskeligt for sundhedspersonalet at få indblik i patienternes situation og tilrette budskaberne herefter. Et studie har peget på, at især læger ofte bruger medicinske termer (Howard, Jacobsen & Kripalani, 2013), som ikke indgår i patientens ordforråd, hvilket fra patientens side kan medføre frustration, samt at budskabet, som lægen formidler, ikke forstås. Personer med lave sundhedskompetencer kan samtidig have sværere ved at beskrive deres sygehistorie og

forklare årsagen til, at de opsøger sundhedsvæsenet, ligesom de i mange tilfælde heller ikke får stillet de relevante spørgsmål (Williams, Davis, Parker et al., 2002).

Der findes flere metoder, som sundhedspersonalet kan benytte for at forbedre dialogen med patienter. Først og fremmest handler det om at undlade at bruge unødige medicinske termer, begrænse informationsmængden og bruge billeder til at illustrere budskabet (DeWalt, Berkman, Sheridan et al., 2004; Hironaka & Paasche-Orlow, 2008). Det anbefales også at bruge den såkaldte 'teach-back metode', hvor patienten med sine egne ord bedes gentage de informationer, han/hun har fået under samtalen, for at sikre at informationen er forstået (Tamura-Lis, 2013, DeWalt, Callahan, Hawk et al., 2010). For at imødekomme sprogbarrierer blandt personer med anden etnisk baggrund end dansk, kan der benyttes tolke til at lette kommunikationen. Sidst men ikke mindst handler det om, at sundhedspersonalet tager hensyn til den kulturelle baggrund, patienten har, og i det hele taget er respektfuld og omsorgsfuld over for patienten (Madsen, Højgaard & Albæk, 2009; Weiss 2007, Manning & Dickens, 2006; Sparks & Nussbaum, 2008; Nielsen-Bohlman, Panzer & Kindig, 2004; Kreps & Sparks, 2008).

Ovenstående eksempler på, hvordan man kan afhjælpe problematikker i forhold til at læse og forstå sundhedsinformation og kommunikere med sundhedspersonalet, handler alle om, hvilke tiltag sundhedspersonalet kan gøre. Som nævnt indledningsvist er patientuddannelser i mange tilfælde en oplagt arena i forhold til at forbedre sundhedskompetencerne blandt personer med kronisk sygdom. I mange kommuner findes der patientuddannelses tilbud, som netop er rettet mod borgere med hjertesygdom, KOL og diabetes. Det anbefales derfor, at der i patientuddannelserne systematisk afsættes tid til at arbejde med at højne borgernes færdigheder i forhold til at læse og forstå sundhedsinformation, samt i forhold til hvordan man som patient kan blive bedre til at kommunikere med sundhedspersonalet. Således kan borgere med kronisk sygdom blandt andet blive bedre til at stille de rette spørgsmål til sundhedspersonalet og sikre sig, at sundhedspersonalet forstår deres problemer rigtigt.

I forbindelse med at anvende patientuddannelserne som arena for at forbedre sundhedskompetenceniveauet skal man dog være opmærksom på, at borgere fra de laveste socialgrupper i mindre grad deltager i patientuddannelserne (Johansen, Rasmussen & Christiansen, 2012). Det kan således betyde, at de personer, der har de dårligste sundhedskompetencer, måske slet ikke tager imod tilbuddet om patientuddannelse. Endvidere ved man, at en del patienter slet ikke får tilbuddet om deltagelse (Johansen, Rasmussen & Christiansen, 2012). Hvis patientuddannelserne i fremtiden skal danne ramme for at forbedre sundhedskompetenceniveauet blandt borgere med kronisk sygdom, er det derfor vigtigt at tænke over rekruttering til patientuddannelserne og udvikle strategier herfor. Samtidig er det nødvendigt at tænke flere niveauer ind i arbejdet med sundhedskompetence, således at der også er fokus på sundhedspersonalets adfærd og på organiseringen af sundhedsvæsenet. Dette kan på sigt skabe nogle bedre forudsætninger for, at flere personer forstår den skriftlige information om sundhed og kan kommunikere med sundhedspersonalet.

## Referencer

- Barber MN, Staples M, Osborne RH et al. (2009) Up to a quarter of the Australian population may have suboptimal health literacy depending upon the measurement tool: results from a population-based survey. *Health Promot Int* 24(3): 252–61.
- Barker DW, Parker RM, Williams MV et al. (1996) The health care experience of patients with low health literacy. *Arch Fam Med* 5(6): 329-34.
- Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE et al. (2011) Health literacy interventions and outcomes: an updated systematic review. *Evid Rep Technol Assess (Full Rep)* Mar;(199): 1-941.
- Bo A, Friis K, Osborne RH and Maindal HT (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.
- Davis TC, Williams MV, Marin E et al. (2002) Health literacy and cancer communication. *CA A Cancer Journal for Clinicians* 52(3): 134-49.
- DeWalt DA, Berkman ND, Sheridan S. et al (2004) Literacy and health outcomes: a systematic review of the literature. *J Gen Intern Med* Dec;19 (12): 1228-39.
- DeWalt DA, Callahan LF, Hawk VH et al. (2010). *Health Literacy Universal Precautions Toolkit*. [Online]. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Herndon JB, Chaney M, Carden D. (2011) Health literacy and emergency department outcomes: a systematic review. *Ann Emerg Med* 57(4): 334-45.
- Hironaka LK and Paasche-Orlow MK (2008) The Implications of health literacy on patient provider communication. *Arch Dis Child* 93(5): 428-432.
- Howard T, Jacobsen KL and Kripalani S (2013) Doctor talk: physicians' use of clear verbal communication. *Journal of Health Communication* 18: 991–1001.
- Johansen KS, Rasmussen PS, Christiansen AH. (2012) Hvem deltager og hvem deltager ikke i patientuddannelse. København: KORA
- Kickbusch I, Pelikan JM, Apfel F, Tsouros AD. (2013) *Health Literacy the solid facts*. World Health Organization, Regional Office for Europe
- Koay K, Schofield P, Jefford M. (2012) Importance of health literacy in oncology. *Asia Pac J Clin Oncol* Mar; 8 (1): 14-23.
- Kreps G and Sparks L (2008) Meeting the health literacy needs of immigrant populations. *Patient Education and Counselling* 71 (3): 328-332.
- Larsen FB, Friis K, Lasgaard M, Pedersen MH, Sørensen JB, Jakobsen LMA., Christiansen J (2014) *Hvordan har du det? 2013 – Sundhedsprofil for region og kommuner*. Bind 1. Aarhus: CFK Folkesundhed og Kvalitetsudvikling.
- Madsen MH, Højgaard B and Albæk J (2009) *Health Literacy - Begrebet, konsekvenser og mulige interventioner*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Manning D and Dickens C (2006) Health literacy: more choice, but do cancer patients have the skills to decide? *European Journal of Cancer Care* 15: 448-52.
- McCray A. (2005) Promoting Health Literacy. *J Am Med Inform Assoc* 12: 152-63.

- Nielsen-Bohlman L, Panzer A and Kindig D (2004) *Health Literacy. A prescription to end confusion*. Washington: Institute of Medicine of the National Academics. The National Academics Press.
- Nørgaard O, Sørensen K, Maindal HT et al. (2013) Måling af patientens sundhedskompetence kan bedre kommunikation i sundhedsvæsenet. *Ugeskrift for Læger* July 22.
- Osborne RH, Batterham RW, Elsworth GR et al. (2013) The grounded psychometric development and initial validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC Public Health* 13: 658.
- Parikh NS, Parker RM, Joanne RN et al. (1996) Shame and health literacy: the unspoken connection. *Patient Education and Counseling* 27: 33-39.
- Parker RM (2000) Health literacy: a challenge for American patients and their health care providers. *Health Promot.Int.* 15(4): 277-83.
- Paasche-Orlow MK, Parker RM, Gazmararian JA, et al. (2005) The prevalence of limited health literacy. *J Gen Intern Med.* 20(2): 175-184.
- Rootman I and Gordon-El-Bihbety D (2008) *A Vision for a Health Literate Canada. Report of the Expert Panel on Health Literacy*. [Online]. Ottawa: Canadian Public Health Association.
- Sparks L, Nussbaum J. (2008) Health literacy and cancer communication with older adults. *Patient Education and Counselling* 71: 328-328.
- Sundhedsstyrelsen (2009) *Patientuddannelse – en medicinsk teknologivurdering*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen (2012a) *Kvalitetssikring af patientuddannelse*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen (2012b) *Forløbsprogrammer for kronisk sygdom – den generiske model*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Särndal CE, Lundström S (2005). Estimation in surveys with nonresponse. Wiley:1:1-90.
- Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J et al. (2012) Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* 12: 80.
- Tamura-Lis W (2013) Teach back for quality education and patient safety. *Urologic Nursing* 33 (6): 267-271.
- Weiss B (2007) *Health literacy and patient safety: Help patients to understand. Manual for clinicians*. Second ed. American Medical Foundation and American Medical Association.
- WHO (2013) *Health Literacy, the solid facts* [Online]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Williams MV, Davis TC, Parker RM and Weiss B (2002) The role of Health Literacy in patient-Physician Communication. *Family Medicine* 34(5): 383-9.

