



Organisatorisk sundhedskompetence til patienter med kronisk obstruktiv lungesygdom

Forandringsforslag til forbedring af den organisatoriske sundhedskompetence på en lungemedicinsk afdeling

Udarbejdet af specialegruppen:10304

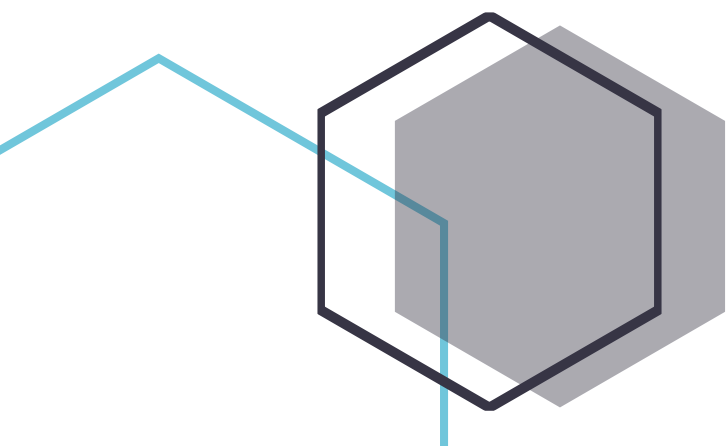
Mathilde Vindstrup Østergaard - Nanna Kaalby Olesen - Trine Stokvad Abildskov

Specialevejleder: Henrik Bøggild

Antal anslag med mellemrum: 262.920

4. semester, Aalborg Universitet

Det Sundhedsfaglige Fakultet, Kandidat i Folkesundhedsvidenskab



Forord

Dette specialeprojekt på kandidatuddannelsen i Folkesundhedsvidenskab på Aalborg Universitet, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Institut for Medicin og Sundhedsteknologi, er udarbejdet af Nanna Kaalby Olesen, Mathilde Vindstrup Østergaard og Trine Stokvad Abildskov i perioden 1. februar 2023 til 1 juni 2023.

I forbindelse med specialeprojektet vil vi gerne takke dem, som har hjulpet os med udarbejdelsen af projektet. Først vil vi gerne takke vores vejleder, Henrik Bøggild, for faglig sparring gennem projektet. Desuden vil vi gerne takke ham for at have formidlet kontakt til Lungemedicinsk Afdeling i Region Nordjylland. Ydermere vil vi gerne rette tak til Forskningsansvarlig Overlæge Ulla Møller Weinreich for at give os mulighed for at blive klogere på problemfeltet i en konkret kontekst, samt for at være behjælpelig med indsamlingen af det data, som har dannet grundlag for dele af projektets resultater. Vi vil endvidere gerne takke de patienter, samt det sundhedspersonale, der har deltaget i indsamlingen af projektets empiri.

God læselyst.

Nanna, Mathilde og Trine.

Resume

Titel: Organisatorisk sundhedskompetence til patienter med kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) - Forandringsforslag til forbedring af den organisatoriske sundhedskompetence på en lungemedicinsk afdeling.

Baggrund: Den sociale ulighed i sundhed i Danmark er fortsat stigende. Ulighed i sundhed er et komplekst fænomen, som påvirkes af flere faktorer. En mulig løsning for at reducere den sociale ulighed i sundhed kan være ved at øge sundhedsvæsenets grad af organisatorisk sundhedskompetence (OHL). Indeværende projekt har dannet praksiskontakt med Lungemedicinsk afdeling i Region Nordjylland.

Formål: Projektet har særligt til formål at undersøge den kommunikative organisatoriske sundhedskompetence (KOS). Dette for at kunne fremkomme med mulige forandringsforslag, som kan reducere den sociale ulighed i sundhed blandt patienter med KOL.

Metode: MRC-frameworket blev anvendt som overordnet planlægningsmodel for projektet, mens INDEX-guidance blev anvendt som køreplan for det konkrete udviklingsarbejde. Data er blevet dannet på baggrund af en kvantitativ analyse, en systematisk litteraturgennemgang samt en kvalitativ analyse.

Resultater: Validiteten af projektets spørgeskemaundersøgelse var påvirket af et lavt antal af respondenter. Derfor kunne der ikke drages nogen endegyldig konklusion på, hvordan patienter og personale opfatter den nuværende kommunikation på Lungemedicinsk Afdeling, eller om patienter og personale opfatter kommunikationen forskelligt. Projektets litteraturgennemgang samt kvalitative analyse søgte at bidrage med fund, som kunne lede til udarbejdelse af potentielle forandringsforslag, hvis hensigt var at forøge KOS på Lungemedicinsk Afdeling.

Konklusion: Projektet fremkom med fem forandringsforslag: Disse forandringsforslag indbefatter: *Differentieret tid tilpasset patientens niveau af sundhedskompetence, fælles konsultation med en læge og sygeplejerske, indførelse af understøttende kommunikationsstrategier, feedback på de ansattes kommunikation samt undervisning i specialet til de ansatte.* Disse kan understøtte en hensigtsmæssig KOS på Lungemedicinsk Afdeling og har til hensigt at reducere den sociale ulighed blandt patienter med KOL. Det er dog essentielt at påpege, at KOS blot er et element af OHL, hvorfor der er behov for yderligere undersøgelse af andre OHL-elementer.

Abstract

Title: Organizational health literacy for patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) - change proposals for improving the organizational health literacy in a department of respiratory diseases.

Background: The social health inequality in Denmark is still increasing. Health inequality is a complex phenomenon which is affected by multiple factors. A possible solution to reducing social health inequality can be to increase the organizational health literacy (OHL) in the health care sector. This project has formed a practice contact with the Department of Respiratory Diseases in the North Denmark Region.

Aim: The aim of this project was primarily to investigate the communicative organizational health literacy (KOS). This was done to deduce possible change proposals which may reduce the social health inequality among patients with COPD.

Method: The MRC-framework was used as a planning model for the project, while INDEX-guidance was used as a roadmap for the development work. Data was based on a quantitative analysis, a systematic literature research and a qualitative analysis.

Results: The validity of the questionnaire survey was affected by a low number of respondents. For that reason, no definitive conclusion could be drawn on how patients and staff perceive the current communication at the Department of Respiratory Disease, or whether patients and staff perceive the communication differently. The systematic literature research, as well as the qualitative analysis sought to contribute to findings that could lead to the preparation of change proposals which could increase KOS at the Department of Respiratory Disease.

Conclusion: The project came up with five proposals for change: *Differentiated time adjusted to the patient's level of health literacy, Joint consultation with the doctor and the nurse, Introduction of supportive communication strategies, Feedback on the employees' communication and education in the specialty of Lung Disease.* These change proposals can support an appropriate KOS at the Department of Respiratory Diseases. However, it is essential to point out that KOS is just one element of OHL, so further investigation of other OHL-elements is thus needed.

Indholdsfortegnelse

1. Initierende problem.....	1
2. Problemanalyse.....	2
2.1 Social ulighed i sundhed.....	3
2.1.1 Individnære faktorer.....	3
2.1.2 Organisatoriske økonomiske faktorer.....	4
2.1.3 Organisatoriske relationelle faktorer.....	5
2.2. Lav sundhedskompetence som et folkesundhedsproblem samt omfanget heraf.....	7
2.3 Lav sundhedskompetence hos patienter med kronisk obstruktiv lungesygdom.....	8
2.4 Organisatorisk sundhedskompetence som løsning på patienters differentierede sundhedskompetenceniveau.....	9
2.4.1 Hvordan der kan arbejdes med organisatorisk sundhedskompetence.....	12
2.4.2 Den nuværende organisatoriske sundhedskompetence til patienter med KOL i et hospitalsregi.....	13
2.5 Utilstede konsekvenser ved manglende fokus på OHL under arbejdsgange.....	17
2.6 Afgrænsning.....	19
3. Problemformulering.....	20
4. Operationalisering.....	20
5. MRC som planlægningsmodel.....	21
6. Initierende programteori.....	24
6.1 Målgruppe.....	25
6.2 Aktiviteter.....	25
6.3 Kontekster, mekanismer og outcomes.....	26
6.3.1 Kort tid til hver konsultation.....	26
6.3.2 Sundhedspersonale med høj Cultural Health Capital (CHC).....	27
6.3.3 Patienter med pårørende.....	27

6.3.4	Patienter med dansk modersmål og kort uddannelsesniveau.....	28
6.3.5	Patienter med lavere tro på egen formåen.....	28
6.3.6	Sundhedspersonale.....	29
6.3.7	Sundhedsaftalen	29
7.	Kritisk realisme som videnskabsteoretisk position.....	30
8.	Metode	31
8.1	Kvantitativ metode - Spørgeskema.....	31
8.1.1	Rekruttering af respondenter.....	33
8.1.2	Statistisk analyse.....	34
8.2	Systematisk Litteraturgennemgang.....	38
8.2.1	Indledende søgning	38
8.2.2	Systematisk søgning.....	38
8.2.3	Valg af databaser.....	38
8.2.4	Søgestrategi.....	39
8.2.5	Udvælgelse af artikler	41
8.2.6	Kvalitetsvurdering af de inkluderede studier	43
8.3	Kvalitativ metode.....	44
8.3.1.	Individuelle interviews som dataindsamlingsmetode	44
8.3.2	Interviewguide	44
8.3.3	Udvælgelse af informanter.....	45
8.3.4	Rammer for interviews	46
8.3.5	Transskribering af interviews	47
8.3.6	Analysestrategi.....	47
8.4	Overordnede etiske overvejelser.....	48
9.	Resultater	49
9.1	Resultater af den kvantitative analyse af spørgeskemadata.....	50

9.1.1	Baselinekarakteristika for patienter og personale	50
9.1.2	Baselinekarakteristika for patienter og personale i forhold til KOS.....	52
9.1.3	Association for patienter og personale i forhold til KOS.	58
9.1.4	Association mellem patient- og personalegruppen i forhold til KOS.....	61
9.1.5	Opsummerende besvarelse af den kvantitative analyse.....	62
9.2	Resultater litteraturgennemgang	62
9.2.1	Shum et al., 2020	63
9.2.2	Hong et al., 2019.....	64
9.2.3	De la Vega et al., 2018.....	65
9.2.4	Sadeghi et al., 2012.....	67
9.2.5	Ivynian et al., 2020.....	68
9.2.6	Syntese af litteraturgennemgang.....	69
9.3	Kvalitativ analyse af interviews.....	70
9.3.1	Faktorer der kan bidrage til en forbedring af KOS	72
9.3.4	Faktorer der modvirker en forbedring af KOS	78
9.3.5	Sammenfatning af den kvalitative analyse	82
9.4	Forandringsforslag	82
9.4.1	Differentieret tid som er tilpasset niveauet af sundhedskompetence.....	83
9.4.2	Fælles konsultation med en læge og sygeplejerske	85
9.4.3	Indførelse af understøttende kommunikationsstrategier	85
9.4.4	Feedback til sundhedsprofessionelle.....	87
9.4.5	Undervisning i specialet til de ansatte.	87
10.	Projektets reviderede programteori.....	88
11.	Diskussion.....	91
11.1.	Metodediskussion	92
11.1.1	Metodediskussion spørgeskema og kvantitativ behandling.....	92

11.1.2 Metodediskussion af den systematiske litteraturgennemgang	95
11.1.3 Metodediskussion af interviews og den kvalitativ analyse.....	97
11.2 Resultatdiskussion.....	100
11.2.1 Differentieret tid som er tilpasset niveauet af sundhedskompetence.....	100
11.2.2 Fælles konsultation	102
11.2.3 Indførelse af understøttende kommunikationsstrategier	103
11.2.4 Feedback på de ansattes kommunikation.....	105
11.2.5 Undervisning i specialet.....	105
11.2.6 Generelle barriere for forandring af sundhedsorganisationer	106
12. Konklusion.....	107
13. Referencer	109

1. Initierende problem

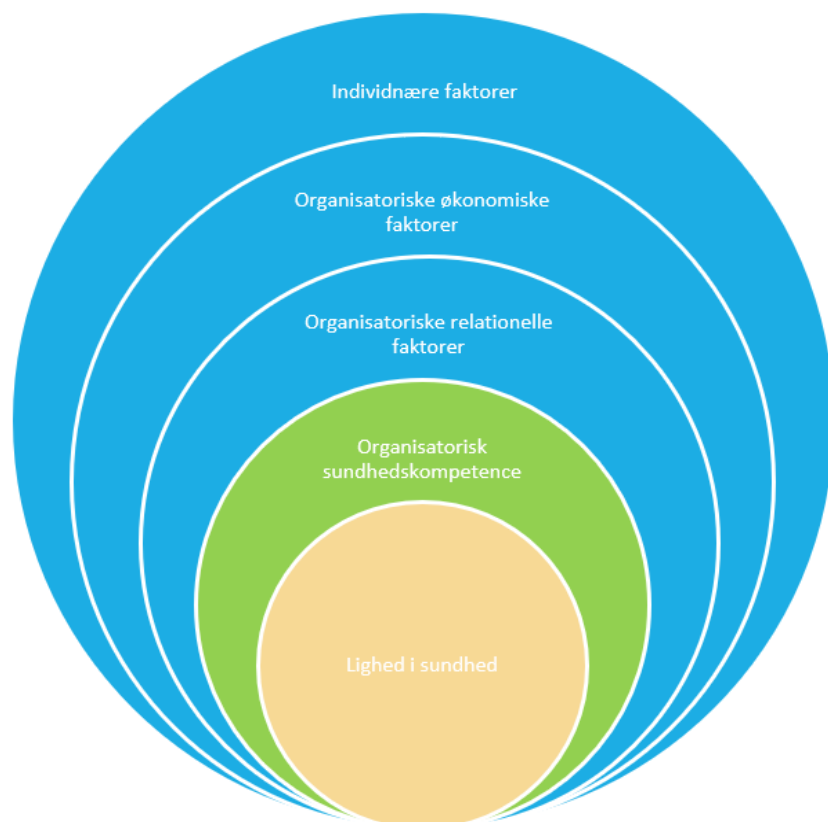
Sundhedsvæsenet skal ifølge Sundhedsloven §2, stk. 1 give let og lige adgang til alle (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2019). Når den sociale ulighed i det danske sundhedsvæsen gøres op, ses det dog, at uligheden stadig øges på flere parametre (Ersbøll et al., 2020). På trods af et vedvarende fokus er social ulighed i sundhed en kompleks problemstilling, som påvirkes af alle samfundsstrukturer, hvorfor løsningerne er vanskelige og omfattende (Ersbøll et al., 2020). Sundhedsvæsenet er bygget op med et fokus på individrettet behandling, der så effektivt som muligt skal få mest sundhed for pengene. Dette fokus på effektivitet skaber dog et sundhedsvæsen, der er målrettet ressourcestærke patienter (Diderichsen et al., 2011). Graden af sundhedskompetence hos patienten er en betydningsfuld faktor for den sociale ulighed i sundhed (Aaby, Maindal, et al., 2019). Flere danske studier har konkluderet, at uddannelse, etnicitet, indkomst og kronisk sygdom hænger sammen med patientens sundhedskompetence (Aaby, Beauchamp, et al., 2019; Aaby, Maindal, et al., 2019). Hermed kan det være relevant at nærstudere, om der er indikation for at udarbejde forandringstiltag for målgrupper med disse karakteristika. Dette med henblik på at reducere den sociale ulighed i sundhed.

Der har i de seneste år været fokus på organisatorisk sundhedskompetence som et middel til at tage højde for den sociale ulighed i sundhed. Organisatorisk sundhedskompetence opnås ved at tilrettelægge et sundhedsvæsen, hvor mangel på individuel sundhedskompetence ikke bliver en hindring for at opnå sundhed og velvære (Aaby, Maindal, et al., 2019). Dette ansues nødvendigt, da et ensidigt fokus på at højne patienters individuelle sundhedskompetence har vist at forøge den sociale ulighed (Aaby, Maindal, et al., 2019). Det kan være relevant at diagnosticere den nuværende grad af organisatorisk sundhedskompetence i en organisation for at forandre denne (Okan et al., 2019). Et redskab hertil er The Vienna Health Literate Organisation self-assessment tool (V-HLO), der kan vurdere en organisations nuværende sundhedskompetence (Okan et al., 2019).

Dette projekt ønsker at undersøge, hvorvidt der er indikation for at skabe forandring af den organisatoriske sundhedskompetence i en konkret kontekst, hvor der eksisterer en social ulighed i sundhed.

2. Problemanalyse

Denne problemanalyse vil fremanalysere, hvordan organisatorisk sundhedskompetence kan være et middel til at reducere den sociale ulighed i sundhed. Nedenstående figur (Figur 1) viser en opbygning over projektets problemanalyse. Problemanalysen vil fortrinsvis skildre faktorer, der kan have betydning for den sociale ulighed i sundhed. Her vil inddrages individnære, organisatoriske økonomiske samt organisatoriske relationelle faktorer. Disse faktorer vurderes relevante at have viden om for at reducere problemfeltet. Dernæst vil problemanalysen fremanalysere, at patienter med kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) kan være en relevant målgruppe at arbejde med for at udligne den sociale ulighed i sundhed. Projektgruppen har derfor etableret et samarbejde med Lungemedicinsk Afdeling i Region Nordjylland. Slutteligt vil det fremanalyseres hvordan, og i hvilken grad, Region Nordjylland arbejder med organisatorisk sundhedskompetence under behandling af patienter med KOL. Denne viden skønnes vigtig for at arbejde videre med den organisatoriske sundhedskompetence til patientgruppen, samt for at kunne foreslå mulige forandringstiltag, hvis hensigt er at reducere den sociale ulighed i sundhed.



Figur 1: Opbygning af problemanalysen for projektet.

2.1 Social ulighed i sundhed

Den politiske prioritering af sundhed gør, at det danske samfund har forpligtet sig til at skabe et sundhedsvæsen, der er tilgængeligt og lige for alle (Vedsted, 2014). Til trods herfor er det paradoksalt, at der i Danmark forefindes en øgning af den sociale ulighed i sundhed (Diderichsen et al., 2011). Dette kan indikere, at det ikke er alle patienter, der får den hjælp i sundhedsvæsenet, som de har brug for. Indeværende afsnit ønsker at fremanalysere faktorer, der kan øge den sociale ulighed i sundhed. Fortrinsvis vil analysen fremanalysere individnære faktorer, der kan have indvirkning på patientens håndtering af sundhedsbehandling og hermed betydning for ulighed i sundhed. Herefter vil organisatoriske faktorer, som kan medføre ulige håndtering af sundhed hos patienter, belyses. Viden om faktorer, der kan forårsage social ulighed i sundhed, heriblandt manglende sundhedskompetence, anses som værende vigtig for, at man kan reducere den sociale ulighed i sundhed.

2.1.1 Individnære faktorer

Når man ser på tværs af sociale grupper i Danmark, er der forskel på risikoen for sygdom, hvordan en behandling forløber, samt hvilken prognose en borger kan forvente (Vedsted, 2014). Denne ulighed kan ifølge Diderichsen et al. (2011) blandt andet tilskrives forskellige determinanter, hvor belastningen af disse vil afhænge af en borgers socialgruppe (Diderichsen et al., 2011). Sundhedsstyrelsen definerer en determinant som et forhold, der på forskellig vis griber ind i de mekanismer, der skaber ulighed i sundhed (Diderichsen et al., 2011).

Individer i lavere sociale grupper kan opleve mere stress forbundet med forskellige determinanter som eksempelvis økonomi, sociale forhold samt arbejdsliv, sammenlignet med individer i højere sociale grupper (WHO, 2008). Denne øgede stressfølelse, forårsaget af determinanterne, kan hos individer med lav social status medføre vanskeligheder ved at overskue et behandlingsforløb. Sundhedsvæsenet er i høj grad specialeopdelt, hvorfor sygdomsbehandling ofte foregår på tværs af afdelinger og sektorer (Sundhedsstyrelsen, 2015). Opdeling i specialer fordrer, at patienten kan varetage opgaver i at holde styr på forskellige tidspunkter og behandlingssteder, hvilket kan antages at være sværere for patienter fra en lavere socialgruppe, som i forvejen, grundet forskellige determinanter, oplever en øget stressfølelse i hverdagen. Således kan der opstå en ulighed i sundhed, da individer i lavere socialgrupper, sammenlignet med individer fra højere sociale grupper, kan have sværere ved at håndtere deres sygdom (Ersbøll et al., 2020; WHO, 2008).

Elstad (2000) beskriver, hvordan individer i lavere sociale lag kan have sværere ved at træffe det sunde valg. Dette kan antages at være endnu en individnær faktor, der medfører social ulighed i sundhed.

Elstad (2000) angiver med sine fem forklaringsmodeller forskellige årsager til, at personer fra lavere socialgrupper bliver mere syge end personer fra højere sociale lag (Elstad, 2000). En af disse er *behavioural explanation*, som kan være med til at fremanalysere, hvorfor man i Danmark ser en øgning af den sociale ulighed i sundhed. Behavioural explanation postulerer, at individets sundhedsadfærd hænger sammen med dets sociale position, hvor personer fra en lavere social position vil have større tendens til at udvise en usund sundhedsadfærd (Elstad, 2000). Således kan den sociale ulighed i sundhed skyldes, at personer fra lavere socialgrupper kan have sværere ved at træffe beslutninger til fordel for egen sundhed. Der kan forekomme forskellige forklaringer herpå, hvoraf en af disse er, at der hos individer fra lavere socialgrupper eksisterer en manglende tiltro på at kunne håndtere egen sygdom (Diderichsen et al., 2011), hvilket kan føre til, at individet fravælger at håndtere sin sygdom.

En anden forklaring på at individer fra lavere sociale lag træffer dårligere beslutninger i forhold til egen sundhed kan være, at disse påvirkes negativt af individer fra samme socialgruppe (Diderichsen et al., 2011). Flere litterære fund underbygger, at individets sundhedsadfærd vil influeres af dets sociale netværk (Berkman et al., 2000; Dahlgren & Whitehead, 2021; Diderichsen et al., 2011). Således kan det skønnes, at personer fra lavere sociale grupper særligt vil påvirke hinandens sundhedsadfærd indbyrdes, hvorfor håndteringen af individets sygdom vil afspejles heri. Dette kan også være med til at forklare den sociale ulighed i sundhed, idet individer fra lavere socialgrupper muligvis vil træffe beslutninger angående deres sundhed grundet indflydelse fra dets sociale netværk. Imidlertid kan organisatoriske strukturer i samfundet desuden være med til at forklare den sociale ulighed i sundhed.

2.1.2 Organisatoriske økonomiske faktorer

Forståelse af begreberne *equality* og *equity* kan anvendes til at forstå, hvordan samfundet kan være med til at øge den sociale ulighed i sundhed (Kawachi et al., 2002). Dette skyldes, at individer i samfundet kan formodes at have forskellige behov i mødet med sundhedsvæsenet. Såfremt disse ikke tages højde for, vil den sociale ulighed i sundhed antagelsesvist stige. Ifølge Kawachi et al. (2002) er begrebet *equality* et deskriptivt begreb, som kan anvendes til at beskrive en social forskel mellem grupper. *Equality* kan eksempelvis anvendes til at beskrive, hvordan man kan se en forskel i, hvilke sociale grupper der modtager forskellige sundhedsydelse. Omvendt er begrebet *equity* et mere normativt begreb, der henfører til, om man tænker den sociale forskel, der kan beskrives med baggrund i *equality*, kan anses som retfærdig (Kawachi et al., 2002). Den sociale ulighed i sundhed kan i samfundet formodes at stige, såfremt et samfund giver alle samme sundhedsydelse, uanfægtet hensynet til den individuelle behov. Dette kan ske, såfremt man ikke har fokus på *equality*, men i stedet via *equity* blot beskriver i hvilke samfundsgrupper den sociale ulighed i sundhed består.

I mange år har sundhedspolitikken i Danmark fokuseret på effektivitet i sundhedsvæsenet samt skabelse af mere sundhed og bedre behandlinger (Diderichsen, 2011). Dette har blandt andet udmøntet sig i sygehusenes aktivitetsbaserede afregningsmodel. Ved den aktivitetsbaserede afregningsmodel afregnes sygehusene efter antallet af de aktiviteter der udføres (K. M. Pedersen, 2013). Dermed kan der være en ”gulerod” for de hospitaler, som får behandlet flest patienter indenfor en bestemt tidshorisont. Således har denne afregningsmodel potentielt kunne føre til ulighed i sundhed, da modellens fokus på aktivitet i sundhedsvæsenet gjorde det svært for sundhedspersonale at afvige fra gængse procedure og arbejdsgange, hvorved patienter fik samme behandlingstilgang, uanfægtet om de havde brug for mere eller mindre behandling eller pleje. Hermed kunne patienter, der havde brug for ekstra støtte eller mere vejledning til behandling, opleve et dårligere sundhedsoutcome. Dette har antagelsesvist resulteret i, at patienter, der ikke passede ind i procedure og arbejdsgange fik en dårligere effekt af den behandling, de modtog. Dermed kan dette have medført en øgning af den sociale ulighed i sundhed i samfundet.

I dag er det danske sundhedssystem i højere grad bygget op omkring en værdibaseret model med mindre aktivitetshonorering (Sundhedsdatastyrelsen, 2023). Til trods herfor eksisterer aktivitetshonorering af sygehusene stadig, idet 20 % af regionens finansiering af sygehusene foregår gennem en aktivitetshonorering fra kommunen (Sundhedsdatastyrelsen, 2023). Dermed kan det formodes, at de organisatoriske strukturer i samfundet stadig er med til at øge den sociale ulighed i sundhed.

Foruden ovenstående findes der i dag ydermere nærhedsfinansiering. Nærhedsfinansiering er en ekstra bonus, som regionerne kan opnå, hvis de opfylder bestemte kvalitetskriterier, som for eksempel “Stigning i antallet af virtuelle sygehusforløb” samt “Reduktion i sygehusaktivitet pr. kroniker med KOL eller diabetes” (Sundhedsdatastyrelsen, 2023). Med afsæt i de individnære faktorer for social ulighed i sundhed kan det formodes, at ikke alle patienter kan have tilstrækkelig sundhedskompetence til for eksempel at tilgå et virtuelt behandlingsforløb (Danske regioner & Regeringen, 2023). Dermed kan det fremanalyseres, at ikke alle kriterier inden for nærhedsfinansiering tager lighed i sundhed i betragtning, hvorfor der ved denne finansieringsform kan være en risiko for, at uligheden i sundhed forøges.

2.1.3 Organisatoriske relationelle faktorer

Det er, foruden det økonomiske aspekt i en organisatorisk kontekst, også essentielt at inddrage den betydning, som sundhedspersonalet kan have for den sociale ulighed i sundhed. Det kan formodes, at

sundhedspersonale har en tendens til at udøve bedre behandling til patienter, som de kan identificere sig selv med. Dette grundet grundlæggende psykologiske og adfærdsmæssige faktorer, der bevirker, at individet tager sig bedst af "sine egne", altså andre individer, der deler karaktertræk med dem selv (Sodeman, 2018). Sundhedspersonale tilhører særligt middelklassen samt den højere middelklasse (Arbejdsbevægelsens Erhvervsråd, 2012). Sundhedspersonalet er oplært i at udøve lige behandling. Der kan dog, grundet førnævnte faktorer, stilles spørgsmålstejn ved, om dette er realiteten i sundhedsvæsenet. Der kan opstå en ulighed i behandling, hvis sundhedspersonalet udøver en bedre behandling til de individer, der tilhører samme socialklasse og giver ringere behandling til patienter i den lavere sociale klasse. I forlængelse heraf kan patienter med lav socioøkonomisk status i højere grad anse sundhedspersonale som autoriteter (Kjeld et al., 2022). Dette kan desmere afholde patienten med lav socioøkonomisk status fra at stille spørgsmål samt at have en aktiv holdning til patientforløbet. Dette er i modsætning til patienter med højere socioøkonomisk status, som ofte henvender sig med spørgsmål og ideer til behandling (Kjeld et al., 2022). Herved kan der opstå et ulige partnerskab mellem sundhedspersonalet og patienter med differentieret socioøkonomisk status (Kjeld et al., 2022). Patienter med høj socioøkonomisk status vil i højere grad opleve et ligeværdigt partnerskab, hvor de arbejder sammen med sundhedspersonalet om at løse sundhedsproblematikker (Kjeld et al., 2022). Patienter med lavere social status kan omvendt opleve et ulige partnerskab, hvor den sundhedsprofessionelle i høj grad dikterer og bestemmer patientens forløb (Kjeld et al., 2022). Dette kan opleves som pres for patienten og have betydning for dennes videre forløb i sundhedsvæsenet (Kjeld et al., 2022). Denne pointe kan endvidere understøttes af Shim (2010), som anvender begrebet *cultural health capital* til at forstå, hvordan patient-behandler-interaktioner udformer sig alt efter graden af *cultural health capital* hos patienten. Jo højere grad af *cultural health capital* hos patienten, desto større sandsynlighed vil der ifølge Shim være for, at patienten og behandleren vil have en god interaktion (Shim, 2010). Patienter med høj grad af *cultural health capital* vil udvise proaktivitet, selvdisciplin og have interaktionelle ressourcer. Patienten kan derved blive opfattet som en nem patient. Dette vil føre til en øget grad af tilfredsstillende behandling (Shim, 2010). Omvendt kan patienten med lav grad af *cultural health capital* opleve øget sandsynlighed for at blive nedprioriteret fra sundhedspersonalets side (Shim, 2010). Dette kan føre til en mindre effektiv behandling, hvilket kan øge den sociale ulighed i sundhed (Shim, 2010).

Ovenstående afsnit har fremanalyseret forskellige individnære- samt organisatoriske faktorer, som kan have betydning for den sociale ulighed i sundhed, der kan ses i samfundet. Individuel sundhedskompetence defineres af WHO som "De kognitive og sociale kompetencer, der bestemmer den enkeltes motivation og mulighed for at få adgang til, forstå og bruge oplysninger på en måde, der

kan fremme og opretholde et godt helbred.” (Pedersen, 2019, s. 93). Det kan med baggrund i ovenstående afsnit fremanalyseres, at patientens individuelle sundhedskompetence synes at være prædikerende for, hvordan patientens vej i sundhedsvæsenet forløber og dermed også en essentiel faktor, der har indvirkning på ulighed i sundhed. Patienter med lav sundhedskompetence formodes, grundet forskellige individnære faktorer, som de organisatoriske strukturer i sundhedsvæsenet muligvis ikke tager højde for, at have sværere ved at navigere i sundhedsvæsenet. Dermed kan det tænkes, at disse patienter vil have en øget risiko for forværring af deres sundhedstilstand. Dette vil næste afsnit indeholde en analyse af.

2.2. Lav sundhedskompetence som et folkesundhedsproblem samt omfanget heraf

Health literacy, eller sundhedskompetence, er et forholdsvis nyt anvendt begreb inden for sundhedsvidenskabelig forskning (Bak, 2020). Begrebet dækker, som beskrevet tidligere, over individers evne til at finde, forstå, vurdere og anvende sundhedsinformationer i forskellige sociokulturelle eller kliniske sammenhænge (Bak, 2020). Lav sundhedskompetence kan anses som et folkesundhedsproblem, da lav sundhedskompetence blandt andet er associeret med forskellige alvorlige helbredsrelaterede outcomes som øget dødelighed, øget sygelighed, flere indlæggelser, mindre brug af forebyggende indsatser, mindre efficient brug af adgang til sundhedstilbud og manglende evne til at foretage helbredsrelaterede beslutninger (Henrard et al., 2021; Okan et al., 2019; P. V. Pedersen, 2019; Svendsen et al., 2020). Dette kan blandt andet skyldes, at personer med lav sundhedskompetence kan have sværere ved at begå sig i sundhedsvæsenet (Shim, 2010; Svendsen et al., 2020), hvilket forrige afsnit har indikeret. Foruden nævnte kan lav sundhedskompetence potentielt resultere i større omkostninger for et lands økonomi, da personer med lav sundhedskompetence kan have et større forbrug af sundhedsydelser (Madsen et al., 2009; Okan et al., 2019). Dermed kan lav sundhedskompetence, foruden at have alvorlige konsekvenser for det enkelte individ, også antages at have konsekvenser af samfundsmæssig betydning.

En metaanalyse af Baccolini et al. (2021), som har undersøgt graden af sundhedskompetence blandt den europæiske befolkning, viser, at 27-48 % af den europæiske befolkning har en lav grad af sundhedskompetence. Dette kan understøtte, at lav grad af sundhedskompetence, foruden at være et folkesundhedsproblem, også kan anses som et samfundsproblem. Lignende konklusion kan udledes af Sørensen et al. (2015), som har målt graden af sundhedskompetence i otte europæiske lande. Studiet fandt, at 47 % af den indeværende studiepopulation havde en insufficient eller problematisk sundhedskompetence. Derfor kan det antages, at en del af den europæiske befolkning kan have en lav sundhedskompetence og dermed være i øget risiko for ovenstående risici.

I 2013 blev danskernes sundhedskompetence målt første gang, hvor Sundhedsprofilen fra Region Midtjylland viste, at 9-20 % havde “svært” eller “meget svært” ved at forstå sundhedsinformation (Aaby, Maindal, et al., 2019). Endvidere viste undersøgelsen, at 15-18 % havde “svært” eller “meget svært” ved aktivt at gå i dialog med sundhedspersonalet (Aaby, Maindal, et al., 2019). Efterfølgende er der publiceret flere studier i Danmark, som har målt danskernes sundhedskompetence. Et nyere dansk tværsnitsstudie fra 2020 viser, at fire ud af ti danskere på 25 år eller derover har svært ved at få adgang til, forstå, vurdere samt anvende sundhedsinformationer (Svendsen et al., 2020). Dermed kan det formodes, at en stor del af den danske befolkning, ligesom den generelle europæiske befolkning, kan have svært ved at begå sig i sundhedssystemet. Således kan det antages, at lav sundhedskompetence i Danmark er et omfangsmæssigt folkesundhedsproblem. Det synes derfor relevant at fremanalysere, hvilke grupper af den danske befolkning, der særligt har en lav grad af sundhedskompetence. Dette for at en videre interventering af problemfeltet kan anskueliggøres.

2.3 Lav sundhedskompetence hos patienter med kronisk obstruktiv lungesygdom

Studier konkluderer, at lav sundhedskompetence særligt ses hos mænd, yngre aldersgrupper, personer med en anden etnicitet samt personer med lavt uddannelsesniveau og en indkomst under det nationale gennemsnit (Bo et al., 2014; Friis et al., 2016; Svendsen et al., 2020; Aaby, Maindal, et al., 2019). Et større dansk tværsnitsstudie fra 2011 påpeger endvidere, at personer med kroniske lidelser kan have sværere ved at forstå sundhedsinformation samt begå sig i sundhedsvæsenet (Friis et al., 2015). Derfor kan personer med kroniske lidelser anses som en målgruppe, der blandt andre er i særlig risiko for u hensigtsmæssige helbredsoutcome.

KOL er et eksempel på en kronisk sygdom, som ligeledes kan anses som et folkesundhedsmæssigt problem samt som en økonomisk byrde både internationalt og i Danmark (Safiri et al., 2022). KOL er en kronisk sygdom, som har betydelige konsekvenser for livskvaliteten hos patienterne. Sygdommen er uhelbredelig, men med patientens rette selvhåndtering kan sygdomskonsekvenserne for patienten mindskes, hvorved livskvaliteten kan øges (Safiri et al., 2022). Studier viser, at lav sundhedskompetence hos patienten med KOL er associeret med, at patienten kan have lav compliance (Muellers et al., 2019). Pårørende kan dog have en positiv effekt på patientens compliance ved at yde en støtte, der gør patienten i stand til at håndtere egen sygdom og behandling (Muellers et al., 2019). Derfor kan pårørende blandt andet være en faktor, der kan medføre social ulighed i patientgruppen, da nogle patienter med KOL vil klare sig bedre end andre, da de har pårørende, som kan inddrages i behandlingsforløbet. Patientens compliance, og håndtering af egen sygdom, er væsentlig for at mindske progressionen og derved også for de konsekvenser, som sygdommen har for den enkelte. I

Danmark var prævalensen for KOL i 2022 4.300 ud af 100.000, hvilket betyder, at patienter med KOL er en af de største patientgrupper i det danske sundhedsvæsen (Safiri et al., 2022). Derfor kan patienter med KOL være en relevant målgruppe at fokusere på, som led i at reducere den sociale ulighed i sundhed. Der findes flere årsager til udvikling af KOL, men for langt størstedelen af tilfældene er årsagen til sygdommen tobaksrygning (Safiri et al., 2022). Rygningens betydning for udviklingen af sygdommen kan for patienter med KOL medføre, at de oplever en følelse af skyld over at have sygdommen (Lundell et al., 2020). Desuden kompliceres patientens sygdomsforløb ofte af, at patienter med KOL har flere kroniske sygdomme (Safiri et al., 2022). KOL anses derfor som en kompleks sygdom, hvor patienten kan opleve en frygt for at dø samtidig med at have skyldfølelse (Lundell et al., 2020). Netop disse faktorer antages særligt at påvirke patienten i mødet med sundhedsvæsenet.

I forlængelse af ovenstående fremkommer det også, at patienter med KOL, sammenlignet med den generelle befolkning, oplever udfordringer i kontakten med sundhedsvæsenet (Friis et al., 2015). 31 % af patienter med KOL angiver at have "svært" eller "meget svært" ved at udfylde skemaer med sundhedsoplysninger. Tilsvarende var 16 % for den generelle befolkning (Friis et al., 2015). Dette kan være med til at indikere, at patienter med KOL kan have en lavere grad af sundhedskompetence. Derfor kan det være med til at advokere for, at patienter med KOL kan være en relevant målgruppe at arbejde med, som et led i at bekæmpe den sociale ulighed i sundhed. 29 % af patienter med KOL har desuden en oplevelse af, sundhedspersonalet ikke havde forstået deres problemer relateret til deres sygdom (Friis et al., 2015). Samme procentsats er 18 % for den almene befolkning (Friis et al., 2015). Dermed kan det tyde på, at et mere overordnet fokus på sundhedskompetence deslige kan være relevant, da uhensigtsmæssig interaktion mellem patient- og sundhedspersonale, som tidligere beskrevet, kan være med til at øge den sociale ulighed i sundhed. Næste afsnit vil indeholde en analyse af, hvordan et fokus på *organisatorisk sundhedskompetence* (OHL), under behandling af patienter med KOL, kan være en løsning på at reducere den sociale ulighed i sundhed.

2.4 Organisatorisk sundhedskompetence som løsning på patienters differentierede sundhedskompetenceniveau

Forhenværende afsnit har belyst, at patienter med KOL kan have en lavere sundhedskompetence. Derfor kan den sociale ulighed i sundhed formodes at øges under arbejdet med denne specifikke patientgruppe. Herfor er det ud fra et samfundsmæssigt perspektiv essentielt at opbygge løsningsmodeller, som kan styrke sundhedsvæsenets evner til at øge effekten af behandling hos patienter med lav sundhedskompetence. Hermed formodes effekten af behandlingen at øges for en stor

del af patienter med KOL. Et øget fokus på inddragelse af OHL i sundhedsvæsenets arbejdstilgange til patienter med KOL kan anses for at være sådan en løsningsmodel.

OHL defineres af Aaby, Maindal et al. (2019) som den måde sundhedstilbud, organisationer og systemer gør information og ressourcer tilgængelige for mennesker med forskellige sundhedskompetencer. Organisatorisk sundhedskompetence er den danske oversættelse af begrebet Organisatorisk Health Literacy. Begrebet har udviklet sig siden begyndelsen af 1990'erne i USA, hvor man begyndte at have fokus på patienters sundhedskompetence (Okan et al., 2019). Dette skyldes et øget fokus på, at patienters sundhedskompetence havde betydning for den måde, de mødte sundhedsvæsenet på og i forlængelse heraf eksempelvis også, hvilket behandlingsudfald de fik (Okan et al., 2019). Derfor blev der skabt et behov for at håndtere de sundhedsrelaterede konsekvenser, som patienters begrænsede sundhedskompetence kunne medføre, hvilket resulterede i et øget fokus på OHL (Okan et al., 2019).

Sundhedskompetente organisationer defineres som organisationer, der arbejder målrettet med organisatorisk sundhedskompetence (Aaby et al., 2022). Dette arbejde udfolder sig i hospitalsregi ved, at hospitalet integrerer tilgangen i dets værdigrundlag og arbejdsgange samt sikrer, at alt information til patienter er forståeligt og relevant (Aaby et al., 2022). Derudover er et kerneelement, under arbejdet med OHL, at uddanne medarbejderne til at imødekomme patienternes behov uanset dennes niveau af sundhedskompetence (Working Group HPH & HLO, 2019; Aaby et al., 2022). Ved at arbejde med OHL i sundhedsvæsenet kan det formodes, at der gives en lettere adgang til sundhedsydelser, samt at det gøres nemmere for patienten at anvende de sundhedsydelser, som patienten har behov for. Hermed håndteres det faktum at individer møder sundhedsvæsenet med en differentieret grad af sundhedskompetence og har brug for differentieret grad af råd og vejledning i forhold til behandling (Kaper et al., 2021). For at forstå den potentielle gevinst ved et øget fokus på OHL, under behandlingen af patienter med KOL, vil teorien om *oplevelse af sammenhæng* af Antonovsky (1987) kunne anvendes.

Ifølge Antonovsky (1987) vil et individ i højere grad kunne modstå de vilkår, som livet byder, såfremt individet oplever en oplevelse af sammenhæng. Oplevelsen af sammenhæng skabes af tre komponenter: *Begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed* (Antonovsky, 1987), hvor alle disse formodes at kunne blive skabt hos patienten qua en hensigtsmæssig OHL. Begribelighed opstår, når individet oplever at forstå de udfordringer, som det udsættes for, hvilket giver en større ro i mødet med disse (Antonovsky, 1987). I forlængelse heraf kan det antages, at et øget fokus på OHL i hospitalsvæsenet vil medføre en øget begribelighed hos patienten med KOL, hvis patienten i højere

grad oplever, at sundhedsvæsenet gør det lettere for vedkommende at forstå de informationer, som gives om sygdom samt behandling. Individet oplever håndterbarhed, når der er tilstrækkelige ressourcer til, at individet kan håndtere de krav, som sættes (Antonovsky, 1987). Ressourcerne vil ifølge Antonovsky (1987) ikke alene komme fra individet selv, men vil i høj grad også komme udefra i form af støtte og hjælp fra andre mennesker, som individet har tillid til. Et øget fokus på OHL i behandlingen af patienter med KOL kan medføre, at patienten i højere grad oplever at kunne håndtere sin sygdom, idet hensigtsmæssig OHL forudsætter, at der tages udgangspunkt i individets unikke sundhedskompetence. Herved tvinges den sundhedsprofessionelle, i mødet med patienten med KOL, til at udtænke løsningsmuligheder i håndteringen af patientens sygdom med baggrund i vedkommendes specifikke livssituation. Dette kan føre til, at patienten med KOL i højere grad vil opleve, at der stilles ressourcer til rådighed for vedkommende, som opleves givende.

Meningsfuldhed er den sidste komponent i oplevelsen af sammenhæng, hvilket et øget fokus på OHL også formodes at kunne bidrage til at skabe. Meningsfuldhed opleves af individet, når individet oplever, at det er værd at investere i de udfordringer, som livet stiller (Antonovsky, 1987). I forlængelse heraf oplever individet meningsfuldhed, når det følelsesmæssigt er motiveret til at engagere sig i de vanskeligheder, som tilværelsen byder (Antonovsky, 1987). For at opleve meningsfuldhed forudsætter det, at begribelighed og håndterbarhed er til stede hos patienten (Antonovsky, 1987). Såfremt der er blevet udført en hensigtsmæssig OHL i behandlingen af patienten med KOL, som både har medført en øget oplevelse af begribelighed og håndterbarhed hos vedkommende, kan dette have bidraget til, at patienten med KOL oplever at føle sig mere følelsesmæssigt motiveret til at håndtere sin sygdom. Således kan et øget fokus på OHL, i arbejdsgangene til patienter med KOL, potentielt være med til at skabe en øget oplevelse af sammenhæng hos patientgruppen, hvilket kan resultere i, at patienterne i højere grad bliver i stand til at mestre deres sygdom med baggrund i deres individuelle livssituation.

Indeværende problemanalyse har fremanalyseret, hvordan patienter med KOL oplever udfordringer ved at navigere i sundhedssystemet samt at forstå information fra personale. Denne problemstilling kan antages at forbedres, hvis sundhedsvæsenet integrerer en øget grad af OHL i deres arbejdsgange. Dette kan, som tidligere beskrevet, ske ved, at sundhedsvæsenet for eksempel fokuserer på, at formidlingen af sundhedsoplysninger skal tilpasses graden af patientens sundhedskompetence. Dette forøgede fokus på OHL kan antages at kompensere for patienter med KOLs generelle lave grad af sundhedskompetence, hvilket kan medføre øget effekt af behandlingen. Herved kan det formodes, at den sociale ulighed i sundhed reduceres hos patienter med KOL.

Ovenstående afsnit har fundet forklaringskomponenter på, hvorfor det er essentielt at øge graden af OHL i hospitalsregi som en løsning på at reducere den sociale ulighed i sundhed. I det følgende vil det belyses, hvordan en organisation konkret kan arbejde med OHL.

2.4.1 Hvordan der kan arbejdes med organisatorisk sundhedskompetence

Indeværende afsnit præsenterer *The Vienna Health Literate Organisation self-assessment tool* (V-HLO) som en mulig strategi for at arbejde med OHL. Strategien vil blive beskrevet overordnet, da den kan anskues kompleks, hvorfor en indføring i denne antages nødvendig. Efterfølgende vil det med baggrund i V-HLO fremsættes, hvordan man kan anskue den nuværende OHL til patienter med KOL i Region Nordjylland.

Formålet med V-HLO er at give en diagnostik af en organisations styrker og svagheder i forhold til organisatorisk sundhedskompetence (Henrard et al., 2021). Dette således at organisationen kan arbejde videre mod forandringstiltag, der kan forbedre organisationens nuværende OHL (Henrard et al., 2021). Forskerne bag V-HLO har hentet inspiration fra de ti attributter, som var det første framework, der introducerede en struktureret tilgang til OHL (Okan et al., 2019). V-HLO adskiller sig dog fra de ti attributter på flere områder (Okan et al., 2019). Eksempelvis er V-HLO opstillet i en matrix (Okan et al., 2019). Endvidere er omfanget af stakeholders udvidet fra patienter, og dennes pårørende, til personale og borgere i området omkring hospitalet (Okan et al., 2019). Hermed tager V-HLO højde for flere interessenter, når det skal vurderes, hvorvidt en organisation udfører en hensigtsmæssig organisatorisk sundhedskompetence. Slutteligt forstås organisatorisk sundhedskompetence i V-HLO ikke udelukkende som et kerneaspekt i sundhedsfremme, men også som et kerneaspekt i kvalitet i sundhedsvæsenet (Okan et al., 2019). Derfor er der ved V-HLO også anvendt en kvalitetsmetodologi fra International Society for Quality in Healthcare til at udvikle og definere 8 standarder med 23 substandarder og dertilhørende indikatorer for selvevaluering af organisatorisk sundhedskompetence (Working Group HPH & HLO, 2019). V-HLO tager således højde for flere faktorer, når det skal vurderes, hvorvidt en organisation udfører hensigtsmæssig organisatorisk sundhedskompetence, hvilket også afspejles i, at V-HLO kan anskues mere omfattende end de ti attributter. Denne pointe kan understøttes af Farmanova et al. (2018), der ligeledes konkluderer, at V-HLO rammesætter OHL som et komplekst fænomen. I nedenstående Figur 2 (Working Group HPH & HLO, 2019), er matricen fra V-HLO opstillet. I næstkommende afsnit vil det fremanalyseres, hvordan man kan anse den nuværende organisatoriske sundhedskompetence til patienter med KOL i et hospitalsregi. Denne viden er vigtig for at forbedre den nuværende organisatoriske sundhedskompetence til patienter med KOL således, at den sociale ulighed i sundhed kan reduceres.

HL Stakeholders / HL Domains	Patients	Staff	Community	Organizational structures & processes
Domain 1 Access to, living & working in the organization	Standard 4: Provide and support easy navigation and access to documents materials and services.			Standard 1: Implement organizational health literacy best-practices across all structures and processes of the organization. Standard 2: Develop documents, materials and services with stakeholders in a participatory manner.
Domain 2 Diagnosis, treatment & care	Standard 5: Apply health literacy best-practices in all forms of communication with patients.	Standard 3: Enable and train staff for personal and organizational health literacy.	Standard 8: Contribute to promoting personal and organizational health literacy in the region.	
Domain 3: Disease management & prevention	Standard 6: Promote personal health literacy of patients and relatives beyond discharge.	Standard 7: Promote personal health literacy of staff with regard to occupational risks and personal lifestyles.		
Domain 4: Healthy lifestyle development				

Figur 2: Matrice over positioneringen af de 8 standarder i V-HLO (Working Group HPH & HLO, 2019 s. 10).

2.4.2 Den nuværende organisatoriske sundhedskompetence til patienter med KOL i et hospitalsregi

Lungemedicinsk Afdeling i Region Nordjylland behandler de sværeste tilfælde af KOL og oplever i forbindelse hermed, at patienter med KOL kan have svært ved at være i sundhedssystemets nuværende organisatoriske rammer (Samtale med Forskningsansvarlig Overlæge Ulla Møller Weinreich, 16 februar, 2023). Dette ses blandt andet ved, at patienter med KOL kan have svært ved at følge et kontinuerligt behandlingsforløb og at skulle møde op på sygehuset på faste tidspunkter (Samtale med Forskningsansvarlig Overlæge Ulla Møller Weinreich, 16 februar, 2023). Grundet at patientgruppen kan have en lavere sundhedskompetence end den almene befolkning, har projektgruppen indledt et samarbejde med Lungemedicinsk Afdeling i Region Nordjylland. Herfor vil Lungemedicinsk Afdeling

danne overordnede kontekst for de fund og resultater, som projektet finder. Det følgende afsnit belyser, hvordan den nuværende organisatoriske sundhedskompetence kan fremanalyses på Lungemedicinsk Afdeling i Region Nordjylland, som varetager behandling af KOL-patienter. Nedenstående analyse baseres på Sundhedsaftalen - Sammen om sundhed (Region Nordjylland et al., 2019). Sundhedsaftalen kan indikere regionens overordnede arbejde med organisatorisk sundhedskompetence, herunder også behandlingen og plejen af regionens patienter med KOL.

Sundhedsaftalen - Sammen om sundhed (Region Nordjylland et al., 2019) er en politisk aftale om samarbejdet mellem kommuner, almen praksis og Region Nordjylland (Region Nordjylland et al., 2019). Aftalen har til formål at skabe et sammenhængende sundhedsvæsen, der arbejder på tværs for at sikre de bedste mulige sundhedsløsninger til en voksende befolkning (Region Nordjylland et al., 2019). Sundhedsaftalen bygger på nogle overordnede bærende principper, samt fem politiske pejlemærker, som danner grundlag for samarbejdet mellem region, kommuner og praktiserende læger (Region Nordjylland et al., 2019). Overordnet beskriver aftalen, at man i regionen tilstræber at give alle borgere de rette sundhedstilbud på det rette sted (Region Nordjylland et al., 2019). Således kan det antages, at regionen forsøger at opfylde Sundhedslovens §2, der som nævnt foreskrev, at sundhedsvæsenet skal give let og lige adgang til alle (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2019). Dette er desuden konkret beskrevet i sundhedsaftalens pejlemærke 3 *Større lighed i sundhed* (Region Nordjylland et al., 2019). Således kan det udledes, at regionen tilstræber at skabe lighed i sundhed for dens patienter med KOL.

2.4.2.1 Fremanalyse af V-HLO standarder i sundhedsaftalen

V-HLO er som beskrevet et self-assessment tool, hvor der normalt involveres flere forskellige sundhedsfaglige professioner fra organisationen, samt andre medarbejdere, heriblandt kvalitetsmedarbejdere og ledere, når en organisations OHL skal diagnosticeres (Okan et al., 2019). Projektgruppen er i indeværende projekt særlig interesseret i at undersøge, hvorvidt personalet på Lungemedicinsk Afdeling anvender OHL i patient-behandler-interaktionen. Særligt er projektet interesseret i at undersøge, om den kommunikation, der udveksles mellem patient og sundhedsprofessionel, tilpasses til patientens niveau af sundhedskompetence. Dette for at afdække, om der kan skabes forandringstiltag inden for dette område, som kan reducere den sociale ulighed i sundhed. Det har for projektgruppen været nødvendigt at foretage et skærpet fokus for specialeprojektet. Derfor vurderes standard 3, 4, 5 og 6 særlige relevante at forholde sig til, da disse standarder ifølge projektgruppen specielt forsøger at afdække OHL i patient-behandler-interaktionen.

Dette skyldes blandt andet, at disse standarder har fokus på patienter og sundhedsprofessionelle som stakeholders.

Standard 3 i V-HLO (Figur 2) omhandler, at organisationen skal aktivere og uddanne personalet til at medtænke egen sundhedskompetence, samt den organisatoriske sundhedskompetence, under behandling af patienter (Working Group HPH & HLO, 2019). Denne standard er i nogen grad afspejlet i sundhedsaftalens bærende principper, som blandt andet beskriver, at sundhedssektorerne skal have fokus på at uddanne deres medarbejdere, så de på bedste vis kan udvikle deres kompetencer (Region Nordjylland et al., 2019). Det er dog ud fra aftalen svært at tyde, om denne kompetenceudvikling tager udgangspunkt i at uddanne medarbejderne inden for OHL-principperne, eller om der er fokus på en anden form for kompetenceudvikling. Der kan derfor argumenteres for, at sundhedsaftalens opfordring til kompetenceudvikling med fordel kan konkretiseres. Dette skyldes, at det ellers kan være svært for eksempelvis Lungemedicinsk Afdeling at målrette uddannelse af dens medarbejdere. Dette kan formodes at føre til, at ledelsen ikke har fokus på at uddanne dens medarbejdere indenfor OHL-principperne, da det er op til ledelsen selv at prioritere denne uddannelse.

Standard 4 i V-HLO (Figur 2) indikerer, at organisationen skal sikre forståelig navigation samt let tilgang til forskellige materialer og services. Under sundhedsaftalens pejlemærke 3 *Større lighed i sundhed* står blandt andet (Region Nordjylland et al., 2019):

Vi skal have fokus på, at nogle borgere kan have svært ved at navigere i sundhedsvæsenet - herunder at omsætte den information, de får fra sundhedsprofessionelle til konkret handling. Vi skal derfor samarbejde om, at informationen til borgeren foregår respektfuldt og tydeligt (Region Nordjylland et al., 2019, s. 16).

Ud fra denne beskrivelse kan formodes, at aftalen fokuserer på at tilpasse sundhedsvæsenets formidlingsevne, så denne er let og forståelig. Således må dette også antages at være tilfældet for Lungemedicinsk Afdeling i Region Nordjylland, da det med ståsted i sundhedsaftalen lægges op til, at regionens medarbejdere skal forsøge at sikre, at den information de giver til patienten, er letforståelig. I forlængelse heraf skal nævnes, at pejlemærke 3 ydermere afspejler aspekter af standard 5, som omhandler organisationens evne til at tilpasse sig patientens grad af sundhedskompetence. Dette kan eksempelvis tolkes ud fra pejlemærkets endelige mål, som er: "tilbyde differentieret indsats for at sikre, at alle borgere får det optimale udbytte af indsatsen" (Region Nordjylland et al., 2019, s. 17). Baggrunden for denne målsætning, samt denne standard (Standard 5), er entydigt, at tilpasning af behandling efter patientens sundhedskompetenceniveau giver de bedste helbredsoutcomes (Region Nordjylland et al., 2019; Working Group HPH & HLO, 2019). Det må derfor forudsættes, at

Lungemedicinsk Afdeling ligeledes tilstræber at tilpasse deres behandling til den enkelte KOL-patienters sundhedskompetenceniveau.

Standard 6 henfører, at organisationen skal have fokus på at øge patienters og pårørendes sundhedskompetenceniveau efter udskrivelse (Working Group HPH & HLO, 2019). Denne standard er afspejlet i aftalens hovedbudskab, som netop er, at regionen, kommunen og andre samarbejdspartnere skal samarbejde om at tage udgangspunkt i hver enkelt borgers ressourcer og behov, så borgeren kan få et godt udbytte af sundhedsvæsenets ydelser (Region Nordjylland et al., 2019). Sundhedsaftalens overordnede mål kan hermed ses samstemmende med V-HLO standard 6.

Opsummerende kan det med ståsted i V-HLO standarder, samt i sundhedsaftalen, antages, at sundhedsvæsenet i Region Nordjylland forsøger at indtænke OHL under arbejdsgange. Sundhedsaftalen er regionalt betinget, hvorfor det er uklart, hvorvidt samme tendenser er gældende i en konkret kontekst, som eksempelvis på Lungemedicinsk Afdeling i Region Nordjylland. Dette kan dog potentielt forudsættes, da Lungemedicinsk Afdeling ligeledes er omfattet af aftalen.

2.4.2.2 Patientoplevelser på Lungemedicinsk Afdeling i Region Nordjylland

Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP) fra 2022 viste, at 43,91 % af ambulante patienter “i meget høj grad” var tilfredse, mens 40,08 % havde angivet, at de “i høj grad” var tilfredse med den behandling, de modtog på Lungemedicinsk Afdeling i Region Nordjylland. 3,17 % var “i ringe grad” tilfredse, mens 2,03 % havde angivet, at de “slet ikke” var tilfredse med den behandling, de modtog på Lungemedicinsk Afdeling i Region Nordjylland (Center for patientinddragelse, 2022). Ud fra dette kan antages, at en stor del af patienterne, der har modtaget behandling på Lungemedicinsk Afdeling, har været tilfredse med deres behandling. Det kan give anledning til undren omkring, hvorvidt det er relevant at indføre forandringstiltag, der kan øge graden af OHL i afdelingens arbejdsgange.

I forlængelse heraf kan det dog overvejes, om de positive LUP-resultater kan være påvirket af, at en stor del af patienterne på Lungemedicinsk Afdeling er patienter med KOL, som, sammenlignet med andre patientgrupper, har en lav sundhedskompetence (Friis et al., 2016). Den generelt lave sundhedskompetence hos patienter med KOL kan medføre, at denne patientgruppe har en ringere forståelse for sundhedsvæsenet, personalets og egen håndtering af sygdom sammenlignet med andre patientgrupper (Friis et al., 2016; Aaby, Maindal, et al., 2019). Derfor kan det antages, at patienter med KOL også i mindre grad er kritiske overfor den behandling, de modtager, da de ikke har rette forudsætninger for at vide, hvordan de alternativt kunne være blevet behandlet for deres sygdom.

Derudover er det også essentielt at overveje, om det nævnte spørgsmål fra LUP-undersøgelsen afdækker tilfredsheden med behandlingen, men ikke effekten, samt forståelsen af behandling på afdelingen. Herfor bør det igen overvejes, om begrænset viden om behandling af KOL-sygdom kan resultere i, at patienter angiver, at de har været tilfredse med behandling til trods for, at de ikke har fået fornødne redskaber og viden til at håndtere sygdommen på længere sigt. Endvidere kan LUP-undersøgelsen være præget af selektionsbias, hvor der kan være forskel mellem de patienter, der besvarer/ikke besvarer undersøgelsen (Juul et al., 2017). Det er eksempelvis tænkeligt, at patienter, der er lungesygge i en svær grad, har mindre overskud til at besvare undersøgelser. Desuden er det også essentielt at pointere, at sundhedsaftalen er en hensigtserklæring, hvorfor det er usikkert, om denne reelt efterleves på de enkelte afdelinger. Selvom Lungemedicinsk Afdeling er indbefattet af sundhedsaftalen så kan det ikke vides hvorvidt, hvordan og i hvilken grad aftalens værdier og principper indtænkes konkret på Lungemedicinsk Afdeling. Hermed kan der altså fremanalyseres flere argumenter, der belyser at der, til trods for høj tilfredshed i LUP-undersøgelsen på Lungemedicinske Afdeling i Region Nordjylland, alligevel kan være et incitament til at afdække afdelingens nuværende OHL under arbejdsgange, og i forbindelse hermed udarbejde eventuelle forandringstiltag. Endeligt har projektets problemanalyse fundet, at den sociale ulighed i sundhed har været stigende de seneste år, hvilket også underbygger ovenstående incitament for at undersøge i hvilken grad der udføres OHL i et konkret hospitalsregi, i dette tilfælde Lungemedicinsk Afdeling i Region Nordjylland. Herefter vurderes det ydermere relevant at undersøge nærmere om eventuelle forandringstiltag kan forbedre effekten af OHL til patienter med KOL, således den sociale ulighed i sundhed kan reduceres for patientgruppen.

2.5 Utilsigtede konsekvenser ved manglende fokus på OHL under arbejdsgange

En forståelse af de utilsigtede negative konsekvenser, der kan opstå som følge af et utilstrækkelig fokus på OHL, anses som vigtig for at kunne forandre den organisatoriske sundhedskompetence (Kaper et al., 2021). Dette understøttes af Bonell et al. (2015), som angiver, at utilsigtede konsekvenser er essentielle at kortlægge for, at disse kan håndteres og eventuelt modarbejdes i arbejdet med folkesundhedsinterventioner. Derfor vil følgende afsnit fremanalysere nogle af de negative utilsigtede konsekvenser, der potentielt kan opstå, når OHL ikke medtænkes tilstrækkeligt i mødet med patienter med KOL.

Denne problemanalyse har tidligere beskrevet, hvordan en væsentlig del af arbejdet med OHL er kommunikation og tilpasning af denne til patienter med forskellige grader af sundhedskompetence. Patienter har forskellige forudsætninger for at modtage kommunikation, hvorfor de kræver en

individuel behandlingstilgang (Shim, 2010; Working Group HPH & HLO, 2019). Det kan antages, at en patient som ikke får en individuel behandling af sundhedspersonalet, hvor der tages afsæt i den individuelle sundhedskompetence, kan opleve at føle sig stigmatiseret.

Patienter med KOL er en patientgruppe, der oplever en høj grad af stigmatisering (Chin & Armstrong, 2019). Stigmatiseringen opleves at komme fra familie og kollegaer, men også fra sundhedsprofessionelle, hvilket kan påvirke patientens oplevelse af behandlingen og evne til at håndtere egen sygdom (Lundell et al., 2020). Dette kan indikere, at patienter med KOL, til trods for høj patienttilfredshed med behandlingen, alligevel ikke altid føler sig mødt i sundhedsvæsenet. Stigmatisering kan opstå på baggrund af, hvad Link & Phelan (1995) definerer som *blaming the victim*, som opstår qua et øget fokus på proksimale faktorer til sygdom og et mindre fokus på fundamentale årsager til sygdom (Link & Phelan, 1995). Derved kan patienten med KOL føle sig stigmatiseret, hvis sundhedspersonalet har et større fokus på patientens proksimale faktorer til KOL, hvor der samtidig ikke tages tilstrækkelig højde for de fundamentale årsager til sygdommen. Rygning er som nævnt den væsentlige faktor til udvikling af KOL (Safiri et al., 2022), og derfor kan patienter med KOL være ramt af en stor skyldfølelse over egen sygdom (Lundell et al., 2020). Dette øger samtidig risikoen for, at stigmatiseringen bliver internaliseret, hvilket stiller krav til sundhedspersonalet om at de foruden at undgå at være stigmatiserende i deres kommunikation endvidere skal overkomme patientens oplevelse af skyld (Lundell et al., 2020). Det kan antages, at patienten med KOL kan opleve stigmatisering samt forstærket skyldfølelse, såfremt sundhedspersonalet i behandlingen af patienten har et større fokus på, *at* patienten ryger og et mindre fokus på, *hvorfor* patienten ryger. Derfor kan arbejdet med OHL være essentielt for, at sundhedspersonalet yder en gensidigt respektfuld kommunikation, medtænker fundamentale årsager til rygning samt tilpasser deres tilgang til den enkelte patient med baggrund i de fundamentale årsager. Dette med hensigten om at minimere patientens følelse af stigmatisering, reducere den internaliserede stigmatisering og samtidig øge patientens egen kompetence til at håndtere sin sygdom.

Foruden risiko for stigmatisering kan det fremanalyseres, at manglende compliance fra patientens side er endnu en utilsigtet konsekvens, der kan opstå ved et mindre fokus på OHL. Den manglende compliance kan endvidere formodes at opstå, såfremt det ikke lykkes at skabe forståelse mellem personale og patient, da der kan være risiko for, at patienten oplever, at behandlingen til vedkommende ikke tager udgangspunkt i hans eller hendes behov og livssituation. Herved vil der opstå en boomerangeffekt, hvor den modsatte effekt af det tilsigtede vil ske (Lupton, 1993; Ringold, 2002). Denne boomerangeffekt kan føre til, at patienten med KOL får et dårligere behandlingsoutcome samt

har øget risici for de fremanalyserede negative helbredsrisici, som blev beskrevet i afsnit 2.2. Et øget fokus på OHL kan føre til, at sundhedspersonalet i sin behandling af patienten i højere grad tager højde for patientens distale årsager til usundhed, hvorved sundhedspersonalet også opnår en øget forståelse for patientens sundhedsvalg. Dette kan antagelsesvist modvirke følelsen af stigmatisering hos patienten samt øge compliancen hos denne. Herved vil risikoen for boomerangeffekter minimeres.

2.6 Afgrænsning

Ovenstående problemanalyse har kortlagt, at patienter med KOL har en lav sundhedskompetence sammenlignet med andre patientgrupper, hvilket blandt andet kan forklare, at der hos denne patientgruppe eksisterer en ulighed i sundhed (Aaby, Maindal, et al., 2019). OHL kan være et middel til at reducere denne sociale ulighed i sundhed (Henrard et al., 2021; Okan et al., 2019), hvorfor en forandring af OHL til patienter med KOL kan være relevant. Lungemedicinsk Afdeling har en omfattende erfaring med patienter med KOL og oplever, at patientens sundhedskompetence kan have en betydning for patientens udbytte af de tilbud, der er tilgængelige. Ovenstående problemanalyse har indikeret, at tilpasningen af kommunikation til patienter med differentieret sundhedskompetence har betydning for effekt af behandling. Herfor kan det være relevant at undersøge, hvorledes patienter og personale på Lungemedicinsk Afdeling i Region Nordjylland oplever, at afdelingen tilpasser kommunikationen efter patienters behov.

Sundhedsaftalen for Region Nordjylland indeholder elementer af OHL, hvorfor det kan antydes, at regionen forsøger at tilpasse deres behandling til patientens individuelle niveau af sundhedskompetence. Sundhedsaftalen er dog en hensigtserklæring, hvorfor det ikke vides, om den reelt efterleves i en konkret kontekst. LUP-undersøgelsen viser, at der på Lungemedicinsk Afdeling generelt er høj patienttilfredshed. Til trods herfor kan der fremanalyseres flere faktorer, der kan have indflydelse på, hvorfor patienttilfredsheden er høj. Dette kan give anledning til at afdække den nuværende OHL, herunder særligt afdelingens tilpasning af kommunikation, på Lungemedicinsk Afdeling. Således kan dette understøtte et forandringspotentiale som muligvis kan reducere den sociale ulighed i sundhed for patienter med KOL.

3. Problemformulering

- *Hvordan opfatter patienter og personale den nuværende OHL på Lungemedicinsk Afdeling i Region Nordjylland? Og hvordan kan afdelingen udvikle sin OHL og derved skabe en forandring, som modvirker den sociale ulighed i behandlingen af patienter med KOL?*

Undersøgelsesspørgsmål til spørgeskemaundersøgelsen:

- *Synes patienter og personale, at kommunikationen på Lungemedicinsk Afdeling er tilpasset patienters sundhedskompetence?*
- *Har patienter og personale på Lungemedicinsk Afdeling forskellige opfattelser af den kommunikation, som formidles til patienter med KOL?*

Undersøgelsesspørgsmål til den systematiske litteraturgennemgang:

- *Hvilke kommunikationsstrategier kan understøtte kommunikation mellem sundhedspersonale og patienter med KOL og hermed bidrage til, at patienterne kan håndtere deres sygdom?*

Undersøgelsesspørgsmål til interviewundersøgelsen:

- *Hvilke forandringstiltag, målrettet patienter med KOL, kan ifølge personalet på Lungemedicinsk Afdeling bidrage til en forbedret Kommunikativ Organisatorisk Sundhedskompetence (KOS)?*

4. Operationalisering

Formålet med operationaliseringen i indeværende projekt er at skabe en tydelighed om centrale begreber, som er anvendt i problemformuleringen samt ovenstående undersøgelsesspørgsmål. Følgende begreber operationaliseres: *Lungemedicinsk Afdeling*, *KOS*, *kommunikation* og *kommunikationsstrategier*.

Lungemedicinsk Afdeling

I specialeprojektet benævnes Lungemedicinsk Afdeling på Aalborg Universitetshospital i Region Nordjylland i forkortet version: *Lungemedicinsk Afdeling*.

Kommunikativ Organisatorisk Sundhedskompetence (KOS)

Kommunikativ Organisatorisk Sundhedskompetence (KOS) dækker over en organisations tilpasning af kommunikation efter patientens niveau af sundhedskompetence. Projektet ønsker i undersøgelsen af organisatorisk sundhedskompetence at afgrænse begrebet til KOS.

Kommunikation

Kommunikation forstås i det indeværende projekt som den formidling og udveksling af information, der sker mellem personalet og patienterne på afdelingen. Denne kommunikation kan være af sproglig eller skriftlig karakter. Desuden er kommunikation er også nonverbal, hvor kropssprog, stemmebrug og andre nonverbale signaler anvendes til at gøre et budskab forståeligt (Jacobsen & Thorsvik, 2014). Da kommunikationen foregår mellem mennesker, kan flere elementer påvirke budskabet fra afsender til modtager. Herved spiller associationer, erfaringer, holdninger og følelser ind på den fortolkning, der sker hos modtageren (Jacobsen & Thorsvik, 2014). Modtageren i denne kontekst forstås som patienten. Kommunikationen kan eksistere i alle sammenhænge og i alle dele af patientens forløb.

Kommunikationsstrategier

Med kommunikationsstrategier menes der konkrete strategier, der bevidst anvendes af personalet under kommunikation, der udveksles mellem personalet og patienterne på afdelingen. Dette kan være anvendelse af konkrete kommunikationsteorier, forskellige kommunikationskanaler herunder billede, lyd og tekst, anvendelse af kommunikationsværktøjer og sprogbrug, spørgsmål og forståelsesafklaring.

5. MRC som planlægningsmodel

Projektgruppen har valgt at anvende MRC-frameworket, da denne planlægningsmodel specifikt er målrettet komplekse interventioner (Skivington et al., 2021). Projektets formål om at undersøge den nuværende OHL på Lungemedicinsk Afdeling, samt at afdække potentialet for at udvikle eventuelle forandringstiltag, vurderes også kompleks. Dette med ståsted i at sådan en undersøgelse, og et eventuelt forandringstiltag, fordrer inddragelse af flere interessenter – herunder blandt andet organisatoriske nøglepersoner, patienter og sundhedspersonale. Endvidere angiver MRC-frameworket, at kompleksiteten af en intervention stiger med antallet af grupper eller organisatoriske niveauer interventionen skal målrettes (Skivington et al., 2021). Dette synes også at være tilfældet i indeværende projekt, hvor forbedringsforslagene, som projektet fremkommer med, skal målrettes målgruppen patienter med KOL. Patienter med KOL kan ikke antages at være en homogen gruppe, da patienterne er varierende i forhold til sociodemografiske karakteristika såsom alder, køn, uddannelsesniveau, hvilket fordrer, at personalet under deres arbejdstilgang med KOS, kan foretage differentieret behandling. Herved kan det endvidere formodes, at der i forandringen af OHL skal tages højde for flere forskellige målgrupper, hvor disse indbyrdes også kan påvirke hinanden.

Kompleksiteten af en intervention øges desuden af antallet af komponenter, der er til stede samt interaktionerne mellem disse (Skivington et al., 2021). Dette afspejles desuden i den initierende programteori, hvor flere komponenter skal være tilstede og i sammenspil før, at OHL på Lungemedicinsk Afdeling kan forventes at opnå intenderede effekter. Opsummerende kan det altså argumenteres for, at en undersøgelse og eventuel forandring af OHL synes kompleks, hvorfor det vurderes relevant at anvende MRC-frameworket som planlægningsmodel.

MRC-frameworket består af fire faser (Skivington et al., 2021), hvor projektgruppen i indeværende projekt vil arbejde i *developmentfasen*. Frameworket er dynamisk, hvorfor interventionsarbejdet kan starte i hvilken som helst fase (Skivington et al., 2021). Indenfor hver fase bør forskeren desuden forholde sig til seks kerneelementer, som her oversættes til dansk: *Kontekst, programteori, interessenter, usikkerhed, raffinering* samt *økonomisk overvejelse* (Skivington et al., 2021). Ved kontinuerlig indtænkning af kerneelementerne vil det ifølge Skivington et al. sikres, at der tages højde for kompleksiteten af interventionen (Skivington et al., 2021). Under udviklingsfasen vil projektgruppen arbejde med INDEX-guidance som køreplan for projektet. Dette skyldes, at guiden er udviklet med baggrund i videnskabelig litteratur (O’Cathain et al., 2019), hvormed den skønnes at bidrage til, at interventionsarbejdet i indeværende projekt bliver evidensbaseret. Således antages det, at brug af guiden kan skabe de bedste forudsætninger for, at en forandring af OL til patienter med KOL i højere grad vil opnå intenderede effekter samt være med til at udligne den sociale ulighed. Nedenstående Tabel 1 skildrer, hvorledes INDEX-guidance konkret vil anvendes i relation til projektet. Under hver fase er det beskrevet, hvilke kerneelementer projektgruppen særligt vil forholde sig til. Herved sikres det, at hver fase tager højde for kompleksiteten af udviklingen af OHL til patienter med KOL.

Trin 1	Plan development	Dannelse af projektgruppe samt tildeling af projektforslag og vejleder. Projektperioden planlægges ved brug af projektplanlægningsværktøjer. Indblik i problemfeltet dannes gennem indledende søgninger. <i>Kerneelementer: Usikkerhed.</i>
Trin 2	Involve stakeholders	Indledende møde med praksiskontakt fra Lungemedicinsk Afdeling, hvor projektgruppen får yderligere indsigt i problemfeltet samt i afdelingens nuværende OHL. Desuden udvælges målgruppen for projektet.

		<i>Kerneelementer: Kontekst, interessenter, usikkerhed.</i>
Trin 3	Bring together a team and establish decision-making processes	<p>Afklaring af dataindsamlingsmetoder for indeværende projekt i samarbejde med praksiskontakt fra Lungemedicinsk Afdeling.</p> <p>Spørgeskemaundersøgelse til patienter og personale som afdækker afdelingens nuværende OHL.</p> <p><i>Kerneelementer: Kontekst, interessenter, usikkerhed.</i></p>
Trin 4	Review published research evidens	<p>Indledende søgninger som afdækker den nuværende litteratur indenfor problemfeltet og som anvendes i projektets problemanalyse.</p> <p><i>Kerneelementer: Kontekst, usikkerhed.</i></p>
Trin 5	Draw on existing theories	<p>Anvendelse af teorier som kan være med til at danne en bedre forståelse for problemfeltet, og som anvendes i projektets problemanalyse.</p> <p><i>Kerneelementer: Usikkerhed.</i></p>
Trin 6	Articulate programme theories	<p>Udformning af den initierende programteori med baggrund i spørgeskemaundersøgelsen af patienter og personale samt fund gjort i forbindelse med udarbejdelse af problemanalysen.</p> <p><i>Kerneelementer: Programteori.</i></p>
Trin 7	Primary data collection	<p>Systematisk litteraturgennemgang samt individuelle interviews med personale på afdelingen.</p> <p><i>Kerneelementer: Kontekst, interessenter, usikkerhed.</i></p>
Trin 8	Understand context	<p>Analyse af ovenstående fund og data for at få yderligere indblik i kontekstuelle faktorer som er gældende på Lungemedicinsk Afdeling.</p> <p><i>Kerneelementer: Kontekst, usikkerhed.</i></p>
Trin 9	Anticipate implementation	<p>Analyse af ovenstående fund og data for at få yderligere indblik i hvor der kan være brug for forandring, samt hvilken forandring der kan forbedre OHL på afdelingen..</p> <p><i>Kerneelementer: Kontekst, usikkerhed.</i></p>

Trin 10	Design and refine intervention	<p>Udformning af den reviderede programteori med baggrund i projektets resultater. Angivelse af konkrete forslag til at skabe forandring af OHL på afdelingen således at denne på sigt kan forbedres og være med til at reducere den sociale ulighed i samfundet.</p> <p><i>Kerneelementer: Kontekst, programteori, raffinering, økonomiske overvejelser.</i></p>
Trin 11	End development	Afrapportering af projekts resultater, som afspejler en afslutning af indeværende projekt.

Tabel 1: Skildring af anvendelse af INDEX-guidance i forhold til indeværende projekt.

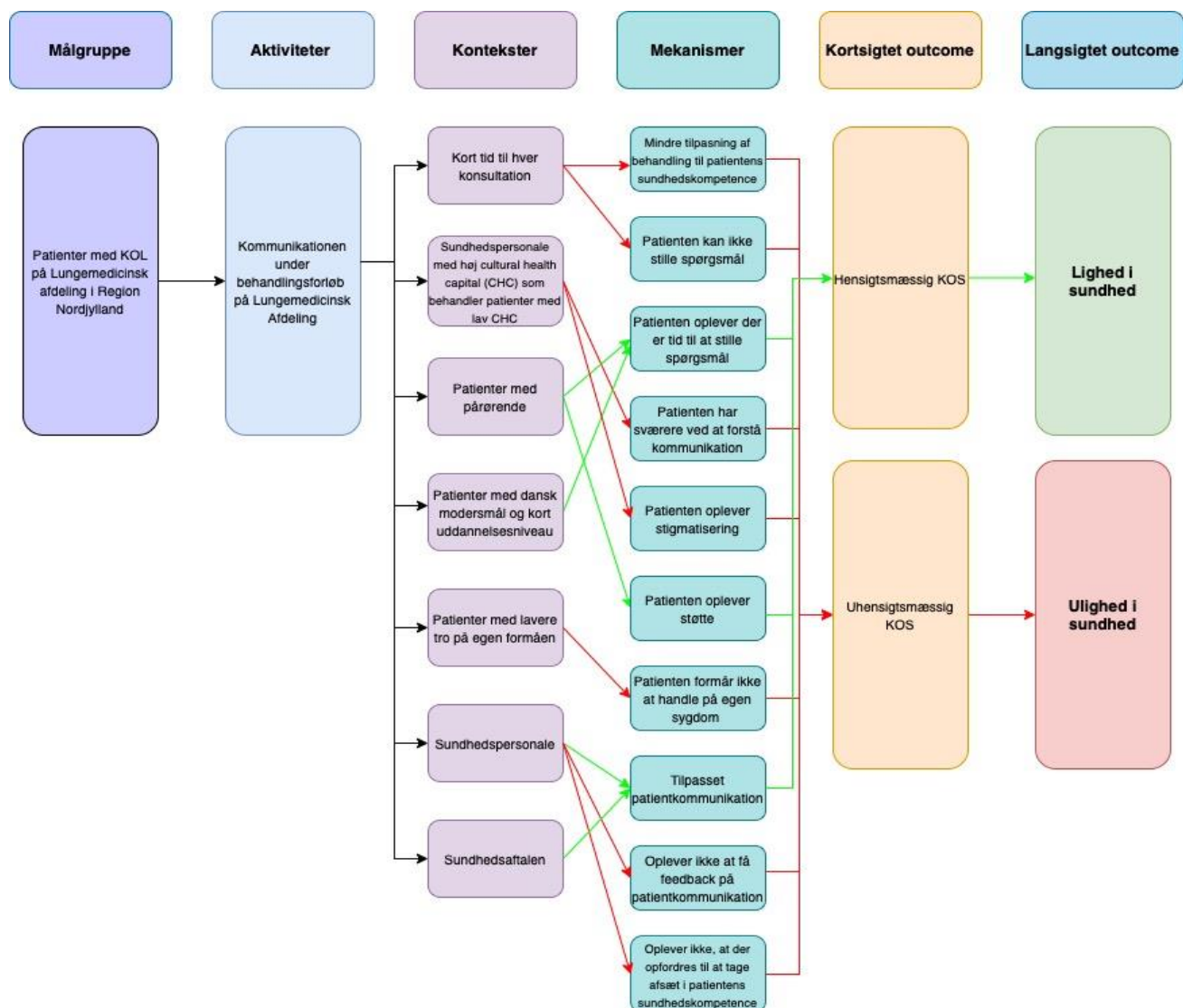
6. Initierende programteori

Der er nedenstående, jævnfør projektets 6. Trin i INDEX-guidance, udformet en initierende programteori. Denne tager afsæt i resultater fra spørgeskemaundersøgelsen, som undersøger KOS på Lungemedicinsk Afdeling, samt fund fra projektets problemanalyse. Der er valgt at inkludere de statistiske resultater fra spørgeskemaundersøgelsen, som har et minimum konfidensinterval på 50 % eller en signifikant OR. Den statistiske analyse er præsenteret i afsnit 9.1. Dette afsnit kan med fordel læses før nedenstående programteori, da dette kan øge forståelse for de CMO-konfigurationer, som præsenteres.

Ifølge Krogstrup (2016) kortlægger en programteori hypoteser om: ”Hvad virker, for hvem, i hvilken sammenhæng?”. Herved kan programteorien også være med til at indikere, hvilke aktiviteter, kontekster og mekanismer, der kan medføre en hensigtsmæssig KOS for patienterne på Lungemedicinsk Afdeling, samt hvilke aktiviteter, kontekster og mekanismer, der kan medføre en uhensigtsmæssig KOS.

Fund i den initierende programteori skal ydermere, jævnfør projektets 7. trin i INDEX-guidance, forsøge at bidrage med viden om, hvor der forefindes potentiale for etablering af forandringstiltag, som på sigt kan forbedre KOS på Lungemedicinsk Afdeling. Disse potentielle forandringsområder vil undersøges nærmere gennem den systematiske litteraturgennemgang samt i forbindelse med den kvalitative analyse.

I det følgende afsnit præsenteres argumentationen for den programteori, som kan ses i Figur 3.



Figur 3: Initierende programteori over CMO-konfigurationer, som opstår på Lungemedicinsk Afdeling.

6.1 Målgruppe

Målgruppen er patienter med KOL på Lungemedicinsk Afdeling. Denne målgruppe er udvalgt med ståsted i projektets problemanalyse, som har vist, at særligt patienter med KOL er en patientgruppe, hvori der forekommer en social ulighed i sundhed.

6.2 Aktiviteter

Aktiviteten i den initierende programteori er *Kommunikationen under behandlingsforløb på Lungemedicinsk Afdeling*, hvilken netop er valgt, da projektet fortrinsvis ønsker at fremanalysere, hvilke kontekster og mekanismer, som bliver udledt af den nuværende kommunikation mellem patienten med KOL og den sundhedsprofessionelle.

6.3 Kontekster, mekanismer og outcomes

I det følgende afsnit vil de CMO-konfigurationer, der vurderes afgørende for afdelingens nuværende KOS-niveau, blive præsenteret. Argumentationen for CMO-konfigurationerne i den initierende programteori præsenteres ud fra de syv kontekstuelle faktorer, der blev identificeret på Lungemedicinsk Afdeling. Disse kontekster aktiverer forskellige mekanismer, som vurderes udslagsgivende i relation til KOS.

6.3.1 Kort tid til hver konsultation

I den initierende programteori blev *Kort tid til hver konsultation* (C) fremanalyseret som en kontekstuel faktor på Lungemedicinsk Afdeling, der kunne have en negativ indflydelse på afdelingens KOS. *Kort tid til hver konsultation* (C) blev identificeret på baggrund af fund fra problemanalysen samt spørgeskemaundersøgelsen. I problemanalysen blev det beskrevet, hvorledes organisatoriske økonomiske faktorer i samfundet kunne have en negativ indflydelse på den sociale ulighed i sundhed. Dette da de organisatoriske økonomiske rammer, som det danske sundhedsvæsen er underlagt, i høj grad tilstræber effektivitet, hvilket kan medføre, at der ikke tages højde for at tilpasse den enkelte behandling til patientens sundhedskompetenceniveau. Lungemedicinsk Afdeling er også underlagt disse organisatoriske økonomiske rammer, hvorfor *Kort tid til hver konsultation* (C) kan fremanalyseres som en kontekstuel faktor på afdelingen, som kan lede til den utilsigtede mekanisme *Mindre tilpasning af behandling til patientens sundhedskompetence* (M). Denne mekanisme kan, på baggrund af fund fra problemanalysen, formodes at lede til *Uhensigtsmæssig KOS* (O), hvilket slutteligt kan skabe *Ulighed i sundhed* (O).

Det blev desuden udledt, at konteksten *Kort tid til hver konsultation* (C) også kunne lede til den utilsigtede mekanisme *Patienten kan ikke stille spørgsmål* (M). Denne C-M-konfiguration blev udledt på baggrund af spørgeskemaundersøgelsen, idet 80 % af de adspurgte sygeplejersker på Lungemedicinsk Afdeling var uenige i, at de havde tid til at svare på patientens spørgsmål omkring deres sygdom samt behandlingen heraf. Dette kan indikere, at sygeplejerskerne opfatter, at der er for kort tid til hver konsultation, da de under konsultationen ikke oplever at have tid til at besvare patientens spørgsmål. Desuden blev det på baggrund af spørgeskemaundersøgelsen fundet, at sundhedspersonalet, sammenlignet med patienterne, havde en OR på 46,67 (1,39-e) for ikke at have en opfattelse af, at der på Lungemedicinsk Afdeling var tid til, at patienten kunne stille spørgsmål. Denne OR var statistisk signifikant, men fremkommet på baggrund af få besvarelser. Dog kan det muligvis indikere, at sygeplejerskerne ikke oplever at have tid til at besvare patientens spørgsmål. På

baggrund af fund fra spørgeskemaundersøgelsen kan *Kort tid til hver konsultation* (C) medføre, at *Patienten ikke kan stille spørgsmål* (M). Når patienten ikke kan stille spørgsmål, kan dette formodes at lede til *Uhensigtsmæssig KOS* (O).

6.3.2 Sundhedspersonale med høj Cultural Health Capital (CHC)

Sundhedspersonale med høj CHC (C) blev, på baggrund af fund fra problemanalysen, desuden fremanalyseret som en tilstedeværende kontekstuel faktor på Lungemedicinsk Afdeling. Dette skyldes, at det må formodes, at de organisatoriske relationelle faktorer, der blev fremanalyseret i problemanalysen i relation til problemfeltet, ligeledes kan være tilstedeværende på Lungemedicinsk Afdeling. I problemanalysen blev det i lyset af Shim (2010) fremanalyseret, hvordan graden af CHC hos patienten var afgørende for, hvordan patient-behandler-interaktionen udformede sig. På Lungemedicinsk Afdeling kan det formodes, at personalet, som på andre specialiserede afdelinger i sundhedsvæsenet, har en høj CHC. Dette kan øge risikoen for, at sundhedspersonalet får en dårligere interaktion med patienter med lavere CHC, da personalet og patientens CHC ikke er ligeværdig (Shim, 2010). I interaktionen kan der, i lyset af Shim (2010), være risiko for, at patienten kan have sværere ved at forstå den sundhedsprofessionelle. Hermed kan *Sundhedspersonale med høj CHC som behandler patienter med lav CHC* (C) lede til den utilsigtede mekanisme *Patienten har sværere ved at forstå kommunikationen* (M). Dette kan formodes at gøre det sværere for patienten at håndtere egen sygdom (O).

Projektets problemanalyse udleder, at patienter med lav CHC, foruden at have svært ved at forstå, hvad sundhedspersonalet siger, også kan opleve at føle sig stigmatiseret. Derfor blev der desuden sat en pil fra *Sundhedspersonale med høj CHC som behandler patienter med lav CHC* (C) som ledte til den utilsigtede mekanisme *Patienten oplever stigmatisering* (M). Når en patient oplever stigmatisering, kan det formodes at føre til, at der ydes *Uhensigtsmæssig KOS* (O). Dette kan lede til, at der sker en *Ulighed i sundhed* (O).

6.3.3 Patienter med pårørende

Patienter med pårørende (C) var desmere en kontekstuel faktor, som blev fremanalyseret på Lungemedicinsk Afdeling. Denne kontekstuelle faktor fremkom særligt på baggrund af, at 100 % af de adspurgte patienter, der havde pårørende, oplevede, at deres pårørende var en støtte for dem. Derfor blev der sat en pil fra *Patienter med pårørende* (C) til den tilsigtede mekanisme *Patienten oplever støtte* (M). I problemanalysen blev det beskrevet, hvordan støtte for pårørende medførte, at patienten i højere grad var i stand til at håndtere egen sygdom. *Patienter med pårørende* (C) kunne desuden

aktivere en anden tilsigtet mekanisme *Patienten oplever der er tid til at stille spørgsmål* (M). Denne mekanisme fremkom ligeledes på baggrund af spørgeskemaet. 90 % af de patienter som havde pårørende, oplevede at der var tid til, at de kunne stille spørgsmål under konsultationen. Det er ikke muligt at udlede, hvad der kan være årsag til, at denne mekanisme aktiveres hos de patienter, der har pårørende. Dog kan det formodes, at mekanismen *Patienten oplever, at der er tid til at stille spørgsmål* (M) kan medføre *Hensigtsmæssig KOS* (O). Denne formodning gør sig gældende qua projektets problemanalyse, samt baggrundsviden indenfor problemfeltet, som udleder, at tidsmangel under konsultationer kan medføre, at patienten ikke har mulighed for at stille spørgsmål omkring sygdom og behandling. Herved kan der opstå misforståelser, der potentielt kan føre til, at patienten ikke formår at håndtere sin sygdom korrekt.

6.3.4 Patienter med dansk modersmål og kort uddannelsesniveau

Patienter med dansk modersmål og kort uddannelsesniveau (C) blev endvidere præsenteret som en kontekst i den initierende programteori. Denne kontekstuelle faktor fremkom på baggrund af spørgeskemaundersøgelsen, hvor 90 % af patienter med dansk som modersmål samt 89 % af patienterne med kort uddannelsesniveau var enige i, at der på Lungemedicinsk Afdeling var tid til at patienterne kunne stille spørgsmål omkring deres sygdom samt håndteringen af denne. Der bør dog tages forbehold for, at disse kontekstuelle faktorer er fremkommet på et begrænset respondentgrundlag. Derfor blev der sat en pil fra *Patienter med dansk modersmål og kort uddannelsesniveau* (C) til den tilsigtede mekanisme, *patienten oplever der er tid til spørgsmål* (M). Denne kan formodes at lede til *Hensigtsmæssig KOS* (O).

6.3.5 Patienter med lavere tro på egen formåen

Patienter med lavere tro på egen formåen (C) var endnu en kontekstuel faktor, som blev udledt. Denne kontekstuelle faktor fremkom på baggrund af projektets problemanalyse, hvor det blev fremhævet, at personer fra lavere sociale klasser kan have en lavere tiltro til at kunne håndtere egen sygdom. Projektets problemanalyse har udledt, at patienter med KOL, sammenlignet med andre patientgrupper, i højere grad stammer fra lavere socialklasser. Samtidig viser projektets spørgeskemaundersøgelse, at 75 % af de adspurgte KOL-patienter, som havde haft et forløb på Lungemedicinsk Afdeling, havde et kort uddannelsesniveau. Hermed kan det antages, at en del af de KOL-patienter, som kommer på Lungemedicinsk Afdeling, stammer fra en lavere socialklasse. Hermed kan der argumenteres for, at der blandt disse også vil være nogle *Patienter med lavere tro på egen formåen* (C). Med baggrund i

problemanalysen blev der sat en pil fra *Patienter med lavere tro på egen formåen (C)* til *Patienten formår ikke at handle på egen sygdom (M)*. Dette formodes at føre til *Uhensigtsmæssig KOS*.

6.3.6 Sundhedspersonale

Sundhedspersonale (C) anses som en kontekstuel faktor på Lungemedicinsk Afdeling. Dette i og med at sundhedspersonalets erfaring, evner og oplevelse af patienten påvirker deres tilgang til patienten, og derved har indflydelse på niveauet af KOS. Spørgeskemaundersøgelsen viste, at sundhedspersonalet havde en forståelse af, at de anvender en *Tilpasset patientkommunikation (M)*, som derved opstår som mekanisme. Denne mekanisme fremgår som element i V-HLO modellens matrix, og er derved en måde at opnå et højere niveau af OHL. Tilpasset patientkommunikation førte derfor til *Hensigtsmæssig kommunikativ OHL (O)*. Konteksten *Sundhedspersonale (C)* kan på baggrund af spørgeskemaundersøgelsen ydermere medføre mekanismerne *Oplever ikke at få feedback på patientkommunikation (M)* og *Oplever ikke, at der opfordres til at tage afsæt i patientens sundhedskompetence (M)*. Disse to mekanismer er begge, qua V-HLO-modellen, afgørende for en organisations niveau af OHL, hvorfor de formodes at lede til *Uhensigtsmæssig KOS (O)*.

6.3.7 Sundhedsaftalen

Projektets problemanalyse belyser, at *Sundhedsaftalen (C)* har en væsentlig betydning for den behandling, som patienterne får på afdelingen. *Sundhedsaftalen (C)* opfordrer overordnet til en *Tilpasset patientkommunikation (M)* som formodes at lede til *Hensigtsmæssig KOS (O)*.

Opsummerende kan det på baggrund af de fund projektet har gjort i forbindelse med problemanalysen, samt spørgeskemaundersøgelsen udledes, at Lungemedicinsk Afdeling generelt udfører hensigtsmæssig KOS. Dette kan blandt andet understøttes af LUP-undersøgelsen, som viser en overordnet tilfredshed med behandlingen hos patienter på Lungemedicinsk Afdeling. Der kan dog ses flere CMO-konfigurationer, der indikerer, at der kan være grundlag for forandringstiltag, der kan øge afdelingens KOS. Eksempelvis ses det, at der er kort tid til hver konsultation, hvilket kan medføre, at der ikke sker en tilpasning af kommunikationen til patientens sundhedskompetence. Sundhedspersonalet på Lungemedicinsk Afdeling har desuden en opfattelse af, at deres ledelse ikke opfordrer til at tage afsæt i patientens sundhedskompetence, hvorfor dette kan føre til *Uhensigtsmæssig KOS*. Endvidere har det sundhedsfaglige personale en opfattelse af ikke at få feedback på deres kommunikation, hvorfor det reelt ikke kan vides, hvorvidt sundhedspersonalet formår at tilpasse kommunikationen til patientens sundhedskompetenceniveau. Der vil efterfølgende tages afsæt i fund

fra den initierende programteori, hvor der vil undersøges for mulige forandringstiltag af KOS på Lungemedicinsk Afdeling.

7. Kritisk realisme som videnskabsteoretisk position

En kritisk realistisk videnskabsteoretisk position kan bidrage til at afdække de aktuelle kontekstuelle forhold og mekanismer, der eksisterer i den konkrete organisation, hvilket kan bidrage til at skabe en forandring for målgruppen (Buch-Hansen & Nielsen, 2012). Kritisk realisme har gennem projektets initierende programteori bidraget til at kortlægge underliggende kontekster og generative mekanismer, som kan have indflydelse på den sociale ulighed i sundhed hos patienter med KOL (CMO-konfigurationer). Denne viden har medført, at projektgruppen efterfølgende har kunne afsøge mulige forandringsforslag relateret til problemstillingen. Kritisk realisme positionerer sig imellem positivismen og socialkonstruktivismen (Buch-Hansen & Nielsen, 2012). Kritiske realister anerkender hermed, at bedrivelse af viden kan ske indenfor et bredt vidensfelt, hvor både kvantitative og kvalitative metoder kan anvendes, hvilket projektgruppen også har benyttet i indeværende projekt for at danne det bedste grundlag for forandring.

Det ontologiske afsæt indenfor kritisk realisme antager, at verden eksisterer uafhængigt af vores forestillinger om den (Danermark et al., 2019). Dette ontologiske afsæt benævnes også den *intransitive dimension* (Danermark et al., 2019). Den intransitive dimension antager, at den eksisterende virkelighed er dyb og kan inddeles i tre domæner: *Det empiriske domæne, det faktiske domæne og det dybe domæne* (Danermark et al., 2019). Kritisk realisme forsøger at kortlægge kontekster og mekanismer på det dybe domæne, selvom det anerkendes, at disse kun er mulige at erkende indenfor det empiriske domæne (Buch-Hansen & Nielsen, 2012).

Det empiriske domæne indeholder de observationer og erfaringer, man kan gøre sig om virkeligheden (Danermark et al., 2019). Epistemologien indenfor kritisk realisme tager således afsæt i det empiriske domæne og benævnes den *transitive dimension* (Danermark et al., 2019). I projektet vil der epistemologisk erfares viden gennem spørgeskemadata, en systematisk litteraturgennemgang samt en kvalitativ analyse, hvorved projektets konklusioner dannes på baggrund af disse. En kritisk realistisk tilgang antager, at den genererede viden ikke er sikker, da alt viden er socialt konstrueret (Danermark et al., 2019). Dette betyder, at den aktuelle viden, som fremanalyseres i projektet, kan være behæftet med en grad af usikkerhed og eventuelle fejlkonklusioner. Derfor har projektgruppen forsøgt at forholde sig kritisk og reflekteret til projektets resultater. Projektgruppen anerkender, med baggrund i

den epistemologiske position inden for kritisk realisme, at andre andre observationer kunne have ført til andre forandringsmuligheder.

Indenfor kritisk realisme arbejder man metodologisk med *retroduktion* og *abstraktion* i dannelsen af ny viden (Danermark et al., 2019). Retroduktion er bevægelsen fra konklusionen til den partikulære præmis (Danermark et al., 2019). I Danmark kan der beskrives en ulighed i sundhed hos patienter med KOL, hvilket projektets problemanalyse har belyst mulige forklaringer på. Denne konklusion danner via retroduktion udgangspunkt for projektets analyse. Projektets initierende programteori har desuden kortlagt kontekster og mekanismer, som har kunnet fremanalysere mulige forklaringer på, at patienter med KOL kan have svært ved at følge behandlingen på Lungemedicinsk Afdelingen. Denne kortlægning vil danne grundlag for en videre abstraktion. Abstraktion betyder, at man i tanken udvælger og isolerer de mest betydningsfulde strukturer og mekanismer og ser på, hvordan disse virker i en konkret kontekst (Danermark et al., 2019). I projektet anvendes abstraktion, når projektgruppen, på baggrund af kortlægningen af den initierende programteori, udvælger kontekster og mekanismer som kan lede til de negative behandlingsudfald for patientgruppen, hvorfor disse har et særligt forandringspotentiale. Opsummerende kan projektgruppen qua en kritisk realistisk position identificere, hvor der er behov for forbedring indenfor problemfeltet, hvorved denne forbedring gennem yderligere afdækning af problemfeltet kan imødekommes.

8. Metode

8.1 Kvantitativ metode - Spørgeskema

Indeværende projekt har udarbejdet en spørgeskemaundersøgelse, hvilken havde til formål at afdække den nuværende KOS på Lungemedicinsk Afdeling jævnfør INDEX-guidance trin 3. Det blev af projektgruppen vurderet afgørende for at belyse, hvor der kunne være grundlag for forandringstiltag. Spørgeskemaundersøgelsen bestod af to spørgeskemaer. Et af disse henvendte sig til patienter med KOL, som havde haft et forløb på Lungemedicinsk Afdeling, mens det andet henvendte sig til personalet på Lungemedicinsk Afdeling. De statistiske sammenhænge, som fremkom på baggrund af spørgeskemaerne, skulle anvendes til at udarbejde projektets initierende programteori samt til at danne grundlag for projektets interviewguide.

Spørgeskemaundersøgelsen havde til hensigt at besvare følgende undersøgelsesspørgsmål: *Synes patienter og personale, at kommunikationen på Lungemedicinsk Afdeling er tilpasset patienters*

sundhedskompetence? Har patienter og personale på Lungemedicinsk Afdeling forskellige opfattelser af den kommunikation, som formidles til patienter med KOL?

Der blev, som første led af udarbejdelsen af spørgeskemaerne, komponeret en spørgematrix (Bilag 1). Denne matrix skildrer de forskellige spørgsmål, hvor hver enkelt spørgsmål tager afsæt i baggrundsviden og teori, hvilket ifølge Olsen (2006) er en nødvendighed for at øge validiteten i udformningen af spørgsmål. Spørgsmålene er dannet med afsæt i V-HLO modellens standarder 1 og 3-6, hvilket ses afspejlet i Figur 2 under afsnit 2.4.1. Disse standarder blev vurderet anvendelige til at kunne afdække den nuværende KOS på Lungemedicinsk Afdeling, hvilket som beskrevet var formålet med spørgeskemaundersøgelsen.

Spørgeskemaet indeholder en kombination af faktuelle spørgsmål og holdningsspørgsmål. De faktuelle stillede spørgsmål, som for eksempel køn, alder og uddannelsesniveau, søger at afdække demografiske forhold med henblik på at indsamle baggrundsoplysninger, der kan generere interessante demografiske forskelle hos respondenterne. De holdningsspecifikke spørgsmål blev opstillet, så de kunne besvares på en likert-like skala. En likert-skala er karakteriseret ved, at svarene er horisontalt arrangeret omkring en neutral midte med verbale ankre yderst (Olsen, 2006). Dette kan i spørgeskemaerne ses ved, at den midterste svarmulighed er *Hverken uenig eller enig*, mens de ydre svarmuligheder er *Meget enig* og *meget uenig* - dog med et *Ønsker ikke at svare* i den ene yderlighed. Svarmuligheden *Ønsker ikke at svare* bevirker, at holdningsspørgsmålene ikke fuldstændig efterlever kravene for at være på en likert-skala, hvorfor de istedet kendetegnes som værende på en likert-like-skala (Olsen, 2006). Der var under udformningen af spørgeskemaerne endvidere fokus på, at svarkategorierne blev udtømmende. Dette betyder, at alle muligheder skal rummes, hvorved respondenterne ikke føler sig nødsaget til at vælge en svarmulighed, de ikke er enige i (Olsen, 2006). Hermed blev en kategori med *Ønsker ikke at svare* vurderet vigtig til trods for, at svarmulighederne ikke ville følge en likert-like-skala.

Første udkast til spørgeskemaundersøgelsen blev sendt til vejleder med ønske om feedback. Dette som led i at forsøge at højne validiteten. Validitet udtrykker en undersøgelses evne til at bestemme den "sande værdi" - det vil sige at måle det, som man har til hensigt at måle (Gut et al., 2011). Formålet med vejleders feedback på spørgeskemaundersøgelsen var at sikre, at spørgsmålene var forståelige. Yderligere blev vejleder bedt om at vurdere, hvorvidt de udarbejdede spørgsmål havde potentiale til at besvare projektets undersøgelsespørgsmål. Spørgeskemaundersøgelsen blev endvidere pilottestet, hvor fokus særligt var på at klarlægge, hvorvidt spørgsmålene var forståelige og entydige, samt om længden og rækkefølgen af spørgsmål var optimal. Denne pilottestning foregik ved, at

spørgeskemaerne blev gennemført af venner og familie til projektgruppens medlemmer, hvor der blev foretaget en kvalitativ validering af skemaerne gennem strukturerede interviews (Gut et al., 2011). Efter denne pilottestning blev spørgeskemaerne bearbejdet ind i Survey-Xact, hvorefter links med tilgang til spørgeskemaerne blev konstrueret.

8.1.1 Rekruttering af respondenter

Projektet har som beskrevet etableret et samarbejde med Lungemedicinsk Afdeling, hvorfor projektgruppen fandt det væsentligt at indsamle respondenter indenfor denne kontekst. Besvarelser fra personale blev indhentet gennem et link til spørgeskemaundersøgelsen, som blev udsendt via en fælles mailgruppe for personale, der er tilknyttet afdelingen.

Projektgruppen valgte, efter aftale med afdelingen, at rekruttere patienter til spørgeskemaundersøgelsen under en konsultationsdag for patienter med KOL i Lungeambulatoriet. Der var 6 patienter på programmet denne dag. Projektgruppen valgte i samarbejde med ambulatoriepersonalet, at proceduren for indsamlingen af spørgeskemaerne skulle foregå ved, at et af projektets gruppemedlemmer stod klar med en Ipad udenfor konsultationsdøren. Sygeplejersken kunne således, under konsultationen, forberede patienten på, at vedkommende ville blive bedt om at udfylde et spørgeskema efter endt konsultation.

Indledningsvis adspurgte gruppemedlemmet, om den pågældende patient ville deltage i spørgeskemaet. Patienterne fik udleveret en iPad, hvis denne svarede ja til at deltage i spørgeskemaundersøgelsen. En iPad blev foretrukket som svarredskab, da denne sikrede nem adgang for patienten til spørgeskemaet. Gruppemedlemmerne holdt sig tæt på patienten, så der var mulighed for at besvare spørgsmål, hvis der var tvivl om forståelsen på disse. Projektgruppen havde, efter besøget på Lungeambulatoriet, et ønske om at indsamle flere patientbesvarelser, da dette antagelsesvist ville øge spørgeskemaets validitet og reliabilitet (Olsen, 2006). Derfor tog gruppen kontakt til Nordkraft i Aalborg, som Aalborgs Sundhedscenter er en integreret del af. Her kan patienter henvende sig, hvis de lever med en kronisk sygdom (Nordkraft, u.å.). Gruppen fik kontakt til en leder. Efter korrespondance med lederen fik gruppen udleveret mailadresser til 7 personer med KOL, som havde givet samtykke til at modtage spørgeskemaet.

Projektgruppen ønskede efterfølgende flere patientbesvarelser til undersøgelsen, hvorfor linket til spørgeskemaundersøgelsen også blev lagt op på en lukket Facebookside for personer med KOL. Dette bidrog med yderligere 6 respondenter.

8.1.2 Statistisk analyse

I det følgende afsnit vil projektets metode til analyse af de kvantitative data, fremkommet ved spørgeskemaundersøgelsen, blive beskrevet. Indledende beskrives datagrundlaget, herefter beskrives datamanagement. Efterfølgende vil den statistiske analyse, samt argumentationen herfor, præsenteres.

8.1.2.1 Datagrundlag

Data fra spørgeskemaundersøgelsen for patienter og personale er grundlag for den kvantitative analyse. Der blev i spørgeskemaet til patienter angivet personfølsomme oplysninger, hvorfor data blev opbevaret og håndteret via et krypteret eksternt drev for derved at sikre, at de personfølsomme oplysninger ikke blev offentlig tilgængelige. Initierende blev datasættet sorteret, og alle personhenførbare oplysninger blev droppet fra det datasæt, der efterfølgende indgik i projektets analyser. Dette for at sikre forskningsetiske principper (Datatilsynet, u.å.).

Som det fremgår af beskrivelsen af afsnittet *Rekruttering af respondenter*, er der forsøgt at opnå så stort datagrundlag for patientbesvarelser som muligt. Dog lykkedes det kun at rekruttere 8 patienter, der blev adspurgt personligt om deltagelse. Disse blev, som beskrevet, rekrutteret via fremmøde til konsultation i ambulatoriet samt via Nordkraft. Ligeledes blev der forsøgt at rekruttere besvarelser via en Facebookgruppe, hvilket resulterede i yderligere 6 besvarelser, hvorved det endelige antal af patientbesvarelser blev 14. Fra personalegruppen kom der 20 besvarelser. Alle data er indsamlet samtidig, og derved kan der ikke udledes kausalitet mellem variable, men kun udledes associationer (Juul et al., 2017). Der er deslige et så begrænset antal respondenter af både personale- og patientbesvarelser, at associationerne ikke kan siges at være sikre på trods af eventuelle statistisk signifikans.

8.1.2.2 Opstilling af hypoteser

Som led i at kunne udføre den statistiske analyse blev følgende hypoteser opstillet til analyse af undersøgelsesspørgsmålene:

1. Sammenhængen mellem patienters opfattelse af kommunikationen

H_0 : *Der er ingen sammenhæng mellem patienters baselinekarakteristika og opfattelse af kommunikationen.*

H_a : *Der er sammenhæng mellem patienters baselinekarakteristika og opfattelse af kommunikationen.*

2. Sammenhængen mellem personales opfattelse af kommunikationen

H_0 : *Der er ingen sammenhæng mellem personalets baselinekarakteristika og opfattelse af kommunikationen.*

H_1 : *Der er sammenhæng mellem personalets baselinekarakteristika og opfattelse af kommunikationen.*

3. Sammenhængen mellem patienters og personales opfattelse af kommunikationen

H_0 : *Der er ingen sammenhæng mellem personalets og patienters opfattelse af kommunikationen.*

H_1 : *Der er sammenhæng mellem personalets og patienters opfattelse af kommunikationen.*

8.1.2.3 Datamanagement

Do-filer med datamanagement og statistiske analyser af datasæt i STATA kan ses i Bilag 4. Logfiler med outputs og resultater af den statistiske analyse kan ses i Bilag 5.

Efter data blev indsamlet via SurveyXact, blev det eksporteret via en .csv-fil til statistikprogrammet STATA, som blev anvendt til de statistiske analyser. Herefter blev data klargjort. Planen for klargøring af data indeholder følgende trin; overblik over det rå datasæt, drop af variabler indeholdende personfølsomme data, re-kodning af variabelnavne og labels, håndtering af missing-værdier og retning af fejl i data. Efter klargøring af data blev der lagt en overordnet plan for de statistiske analyser, hvor der blev taget stilling til, hvilke svarkategorier, der måtte kollapses, samt hvornår der skulle oprettes nye variable.

Under klargøringstrinnene blev det fundet, at spørgsmål 7 og 8 omhandlende tilgængelighed om kontaktoplysninger ikke havde genereret svar for størstedelen af respondenterne. Dette var sket grundet en fejl i opsætningen af filterspørgsmål under konstruktionen af spørgeskemaet i Survey-Xact. Dette spørgsmål blev derfor droppet.

Under datamanagement blev der endvidere taget stilling til håndtering af missing-værdier. Missing-værdier er angivet til ”.” i STATA, og indgår derved ikke som et tal i datasættet. Det blev testet, at STATA ekskluderede missing-værdier i de anvendte analyser.

Der var mulighed for at svare *Ønsker ikke at svare* i spørgeskemaet. De observationer, der indeholdte denne værdi, blev håndteret ved at oprette nye variable, der ikke medtog disse observationer.

Til besvarelse af det andet undersøgelsesspørgsmål var det nødvendigt at sammensætte de to datasæt. Derfor blev der i begge datasæt oprettet en ny variabel *Gruppe*, der angav, at respondenterne tilhørte

personalegruppen angivet med et 1 eller patientgruppen angivet med 0. Efter de separate analyser for datasættene med patienter og personale, blev de to datasæt sammensat ved at ”appende” datasættet med personaledata på datasættet med patientdata. Eftersom at variabelnavne var blevet ensrettet under klargøring af data, kunne STATA genkende de variable, der repræsenterer de samme spørgsmål, hvorved det var muligt at analysere de to grupper. Der var opmærksomhed på, om længden af variable i de separate datasæt var ens, da det ellers kunne give problemer under sammensætningen af datasættene. Det kunne dog konkluderes, at STATA selvstændigt håndterede forskellene i længderne på variablerne.

8.1.2.4 Eksponeringsvariable - baselinekarakteristika

Nedenfor kan der ses, hvordan data er bearbejdet, således at de statistiske analyser kunne udføres. Variable med baggrundsoplysninger for patienter og personale er anvendt som eksponeringsvariable. Fordeling af baselinekarakteristika blev angivet via prævalensproportion med angivelse af konfidensinterval for denne proportion. Samtidig blev der angivet antal respondenter for hver udregning.

Gruppe	Eksponerings variabel	Oprindelig Skala	Dikotomisering
Fælles variabel for patient- og personalegruppen	Køn	Nominal	Kvinde/ Mand
Variable unikke for personalegruppen	Alder	Ratio-interval	30 år eller under/ Over 30 år
	Profession	Ordinal	Sygeplejeske/ Sосу-assistent
	SpørgeromPårørende	Nominal	Ja/Nej
	IndragPårørende	Ordinal	
	KompenserePårørende	Ordinal	
Variable unikke for patientgruppen	Alder	Ratio-interval	65 år eller under/ Over 65 år
	Udd	Ordinal	Kort/Lang
	Modersmål	Nominal	Ja/Nej
	KroniskeSygdomme	Nominal	
	Pårørende	Nominal	
	PårørendeErStøtte	Nominal	

Tabel 2: Variable for baselinekarakteristika for patient- og personalegruppen.

8.1.2.5 Outcomevariable

Outcomevariable er angivet på en ordinal skala med fem svarkategorier. De fem svarkategorier blev kollapsede for at opnå dikotomisering af outcomevariablerne. Alle outcomesspørgsmål havde den samme svarstruktur, og det blev valgt at anvende en ensartet dikotomisering med kollaps af svarkategorierne *Meget enig* og *Enig* til *Enig* og ligeledes med kollaps af *Meget uenig*, *Uenig* og *Hverken enig eller uenig* til *Uenig*.

Gruppe	Outcome-variable	Svarmulighed med labels	Dikotomisering
Fælles outcomvariable for patient- og personalegruppen	InformationTilAtMøde LetforståeligtSkrift LetforståeligtSprog TidtilSpørgsmål	1 = Meget enig 1 = Enig 0 = Hverken enig eller uenig 0 = Uenig 0 = Meget uenig	1 = Enig 0 = Uenig
Outcom variable unikke for personalegruppen	Tilpasserkommunikation Feedback Ledelse		
Outcomvariable unikke for patientgruppen	PersonaletGiverVejledning		

Tabel 3: Dikotomisering af outcom variable

8.1.2.6 Håndtering af effektmodifikation og confounding

Det har ikke været muligt at undersøge effektmodifikationen og potentielle confoundere, da antallet af respondenter var for lavt. Havde der været tilstrækkeligt antal respondenter til disse analyser, kunne metoden Mantel-Henzel have været anvendt til at undersøge, om eksempelvis alder, som en baselinekarakteristika, kunne betragtes som effektmodifikator. Såfremt dette var tilfældet, skulle der tages højde for disse faktorer, men ikke justeres for dem. Oprådte disse co-variabler derimod ikke som effektmodifikatorer, ville der være anvendt logistisk regression, hvorved der kunne undersøges og justeres for disse som eventuelle confoundere.

8.1.2.7 Analyse ved Odds Ratio

Til at belyse associationen mellem baselinekarakteristika og outcomevariablen er anvendt statistisk analyse med en oddsratio. Oddsratio kan anvendes til at sammenligne variable med et binært outcome, og derved give et estimat af associationen mellem disse (Kirkwood et al., 2003). Ved at udtrykke associationen via en OR kan de opstillede H₀-hypoteser testes. For angivelse af signifikans er der ved

den afsluttende analyse mellem grupperne personale og patient angivet en P-værdi. Der er ud fra almindelig forskningspraksis valgt et signifikansniveau på 0,05 (Juul et al., 2017).

8.2 Systematisk Litteraturgennemgang

8.2.1 Indledende søgning

For at få et indblik i problemfeltet blev der i indeværende projekt foretaget en indledende søgning, hvor der blev udført flere ikke-systematiske søgninger på Google samt i videnskabelige databaser som PubMed og Embase. Med baggrund i den fundne litteratur blev der efterfølgende foretaget kædesøgninger, hvor det var relevant. Kædesøgning kan med fordel anvendes som søgestrategi til at få indsigt i andre relevante referencer (Buus et al., 2008), hvilket ligeledes var formålet med at anvende kædesøgning i indeværende projekt. Den indledende søgning danner grundlag for projektets problemanalyse, og de anvendte referencer i problemanalysen afspejler således den viden, projektgruppen havde om problemfeltet forinden dannelsen af problemformuleringen. Endvidere hjalp den indledende søgning med at opstille søgestrategien til den systematiske søgning, da den var med til at danne indsigt i anvendte termer indenfor problemfeltet.

8.2.2 Systematisk søgning

Den systematiske litteraturgennemgang anvendes i indeværende projekt i trin 7 jævnfør INDEX-guidance og er således en del af projektets primære dataindsamling. Litteraturgennemgangen har til hensigt at besvare det opstillede undersøgelsesspørgsmål: *Hvilke kommunikationsstrategier kan understøtte kommunikation mellem sundhedspersonale og patienter med KOL og hermed bidrage til, at patienterne kan håndtere deres sygdom?*

Fund fra litteraturgennemgangen vil i projektet anvendes til at udforme spørgsmål til interviewguiden samt til at fremkomme med mulige forandringsforslag, som kan forbedre KOS på Lungemedicinsk Afdeling.

8.2.3 Valg af databaser

Med afsæt i projektets problemformulering er der foretaget videnskabelige søgninger i følgende fire søgedatabaser: Embase, CINAHL, Psycinfo og Pubmed. Dette med henblik på at finde relevant evidens, der kunne understøtte besvarelsen af undersøgelsesspørgsmålet. Videnskabelige databaser er emnespecifikke og kan hermed bidrage med evidens indenfor hver deres område (Stenbæk & Jensen, 2007). Embase blev anvendt i den systematiske søgning, da denne database dækker et stort

biomedicinsk område inden for europæisk litteratur (Embase, 1974). Netop den biomedicinske vinkel synes relevant indenfor projektets problemfelt og tilhørende undersøgelsesspørgsmål, da de søgte kommunikationsstrategier ønskes skildret i relation til kroniske sygdomme, herunder særligt KOL. Pubmed er, ligesom Embase, en stor videnskabelig database inden for biomedicin/medicin (PubMed, u.å.). Pubmed publicerer dog hovedsageligt amerikanske studier, hvorfor denne og Embase geografisk supplerer hinanden godt. CINAHL og Psycinfo blev også udvalgt til den systematiske søgning. Disse databaser indeholder litteratur inden for sundhedsområdet, herunder særligt sociologi og psykologi, hvorfor de forventes at kunne bidrage med relevante perspektiver på det opstillede undersøgelsesspørgsmål (APA PsycInfo, u.å.; CINAHL, 1981). Dette med henblik på at en søgning efter kommunikationsstrategier kan fordre en sociologisk og psykologisk vinkel. Desuden indeholder CINAHL en større andel af kvalitativ forskningslitteratur, hvilket kan være med til at give et andet perspektiv på besvarelsen af undersøgelsesspørgsmålet, da biomedicinske databaser særligt fremkommer med videnskabelige artikler, der bygger på kvantitative metoder (Lund et al., 2014).

8.2.4 Søgestrategi

En søgeprotokol har dannet baggrund for de fund, der er fremkommet på baggrund af projektets systematiske litteraturgennemgang. Den præsenterede søgeprotokol er et resultat af en længerevarende systematisk litteratursøgningsproces og kan ses afspejlet i Tabel 4 nedenfor (Tabel 4).

AND			
	Patient - Patienter med KOL	Intervention - Kommunikation	Context - Sundhedskompetence
OR	Chronic obstructive pulmonary disease Chronic disease Chronic obstructive lung disease Chronic lung disease COPD Chronic illness	Interpersonal communication Social communication Communication	Health literacy

Tabel 4: Søgeprotokol over den systematiske litteraturgennemgang.

Som ovenstående søgeprotokol afspejler, blev den systematiske litteraturgennemgang udført med udgangspunkt i tre blokke: Patienter med KOL, Kommunikation og Sundhedskompetence. Søgeprotokollen er dannet med udgangspunkt i undersøgelsesspørgsmålet samt med afsæt i PICO-modellens struktur: *Patient, intervention, comparison og outcome* (Buus et al., 2008).

Indledningsvist blev der i projektet forsøgt at udarbejde en søgeprotokol med fire blokke: *Patienter med KOL, Kommunikation, Sundhedspersonale og Håndtering af sygdom*. Det blev vurderet, at denne

søgning var for snæver, da der eksempelvis i Embase, på baggrund af denne kombination, kun fremkom 56 resultater, mens der ingen resultater fremkom i søgedatabasen CINAHL. Hermed kunne søgningen føre til, at relevante artikler blev udeladt. Af den årsag blev søgeprotokollen efterfølgende tilpasset, hvor forskellige kombinationer af blokke, samt kombinationer af ord inden for hver blok, blev afprøvet, hvilket slutteligt udmøntede sig i ovenstående søgeprotokol, som er bredere. Blokken *Håndtering af sygdom* blev fravalgt og erstattet med blokken *Sundhedskompetence*, da blokken *Håndtering af sygdom*, som blandt andet indeholdte søgeord som *Self management* og *Compliance*, medførte for meget støj. Dette skyldes primært, at flere af de artikler, som fremkom på baggrund af blokken, ikke omhandlede kommunikation, som tog udgangspunkt i patientens individuelle sundhedskompetence, hvilket den systematiske litteraturgennemgang særligt havde til formål at generere viden om. Derfor blev det valgt, at blokken *Sundhedskompetence* blev medtaget i søgeprotokollen i stedet, da det blev vurderet, at denne blok netop sikrede, at relevante artikler, som tog udgangspunkt i patienters sundhedskompetence, fremkom. Blokken *Sundhedspersonale*, som ligeledes oprindeligt blev medtaget i den første søgeprotokol, blev endvidere fravalgt, da det blev erfaret, at denne blok var med til at snævre søgningen ind, hvorved relevante søgeresultater blev udeladt. I stedet blev det besluttet, at kommunikation mellem sundhedspersonale og patienter skulle være et inklusionskriterium, hvormed artikler som ikke omhandlede kommunikation mellem sundhedspersonale og patienter blev frasorteret. Den første blok *Patienter med KOL* blev bibeholdt. Blokken indeholder dog, som vist ovenfor, også søgeord som *Chronic disease*. Dette blev af projektgruppen valgt, da det blev vurderet, at artikler, som omhandlede kommunikation til patienter med andre kroniske lidelser, også kunne bidrage med relevant viden i forhold til at besvare undersøgelsesspørgsmålet. Søgeprotokollens blok 2: *Kommunikation* blev ligeledes bibeholdt.

I alle systematiske søgninger, som er foretaget i de enkelte databaser, er der blevet anvendt kontrollerede emneord. Kontrollerede emneord har i databaser til formål at sikre, at referencer omhandlende det samme emne indekseres ensartet (Buus et al., 2008). Således var anvendelse af kontrollerede emneord i de systematiske søgninger i databaserne med til at sikre, at alle relevante artikler blev medtaget. I projektets bilagsfortegnelse (Bilag 2) kan søgeprotokollerne for de enkelte databaser ses. De udvalgte emneord i hver database er fremkommet på baggrund af grundig søgning af databasernes emneordsregister, hvor de emneord som bedst beskrev de enkelte blokke er medtaget.

Foruden anvendelse af kontrollerede emneord blev der i hver database desuden anvendt fritekstsøgning. Anvendelse af fritekstsøgning i den systematiske litteraturgennemgang havde overordnet til formål at sikre en bredere søgning med henblik på at fremkomme med flest relevante

hits i databaserne. Hermed var anvendelse af fritekstsøgning med til at sikre størst mulig genfinding. Genfinding angiver forholdet mellem antallet af fundne, relevante referencer og det totale antal af relevante referencer i en database (Wallin & Lange, 1999). Eksempelvis var *Communication* ikke et emneord i Embase, hvorfor der i Embase blev søgt på “Communica*” som fritekstord. Dette var med til at udvide søgningen inden for kommunikationsblokken. Anvendelse af fritekstsøgning var endvidere med til at skabe stringens i den systematiske litteraturgennemgang, idet de enkelte databasers søgeprotokol således kunne tilpasses hinanden, hvilket endvidere sikrer størst mulig genfinding. Indenfor fritekstsøgningen blev der anvendt henholdsvis *frasering* og *trunkering*. Anvendelsen af frasering har til formål at sikre, at der bliver søgt på begge ord i fritekstsøgningen (Lund et al., 2014). Dette var eksempelvis relevant, når der blev søgt på fritekstord inden for blok 1: *Patienter med kroniske lidelser*, da fraseringen her var med til at sikre, at kun artikler omhandlende kroniske sygdomme blev indfanget. Trunkering er med til at udvide fritekstsøgningen (Buus et al., 2008), hvilket blev fundet relevant ved for eksempel “Communica*”, idet det var erfaret, at ordet kunne have multiple endelser, hvormed trunkeringen var med til at sikre, at relevante artikler ikke blev udelukket.

Slutteligt blev der i den systematiske litteraturgennemgang anvendt boolske operatører *OR* og *AND* for at kombinere de forskellige blokke samt dertilhørende søgetermer. Den boolske operatører *OR* blev anvendt mellem hver enkel af søgetermerne indenfor hver blok. Ved at sætte *OR* mellem to ord indikerer man, at referencen skal indeholde enten det ene eller det andet ord (Lund et al., 2014). Hermed var *OR* med til at udvide søgningen indenfor hver blok. *AND* blev omvendt anvendt til at indsnævre søgningen, da man ved at sætte *AND* på indikerer, at referencerne skal indeholde begge ord (Lund et al., 2014). *AND* var således en vigtig søgeteknik at anvende i henhold til at besvare undersøgelsesprogrsmålet, da den sikrede, at der kun blev forefundet referencer, som indeholdte en kombination af ord mellem de tre blokke. Således resulterede den beskrevne søgestrategi i, at der blev forefundet 1327 referencer. En bred søgning har dog været vurderet nødvendigt, da det blev erfaret, at andre blokkombinationer medførte en for snæver søgning, hvormed genfinding ikke kunne indfries. De 1327 referencer blev efterfølgende sorteret på *titel* og *abstract* samt *in-* og *eksklusionskriterier*, hvilket vil beskrives i næstkommende afsnit.

8.2.5 Udvalgelse af artikler

Efter de systematiske søgninger i de fire databaser blev udvælgelsesprocessen igangsat. Zotero blev anvendt til at frasortere dubletter, hvilket resulterede i en frasortering på 312 referencer, hvormed der var 1015 referencer tilbage (Figur 4). De 1015 referencer blev dernæst gennemgået enkeltvis, hvor de

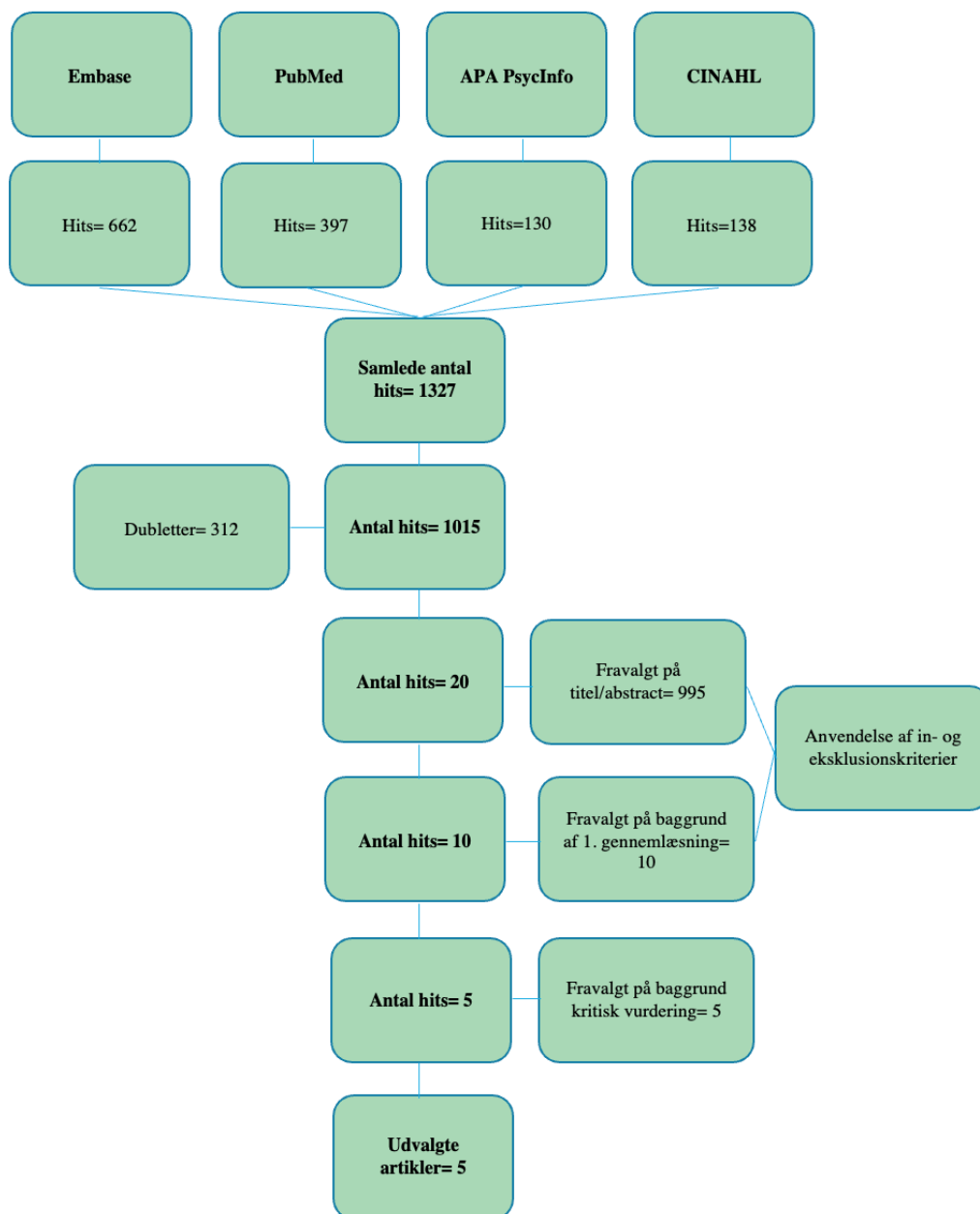
blev sorteret ud fra titel og abstract samt opstillede in- og eksklusionskriterier, som kan ses i Tabel 5 (Tabel 5).

Inklusionskriterier	Eksklusionskriterier
<ul style="list-style-type: none"> - Patientgrupper med kroniske lidelser. - Patientgrupper over 18 år. - Studier på dansk, norsk, svensk og engelsk. - Artikler der omhandler kommunikation mellem patienter med kroniske lidelser og sundhedspersonale. 	<ul style="list-style-type: none"> - Studier der har specifikke subgrupper som studiepopulation som eksempelvis immigranter, flygtninge, studerende, personer fra amish-bevægelser, afro-amerikanere, latinamerikanere, hjemløse, veteraner m.v.

Tabel 5: In- og eksklusionskriterier.

Referencer som omhandlede specifikke subgrupper, som eksempelvis immigranter, blev frasortet, da det blev vurderet, at de var for specifikke til at kunne relateres til projektets kontekst.

Efter gennemgang af artiklerne, ud fra titel og abstract samt in- og eksklusionskriterier, medførte dette slutteligt til en frasortering af yderligere 995 referencer, hvorfor der var 20 referencer tilbage, som blev fuldtekstlæst. Efter fuldtekstlæsning af de 20 studier blev yderligere ti referencer fravalgt på baggrund af en forholdsvis til, om referencen kunne besvare undersøgelses spørgsmål samt på baggrund af udvalgte in- og eksklusionskriterier. De resterende ti referencer blev udvalgt til en videre kritisk vurdering og læsning.



Figur 4: Flowchart over den systematiske litteraturgennemgang.

8.2.6 Kvalitetsvurdering af de inkluderede studier

I indværende projekt er tjeklisterne fra Critical Appraisal Skills Programme (CASP) anvendt til at foretage den kritiske vurdering af de resterende 10 referencer. En kritisk vurdering af de fundne referencer er et vigtigt trin i den systematiske litteraturgennemgang, idet den kritiske vurdering er med til at sikre, at der tages stilling til, om referencernes resultater er troværdige, samt om referencen er relevant for det problemfelt, man undersøger (Lund et al., 2014). Hermed blev en kritisk vurdering, og

læsning af de resterende studier, dermed anset relevant. Den kritiske vurdering førte til, at yderligere fem referencer blev ekskluderet grundet kvaliteten af studierne. Dette resulterede i, at der blev fundet fem videnskabelige studier, i den systematiske litteraturgennemgang, som blev vurderet relevante i henhold til at besvare undersøgelsesspørgsmålet. Disse præsenteres i resultatafsnittet for den systematiske gennemgang.

8.3 Kvalitativ metode

Fundene fra projektets problemanalyse og spørgeskemaundersøgelse indikerede et behov for yderligere undersøgelse af problemfeltet med fokus på forandringssigte. Derfor blev det, foruden en systematisk litteraturgennemgang, vurderet relevant at udføre en kvalitativ undersøgelse med henblik på at afdække forandringspotentialer. Følgende undersøgelsesspørgsmål blev opstillet: *Hvilke forandringsiltag, målrettet patienter med KOL, kan ifølge personalet på Lungemedicinsk Afdeling bidrage til en forbedret oplevelse af Kommunikativ Organisatorisk Sundhedskompetence (KOS)?*”.

Den kvalitative analyse er, ligesom den systematiske litteraturgennemgang, en del af den primære dataindsamling i trin 7 i INDEX-guidance.

8.3.1. Individuelle interviews som dataindsamlingsmetode

Interviews er en behovsidentificerende metode (J. F. Pedersen et al., 2020), hvilket underbygger argumentet for, at netop denne metode kan anvendes til at undersøge behovet for eventuelle forandringsforslag, målrettet patienter med KOL, med henblik på forbedring af KOS. Det blev vurderet relevant at foretage individuelle forskningsinterviews, da disse netop kan indfange beskrivelsen af den enkelte persons opfattelse af livsverden med henblik på tolkning af mening med de beskrevne fænomener (Kvale & Brinkmann, 2009). Herved blev det individuelle forskningsinterview vurderet anvendeligt til at afdække personalets individuelle oplevelse af KOS. I indeværende projekt blev der udført tre interviews.

8.3.2 Interviewguide

Interviewene blev udført som semi-strukturerede interviews. Denne form for interviews er karakteriseret ved, at interviewspørgsmål er opbygget forud for interviewet (Launsø et al., 2017). Disse spørgsmål er dog ikke fast specificerede, hvormed spørgsmål kan ændres undervejs i samtalen (Launsø et al., 2017). Dette muliggør, at interviewet kan tilpasses den specifikke kontekst, som ifølge Pawson og Tilley (Fra: Manzano, 2016) er foranderlig under interviewet.

Med afsæt i ovenstående blev der, forinden afholdelse af forskningsinterviewene, udformet en interviewguide (Bilag 7). Denne interviewguide bestod af forskningsspørgsmål, interviewspørgsmål samt opfølgende spørgsmål. Interviewguiden indeholdt desuden en briefing samt debriefing, som var med til at skabe tryghed i relationen mellem interviewer og informant (Kvale & Brinkmann, 2009).

Projektets afsæt i kritisk realisme, som videnskabsteoretisk position, afspejles i interviewguiden qua dens teoristyret tilgang (Manzano, 2016). Interviewguiden er teoristyret, da dens spørgsmål tager afsæt i programteoriens hypoteser samt fund fra den systematiske litteraturgennemgang, som søges bekræftet eller afkræftet. Ifølge Pawson og Tilley (Fra: Manzano, 2016) bør realistiske interviews forsøge at teste en programteoris grundantagelser gennem en teacher-learner cycle. Denne teacher-learner cycle kan ses afspejlet i den udarbejdede interviewguide (Bilag 7), hvor hvert enkelt forskningsspørgsmål netop er opbygget på baggrund af hypotetiske CMO-konfigurationer i den initierende programteori. Spørgsmålene i interviewguiden bærer endvidere præg af, at intervieweren forsøger at ”undervise” informanten i den programteori, der testes, hvilket er endnu et aspekt i en teacher-learner cycle (Manzano, 2016). Dette kan eksempelvis tydes ud fra begyndelsen på flere af de stillede spørgsmål *”Vi har gennem vores spørgeskemaundersøgelse samt litteraturstudie fået forståelsen af, at...”*, hvor intervieweren altså først belærer informanten om baggrunden for det efterfølgende spørgsmål, hvorefter informanten kan belære intervieweren om sin specifikke viden om det undersøgte fænomen (Manzano, 2016). Det blev i interviewguiden forsøgt at placere lette og overordnede spørgsmål først, mens dybere og mere holdningsspecifikke spørgsmål blev placeret til sidst. Dette for at afværge indflydelsen af nervøsitet og anspændthed, som typisk er mest aktuel i starten af et interview (Kvale & Brinkmann, 2009). Interviewguiden blev indledende testet for både forståelighed og validitet i en pilottest blandt projektgruppens venner og familier, hvorefter der blev foretaget justering af spørgsmålene.

8.3.3 Udvalgelse af informanter

I indeværende projekt har Forskningsansvarlig Overlæge Ulla Møller Weinreich på Lungemedicinsk Afdeling fungeret som gatekeeper, herunder både i forbindelse med projektets spørgeskemaundersøgelse, men også i forbindelse med rekruttering af informanter til de individuelle forskningsinterviews. Forskningsansvarlig Overlæge Ulla Møller Weinreich har med sin rolle som gatekeeper introduceret gruppen for forskellige settings, hvor det har været muligt at indsamle data. Forinden havde projektgruppen præciseret, hvilke karakteristika interviewundersøgelsens informanter skulle besidde for, at de var relevante at inkludere. Derfor har udvælgelsesstrategien af informanter til interviewundersøgelsen været formålsbestemt, da denne strategi netop er karakteriseret ved, at

informanter bliver valgt ud fra undersøgelsens formål (Merriam & Tisdell, 2015). Projektgruppen lagde vægt på, at informanterne skulle være sundhedsprofessionelle, der til dagligt varetager konsultationer med patienter med KOL. Det blev dog vurderet relevant, at informanterne havde forskellige professioner, hvorfor der blev rekrutteret to læger og en sygeplejerske til at deltage i undersøgelsen. Denne variation blandt informanter vil ifølge Maxwell (2013) benævnes som maksimal variation, og kendetegnes ved at være en strategi, der giver mulighed for indsamling af bred viden om forskellige forudsætninger, kontekster og organisationer. Dette danner det bedste grundlag for datamætning indenfor undersøgelsesspørgsmålet (Maxwell, 2013). Forskelligheden i professioner blev således vurderet relevant, da dette antagelsesvis kunne bidrage med forskelligartede organisatoriske perspektiver på undersøgelsespørgsmålet, hvis sigte netop var en forandring på et organisatorisk niveau.

8.3.4 Rammer for interviews

Der blev forinden afholdelse af interviewene gjort overvejelser omkring praktiske og metodiske valg i forbindelse med interviewene. I samråd med gatekeeper blev det besluttet, at interviewene skulle afholdes i personalets arbejdstid. Som udgangspunkt skulle længden på interviewene være maksimalt 30 minutter, hvilket også blev kommunikeret ud til informanterne. Dette med ståsted i at travlhed på Lungemedicinsk Afdeling kunne besværliggøre rekruttering af informanter til et længerevarende interview. Efter korrespondance med informanterne blev det aftalt, at ét interview skulle afholdes i et konsultationsrum på Lungemedicinsk Afdeling, et interview blev gennemført pr. telefon og det sidste interview over Teams. Denne aftale blev indgået for at gøre det lettest muligt for informanterne at deltage i interviewet. Informanterne fik, forud for de afholdte interviews, tilsendt bilag med en grafisk fremstilling, som skulle understøtte et af spørgsmålene i interviewguiden. Derudover fik informanterne tilsendt en samtykkeerklæring til gennemlæsning.

Med henblik på at øge konsistensen af interviewudførelserne blev det besluttet, at det skulle være det samme gruppemedlem, som udførte interviewene samt det samme gruppemedlem, som sad med som observatør. Ved interviewet var interviewer, observatør og informant tilstede. Det var interviewerens opgave at styre og strukturere interviewet, samt have fokus på at få informanterne til at fortælle uddybende om deres oplevelse af kommunikationen til patientengruppen, så udbyttet af interviewet blev så fyldestgørende som muligt (Kvale & Brinkmann, 2009). Gruppemedlemmet som havde observatørrollen, havde som opgave at overvære interviewet samt sikre at spørgsmål blev stillet, herunder også eventuelle opfølgende spørgsmål. Det vurderes, at alle interviews er foregået i rammer, der har givet informanterne mulighed for at svare fyldestgørende på spørgsmålene.

8.3.5 Transskribering af interviews

Transskription af interviews fra mundtlig tale til skriftlig form er vigtigt for at strukturere interviewsamtaler i en form, der egner sig til nærmere analyse (Kvale & Brinkmann, 2009). De individuelle interviews blev derfor transskriberet. I forbindelse hermed blev der udarbejdet en transskriptionsguide, som skulle danne udgangspunkt for transskriberingen. Dette for at sikre at transskriberingen af interviewene blev foretaget ens, således at alle interviews havde samme udgangspunkt for at kunne analyseres efterfølgende (Kvale & Brinkmann, 2009). Hermed blev transskriptionsguiden også en guideline til, hvornår en transskribering af et interview i indeværende projekt blev anset som validt. En transskriberings validitet henviser til, hvornår transskriberingen af et interview anses som værende gyldig (Kvale & Brinkmann, 2009). Eksempelvis blev det aftalt, at pauser skulle transskriberes som (...) samt at anerkendende ord som ”mm” fra interviewerens midt i informantens sætning ikke skulle transskriberes. Transskriptionsguiden kan ses i Bilag 6. Efter transskriberingen blev interviewenes reliabilitet samt validitet tjekket ved at lade et andet gruppemedlem gennemlæse samt gennemlytte transskriptionen og lydfilen.

8.3.6 Analysestrategi

I indeværende projekt blev det besluttet at anvende Braun og Clarkes tematiske analysestrategi til at analysere interviewene (Braun & Clarke, 2006). Årsagen hertil skyldes, at analysestrategien har til formål at identificere, analysere og rapportere mønstre på tværs af flere interviews (Braun & Clarke, 2006). Dette gør den relevant at anvende i projektet, idet projektet har udført tre interviews, hvoraf det på baggrund af disse var hensigten at udlede temaer på tværs af interviewene, som kunne besvare det kvalitative undersøgelsesspørgsmål. Desuden bekender analysestrategien sig ikke til en konkret videnskabsteoretisk position (Braun & Clarke, 2006), hvorfor den kan anvendes i indeværende projekt, som anvender en kritisk realistisk videnskabsteoretisk position.

Braun og Clarkes (2006) tematiske analysestrategi består af seks trin. Indestående afsnit vil beskrive, hvordan analysestrategien konkret blev anvendt i projektet.

For at opnå datafortrolighed og klargøre interviews til analyse blev interviewene som beskrevet transskriberet under trin 1: *datafortrolighed* (Kvale & Brinkmann, 2009). Braun og Clarke (2006) angiver, at trin 1 er særligt afgørende for, at man som forsker kan blive fortrolig med sit data samt danne et overblik over det (Braun & Clarke, 2006). Ikke alle gruppens medlemmer havde, som nævnt, været med til at udføre interviewene. Derfor blev interviewene gennemlæst af alle gruppens

medlemmer efter transskriberingen, således at alle medlemmerne blev fortrolige med interviewdata (Braun & Clarke, 2006).

Herefter fortsatte projektgruppen til trin 2: *Generering af initierende koder* (Braun & Clarke, 2006). Trin 2 tog afsæt i en induktiv tilgang, idet den induktive tilgang skulle sikre en åben kodning af informanternes udsagn (Braun & Clarke, 2006). Dette for at forsøge at medtage alle relevante udsagn i generering af de initierende koder, uanfægtet hvilken forforståelse projektgruppens medlemmer måtte have i relation til besvarelse af undersøgelses spørgsmålet (Braun & Clarke, 2006). På baggrund af koderne, som blev dannet i trin 2, blev der efterfølgende i trin 3: *generering af temaer* dannet de første potentielle temaer (Braun & Clarke, 2006). Dette foregik i det kvalitative dataanalyseprogram Nvivo, hvor der først blev dannet initierende temaer med baggrund i koderne. Herefter blev de initierende temaer gennemgået gentagne gange, hvor der på baggrund af faglig drøftelse i projektgruppen, skete en omstrukturering af temaerne adskillige gange. Denne proces forløb indtil, der dannede sig nogle temaer, som var dækkende i forhold analyse materialets indhold samt besvarelse af det kvalitative undersøgelses spørgsmål. I trin 4 blev temaerne fra trin 3 gennemgået. En gennemgang af temaerne under trin 4 er ifølge Braun og Clarke (2006) essentiel for, at sammenhængen mellem de genererede koder og temaer gennemtjekkes. Desuden advokeres der for, at man under dette trin igen gennemlæser hele datasættet for både at tjekke validiteten i henhold til, om de genererede temaer afspejler datasættet samt for at genfinde potentielle interessante tekstpassager, som man i første omgang missede (Braun & Clarke, 2006). Af den årsag gennemlæste projektgruppen under trin 4 transskriptionerne igen, i henhold til at indfri netop disse formål. Under trin 5: *definering og navngivning af temaer* blev det centrale i hvert tema forfinet ved, at der blev udarbejdet klare definitioner af hvert tema (Braun & Clarke, 2006). Temaernes indbyrdes forhold blev desuden endelig klarlagt, før projektgruppen gik videre til trin 6: *afrapportering af resultater*, hvor de endelige temaer blev præsenteret med tilhørende citater (Braun & Clarke, 2006). Resultaterne af den kvalitative analyse kan ses i afsnit 9.3. Et eksempel på dannelsen af temaerne kan ses i Bilag 8.

8.4 Overordnede etiske overvejelser

I projektet er der indsamlet både kvantitative samt kvalitative data fra mennesker. Derfor har projektgruppen gjort sig flere forskningsetiske overvejelser.

Projektgruppen har indhentet et informeret samtykke på alle de personer, som har deltaget i projektet. Dette omfatter både de respondenter, der deltog i spørgeskemaundersøgelsen samt de informanter, som deltog i interviewene. Indhentning af et informeret samtykke på deltagerne er med til at sikre, at

deltagelse er frivillig samt at informanterne har forstået, hvad deres oplysninger bidrager med (World Medical Association, u.å.). Som led i at sikre at der blev givet tilstrækkelig information om projektets indhold, blev der i forbindelse med spørgeskemaundersøgelsen udarbejdet en formålsbeskrivelse. Denne havde til formål at sikre, at respondenterne i spørgeskemaundersøgelsen vidste, hvad undersøgelsen omhandlede, samt hvad data efterfølgende skulle anvendes til. Interviewundersøgelsen blev desuden indledt og afsluttet med en briefing og debriefing, der havde samme formål. Anerkendte forskningsetiske dokumenter som European Code of Conduct, samt Helsinkideklarationen, vægter et informeret samtykke som yderst nødvendigt, når der udføres forskning, hvor mennesker er involveret (ALLEA, 2017; World Medical Association, u.å.). Derfor blev et informeret samtykke fra respondenterne og informanterne i indeværende projekt også anset som yderst uundgåeligt.

Det blev foruden indhentning af informerede samtykker besluttet, at anonymisere alle deltagende personer i projektet. Dette blev blandt andet skønnet relevant med baggrund i Helsinkideklarationen samt European Code of Conduct (ALLEA, 2017; World Medical Association, u.å.). Endvidere bør man, ifølge Datatilsynet, foretage en konsekvensanalyse vedrørende databeskyttelse, når der sandsynligvis er en høj risiko for, at behandlingen af oplysninger kan krænke den registreredes rettigheder og frihedsrettigheder (World Medical Association, u.å.). Data som er indsamlet i projektet, er vurderet til at være potentielt følsomt for deltagerne, fordi det kan formodes at være sårbart at afgive konkrete holdninger om den organisation, man har som ens behandlingssted eller arbejdsplads. I projektet er der ikke udformet en konkret konsekvensanalyse. Dog blev det, på baggrund af beskrivelsen fra Datatilsynet, besluttet at fortroliggøre alle deltagerne samt at sløre eventuelle personspecifikke oplysninger. Dette ses blandt andet i projektet ved, at projektgruppen har givet informanterne, som deltog i interviewene, fiktive navne. Desuden blev alle personspecifikke oplysninger udeladt under transskriberingen. Således blev det forsøgt at sikre, at følsomme oplysninger fra informanterne ikke blev offentlige tilgængelige. Af samme grund er indsamlet data i projektet desuden blevet opbevaret på et krypteret drev.

9. Resultater

Indeværende afsnit vil præsentere projektets resultater. Først vil afsnit 9.1, 9.2 samt 9.3 præsenteres. Disse fremstiller resultaterne fra den kvantitative analyse, den systematiske litteraturgennemgang samt den kvalitative analyse. Resultatafsnittene bidrager, jævnfør INDEX-guidance trin 8 og 9, med et yderligere indblik i de kontekstuelle faktorer, som er gældende på Lungemedicinsk Afdeling. Desuden

har afsnittene til formål at give indblik i, hvor der kan være brug for forandring, samt hvilke forandringstiltag der kan forbedre KOS på afdelingen. Slutteligt vil afsnit 9.4 følge. Dette afsnit præsenterer forandringsforslagene, som er dannet på baggrund af de beskrevne metoder.

9.1 Resultater af den kvantitative analyse af spørgeskemadata

I det følgende afsnit præsenteres resultaterne af den statistiske analyse fra spørgeskemaundersøgelsen, som blev foretaget blandt patienter og personale på Lungemedicinsk Afdeling. Grundlaget for den statistiske analyse er besvarelser fra 14 patienter og 20 sundhedsprofessionelle. De få respondenter medfører, at der ikke kan drages statistiske konklusioner, som er repræsentative for hele patientgruppen eller personalegruppen på Lungemedicinsk Afdeling. Derfor bør følgende resultatpræsentation læses med dette forbehold.

Indledningsvist præsenteres studiepopulationernes baselinekarakteristika. Herefter fremstilles studiepopulationernes baselinekarakteristika fordelt på outcomevariable, som søger at besvare det første undersøgelsesspørgsmål: *Hvilke holdninger har personale og patienter på Lungemedicinsk Afdeling til kommunikationen, som formidles til patienter med KOL?*.

Slutteligt præsenteres resultaterne, som har til hensigt at besvare spørgeskemaundersøgelsens andet undersøgelsesspørgsmål: *Har patienter og personale på Lungemedicinsk Afdeling forskellige opfattelser af den kommunikation, som formidles til patienter med KOL?*.

9.1.1 Baselinekarakteristika for patienter og personale

Tabel 6a viser baselinekarakteristika for de patienter, der indgik i studiepopulationen. Alle patienter har, eller har haft, et forløb på Lungemedicinsk Afdeling. Der er angivet antal for *Ønsker ikke at svare/missing* ved hver variabel.

Størstedelen af respondenterne er mænd. Der kan desuden ses en lille overvægt i fordelingen på alder med 56 % over 65 år. Den største andel havde en kort uddannelsesmæssig baggrund, som i indeværende spørgeskemaundersøgelse enten er uddannelse svarende til folkeskoleniveau, en kort videregående uddannelse eller en erhvervsfaglig uddannelse.

Baselinekarakteristika patienter	Antal (Procent % for svar)
Køn Kvinde Mand Ønsker ikke at svare/missing	2 (17 %) 10 (83 %) 2
Alder 65 år eller under Over 65 år Ønsker ikke at svare/missing	4 (44 %) 5 (56 %) 5
Uddannelsesniveau Kort Lang Ønsker ikke at svare/missing	9 (75 %) 3 (25 %) 2
Modersmål - Dansk Ja Nej Ønsker ikke at svare/missing	11 (85 %) 2 (15 %) 1
Andre kroniske sygdomme Ja Nej Ønsker ikke at svare/missing	5 (50 %) 5 (50 %) 4
Har pårørende Ja Nej Ønsker ikke at svare/missing	10 (91 %) 1 (9 %) 3
Oplever pårørende er en støtte Ja Nej Ønsker ikke at svare/missing	10 (100 %) 0 (0 %) 4

Tabel 6a: Baselinekarakteristika for patienter.

Tabel 6b skildrer baselinekarakteristika for personalet, der indgik i studiepopulationen. Der er angivet antal for ønsker ikke at svare/missing for hver variabel.

Studiepopulationen indeholder udelukkende kvinder, hvor flest af disse er under 30 år. 79 % af personalet angiver, at de kompenserer for manglende støtte fra pårørende i forløb med patienter, der ikke har pårørende som støtte. Dette kan indikere, at personalet oplever, at det kan være gavnligt for patienter med KOL, at deres pårørende inddrages i deres sygdomsforløb samt håndteringen heraf.

Baselinekarakteristika personale	Antal (Procent % for svar)
Køn Kvinde Mand Ønsker ikke at svare/missing	17 (100 %) 0 (0 %) 3
Alder 30 år eller under Over 30 år Ønsker ikke at svare/missing	7 (54 %) 6 (46 %) 7
Uddannelse Sygeplejeske Sosu-assistent Ønsker ikke at svare/missing	16 (89 %) 2 (11 %) 2
Spørger om pårørende Ja Nej Ønsker ikke at svare/missing	15 (88 %) 2 (12 %) 3
Inddrager pårørende Ja Nej Ønsker ikke at svare/missing	10 (71 %) 4 (29 %) 6
Kompenserer for manglende pårørende Ja Nej Ønsker ikke at svare/missing	11 (79 %) 3 (21 %) 6

Tabel 6b: Baselinekarakteristika for personale.

9.1.2 Baselinekarakteristika for patienter og personale i forhold til KOS.

Tabel 7a og Tabel 7b illustrerer resultaterne fra den statistiske analyse, som viser patienternes og personalets baggrundskarakteristika fordelt på outcomespørgsmålene. Fordelingen er angivet i procent med et konfidensinterval over proportionsfordeling samt angivelse af antal besvarelser inden for kategorien.

I de følgende afsnit præsenteres relevante resultater fra Tabel 7a.

“Får tilstrækkelig information til at kunne møde op på det korrekte sted til rette tidspunkt”

Alle kvindelige patienter var enige i ovenstående spørgsmål, mens andelen for enige mænd var 63 %. 67 % af patienterne under 65 år var enige i spørgsmålet, hvor procentsatsen for patienter over 65 år var 80 %. Derved ses en tendens til, at en stor del af patientgruppen får opfyldt deres behov for information, men for nogle mænd ikke anser informationen som værende tilstrækkelig.

“Får letforståelig skriftlig information vedrørende deres sygdom og håndtering”

Alle kvindelige patienter er enige i ovenstående spørgsmål, men kun 50 % af mændene er enige. For de resterende baselinekarakteristika fordeler svarprocenterne, så der ikke er en tydelig enighed eller uenighed i patientgrupperne. På baggrund af tabellen kan det udledes, at mandlige patienter, patienter der har dansk som modersmål samt patienter med pårørende er de grupper, som angiver størst uenighed. Generelt kan det på baggrund af de statistiske analyser, i henhold til dette spørgsmål, udledes, at der muligvis er nogle patienter, som ikke får opfyldt det behov, de har for let forståelig skriftlig information.

“Personalet på Lungemedicinsk Afdeling taler i et sprog, som jeg forstår, og bruger kun fagbegreber jeg forstår, når de taler til mig”

I henhold til ovenstående spørgsmål findes der for de fleste af patientgrupperne ikke en entydig fordeling mellem patientgrupper, der er enige og uenige. Yngre mænd og patientgrupper uden kroniske sygdomme er dog de patientgrupper, der er mest uenige. Dette kan indikere, at disse grupper er mest kritisk indstillet over for det anvendte sprogbrug blandt personalet.

Patienter	“De oplysninger jeg får fra afdelingen giver mig tilstrækkelig information til, at jeg kan møde til min aftale på det korrekte sted til rette tidspunkt”	“Lungemedicinsk Afdeling giver mig letforståelig skriftlig information vedrørende min sygdom og håndtering af den”	“Personalet på Lungemedicinsk Afdeling taler i et sprog, som jeg forstår, og bruger kun fagbegreber jeg forstår, når de taler til mig”
Køn, %			
Kvinde			
Enig	100 % (16%-100%) (n=2)	100 % (16%-100%) (n=2)	100 % (16%-100%) (n=2)
Uenig	0 % (0%-84%) (n=0)	0 % (0%-84%) (n=0)	0 % (0%-84%) (n=0)
Mand			
Enig	63 % (24%-91%) (n=5)	50 % (16%-84%) (n=4)	63 % (24%-91%) (n=5)
Uenig	37 % (1%-76%) (n=3)	50 % (16%-84%) (n=4)	37 % (9%-76%) (n=3)
Alder, %			
65 år eller under			
Enig	67 % (9%-99%) (n=2)	67 % (9%-99%) (n=2)	33 % (1%-91%) (n=1)
Uenig	33 % (1%-91%) (n=1)	33 % (1%-91%) (n=1)	67 % (9%-99%) (n=2)
Over 65 år			
Enig	80 % (28%-100%) (n=4)	60 % (15%-95%) (n=3)	80 % (28%-99%) (n=4)
Uenig	20 % (1%-72%) (n=1)	40 % (5%-85%) (n=2)	20 % (1%-72%) (n=1)
Uddannelsesniveau			
Kort			
Enig	78 % (40%-97%) (n=7)	67 % (30%-93%), (n=6)	67 % (30%-93%) (n=6)
Uenig	22 % (3%-60%) (n=2)	33 % (7%-70%) (n=3)	33 % (7%-70%) (n=3)
Lang			
Enig	0 % (0%-98%) (n=0)	0 % (0%-84%) (n=0)	100 % (16%-100%) (n=2)
Uenig	100 % (3%-100%) (n=1)	100 % (16%-84%) (n=1)	0 % (0%-84,19%) (n=0)
Modersmål - Dansk			

Ja	Enig Uenig	70 % (35%-93%) (n=7) 30 % (7%-65%) (n=3)	60 % (26%-88%) (n=6) 40 % (12%-74%) (n=4)	70 % (35%-93%) (n=7) 30 % (67%-65%) (n=3)
Nej	Enig Uenig	- -	0 % (0%-98%),(n=0) 100 % (3%-100%) (n=1)	100 % (3%-100%) (n=1) 0 % (0%-98%) (n=0)
Andre kroniske sygdomme				
Ja	Enig Uenig	100 % (40%-100%) (n=4) 0 % (0%-60%) (n=0)	40 % (5%-85%) (n=2) 60 % (15%-95%) (n=3)	80 % (28%-99%) (n=4) 20 % (1%-72%) (n=1)
Nej	Enig Uenig	60 % (15%-95%) (n=3) 40 % (5%-85%) (n=2)	80 % (28%-99%) (n=4) 20 % (1%-72%) (n=1)	60 % (15%-95%) (n=3) 40 % (5%-85%) (n=2)
Har du pårørende?				
Ja	Enig Uenig	78 % (40%-97%) (n=7) 22 % (3%-60%) (n=2)	60 % (26%-88%) (n=6) 40 % (12%-74%) (n=4)	70 % (35%-93%) (n=7) 30 % (7%-65%) (n=3)
Nej	Enig Uenig	0 % (0%-98%) (n=0) 100 % (3%-100%) (n=1)	0 % (0%-98%) (n=0) 100 % (3%-100%) (n=1)	100 % (3%-100%) (n=1) 0 % (0%-98%) (n=0)
Oplever du, at dine pårørende er en støtte?				
Ja	Enig Uenig	78 % (40%-97%) (n=7) 22 % (3%-60%) (n=2)	60 % (26%-88%) (n=6) 40 % (12%-74%) (n=4)	70 % (35%-93%) (n=7) 30 % (7%-65%) (n=3)

Tabel 7a: Baselinekarakteristika for patienter i forhold til spørgsmål, der måler KOS.

“Der er tid til, at jeg kan stille spørgsmål til personalet på Lungemedicinsk Afdeling omkring min sygdom og behandlingen af denne”

Der ses generelt overvejende enighed blandt patientbesvarelserne i ovenstående spørgsmål. For patienter med kort uddannelse angiver 89 % (52%-100%) at være enige. Konfidensintervallet indikerer, at der er 95 % sandsynlighed for, at minimum 52 % af patienterne med kort uddannelsesniveau kan være enige i ovennævnte spørgsmål, hvorfor dette resultat er inddraget i den initierende programteori. I forbindelse med udarbejdelsen af den initierende programteori blev det besluttet at anvende resultater fra den statistiske analyse med et konfidensinterval, der starter over 50 %. Derfor er resultaterne for patienter med dansk som modersmål, og patienter der har pårørende, for dette spørgsmål ligeledes anvendt i programteorien.

“Personalet på Lungemedicinsk Afdeling giver mig vejledning i at håndtere min sygdom med udgangspunkt i min sygdomssituation”

Alle kvindelige patienter er enige i ovenstående spørgsmål, mens det kun er tilfældet for 50 % af mændene. Dette kan indikere, at det i højere grad er mændene, der ikke får opfyldt deres behov for

vejledning. Generelt ses det for øvrige baselinekarakteristika, at det ikke er tydeligt, hvorvidt der er enighed i ovenstående spørgsmål.

Patienter	“Jeg oplever som patient, at der er tid til, at jeg kan stille spørgsmål til personalet på Lungemedicinsk Afdeling omkring min sygdom og behandlingen af denne”	“Personalet på Lungemedicinsk Afdeling giver mig vejledning i at håndtere min sygdom med udgangspunkt i min sygdomssituation”
Køn Kvinde Enig Uenig Mand Enig Uenig	100 % (16%-100%) (n=2) 0 % (0%-84%) (n=0) 88 % (47%-100%) (n=7) 12 % (0,32%-53%) (n=1)	100 % (3%-100%) (n=1) 0 % (0%-98%) (n=0) 50 % (16%-84%) (n=4) 50 % (16%-84%) (n=4)
Alder 65 år eller under Enig Uenig Over 65 år Enig Uenig	67 % (9%-99%) (n=2) 33 % (27%-91%) (n=1) 100 % (48%-100%) (n=5) 0 % (0%-52%) (n=0)	67 % (9%-99%) (n=2) 33 % (1%-91%) (n=1) 60 % (15%-95%) (n=3) 40% (5%-85%) (n=2)
Uddannelsesniveau Kort Enig Uenig Lang Enig Uenig	89 % (52%-100%) (n=8) 11 % (0%-48%) (n=1) 100 % (16%-100%) (n=2) 0 % (0%-84%) (n=0)	63 % (24%-91%), (n=5) 37 % (9%-76%) (n=3) 50% (1%-99%) (n=1) 50% (1%-99%) (n=1)
Modersmål - Dansk Ja Enig Uenig Nej Enig Uenig	90 % (55%-100%), (n=9) 10 % (3%-100%), (n=1) 100 % (3%-100%) (n=1) 0 % (0%-98%) (n=0)	56 % (21 %-86 %) (n=5) 44 % (14%-79 %) (n=4) 100 % (3%-100%) (n=1) 0 % (0%-98%) (n=0)
Andre kroniske sygdomme Ja Enig Uenig Nej Enig Uenig	100 % (48%-100%) (n=5) 0 % (0%-52%) (n=0) 80 % (28%-99%) (n=4) 20 % (1%-72%) (n=1)	50 % (7%-93%) (n=2) 50 % (7%-93%) (n=2) 80 % (28,36%-99,49%) (n=4) 20 % (0,50%-71,64%) (n=1)
Har du pårørende? Ja Enig Uenig Nej Enig Uenig	90 % (56%-100%), (n=9) 10 % (0,25%-44,50%), (n=1) 100 % (3%-100%) (n=1) 0 % (0%-98%), (n=0)	67 % (30%-93%) (n=6) 33 % (8%-70%) (n=3) 0 % (0%-98%) (n=0) 100 % (3%-100%) (n=1)
Oplever du, at dine pårørende er en støtte Ja Enig Uenig	90 % (55%-100%) (n=9) 10 % (0%-45%) (n=1)	67 % (30%-92%) (n=6) 33 % (7%-70%) (n=3)

Table 7a: Baselinekarakteristika for patienter i forhold til spørgsmål, der måler KOS.

I de følgende afsnit præsenteres relevante resultater fra Tabel 7b.

“Lungemedicinsk Afdeling giver tilstrækkelig og letforståeligt information til patienten, så patienten kan fremmøde til en aftale på det korrekte sted til rette tidspunkt”

69 % af personalet er enig i ovenstående spørgsmål. Det er kun kvindeligt personale, der har besvaret spørgeskemaundersøgelsen. Flere i den ældre aldersgruppe, sammenlignet med den yngre aldersgruppe, er uenige i, at der gives tilstrækkelig information.

“Lungemedicinsk Afdeling giver let forståelig skriftlig information vedrørende patienternes sygdom og håndtering af den”

75 % af personalet er uenige i dette spørgsmål. Samme tendens ses på tværs af alder og profession. Når en stor andel af personalegruppen er uenige i dette spørgsmål, kan det indikere, at det skriftlige materiale kan forbedres.

“Jeg anvender patientcentreret kommunikation i mit arbejde på Lungemedicinsk Afdeling, hvor jeg også tager højde for patientens grad af sundhedskompetence”

94 % af personalet er enige i dette spørgsmål. I Tabel 7b kan det ses, at konfidensintervallet afspejler, at der er 95 % sandsynlighed for, at minimum 70 % af personalet er enige i dette spørgsmål. Derfor anvendes resultatet i den initierende programteori. Det kan udledes, at personalet har en intention om at anvende patientcentreret kommunikation i den kommunikation, de har direkte med patienten. Dog kunne patientbesvarelserne for spørgsmålet, omhandlende hvorvidt personalet taler i et forståeligt sprog, indikere, at personalet ikke altid opnår at tilpasse deres kommunikation til patientens grad af sundhedskompetence til nogle patientgrupper.

Personale	“Jeg synes, at Lungemedicinsk Afdeling giver tilstrækkelig og letforståeligt information til patienten, så patienten kan fremmøde til en aftale på det korrekte sted til rette tidspunkt”	“Lungemedicinsk Afdeling giver let forståelig skriftlig information vedrørende patienternes sygdom og håndtering af den”	“Jeg anvender patientcenteret kommunikation i mit arbejde på Lungemedicinsk Afdeling, hvor jeg også tager højde for patientens grad af sundhedskompetence”
Køn Kvinde			
Enig	69 % (41%-89%) (n=11)	25 % (7%-52%) (n=4)	94 % (70%-100%) (n=15)
Uenig	31 % (11%-59%) (n=5)	75 % (48%-93%) (n=12)	6 % (0%-30%) (n=1)
Alder 30 år eller under			
Enig	71 % (29%-96%) (n=5)	28,57 % (4%-71%) (n=2)	100 % (59%-100%) (n=7)
Uenig	29 % (4%-71%) (n=2)	71,43 % (29%-96%) (n=5)	0 % (0%-41%) (n=0)
Over 30 år			
Enig	40 % (5%-85%) (n=2)	20 % (1%-72%) (n=1)	100 % (48%-100%) (n=5)
Uenig	60 % (15%-95%) (n=3)	80 % (28%-99%) (n=4)	0 % (0%-52%) (n=0)
Uddannelse Sосу-assistent			
Enig	50 % (1%-99%) (n=1)	0 % (0%-84%) (n=0)	100 % (16%-100%) (n=2)
Uenig	50 % (1%-99%) (n=1)	100 % (16%-100%) (n=2)	0 % (0%-84%) (n=0)
Sygeplejeske			
Enig	67 % (38%-88%) (n=10)	29 % (8%-58%) (n=4)	87 % (60%-98%) (n=13)
Uenig	33 % (12%-62%) (n=5)	71 % (42%-92%) (n=10)	13 % (2%-40%) (n=2)

Tabel 7b: Baselinekarakteristika for personale i forhold til spørgsmål, der måler KOS.

“Jeg får regelmæssigt feedback på min kommunikation til patienterne, som gør mig bedre i stand til at tage højde for patientens grad af sundhedskompetence”

100% af personalet er uenige i dette spørgsmål. Dette spørgsmål inddrages i programteorien. Det kan antages, at feedback på kommunikation i dag ikke anvendes på afdelingen.

“Jeg taler i et sprog, som patienten forstår og jeg bruger kun medicinske betegnelser, som jeg ved, at patienten forstår”

88 % (62%-98%) af personalet er enige i dette spørgsmål. Her ses også et konfidensinterval på min 50 %, hvorfor dette resultat er inddraget i programteorien som resultat.

“Jeg oplever som personale, at jeg har tid til at svare på spørgsmål fra patienter omkring deres sygdom og behandlingen af denne”

81 % (54%-96%) af personalet er ikke enige i dette spørgsmål. Dette resultat er ligeledes inddraget i programteorien, da konfidensinterval starter ved over 50 %. Dette er et spørgsmål, der i personalegruppen er stor uenighed i, hvilket kan indikere, at personalet kan have svært ved at yde hensigtsmæssig KOS grundet tidsrestriktioner på konsultationstiden.

“På Lungemedicinsk Afdeling opfordrer ledelsen til, at vi under behandlingsforløb arbejder med afsæt i patienternes sundhedskompetence”

94 % (70%-100%) af personalet er ikke enige i dette spørgsmål. Dette resultat er ligeledes anvendt i programteorien, da der ses et konfidensinterval over min 50 %.

Personale	“Jeg får regelmæssigt feedback på min kommunikation til patienterne, som gør mig bedre i stand til at tage højde for patientens grad af sundhedskompetence”	“Jeg taler i et sprog, som patienten forstår og jeg bruger kun medicinske betegnelser, som jeg ved, at patienten forstår”	“Jeg oplever som personale, at jeg har tid til at svare på spørgsmål fra patienter omkring deres sygdom og behandlingen af denne”	“På Lungemedicinsk Afdeling opfordrer ledelsen til, at vi under behandlingsforløb arbejder med afsæt i patienternes sundhedskompetence”
Køn Kvinde				
Enig	0 % (0%-21%) (n=0)	88 % (62%-98%) (n=14)	19 % (4%-46%) (n=3)	6 % (0%-30%) (n=1)
Uenig	100 % (79%-100%) (n=16)	13 % (2%-38%) (n=2)	81 % (54%-96%) (n=13)	94% (70%-100%) (n=15)
Alder 30 år eller under				
Enig	0 % (0%-41%) (n=0)	100 % (59%-100%) (n=7)	29 % (4%-71%) (n=2)	0 % (0%-41%) (n=0)
Uenig	100 % (59%-100%) (n=7)	0 % (0%-41%) (n=0)	71 % (29%-96%) (n=5)	100 % (59%-100%) (n=7)
Over 30 år				
Enig	0 % (0%-52%) (n=0)	80 % (28%-99%) (n=4)	0 % (0%-52%) (n=0)	0 % (0%-52%) (n=0)
Uenig	100 % (48%-100%) (n=5)	20 % (1%-72%) (n=1)	100 % (48%-100%) (n=5)	100% (48%-100%) (n=5)
Uddannelse Sosu-assistent				
Enig	0 % (0%-84%) (n=0)	100 % (16%-100%) (n=2)	0 % (0%-84%) (n=0)	0 % (0%-84%) (n=0)
Uenig	100 % (16%-100%) (n=2)	0 % (0%-84%) (n=0)	100 % (16%-100%) (n=2)	100 % (16%-100%) (n=2)
Sygeplejeske				
Enig	0 % (0%-23%) (n=0)	80 % (52%-96%) (n=12)	20 % (4%-48%) (n=3)	7 % (0%-32%) (n=1)
Uenig	100 % (87%-100%) (n=14)	20 % (4%-48%) (n=3)	80 % (52%-96%) (n=12)	93 % (68%-100%) (n=14)

Tabel 7b: Baselinekarakteristika for personale i forhold til spørgsmål, der måler KOS.

9.1.3 Association for patienter og personale i forhold til KOS.

Tabel 8a og Tabel 8b, som ses nedenstående, viser associationen, der udtrykkes ved en odds ratio (OR) for de demografiske variable og dét at være uenige i de enkelte spørgsmål. Til OR er angivet 95 % konfidensintervaller, som viser, hvorvidt associationen er signifikant eller ej. Referencegruppen er angivet med 1 (ref) for hver variabel. Langt de fleste associationer kunne desværre ikke beregnes på grund af for få respondenter i hver gruppe. Dette er angivet i tabellen med --.

Tabel 8a viser OR for patienternes baselinekarakteristika associeret med at være *Uenig* i tabellens beskrevne kommunikationsspørgsmål. Ingen af de beregnede OR i tabel 8a er statistisk signifikante.

Patienter	Uenig i at “De oplysninger jeg får fra afdelingen giver mig tilstrækkelig information til, at jeg kan møde til min aftale på det korrekte sted til rette tidspunkt”	Uenig i at “Lungemedicinsk Afdeling giver mig letforståelig skriftlig information vedrørende min sygdom og håndtering af den”	Uenig i at “Personalet på Lungemedicinsk Afdeling taler i et sprog, som jeg forstår, og bruger kun fagbegreber jeg forstår, når de taler til mig”
Køn Kvinde Mand	1 (ref) --	1 (ref) --	1 (ref) --
Alder 65 år eller under Over 65 år	1 (ref) 0,5 (0,01-16,79)	1 (ref) 1,33 (0.05-32.96)	1 (ref) 0.13 (0.00-6.35)
Uddannelsesniveau Kort Lang	1 (ref) --	1 (ref) --	1 (ref) --
Modersmål - Dansk Ja Nej	1 (ref) --	1 (ref) --	1 (ref) --
Andre kroniske sygdomme Ja Nej	1 (ref) --	1 (ref) 0.17 (0.01-4.37)	1 (ref) 2,67 (0.13-56.63)
Har du pårørende? Ja Nej	1 (ref) --	1 (ref) --	1 (ref) --

Tabel 8a: OR for patienter i forhold til at angive *Uenig* i spørgsmål der skal måle KOS.

Patienter	Uenig i at “Jeg oplever som patient, at der er tid til, at jeg kan stille spørgsmål til personalet på Lungemedicinsk Afdeling omkring min sygdom og behandlingen af denne”	Uenig i at “Personalet på Lungemedicinsk Afdeling giver mig vejledning i at håndtere min sygdom med udgangspunkt i min sygdomssituation”
Køn Kvinde Mand	1 --	1 --
Alder 65 år eller under Over 65 år	1 --	1 1,33 (0.05-32.96)
Uddannelsesniveau		

Kort	1	1
Lang	--	1.67 (0.06- 45.44)
Modersmål - Dansk		
Ja	1	1
Nej	--	--
Andre kroniske sygdomme		
Ja	1	1
Nej	--	0.25 (0,01-6.69)
Har du pårørende?		
Ja	1	1
Nej	--	--

Tabel 8a: OR for patienter i forhold til angivelse af Uenig i spørgsmål, der skal måle KOS.

Tabel 8b skildrer personalets baselinekarakteristika og oddsratioer for at være *Uenig* i de beskrevne kommunikationsspørgsmål.

Konfidensintervallerne er for denne associationsanalyse meget brede, og ingen af de beregnede OR i tabel 8b er statistisk signifikante.

Personale	Uenig i at "Jeg synes, at Lungemedicinsk Afdeling giver tilstrækkelig og letforståeligt information til patienten, så patienten kan fremmøde til en aftale på det korrekte sted til rette tidspunkt"	Uenig i at "Lungemedicinsk Afdeling giver let forståelig skriftlig information vedrørende patienternes sygdom og håndtering af den"	Uenig i at "Jeg anvender patientcentreret kommunikation i mit arbejde på Lungemedicinsk Afdeling, hvor jeg også tager højde for patientens grad af sundhedskompetence"
Køn			
Kvinde	1 (ref)	1 (ref)	1 (ref)
Mand	--	--	--
Alder			
30 år eller under	1 (ref)	1 (ref)	1 (ref)
Over 30 år	3,75 (0,26-54,16)	1,6 (0,09-28,29)	--
Uddannelse			
Sosu-assistent	1 (ref)	1 (ref)	1 (ref)
Sygeplejeske	0,5 (0,02-10,92)	--	--

Tabel 8b: OR for personale i forhold til angivelse af Uenig i spørgsmål, der skal måle KOS.

Personale	Uenig i at “Jeg får regelmæssigt feedback på min kommunikation til patienterne, som gør mig bedre i stand til at tage højde for patientens grad af sundhedskompetence”	Uenig i at “Jeg taler i et sprog, som patienten forstår og jeg bruger kun medicinske betegnelser, som jeg ved, at patienten forstår”	Uenig i at “Jeg oplever som personale, at jeg har tid til at svare på spørgsmål fra patienter omkring deres sygdom og behandlingen af denne”	Uenig i at “På Lungemedicinsk Afdeling opfordrer ledelsen til, at vi under behandlingsforløb arbejder med afsæt i patienternes sundhedskompetence”
Køn Kvinde Mand	1 (ref) –	1 (ref) –	1 (ref) –	1 (ref) –
Alder 30 år eller under Over 30 år	1 (ref) –	1 (ref) –	1 (ref) –	1 (ref) –
Uddannelse Sosu-assistent Sygeplejeske	1 (ref) –	1 (ref) –	1 (ref) –	1 (ref) –

Tabel 8b: OR for personale i forhold til angivelse af Uenig i spørgsmål, der skal måle KOS

9.1.4 Association mellem patient- og personalegruppen i forhold til KOS.

Tabel 9 viser OR for, at personalet sammenlignet med patienterne er uenige i kommunikationsspørgsmålene. Overordnet kan det udledes, at der kun kan ses én statistisk signifikant OR. Denne kan ses for kommunikationsspørgsmålet omhandlende, hvorvidt patienterne på Lungemedicinsk Afdeling har tid til at stille spørgsmål omkring deres sygdom og behandlingen af denne. Her kan der ses, at personalet har en OR på 46,67 (1,39-e) $P < 0,05^*$ for at være uenig i dette spørgsmål sammenlignet med patienterne. Dog ses der her også et meget bredt konfidensinterval, hvilket afspejler et usikkert resultat.

	Opfatter ikke, at der på Lungemedicinsk Afdeling er tid til at stille spørgsmål	Opfatter ikke, at der på Lungemedicinsk Afdeling gives tilstrækkelig information til at møde til rette tidspunkt	Opfatter ikke, at der på Lungemedicinsk Afdeling tales i et letforståeligt sprog hvor der kun anvendes forståelig fagbegreber	Opfatter ikke, at der på Lungemedicinsk Afdeling gives letforståelig skriftlig information
Patienter	1 (ref)	1 (ref)	1 (ref)	1 (ref)
Personale	46, 67 (1,39-e) P < 0,05*	1,27 (0,23-7,06) P = 0,78	0,57 (0,09-3,69) P = 0,55	3,60 (0,62-20,76) P = 0,13

Tabel 9: Resultatet af den statistiske analyse. Association mellem Gruppe og Spørgsmål, der angiver KOS, udtrykt ved en odds ratio (OR) og 95% konfidensintervaller, som angiver odds for at være uenig i spørgsmålet.

Signifikant P-værdi er angivet med *

9.1.5 Opsummerende besvarelse af den kvantitative analyse

På baggrund af resultaterne fra den statistiske analyse kan det opsummerende udledes, at flere af de resultater, der er fundet, har brede konfidensintervaller. Dette kan indikere en stor usikkerhed på de resultater, som er fremkommet på baggrund af projektets spørgeskemaundersøgelse. Endvidere kan det konkluderes, at mange af de forefundne OR ydermere ikke afspejler statistisk signifikans. Dette afspejler deslige et usikkert resultat.

I indeværende spørgeskemaundersøgelse kunne hverken H_0 : *Der er ingen sammenhæng mellem patienters baselinekarakteristika og opfattelse af kommunikationen* eller H_0 : *Der er ingen sammenhæng mellem personales baselinekarakteristika og opfattelse af kommunikationen* forkastes for alle baselinekarakteristika.

H_1 : *Der er sammenhæng mellem personales og patienters opfattelse af kommunikationen* accepteres for et af kommunikationsspørgsmålene, da der kan ses en statistisk signifikant sammenhæng. For de øvrige kommunikationsspørgsmål forkastes den alternative hypotese.

9.2 Resultater litteraturgennemgang

Den systematiske litteraturgennemgang ledte, som beskrevet, frem til fem videnskabelige studier, som blev anvendt til at besvare følgende undersøgelsesspørgsmål: *Hvilke kommunikationsstrategier kan understøtte kommunikation mellem sundhedspersonale og patienter med KOL og hermed bidrage til, at patienterne kan håndtere deres sygdom?*

Studierne præsenterer flere effektive strategier, der kan understøtte kommunikationen mellem sundhedspersonale og patienter med KOL. Derudover bidrog studierne også med fund af kommunikative barrierer, der kan opstå under sundhedskonsultationer, hvilket også vurderes relevant for undersøgelsesspørgsmålet. En syntese af studiernes resultater vil præsenteres nederst i afsnittet. Studierne vil dog først præsenteres enkeltvis.

9.2.1 Shum et al., 2020

Titel: Bridging the gap: Key informants' perspectives on patient barriers in asthma and COPD self-management and possible solutions.

Formål: At få adgang til nøgleinformanters (sundhedsprofessionelle, forskere og politiske beslutningstagere) perspektiver på de barrierer, som de opfatter en astma/KOL-patient kan blive konfronteret med, og de mulige løsninger til at imødegå dem.

Design og metode: Kvalitativt studie som anvender dybdegående semi-strukturerede interviews som metode.

Studiepopulation: Interviews udført hos 45 forskellige nøglepersoner fra henholdsvis Canada, USA, England og Australien. Rekrutteringsstrategien som blev anvendt, var en formålsrettet rekrutteringsstrategi, hvor maksimal variation blev tilstræbt.

Resultater: Tre temaer og syv subtemaer blev fundet. De barrierer som nøglepersonerne opfattede, at patienterne kunne opleve i forbindelse med håndtering af egen sygdom var: Informationsoverbelastning, forskellig information fra sundhedsprofessionelle, tidsbegrænsninger, medicinsk jargon, for højt et læseniveau af skriftligt materiale, overbevisninger og holdninger til behandling hos patienterne, manglende patientinddragelse i udvikling af materialer, hukommelsesproblemer og alder. Seks løsninger til barriererne blev foreslået: Materiale til at tage med hjem i forståeligt sprog og eventuelt på video i stedet for på skrift, skræddersyet patientuddannelse, opfølgende hjemmebesøg, opfordre patient til at stille spørgsmål, bedre kommunikation, opbygning af relationer og teach-back metode.

Kvalitetsvurdering: Studiet vurderes overordnet til at være af god kvalitet, hvorfor det medtages i projektet som led i at besvare undersøgelsesspørgsmålet i den systematiske litteraturgennemgang. En svaghed ved studiet er dog, at studiet ikke nævner, hvilket videnskabsteoretisk ståsted det har (Maxwell, 2013). Hermed vides det ikke, hvad forskerne antager er sand viden, og om de frembragte fund eksempelvis er fremkommet på baggrund af forskernes forforståelse. Dette svækker studiets troværdighed. En anden ulempe ved studiet er, at studiepopulationen hovedsageligt består af

kvindelige sundhedsprofessionelle fra Canada. Kun 15 af de rekrutterede nøglepersoner var mænd. Dette kan svække studiets troværdighed samt overførbarehed til andre kontekster. Denne svaghed fremskriver studiet dog selv. Slutteligt kan endnu en svaghed ved studiet anses ved, at studiet ikke angiver, hvilken tematisk analysestrategi der anvendes. Hermed kan det ikke vides, om trinnene i analysestrategien er fulgt stringent. Forskerne er dog meget transparente i den måde, hvorpå de beskriver, hvorledes de har foretaget analysen, og det vurderes, at de har været omhyggelige i dannelsen af temaerne som præsenteres i studiets resultatafsnit.

Anvendelighed i forhold til projektets undersøgelsesspørgsmål: Studiet fremkommer med flere relevante kommunikationsunderstøttende strategier, der kan fremme selvhåndtering af egen sygdom hos patienter med KOL. For at begrænse informationsoverbelastning bør patienten som udgangspunkt kun få basal information om deres sygdom, hvordan de skal håndtere sygdomsforværring, brug af medicin samt hensigtsmæssig livsstil. Kommunikation der kan fremme KOL-patienters selvhåndtering af egen sygdom opfattes af nøglepersoner som kommunikation, hvor der tages udgangspunkt i patientens eget liv, kommunikation hvor der anvendes teach-back samt kommunikation, hvor sundhedsprofessionelle gentagne gange opfordrer patienten til at stille spørgsmål.

9.2.2 Hong et al., 2019

Titel: Teach-Back Experience and Hospitalization Risk among Patients with Ambulatory Care Sensitive Condition a Matched Cohort Study.

Formål: At undersøge associationen mellem patientens oplevelse af teach-back under sygdomsbehandling samt deres efterfølgende risiko for indlæggelse/genindlæggelse blandt patienter med ambulatorie care sensitive conditions (ACSCs). Teach-back bestod i, at patienten skulle gengive den sygdomsinformation, vedkommende havde fået fra personalet med henblik på at fremme patientens selvhåndtering og mestring af sygdom, hvorved det blev undersøgt, om risikoen for indlæggelse kunne reduceres.

Design og metode: Studiet er et retrospektivt matched kohortestudie, som anvender data fra et 4 årigt longitudinelt medicinsk studie (MEPS). Kohortestudiet har udarbejdet en spørgeskemaundersøgelse til ACSC-patienterne i MEPS-studiet med henblik på at undersøge oplevelsen af teach-back fra sundhedspersonale under behandling. Kohortestudiet matchede hver ACSC-patient, som havde oplevet teach-back fra sundhedspersonale med en lignende patient, som ikke havde oplevet teach-back fra sundhedspersonalet. Outcommet, hospitalsindlæggelse, blev målt efter en follow-up tid på to år, hvor studiet frasorterede patienter, som blev indlagt med en diagnose, der ikke var relateret til ACSC.

Studiepopulation: Der indgik i alt 14.110 amerikanske borgere i undersøgelsen. Disse var voksne over 18 år med en af følgende fem ACSCs sygdomme: Forhøjet blodtryk, type 2 diabetes, hjertesygdom, astma eller KOL.

Resultater: Patienter som havde oplevet teach-back fra sundhedspersonale havde, efter matching med patienter som ikke havde oplevet teach-back, en RR på 0.85 for at blive indlagt for ACSC-relaterede sygdomme. Patienterne der havde oplevet teach-back under sundhedskonsultationer ytrede desuden, at metoden bidrog til, at de havde større forståelse for deres sygdom, hvorved de bedre kunne håndtere denne i hverdagen. Desuden angiver studiet, at teach-back metoden kan anvendes til at “fange”, hvis patienten ikke har forstået sundhedsinformationer, hvorved personalet kan tage hånd om denne manglende forståelse, hvilket kan medføre bedre sygdomscompliance.

Kvalitetsvurdering: Kohortestudiet lever jævnfør CASPs checkliste (Bilag 3.2) op til de generelle kvalitetskrav for et kohortestudie. Metodevalg og analyser er veldokumenterede og transparente, hvilket øger studiets validitet. Der kan dog påpeges enkelte usikkerheder i studiets udformning, herunder mulig misklassifikation af patienter.

Patienterne blev kategoriseret som at have oplevet teach-back, og hermed udvalgt som studiepopulation, hvis de i et spørgeskema havde udfyldt, at de “altid” oplevede, at sundhedspersonalet udførte teach-back metoden under sundhedskonsultationer. Hermed frasorteres patienter, der har angivet, at de “i høj grad” eller “nogen grad” har oplevet teach-back. Dette kan forårsage informationsbias, da nogle patienter antagelsesvis har følt, at “altid” er stærk ladet ord, hvorfor de har valgt en af de andre kategorier, selvom de oplever, at teach-back metoden hyppigt bliver brugt. Derudover er det også essentielt at nævne, at kohortestudiet ikke benævner frafald i studiepopulationen samt en eventuel håndtering af disse, hvilket forringer studiets validitet.

Anvendelighed i forhold til projektets undersøgelsesspørgsmål: Teach-back metoden kan anses som en relevant kommunikationsstrategi, der kan medføre, at patienter opnår en højere forståelse for deres sygdom, hvorved deres health literacy bliver forbedret. Derudover sikrer teach-back metoden, at sundhedspersonalet opfanger, hvis patienten ikke har forstået sundhedsinformationer korrekt og hermed har behov for yderligere vejledning, hvilket antagelsesvis også kan forbedre patientens health literacy.

9.2.3 De la Vega et al., 2018

Titel: “It’s like a mirror image of my illness”: Exploring Patient Perceptions About Illness Using Health Mind Mapping—a Qualitative Study

Formål: Patienters håndtering af kronisk sygdom er ifølge forfatterne påvirket af deres explanatory model of illness (EMI) samt deres daily lived experiences (DLE). Health Mind Mapping (HMM) er en strategi, der fanger en patients EMI og DLE gennem patientens egen grafiske konstruktion af et mind-map. Dette studie ønskede at undersøge patienters oplevelser ved anvendelse af HMM, og om HMM kunne forbedre deres håndtering af kronisk sygdom.

Design og metode: Studiet anvendte semistrukturerede kvalitative interviews til empiriindsamling, hvor patienterne blev adspurgt om deres holdninger samt eventuelle effekter af HMM. Derudover foretog studiet en indholdsanalyse over de deltagende patienters HMMs, hvor tanker og idéer omkring sygdommen og behandling blev nærstuderet.

Studiepopulation: 20 voksne patienter med type 2 diabetes fra en sundhedsklinik i Boston. Alle patienter snakkede engelsk eller spansk.

Resultater: Patienterne rapporterede, at HMM var effektiv til at øge deres selvhåndtering af diabetes. Patienterne forklarede, hvordan grafiske mind-maps (se Bilag 3.3) gjorde dem mere opmærksomme på deres sygdom og bivirkninger samt mulighederne for at håndtere disse på bedre vis. Patienterne tilkendegav blandt andet, at HMM hjalp dem til at formulere idéer og tanker omkring deres sygdom, som de før havde haft svært ved at videregive til deres behandler. Disse tanker og idéer kunne efterfølgende føre til god faglig dialog omkring sygdommen og behandling. Desuden berettede flere patienter, at HMM gav dem følelsen af at være mere involveret i egen sygdom og behandling, hvilket øgede deres håndtering af sygdommen. Patienterne pointerede endvidere fordelene i, at de kunne vise deres HMM til pårørende, som således bedre kunne forstå og støtte patienterne i håndteringen af deres sygdom.

Kvalitetsvurdering: Studiets forfattere tilkendegav ikke deres videnskabsteoretiske position, hvilket mindsker kvaliteten af studiets metodebeskrivelse (Maxwell, 2013). Det er uvist, om studiet tilstræber en maksimal variation. Hvis dette er tilfældet, kan der være risiko for en skævvridning af rekruttering af informanter, da deltagerne i studiet modtager 20 dollars, hvorved der antagelsesvis kan være forskel i karakteristika på de patienter, der vælger at deltage i studiet og de patienter, som undlader at deltage i studiet (Juul et al., 2017). Den generelle kvalitet i studiet er dog høj, da studiets forfattere er transparente i beskrivelsen af analysestrategier og resultater, hvorved studiets generaliserbarhed højnes.

Anvendelighed i forhold til projektets undersøgelsesspørgsmål: HMM kan bidrage med øget gensidig forståelse mellem patient og sundhedspersonale under konsultationer på Lungemedicinsk

Afdeling. Derudover kan HMM antagelsesvis øge patientens egenhåndtering af KOL samt understøtte øget pårørendeinddragelse i sygdomsforløb.

9.2.4 Sadeghi et al., 2012

Titel: Patients' and providers' perceptions of the impact of health literacy on communication in pulmonary rehabilitation

Formål: At undersøge patienters og sundhedspersonales opfattelse af health literacys betydning i sundhedskommunikation.

Design og metode: Der er anvendt et kvalitativ design med individuelle- og fokusgruppeinterviews. Data blev indsamlet fra januar til august 2011. Alle deltagere udfyldte et spørgeskema med personlige og demografiske faktorer inden interview. Der blev anvendt en frameworktilgang og en struktureret interviewguide. Temaer blev kodet af hovedforsker og bekræftet af en anden forsker.

Studiepopulation: 12 patienter med diagnosen KOL, der havde tilknytning til et lungerehabiliteringscenter samt 20 sundhedspersonale, der var ansat ved samme lungerehabiliteringscenter. Sundhedspersonalet var læger, sygeplejersker, terapeuter, farmaceuter og sundhedsundervisere med mindst et års klinisk erfaring inden for dette felt.

Resultater: Studiet fandt, at patienter og sundhedsprofessionelle opfattede health literacy som en væsentlig faktor i kommunikationen mellem patienten og den sundhedsprofessionelle. Der er dog begrænset kendskab til begrebet health literacy, men en god forståelse for begrebets betydning og dets indhold.

Patienters og sundhedsprofessionelles opfattelse af betydningsfulde barrierer for kommunikationen var forskellige. Patienter opfattede anvendelsen af medicinske udtryk, relationen til den sundhedsprofessionelle og manglende tillid i dette forhold som en barriere for en effektiv kommunikation. Samtidig opfattede patienterne manglende tid som hæmmende for forståelsen af den information, de modtog. Kvaliteten af det skriftlige materiale havde ligeledes betydning for deres forståelse af information. Følgende faktorer er væsentlige barrierer i kommunikation med patienterne ud fra de sundhedsprofessionelles perspektiv; patientens kultur og sprog, patientens personlighed, manglende opmærksomhed på tilgængelige ressourcer og stigma hos patienter med lav health literacy. Derudover angav sundhedspersonalet forskellige organisationsfaktorer, som begrænsende for kommunikationens kvalitet.

Patienter og sundhedsprofessionelle opfattede støtte fra pårørende, internettet og patientuddannelse som betydningsfuld i kommunikationen og forståelsen af den information, der blev givet. Internettet kunne dog både være et effektivt redskab til at finde sundhedsinformation, men for andre kunne det være ukendt og utilgængeligt på grund af økonomiske ressourcer.

Kvalitetsvurdering: Studiets formål og metoder synes overensstemmende og anvendelig til at belyse det ønskede område. En ulempe ved studiet er dog, at det beskriver rekrutteringsmetoden i begrænset omfang, hvilket forringer studiets transparens. Omvendt er der angivet fyldestgørende beskrivelse af studiepopulationens sammensætning. Desuden er der vedlagt en spørgeguide, der gør indsamlingen af data transparent.

Anvendelighed i forhold til projektets undersøgelsesspørgsmål: Patienters og sundhedsprofessionelles opfattelser adskiller sig på flere punkter, hvilket kan udfordre løsningerne. Patienters opfattelse af hæmmende faktorer for en effektiv kommunikation er i høj grad målrettet den sundhedsprofessionelles tilgang. Der fremhæves, at anvendelse af medicinske udtryk bør undgås i kommunikationen. At tilliden til den sundhedsprofessionelle er af så stor betydning, gør det væsentligt at overveje, hvordan denne tillid kan opnås. Faktorer som tid, og kvaliteten af skriftligt materiale, er ligeledes vigtige elementer, der bør skabes fokus på. Ud fra det sundhedsprofessionelles perspektiv er en god kommunikation i høj grad båret af faktorer, der ligger hos patienten. Dette element bør den sundhedsprofessionelle tage højde for, da det, som belyst i projektets problemanalyse, kan påvirke deres tilgang i kommunikationen med patienten. Pårørende angives som en ressource fra begge grupperes perspektiv.

9.2.5 Ivynian et al., 2020

Titel: Patient preferences for heart failure education and perceptions of patient–provider communication

Formål: Studiets formål er at undersøge hjertesvigtspatienters opfattelse af patient-behandler kommunikation. Studiet har fokus på barrierer og facilitatorer for effektiv kommunikation af sundhedsinformation, foretrukne kilder til information og oplevede mangler i viden om hjertesvigt for at afdække, hvilke mangler der fandtes i undervisningen af hjertesvigtpatienter.

Design og metode: Et kvalitativt studie som en del af et større mixed methods studie. Der er anvendt semistrukturerede interviews udført på hospitalet eller via telefon, hvis patienten var udskrevet. Der er lavet en tematisk analyse ud fra transskriptionerne.

Studiepopulation: 15 patienter blev rekrutteret fra en hjerteafdeling i perioden juni 2015 til august 2016. Ti deltagere var mænd, som havde NYHA klasse II eller III, og havde gennemsnitligt fem komorbiditeter. Patienterne skulle kunne holde til at deltage i et interview af 1 times varighed.

Resultater: Studiet fandt, at patienterne oplevede mangler i informationen, de modtog og havde forskellige opfattelser af kvaliteten af den kommunikation, de modtog. Patienterne gav udtryk for et behov for individuelt tilpasset information, som tog højde for patientens komorbiditet. De foretrak personlig interaktion i kommunikationen. Patienterne oplevede, at anvendelse af medicinske udtryk, utilstrækkelig detaljeret information samt patient-behandler relationen kunne være barrierer for en åben kommunikation. Studiet fandt, at der med fordel kunne anvendes kombinationer af skriftlig, mundtlig og visuel kommunikation. Derudover tilkendegav patienter, at noter under konsultationer kunne hjælpe til forståelsen af information. Tiden blev fremhævet som væsentlig for at kunne stille spørgsmål, der kunne afklare forståelsen.

Kvalitetsvurdering: Studiet vurderes til at være af tilstrækkelig metodisk kvalitet. Der er angivet metode for rekruttering, indsamling og håndtering af data. Der er ikke angivet videnskabsteoretisk ståsted. Dog er den analytiske metode beskrevet fyldestgørende. Kodning af temaer er foretaget af flere forskere, og der er anvendt en systematisk tilgang til kodningen. Der er taget højde for etiske hensyn. Patienter skulle helbredsmæssigt kunne deltage i et interview af 1 times varighed. Det kan derfor antages, at de dårligste patienter, der måske har haft andre behov i kommunikationen, ikke er repræsenteret. Dette kan svække studiets overførbarhed.

Anvendelighed i forhold til projektets undersøgelsesspørgsmål: Målgruppen er hjertesvigtspatienter, der vurderes at være sammenlignelige med KOL-patienter i forhold til kommunikationsbehov og health literacy udfordringer for patient-behandler kommunikationen. Studiet viser, at kvaliteten af kommunikationen mellem patient og behandler er afhængig af behandlers evne til at tilpasse informationen til den enkeltes situation. Samtidig er det væsentligt, at der er en tillidsfuld relation, hvor der opleves tilstrækkelig tid til spørgsmål. Medicinske udtryk kan være en barriere for patientens forståelse af informationen, og en kombination af kommunikationsformer kan være en fordel for at sikre forståelsen.

9.2.6 Syntese af litteraturgennemgang

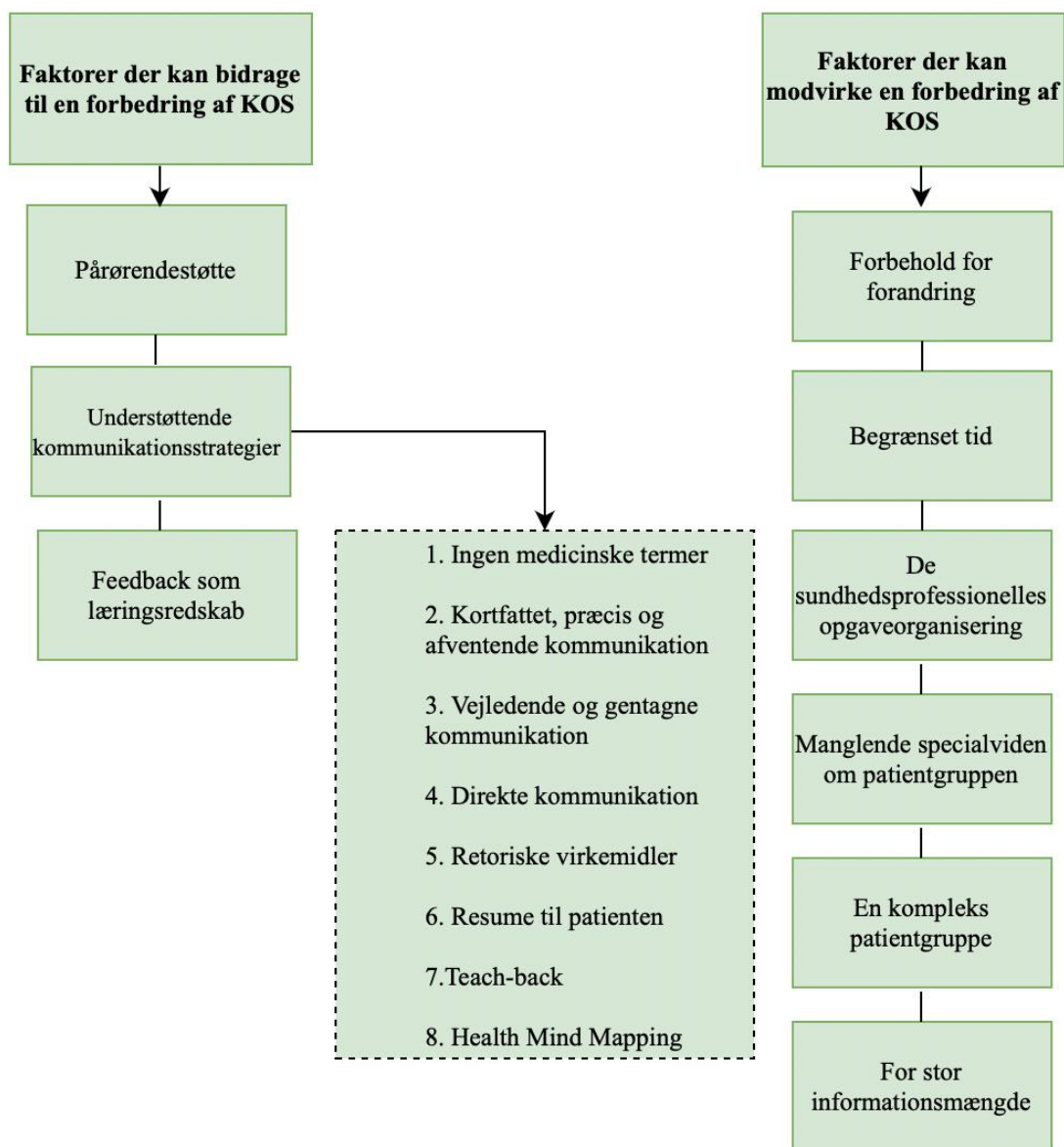
Sundhedspersonalets anvendelse af medicinske termer er en barriere for forståelsen af sundhedsinformationer hos patienter (Ivynian et al., 2020; Sadeghi et al., 2013; Shum et al., 2020). Til at imødekomme denne problematik kan anvendes en indførelse af teach-back metoden under

sundhedskonsultationer (Hong et al., 2019; Shum et al., 2020). Dette med henblik på at sikre, at patienten har forstået den givne information, hvorved informationen kan gentages eller omformuleres, hvis patientens forståelse for informationen ikke er tilstrækkelig. Ved at øge patienter med KOLs forståelse for deres sygdom, vil deres håndtering af denne antagelsesvis også forbedres (Hong et al., 2019). Mangel på tid under sundhedskonsultationer kan blandt andet medføre manglende tillid i relationen til den sundhedsprofessionelle (Sadeghi et al., 2012; Ivynian et al., 2020). Denne mangelfulde tillid i relationen kan resultere i kommunikationsbarrierer (Sadeghi et al., 2012; Ivynian et al., 2020). Forskellige kommunikationsformer, som for eksempel visuel kommunikation, såsom billeder eller tegninger, kan fremme patienters forståelse for sundhedsinformationer (Ivynian et al., 2020; Shum et al., 2020). I forlængelse heraf kan inddrages studiet fra De la Vega et al. (2018), som fremhæver, hvordan Health Mind Mapping (HMM) er en metode der, gennem en visualisering af patientens egen forståelse af sygdom og bivirkninger, kan bidrage til øget sygdomshåndtering. Dette med ståsted i, at patienten bliver mere opmærksom på sin sygdom samt, at mind-mapping åbner for faglig dialog mellem patient og sundhedsprofessionel (De la Vega et al., 2018). Studiet fra Sadeghi et al. (2012) pointerer, at inddragelse af pårørende under sundhedskonsultationer kan have en positiv effekt på patientens håndtering af sygdom. Studiet fra De la Vega et al. (2018) fremhæver ydermere, at HMM kan medføre øget og forbedret pårørendeinddragelse under sygdomsforløb, da det tiltænkes, at patienternes udarbejdede mind-maps skal deles med pårørende. Herved kan de pårørende antagelsesvis også opnå bedre forståelse for patientens sygdom, hvilket forbedrer deres forudsætninger for at fungere som en ressource for patienten (De La Vega et al., 2018). Slutteligt skal nævnes, at studierne fra Sadeghi et al. (2012) samt Shum et al. (2020) påpeger, at individuelt tilpasset kommunikation er en strategi, der også kan fremme patientens egenhåndtering af sygdom. Individuelt tilpasset kommunikation blev i studierne beskrevet som kommunikation, hvor patienten eksempelvis opfordres til at stille spørgsmål, samt hvor der tages højde for patientens andre sygdomme (Shum et al., 2020; Sadeghi et al., 2012).

9.3 Kvalitativ analyse af interviews

Fund fra den kvalitative analyse, som fremkom på baggrund af de udførte interviews, havde til hensigt at besvare det kvalitative undersøgelsesspørgsmål: *Hvilke forandringsforanstaltninger, målrettet patienter med KOL, kan ifølge personalet på Lungemedicinsk Afdeling bidrage til en forbedret Kommunikativ Organisatorisk Sundhedskompetence (KOS)?* På baggrund af den udførte analysestrategi fremkom to hovedtemaer, ni temaer samt otte undertemaer. Disse ses illustreret nedenfor i Figur 5. De sundhedsprofessionelle, der blev rekrutteret som informanter til de tre udførte interviews, havde alle

stor erfaring indenfor arbejde med patientgruppen, og havde alle været tilknyttet Lungemedicinsk Afdeling i Region Nordjylland i minimum fire år. Hermed blev de vurderet til at kunne bidrage med dybdegående, samt relevant viden, i henhold til at besvare undersøgelsespørgsmålet.



Figur 5: Præsentation af temaer.

9.3.1 Faktorer der kan bidrage til en forbedring af KOS

9.3.1.1 Pårørendestøtte

Dette tema blev dannet på baggrund af citater fra de tre informanter, som understøttede pårørendes vigtige rolle under behandlingsforløb. Det blev fremhævet, at pårørende kunne fungere som en ekstra støtte, der kunne hjælpe med at lytte under konsultationer. En informant udtalte: *”Når det kommer til at skulle kommunikere med os, er det altid godt, at der er fire ører i stedet for to...”* (Informant 1), samt: *”Ja, og tit er det jo en raskere ægtefælle (...). Eller et barn som jo er yngre og ikke er syge, som opfatter tingene måske lidt hurtigere, end de nogle gange gør.”* (Informant 1). Ud fra disse citater kunne udledes, at sundhedspersonalet mener, at pårørende kan hjælpe til at lytte og opfatte informationer.

Desuden fremhævede personalet, at pårørende også kan være med til at videregive nyttige informationer om patienten: *”Nej, jeg synes også, at de pårørende kan bidrage med sådan ja, at fakta-korrigerer, jo. Altså jeg skulle lige til at sige, altså det er ikke altid, at patienter helt ved hvordan de har det (...)”* (Informant 2). *”Også fordi de pårørende kan komme med nogle rigtig nyttige informationer, som patienten måske af forskellige årsager ikke fortæller mig (...). De kommer med nogle rigtig gode observationer, som er ekstremt nyttige.”* (Informant 2).

Ud fra disse citater kunne det udledes, at personalet anvender pårørendes fakta-korrigeringer og observationer om patienterne, når de udøver behandling. Dette vurderes særligt relevant, når patienterne har svært ved at udtrykke, hvordan de har det. Det kan formodes, at nogle patienter uden pårørende kan have behov for, at sundhedspersonalet tager højde for den manglende støtte. Hermed kan pårørendestøtte anses som en vigtig faktor, som skal tages i betragtning under en forbedring af KOS.

9.3.1.2 Understøttende kommunikationsstrategier

Dette tema indeholder otte undertemaer, som fremhæver forskellige kommunikationsstrategier, som antagelsesvist kan forbedre kommunikationen mellem sundhedspersonale og patienter på Lungemedicinsk Afdeling samt sikre, at den bliver tilpasset til patienternes sundhedskompetenceniveau.

9.3.1.2.1 Ingen medicinske termer

Projektet har qua problemanalysen fremanalyseret, at patienter med KOL, sammenlignet med andre patientgrupper, generelt har lavere uddannelsesniveau, hvorfor sundhedspersonalets brug af medicinske termer kan medføre kommunikative barrierer. Denne problematik bliver ydermere belyst i projektets kvalitative indsamling, hvor sundhedspersonalet fremhævede, at KOL-patienter kan have udfordringer med forståelsen af medicinske termer: *”Det der med at sige, jamen vi er nødt til at huske at bruge nogle ikke faglige termer, for ellers så forstår de det simpelthen ikke, de bliver tabt på gulvet.”* (Informant 1). Samme informant udtalte: *”Jeg synes at jeg forsøger efter allerbedste evne og tale dansk, og ikke latin”* (Informant 1).

Ud fra disse citater kunne det netop udledes, at noget af sundhedspersonalet forsøger at undlade at anvende faglige og medicinske termer, da dette kan medføre forståelseskomplikationer hos patienten.

9.3.1.2.2 Kortfattet, præcis og afventende kommunikation

Dette tema blev dannet på baggrund af informanternes citater, som indikerede, at patienter med KOL har brug for, at sundhedspersonalet kommunikerer kortfattet, præcis og afventende.

En informant udtalte: *”Så vil jeg sige, at det er virkelig nogle patienter, hvor man skal sørge for, at kommunikationen er meget kort, og at den er meget præcis og det skal tages i små bidder.”* (informant 1). Samme informant udtalte: *”Når jeg har afleveret en pointe, så skal den ligesom have tid til at bundfælde sig med et eller andet smalltalk. Før jeg tager fat igen. Fordi hvis det er sådan at jeg bombarderer dem med dong, dong, dong, dong, dong, så står de af.”* (Informant 1).

Ud fra dette kunne udledes, at sundhedspersonalet har god erfaring med at tilpasse kommunikation omkring KOL-sygdom og behandling til at være kortfattet, præcis og afventende, da en mere kompliceret form for kommunikation kan være ”bombaraderende” for patienterne. Denne manglende evne til at overskue kompliceret kommunikation kan være en konsekvens af KOL-sygdommens svære bivirkninger, hvormed patienterne, jævnfør projektets problemanalyse, kan opleve ringe overskud samt kognitive problematikker, hvilke også kan have indflydelse på evnen til at modtage ny information.

9.3.1.2.3 Vejledende og gentagne kommunikation

Dette tema fremhævede, hvordan de sundhedsprofessionelle kan opleve, at patienter med KOL har behov for, at kommunikationen er vejledende og gentagne. En informant udtalte: *”Jeg kan også godt selv finde på, for eksempel, hvis det er en spirometri, de laver og de har svært ved at lave den her*

spirometri, så kan jeg godt selv finde på at tage et rør, ikke lige denne her. Men så ligesom at vise (...) Det er sådan her, du skal gøre. For det er jo så vigtigt, at vi har nogle brugbare resultater og målinger.” (Informant 2).

Det kunne udledes, at sundhedspersonalet har erfaring med at anvende sproglig vejledning, men også visuel vejledning for at understøtte patienterne i, hvordan de får aflagt brugbare målinger. Desuden indeholdte dette tema citater, som indikerede, at sundhedspersonalet gentager kommunikation med henblik på at sikre, at patienten har forstået informationen, der er blevet givet. Et af disse citater er følgende: *”Og man ligesom siger efter endt samtale. Har vi en fælles forståelse? Har vi en plan? Er i med på hvad der skal ske? Og de tykker (...). Og det er ihvertfald noget af det jeg gør ved hver konsultation, ligesom at sige – er I med på, hvad det er vi har aftalt i dag?”* (Informant 1). Anvendelse af vejledende og gentagne kommunikation blev hermed udledt som en understøttende strategi, der kan hjælpe til at tilpasse patientens sundhedskompetenceniveau.

9.3.1.2.4 Direkte kommunikation

Indeværende tema indikerede, hvordan sundhedspersonale benytter direkte kommunikation, når de konverserer med patienter. Dette kunne blandt andet tydes ud fra følgende citat: *”Altså jeg er meget direkte i min kommunikation, og hvis det for eksempel er en patient, der ryger. Jamen, så kan jeg godt finde på at sige, hvis ikke du stopper med det her, jamen så dør du”* (Informant 2). Samme informant fremhævede, hvordan hun tilpasser den direkte kommunikation til den enkelte patient. Informanten udtaler:

”Ja man kan sige. Worst case det er, at du ikke vågner op en dag. Men det er jo sådan, det er. Det kan jo være, at det er for direkte, og det kan også godt være, at der nogle, der ikke kan håndtere den her direktehed, men det vurderer jeg selvfølgelig også for hver patient. Men hvis det er en, vi har øvlet og bøvlet med over flere omgange. Der sker ikke en dyt, og de rykker sig ikke. Jamen så er jeg bare direkte” (Informant 2).

Ud fra dette citat, samt fra andre citater fra informanterne, blev det desuden udledt, at personalet i nogle tilfælde kan anse denne direktehed som værende nødvendig for, at patienten forstår alvorligheden i sygdommen og dens konsekvenser.

9.3.1.2.5 Retoriske virkemidler

Retoriske virkemidler var foruden et undertema under *Understøttende kommunikationsstrategier*, som fremkom på baggrund af den kvalitative analyse. Dette skyldes, at det på baggrund af analysen synes

at kunne udledes, at de sundhedsprofessionelle på afdelingen havde god erfaring med at anvende retoriske virkemidler som en strategi til at tilpasse kommunikationen til patienternes sundhedskompetenceniveau. Eksempelvis siger en informant:

”Altså for det første så går jeg faktisk meget ud af sådan at prøve og tale i billeder, altså det gør jeg (...). Altså det arbejder jeg sådan helt bevidst med (...). Og prøve at se, om jeg kan finde nogle måder, at tale i billeder af ting, de forstår.” (Informant 3).

Ud fra ovenstående citat kunne det tolkes, at billedesprog blandt andet anvendes som et retorisk virkemiddel til at tilpasse kommunikationen til patientens sundhedskompetenceniveau. Foruden anvendelse af billedesprog tydede det på, at nogle af de sundhedsprofessionelle på Lungemedicinsk Afdeling har god erfaring med at anvende humor som et retorisk virkemiddel til patientgruppen. Dette kunne udledes fra en informants citat: *”Man bruger sin humor i det, man bruger rigtig mange ting i det. (...) Så, det kan man sige. (...) Altså jeg har i hvert fald øvet mig i rigtig mange år, med at tale med de her patienter (...)”* (Informant 3).

Hermed kunne det tyde på, at informanten, efter mange års erfaring med patienter med KOL, har erfaret, at anvendelse af humor kan være en understøttende kommunikationsstrategi. Således var citater præsenteret indenfor dette tema med til at indikere, at anvendelse af retoriske virkemidler, som billedesprog og humor, kan være en måde, hvorpå der kan ske en tilpasning af kommunikationen til patientens sundhedskompetenceniveau.

9.3.1.2.6 Resume til patienten

Foruden anvendelse af retoriske virkemidler blev det desuden udledt, at et resumé til patienten kunne være en understøttende kommunikationsstrategi, der kunne bevirke, at kommunikationen blev tilpasset til KOL-patienternes niveau af sundhedskompetence. I forbindelse med et af de udførte interviews blev en informant adspurgt om, hvorledes hun tænkte, at afdelingen kommunikativt kunne gøre det bedre, hvortil hun svarede:

“Jeg tror sagtens, at man kunne gøre det bedre (...). [...] Vi havde et forsøg på et tidspunkt (...). I vores KOL-ambulatorium (...). Jeg ved faktisk ikke, om det også var et hold folkesundhedsstuderende som jer. Hvor at de tilbød at indtale et resume, hvor de fik et resume på papir. Men også indtalte det. Et resume at konsultationen på deres telefon (...). Som de kunne lytte.” (Informant 1).

På baggrund af ovenstående citat kan det tolkes, at informanten tidligere havde oplevet et resume til patienten som værende en understøttende strategi til at tilpasse kommunikationen til patientens niveau

af sundhedskompetence. Dette skyldes, at det var lagt op til, at patienterne efterfølgende kunne genlytte et resume af den konsultation, de netop havde haft hos sygeplejersken eller lægen, såfremt de oplevede behov herfor. Foruden at resumeet skulle hjælpe patienten til at huske, hvad der var blevet sagt hos lægen, tydede det på, at resumeet også med fordel kunne genlyttes af eventuelle pårørende til patienten: *”Når de kom hjem (...). At måske hvis der var nogle pårørende som måske gerne ville have et resume. At de ligesom kunne få det der.”* (Informant 1).

På baggrund af ovenstående citater kan det opsummeres, at et resume til patienterne, samt eventuelle pårørende, kan være en understøttende kommunikationsstrategi at anvende med henblik på at tilpasse kommunikationen til patientgruppens niveau af sundhedskompetence. Dette skyldes, at et resume kan medvirke til, at vigtige pointer fra konsultationen kan repeteres, hvorved det kan formodes, at det kan blive lettere for patienten at følge dennes behandling, eller få støtte hertil fra eventuelle pårørende.

9.3.1.2.7 Teach-back

I forbindelse med interviewene blev de interviewede sundhedsprofessionelle præsenteret for teach-back som en kommunikationsstrategi, da denne strategi, på baggrund af litteratursøgningsprocessen, var fremkommet som en strategi, der kunne understøtte, at kommunikationen blev tilpasset sundhedskompetenceniveauet hos patienten med KOL. Det fremkom, at kun en ud af de tre interviewede kendte til teach-back som en konkret kommunikationsstrategi. Til trods herfor havde alle informanterne erfaring med at anvende strategien i kommunikationen til patienterne med KOL. Eksempelvis udtaler en informant: *”Ja. Jeg vidste ikke, at det havde et navn (griner). Jeg anvender det i nogle situationer. Ja altså, har du forstået hvad jeg har sagt? Har du forstået, hvad det er du skal igennem? Har du forstået?”* (Informant 2).

Informanten blev i forlængelse heraf adspurgt, hvorvidt hun havde en oplevelse af, at kommunikationsstrategien hjalp til at sikre forståelsen af den information, som hun forsøgte at videreformidle til patienten: Interviewer: *”Så det er en oplevelse du egentlig har, at det også hjælper med forståelsen?”* Informant 2: *”Ja.”*

Ovenstående citater kan, på trods af at sundhedsprofessionelle på Lungemedicinsk Afdeling muligvis ikke er bekendt med, at de anvender teach-back, indikere, at strategien kan være understøttende i forhold til at gøre kommunikationen lettere forståelig for patientgruppen. Denne tolkning understøttes af en anden informant, som siger: *”Det er en rigtig, rigtig god teknik. Og det kan tit afsløre, hvor patienten er henne i forhold til den information, som vi har givet dem, ja.”* (Informant 1). Hermed

kunne udledes, at anvendelse af teach-back kan være en understøttende kommunikationsstrategi, der kan anvendes til at tilpasse kommunikationen til patientens niveau af sundhedskompetence.

9.3.1.2.8 Health Mind Mapping

Foruden teach-back blev informanterne endvidere præsenteret for HMM som kommunikationsstrategi. HMM var, på baggrund af den systematiske litteraturgennemgang, ligesom teach-back, fremkommet som en af de kommunikationsstrategier, der kunne understøtte, at kommunikationen til patienten med KOL blev tilpasset til patientens sundhedskompetenceniveau. Derfor blev informanterne præsenteret for HMM, da oplevelser og holdninger til anvendelse af HMM på Lungemedicinsk Afdeling herved kunne afprøves. Flere af informanterne udtalte, at de havde en oplevelse af, at HMM kunne anses som en understøttende kommunikationsstrategi på afdelingen. Blandt andet udtalte en informant, at HMM kunne anvendes til at skabe mere systematik i det, som patienten skulle huske i forhold til behandling:

”Jamen blandt andet at få systematik i det tankemylder, og den (...). Jeg tror (...). Rodebutik der er omkring deres sygdom (...). Med farmakologisk behandling, non-farmakologisk behandling, hvad skal jeg huske, hvad skal jeg ikke huske, hvad er vigtigt. [...] Sådan de [patienterne] også kunne bruge det som et spørgeredskab, til også at få spurgt om de rigtige ting.” (Informant 1).

Det kan tyde på, at den sundhedsprofessionelle oplevede, at HMM potentielt kan være med til at anskueliggøre, hvad patienterne skal huske omkring deres behandling. Endvidere kan det tyde på, at HMM kan være hensigtsmæssig for patienterne at anvende i forhold til at sikre, at de får stillet de spørgsmål, som de måtte have behov for.

9.3.1.3 Feedback som læringsredskab

Det sidste undertema som fremkom på baggrund af hovedteamet *Faktorer der kan bidrage til en forbedring af KOS* var *Feedback som læringsredskab*. På baggrund af spørgeskemaundersøgelsen blev projektgruppen gjort bekendt med, at de sundhedsprofessionelle på afdelingen ikke har en opfattelse af, at få feedback på den kommunikation, som de har med patienterne. Herfor blev informanterne i forbindelse med de udførte interviews adspurgt om, hvorvidt de havde en oplevelse af, at deres kommunikation med patienten kunne bedres, såfremt de fik feedback på denne. Til dette svarede en af informanterne:

”Helt sikkert. Det vil det jo altid. Altså man vil jo altid kunne forbedre sin kommunikation, også selvom man har været læge i 40 år altså (...). Eller sygeplejerske. Man vil jo altid kunne gøre tingene bedre (...). Og feedback er jo en rigtig, rigtig god måde at lære på.” (Informant 1)

Endvidere udtalte en anden informant: *”Ja det tror jeg godt. Altså det vil da være rart at vide, at (...). Du talte simpelthen for hurtigt eller jeg forstod ikke det der.”* (informant 2). Hermed kan det tolkes, at de sundhedsprofessionelle på afdelingen kan opleve at feedback kan være anvendeligt i forhold til at forbedre KOS på Lungemedicinsk Afdeling. Dette skyldes, at feedback potentielt kan anvendes som et læringsredskab til at forbedre den kommunikation, som personalet har med patienterne. Dette kan bevirke, at kommunikationen i højere grad tilpasses den individuelle patientens niveau af sundhedskompetence.

9.3.4 Faktorer der modvirker en forbedring af KOS

På baggrund af den kvalitative analyse fremkom der en række temaer, som pegede på faktorer, der kan anses som barrierer for implementering af forandringstiltag, der kan forbedre KOS på Lungemedicinsk Afdeling. Følgende temaer blev dannet; Forbehold for forandring, Begrænset tid, De sundhedsprofessionelles opgaveorganisering, Manglende specialviden om patientgruppen, En kompleks patientgruppe og For stor informationsmængde. Temaerne pegede på flere udfordringer både af organisatorisk karakter og ved patientgruppens kompleksitet. Disse udfordringer bør forandringstiltag, som tilstræber forbedret KOS på Lungemedicinsk Afdeling, derved tage højde for.

9.3.4.1 Forbehold for forandring

Dette tema fremkom i analysen på tværs af informanterne. Temaet udsprang ikke på baggrund af et direkte spørgsmål, som blev stillet under interviewet, men fremkom i stedet flere gange under interviewene, hvor informanterne reflekterede over, om en forandring kunne være mulig på afdelingen. *”Jeg tror sagtens at man kunne gøre det bedre (...) men det ville være ekstremt tidskrævende.”* (Informant 1). *”[Indførelse af feedback] Det giver også, i forhold til, ligesom at skulle argumentere over for mine ledere, for de forfærdelige ventelister vi har. At vi lige pludselig skal gå ned på halvt plus, eller trekvart plus en dag (...). Det svært.”* (Informant 1). En anden informant udtalte:

”For nogen, ja. Men jeg tænker, at de fleste af den type patienter, som vi møder herinde, ikke vil kunne lave det her redskab, eller ikke har overskud til at lave det her redskab her. Der er

nogle enkelte, som er, ja gode KOL-patienter stadigvæk, som ville kunne se ideen i det her. Men jeg tror ikke, at de ville få det gjort.” (Informant 2)

På baggrund af ovenstående citater kan der udledes en forventning om, at nye tiltag vil være svære at gennemføre, på grund af rammerne på afdelingen og patientgruppens motivation for at udfylde redskaber. Denne mekanisme er kendt ved forandringer i sundhedsvæsenet (Dahlerup & Hanberg Sørensen, 2010), hvor forandringer kan møde modstand grundet interessenternes erfaringer fra tidligere forandringer (Dahlerup & Hanberg Sørensen, 2010). Derfor ville en forandring på Lungemedicinsk Afdeling skulle adressere denne skepsis hos de sundhedsprofessionelle ansat på afdelingen.

9.3.4.2 Begrænset tid

Tiden opfattes, af alle tre informanter, som en begrænsning i deres daglige arbejde. Der kan på baggrund af fund fra den kvalitative analyse ses en accept af, at tiden er begrænset, men at tiden samtidig gør, at der er grænser for, hvad de sundhedsprofessionelle kan gøre for patienten.

”I forbindelse med vi taler om deres KOL- sygdom, at der så faktisk så, bliver åbnet op for andre ting. Eksistentielle problemer. At de i øvrigt også har et problem med deres ben eller med deres øjne, eller (...) Eller noget andet (...). Og det er jo så kunsten, og ligesom og forklare at vi jo som udgangspunkt rigtig gerne vil hjælpe og se dem som det hele mennesker og tage til det hele med, men det er der ikke tid til (...). Vi har kun tid til at fokusere på det lungemedicinske” (Informant 1)

Derudover gav Informant 2 udtryk for, at hun i sit arbejde med patientgruppen ikke overholder den begrænsede tid. Dette er dog på eget initiativ, hvorfor der vil kunne være en forskel i, hvor meget tid den enkelte sundhedsprofessionelle bruger på patientefån.

”Jeg ja, ved KOL-konsultationer så har vi jo en halv time sammen med patienten, og så skal de ind til lægen. Og jeg er ret dårlig til at overholde den tid (griner). Men det ved, det ved lægerne også godt.” (Informant 2)

Det kan derved antages, at de sundhedsprofessionelle på Lungemedicinsk Afdeling arbejder under en tidsbegrænsning af, hvad de kan tilbyde patienter. Derved vil patienter, der har behov for mere tid til at gå til konsultationsrummet, eller som har behov for lang tid til at få vejret, have mindre tid til at

forstå og få afklaret informationen fra den sundhedsprofessionelle. Dette skaber en ulighed for de patienter, der har en dårligere fysisk tilstand.

9.3.4.3 De sundhedsprofessionelles opgaveorganisering

Konsultationen ved lægen og sygeplejersken er opdelt. Patienten er først er 30 min ved sygeplejersken og derefter 30 min ved lægen. Dette er antageligt indført for at gøre konsultationen så effektiv som muligt. *”Ja, så er det svært at ligesom sige “nå men det må du snakke med lægen om”, men sådan er det egentlig i princippet.”* (Informant 2)

”Ja, det er jo fordi ellers så sidder vi jo også nogle gange måske og siger det samme, og det er jo ikke planen ved det, at patienterne skal ind og høre på det samme 2 gange, så det er tænkt, at man er ja. Lidt for opdelt” (Informant 2)

Informant 2 angiver dog, at de faste rammer for opgavefordelingen nogle gange gør, at patienten får den samme information to gange eller ikke kan få svar fra sundhedspersonale, når et spørgsmål opstår. Dette kan antages at skabe forvirring for patienterne, der derved skal huske spørgsmål og gennemskue, om den information, de modtager, giver samme retningslinjer for håndtering af sygdommen. Hermed kan det tolkes, at den nuværende opgaveorganisering kan være en faktor, der kan modvirke en forbedring af KOS på afdelingen.

9.3.4.4 Manglende specialviden om patientgruppen

Informant 2 oplever, at der er en manglende viden om det lungemedicinske speciale i øvrige dele af sundhedsvæsenet, hvilket giver patienterne problemer, da de kan opleve ikke at få den rigtige behandling og vejledning.

”Det er kun lungemedicinere, synes jeg, der ved noget om KOL-patienter. Ej, Det er det ikke, men ja. Ambulanceførerne. Hvis de får patienter ind, der har en iltmætning på 74, så fyrer de op for ilt i ambulancen, og så har vi en patient, der kommer ind i en eller CO2-narkose. Så er man sådan. Jamen kunne vi lige starte med 2 liter ilt.” (Informant 2)

”Jamen sådan er det jo i alle specialer. Men hvis man var mere oplært i inhalationsmedicin, eksempelvis ikke. Så man bedre kunne vejlede patienten, fordi hvis de får en halvhjertet vejledning nede på apoteket. Jamen så går de hjem, og så tror de at nå. Jamen det var sådan, jeg fik det at vide. Men hvis de tager deres medicin i et halvt år, inden de kommer herind til os

og bliver korrigeret, ikke? Altså det vil bare være mega fedt, hvis der var andre, der også opdagede det.” (Informant 2)

Dette må antages at gøre det sværere for både patienten og den sundhedsprofessionelle på Lungemedicinsk Afdeling, da det kan skabe en forvirring og i værste fald en mistillid til det personale, som patienten møder i andre dele af sundhedsvæsenet. Samtidig kan det stille større krav til de sundhedsprofessionelle, hvis de skal korrigere fejlinformationer og samtidig være sikre på, at den information de giver er forstået i en sådan grad, at patienten vil være skeptisk, hvis vedkommende får en anden information.

9.3.4.5 En kompleks patientgruppe

KOL-patienter er en kompleks patientgruppe, som kan gøre kommunikationen svær. Alle informanter oplever, at det er vanskeligt at kommunikere og forklare den information, som patienten har behov for, for at kunne håndtere sin sygdom. Dette kan måske være udtryk for, at der er et for stort krav til patienterne om, hvad de skal håndtere. *”Men selvom vi havde mere tid, så tror jeg også stadigvæk, at det er en patientkategori, hvor mange af dem er rigtig svære at nå 100 %, med alt vi rigtig gerne vil (...). Fordi deres hverdag er fuldstændig en anden.” (Informant 1)*

”Alligevel så kan man blive overrasket (...). Senere hen, hvor når man så taler med dem igen, eller egen læge taler med dem igen i en anden sammenhæng (...). Det er faktisk ikke altid, at de er med på, hvad det er, man har sagt.” (Informant 1)

Samtidig påpegede informanterne, at de oplever, at patienter med KOL er præget af den stigmatisering, de oplever, og at dette kan påvirke relationen og kommunikationen i konsultationen.

”Ja. ja. Det er der jo tit, og altså KOL-patienter ikke. Altså de er jo blevet stigmatiseret i mange år. Også i forhold til, at det tidligere hed rygerlunger. De er jo allerede i forsvar mange af dem, eller nogle af dem er, ikke?” (Informant 2)

”Det er også det at sidde foran en læge tror jeg (...). Og bare det man siger, man er læge, det kan faktisk godt være der kommer nogle barrierer” (Informant 1)

Der kan derved ses flere barrierer ved patientgruppen i forhold til at skabe en effektiv og god kommunikation mellem parterne, da kommunikationen kræver en tillid fra patienternes side. Samtidig er budskabet ikke altid motiverende for patienten og kan derfor skabe modstand. Den komplekse patientgruppe kan dermed anses som værende en faktor, der kan modvirke en forbedring af KOS.

9.3.4.6 For stor informationsmængde

Der stilles store krav til patientens evne til at læse og forstå skriftligt materiale, hvilket informanterne påpegede som værende svært for patienten. *”At de er voldsomt belastede, og ikke mindst kognitivt, og der er rigtig meget og holde styr på”* (Informant 1) *”(...) Og det afstedkommer også ofte, at de misser de vigtige ting i det informationsmateriale de får, så det er sådan nogle af de ting som jeg har egentlig besværet mig over i mange år.”* (Informant 3)

Indholdet i det skriftlige materiale er givetvis vurderet gavnligt for patienten, men det bør overvejes om den samlede informationsmængde kan reduceres eller formidles på anden vis. Dette kan antagelsesvis skabe lettere vilkår for patienten og skabe overblik samt forståelse af alle informationer.

9.3.5 Sammenfatning af den kvalitative analyse

Opsummerende kan det udledes, at der på baggrund af den kvalitative analyse er fremkommet flere faktorer, som potentielt kan medvirke til en forbedring af KOS. Pårørendestøtte, understøttende kommunikationsstrategier samt feedback som et læringsredskab kan bidrage til en forbedring af KOS. Omvendt førte den kvalitative analyse ligeledes frem til fund af barrierer, der potentielt kan modvirke en forbedring af KOS. Det blev blandt andet udledt, at begrænset tid kan være en faktor, som kan modvirke en forbedring af KOS. Endvidere fandt projektgruppen, at forbehold for forandring hos de sundhedsprofessionelle på afdelingen kan være en faktor, som der kan være behov for at adressere i en forandringsproces. Fund fra den kvalitative analyse vil danne grundlag for en videreudvikling af afdelingens nuværende KOS.

9.4. Forandringsforslag

I nedenstående afsnit vil projektets forandringsforslag blive præsenteret. Disse har baggrund i resultaterne fra projektets kvantitative analyse, den systematiske litteraturgennemgang samt den kvalitative analyse. Forandringsforslagene besvarer hermed problemformuleringens andet undersøgelsesspørgsmål: *Hvordan kan afdelingen udvikle sin OHL og derved skabe en forandring, som modvirker den sociale ulighed i behandlingen af patienter med KOL?* Præsentationen af forandringsforslagene kan relateres til trin 11 i INDEX-guidance, da dette trin netop tilsigter en afrapportering af projekts afsluttende resultater.

Projektgruppen fandt, at følgende forandringsforslag kan bidrage til at reducere den sociale ulighed i sundhed hos patienter med KOL på Lungemedicinsk Afdeling: *Differentieret tid som er tilpasset niveau af sundhedskompetence, Fælles konsultation med en læge og en sygeplejerske, Indførelse af*

understøttende kommunikationsstrategier og kontinuerlig opfølgning, Feedback på de ansattes kommunikation samt Undervisning i specialet til de ansatte. Forandringsforslagene vil enkeltvis blive præsenteret samt argumenteres for i de følgende afsnit.

9.4.1 Differentieret tid som er tilpasset niveauet af sundhedskompetence

På baggrund af resultaterne fra projektets analyse, og belysningen af behovet for målrettet indsats, anses differentieret tid til konsultation som et muligt forandringsforslag på Lungemedicinsk Afdeling. Projektets analyse viste, at tid var en faktor, der var af stor betydning, når personalet skulle kommunikere med patienter og skabe den forståelse, der var nødvendig for, at patienten kunne håndtere sin sygdom hensigtsmæssigt. Spørgeskemaundersøgelsen indikerede, at personalet oplevede, at manglende tid var en begrænsende faktor for kvaliteten af konsultationen. Dette blev bekræftet i den kvalitative analyse, hvor der i alle tre interviews blev påpeget, at tid er en begrænset ressource i arbejdet med patienter med KOL, hvilket kunne have konsekvenser for den kvalitet, der blev leveret. Denne sammenhæng mellem tid, og behovet for en individuel tilpasset kommunikation, blev ligeledes fundet i gennemgangen af litteraturen, hvor studierne af Sadeghi et al. (2012) og Ivynian et al. (2020) viste, at tid er afgørende for, om der blandt andet kan skabes tillid i relationen til de sundhedsprofessionelle. Tillid er afgørende for, om der kan skabes en forståelse mellem patienten og den sundhedsprofessionelle (Sadeghi et al., 2012; Ivynian et al., 2020). Hvis patienten ikke oplever en tillidsfuld relation, vil vedkommende muligvis i mindre grad få stillet spørgsmål eller give udtryk for uenighed i behandlingen. Samtidig kan patienter med et begrænset socialt netværk opleve, at relationen til den sundhedsprofessionelle er det eneste forum, hvor de kan søge vejledning. Det vil dog for alle patienter være væsentligt med en tillidsfuld relation i behandlingsrelationen til den sundhedsprofessionelle. Når en tillidsfuld relation kræver tid (Sadeghi et al., 2013), kan det formodes, at mangel på tid kan påvirke relationen og effekten af konsultation for patienter på Lungemedicinsk Afdeling. Derfor kan differentieret tid til patienter med KOL være et relevant forandringsforslag.

Problemanalysen viste, at patienter med lav sundhedskompetence ofte er at finde i patientgruppen med KOL, men at der inden for gruppen må forventes forskelle i sundhedskompetence niveau (Svendsen et al., 2020; Aaby, Maindal, et al., 2019). Det kan antages, at patienter med flere ressourcer kan opnå en tilstrækkelig informations- og sygdomsforståelse på kortere tid sammenlignet med patienter med færre ressourcer. Denne frigivende tid kan tildeles patienter, der har behov for flere gentagelser og mere tid til spørgsmål.

Til vurdering af hvilke patientgrupper, der kan have behov for en udvidet konsultationstid, kan Lungemedicinsk Afdeling have en øget opmærksomhed på patienter med flere kroniske sygdomme, mænd, personer med anden etnicitet samt personer med lavt uddannelsesniveau og en indkomst under det nationale gennemsnit. Dette da problemanalysen udledte, at disse patientgrupper hyppigere har et lavere niveau af sundhedskompetence, og at disse faktorer kan være af betydning for patientgruppen med KOL (Bo et al., 2014; Friis et al., 2015, 2016; Svendsen et al., 2020; Aaby, Maindal, et al., 2019). Disse karakteristika kunne derved indgå i vurderingen af et behov for en udvidet konsultationstid. Samtidig kan en individuel vurdering af egen læge ligge til grund for en henvisning til en udvidet konsultationstid, hvis patienten ikke er kendt i afdelingen i forvejen. Dette kan eksempelvis være på baggrund af en vurdering af patientens kognitive funktionsniveau.

Den systematiske litteraturgennemgang viste desuden, at der foreligger evidens for, at pårørende er en ressource i behandlingsforløb for patienter med KOL (Muellers et al., 2019). De pårørende kan have en positiv effekt på patienternes evne til at forstå og håndtere deres sygdom. Den kvalitative analyse understøtter ligeledes, at patienter med pårørende har fordel af, at de pårørende deltager i konsultationen og er et sæt ekstra ører til de informationer, der kommunikeres af den sundhedsprofessionelle. Samtidig har den pårørende et indgående kendskab til patientens tilstand og begrænsninger i hverdagen og kan derved præcist redegøre for de symptomer og udfordringer, patienten oplever. Dette er især gældende for de patienter, der selv har svært ved at redegøre for disse problematikker. Patienter uden pårørende har ikke denne støtte og er muligvis derved dårligere stillet i konsultationen. For denne patientgruppe kan en øget tid til spørgsmål og forståelsesafklaring også være nødvendig.

Ved at indføre differentieret tid under konsultationen vil sundhedspersonalet, i højere grad, kunne retfærdiggøre at bruge den tilstrækkelige tid til en konsultation. Fund fra den kvalitative undersøgelse viste, at nogle af de sundhedsprofessionelle på afdelingen bruger mere konsultationstid, end der er afsat, såfremt de oplever, at patienten har behov herfor. Det er dog uvist, om dette er almen praksis for samtlige sundhedsprofessionelle på Lungemedicinsk Afdeling. Ved at indføre en differentieret tid kan det formodes, at patienter med en lavere sundhedskompetence har bedre forudsætninger for at opleve, at der er tid til at stille de nødvendige spørgsmål og hermed også bedre forudsætninger for at håndtere egen sygdom.

9.4.2 Fælles konsultation med en læge og sygeplejerske

Ud fra resultaterne fra projektets analyse kunne en ændring i de arbejdsstrukturer, der i dag findes på Lungemedicinsk Afdeling, anses som fordelagtigt. Konsultationstiden for patienter der ses i ambulatoriet er, som beskrevet, opdelt mellem sygeplejersken og lægen. Projektets kvalitative analyse viste, at denne opdeling kan give udfordringer i kommunikationen med patienten. Derfor kan en fælles konsultation med læge og sygeplejerske være en mulighed, og er således et forandringsforslag for Lungemedicinsk Afdeling. En fælles konsultationstid på 30 minutter vil givetvis sætte en begrænsning for konsultationens indhold. Derfor bør varigheden af en fælles konsultation, som benævnt, bero på en faglig vurdering. Dette for fortsat at opretholde det faglige niveau, hvor der endvidere tilstræbes et rimeligt forbrug af personaleresourcer. Om konsultationstiden for patienten bør være 30, 45 eller 60 minutter, kan tilrettelægges ud fra en differentieret plan med afsæt i ovenstående afsnit.

Den kvalitative analyse af interviews med informanter viste, at det naturlige flow i samtalen kunne blive udfordret grundet en forudbestemt opdeling af emner mellem læge og sygeplejerske. Opdelingen af emner i konsultationstiden kunne give en udfordring, da patienten kunne have spørgsmål, der var behov for at blive adresseret af sygeplejersken, men som efter proceduren skulle håndteres af lægen. Derved kunne der opstå forvirring eller frustration for patienten og den sundhedsprofessionelle. Modsat kunne patienten få de samme informationer ved både læge og sygeplejerske, hvilket ligeledes kunne skabe forvirring for patienten. Ifølge Farmanova et al. (2018) er især tid, klare forventninger og roller af stor betydning for at arbejde med OHL i organisationen.

En fælles konsultationstid, hvor informationer gives i fællesskab af læge og sygeplejerske, kan ligeledes målrette kommunikation, så den er tilpasset patientens behov. Den tværfaglige indsats, der er behov for ved denne komplekse patientgruppe, kan koordineres og supplere kommunikationen, som derved af patienten i højere grad vil opleves som entydig og enkel. Der kan desuden undgås ventetid mellem konsultationerne, og den samlede konsultationstid vil for patienten være kortere. Dette vil samlet set mindske kravene til patienten.

9.4.3 Indførelse af understøttende kommunikationsstrategier

Der blev gennem projektets kvalitative analyse, samt den systematiske litteraturgennemgang, udledt forskellige kommunikationsstrategier, som antagelsesvis kan understøtte KOS på Lungemedicinsk Afdeling.

HMM fungerer, som beskrevet i afsnit 9.2.3 ved, at patienten og den sundhedsprofessionelle bruger mind-mappet til at komme igennem de forskellige kropslige og mentale konsekvenser, som en sygdom

kan medføre. Studiet af De la Vega et al. (2018) viste, at grafiske mind-maps gjorde patienterne mere opmærksomme på deres sygdom og bivirkninger samt mulighederne for at håndtere disse på bedre vis. Projektets interviewundersøgelse afsøgte, hvorvidt sundhedspersonalet på Lungemedicinsk Afdeling havde tiltro til, at HMM kunne optimere KOS på afdelingen. Ud fra interviewene kunne udledes, at personalet generelt fandt HMM strategien relevant og brugbar. Sundhedspersonalet tilkendegav dog også tidsrestriktion ved konsultationer som værende en barriere, der kunne komplicere udførelsen af HMM. På baggrund af denne tidsmæssige barriere henfører dette forandringsforslag til, at sundhedspersonalet på Lungemedicinsk Afdeling anvender elementer af HMM. Sundhedspersonalet rådes til at inddrage HMM i konsultationer, dog med en forarbejdet skabelon med tilhørende stikord for emner, der skal gennemgås i konsultationer. Herved vurderes strategien at være mindre tidskrævende.

Teach-back er endnu en kommunikationsstrategi som med afsæt i projektets litteraturstudie, samt interviewindsamling, blev vurderet til at kunne øge KOS på Lungemedicinsk Afdeling. Projektets litteraturstudie fandt, at teach-back særligt kunne bidrage med at sikre, at patienten havde forstået informationer relateret til sygdommen, hvilket ydermere kunne forbedre patientens håndtering af sygdom. Det blev i projektets kvalitative analyse udledt, at kun én af de tre interviewinformanter kendte til teach-back som kommunikationsstrategi. Det blev dog bekræftet, at alle tre informanter anvender elementer af teach-back under samtale med patienter, og at de alle kan se potentiale ved denne kommunikationsmetode. Opbakning til en implementering er essentielt for, at implementeringen opnår effekt (Fixsen et al., 2015). Med ståsted i sundhedspersonalets anerkendelse af teach-back metoden, vurderes denne også relevant at implementere som en understøttende kommunikationsstrategi på afdelingen.

Projektets litteraturstudie, samt den kvalitative analyse af interviews, ledte endvidere til fund af kommunikative virkemidler, som antageligt kan fremme KOS på Lungemedicinsk Afdeling. Disse er *Ingen medicinske termer*, *Kortfattet, præcis og afventende kommunikation*, *Vejledende og gentagne kommunikation*, *Direkte kommunikation*, *Retoriske virkemidler*, samt *Resumé til patienten*. Projektets problemanalyse, samt kvalitative analyse, indikerer at patienter med KOL er en patientgruppe, som kan opleve svære konsekvenser af deres sygdom, hvorfor deres daglige overskud er lavt. Dette lave overskud kan antagelsesvist medføre en forringelse af patienternes sundhedskompetenceniveau. Derfor vurderes det oplagt, at sundhedspersonalet anvender kommunikative virkemidler, som blandt andre *Ingen medicinske termer* samt *Direkte og præcis kommunikation* for netop at tilpasse

patienternes kompetenceniveau. Opsummerende forelægger indeværende projekt, at en indførelse af understøttende kommunikationsstrategier kan forbedre KOS på Lungemedicinsk Afdeling.

9.4.4 Feedback til sundhedsprofessionelle

V-HLO bliver i projektets problemanalyse inddraget som et redskab til at fremanalysere OHL på Lungemedicinsk Afdeling. Modellen fremlægger, som beskrevet, forskellige standarder, som er med til at indikere graden af OHL i en organisation. En af disse standarder er *Enable and train staff for personal and organizational health literacy*. Denne standard skildrer, at en afdelings OHL kan forbedres, når afdelingen har fokus på at træne og optimere sundhedspersonale til at udøve en kommunikation, som er tilpasset den enkelte patient (Working Group HPH & HLO, 2019). Feedback er en metode, som netop vurderes velegnet til dette.

Projektets kvantitative analyse fremhævede, hvordan de sundhedsprofessionelle generelt ikke oplevede at få feedback på den kommunikation, som de udøver til patienter med KOL. I forlængelse heraf indikerede fund fra projektets kvalitative analyse dog, at personalet tilkendegav, at feedback kunne bidrage positivt til kommunikationen.

Projektgruppen foreslår, at Lungemedicinsk Afdeling implementerer, at sundhedsprofessionelle får feedback på deres kommunikation med patienterne. Denne feedback bør implementeres således, at det kræver færrest mulig ressourcer i hverdagen. Et eksempel på hvordan der kan gives feedback på kommunikationen, kan være ved at foretage lyd- eller videooptagelser af konsultationer med patienter. Disse kan gennemgås med forslag til forbedringer eller via fremhævning af de elementer, der fungerer bedst. Et andet eksempel på, hvordan der kan gives feedback på de sundhedsprofessionelles kommunikation, kan være ved opfølgning af en fælles konsultation mellem sygeplejersken og lægen. Ved denne opfølgning kan sygeplejersken og lægen give hinanden feedback på den kommunikation, som de har udøvet i konsultationen med patienten. Der kan ligeledes foregå feedback via en fælles temadag for alle grupper af sundhedsprofessionelle. Her kan anvendes skuespil af forskellige kommunikations-cases, hvor de sundhedsprofessionelle skiftevis kan agere som behandler eller patient med KOL. Dette skuespil kan foregå med opsyn fra den resterende kollegagruppe, hvorefter der kan fremhæves styrker og svagheder ved den kommunikation, som blev givet ved den enkelte case.

9.4.5 Undervisning i specialet til de ansatte.

Resultaterne fra den kvalitative undersøgelse tydede på, at nogle af de sundhedsprofessionelle på Lungemedicinsk Afdeling oplevede, at der i andre dele af sundhedsvæsnet eksisterende en manglende

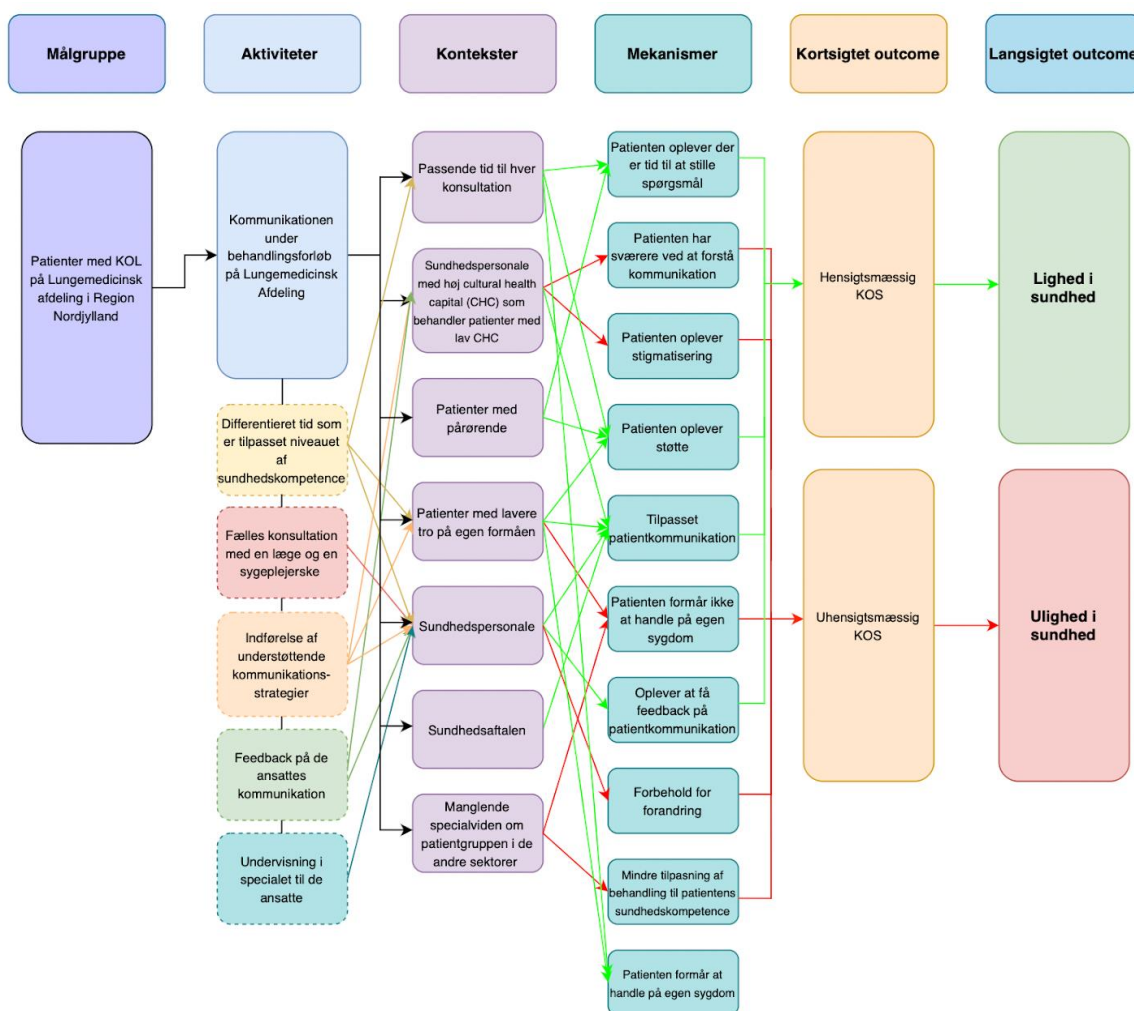
viden om det lungemedicinske speciale. Det blev fremanalyseret, at den manglende viden antagelsesvist kunne resultere i, at patienter med KOL ikke fik den behandling og vejledning, som de havde brug for. Derfor kan der udledes et behov for, at personalet inden for det lungemedicinske speciale altid er opdateret og derved kan videreformidle viden om det lungemedicinske speciale i samarbejdsrelationer. Fund fra den kvalitative undersøgelse indikerede desuden, at de sundhedsprofessionelle på afdelingen havde en oplevelse af altid at kunne gøre det bedre, uanset mængden af deres erfaring. For at sikre en kontinuerlig opfølgning og forbedring af de sundhedsprofessionelles kompetencer, kan *Undervisning i specialet til de ansatte på Lungemedicinsk Afdeling* bidrage til en faglig udvikling og kompetenceopbygning. Et kontinuerligt tilbud af undervisning inden for KOL-specialet kan anses som værende af væsentlig betydning for, at Lungemedicinsk Afdeling kan udføre evidensbaseret praksis. I det danske sundhedsvæsen er udførelse af evidensbaseret praksis et af målene, og kan være med til, at der træffes de mest hensigtsmæssige kliniske beslutninger (Kristensen et al., 2021) Endvidere kan undervisningsforummet medføre, at de ansatte kan erfaringsdele, hvormed de på sigt kan øge deres praksisviden indenfor arbejdet med patientgruppen. Der kunne ligeledes oprettes undervisning for samarbejdsparter både i primær- og sekundærsektor med henblik på at øge forudsætningerne for, at patienterne møder den samme praksis og samme informationer i alle områder af sundhedsvæsenet. Herved kan den forvirring, der kan opstå i relation til patienternes behandling, muligvis reduceres. Dette vil skabe gode forudsætninger for at udføre hensigtsmæssig OHL i regionen, hvilket potentielt kan bidrage til at reducere den sociale ulighed i sundhed.

10. Projektets reviderede programteori

Nedenfor ses projektets reviderede programteori, hvor forandringsforslagene er inkorporeret som aktiviteter. Den reviderede programteori afspejler resultatet af trin 10 i INDEX-guidance. Forandringsforslagene har, som beskrevet, til hensigt at øge OHL på Lungemedicinsk Afdeling, idet det formodes, at forandringsforslagene er med til at bevirke, at der på Lungemedicinsk Afdeling i højere grad vil udføres hensigtsmæssig KOS. En øgning af OHL på Lungemedicinsk Afdeling kan antagelsesvist føre til en reduktion af den sociale ulighed i sundhed for patienter med KOL.

Ifølge Krogstrup (2016) er aktiviteterne en del af handlingsteorien, da handlingsteorien beskriver, hvordan et program er tilrettelagt. Forandringsteorien skal ses i forlængelse af handlingsteorien, og denne beskriver, hvilke årsag-virkning-sammenhænge, samt forventede effekter, der kan udledes som

følge af de aktiviteter, som er en del af handlingsteorien (Krogstrup, 2016). På baggrund heraf vurderede projektgruppen det hensigtsmæssigt at placere forandringsforslagene under aktiviteter, da projektgruppen finder det nødvendigt at revurdere dele af den nuværende praksis, som er gældende på Lungemedicinsk Afdeling. Det kan formodes, at nuværende årsag-virkning-sammenhænge kan forandres, og at der kan ændres på den nuværende forandringsteori. Dette kan føre til, at der i højere grad udføres hensigtsmæssig KOS på afdelingen. Indholdet i forandringsforslagene er, som beskrevet, blevet præsenteret, samt argumenteret for, i det foregående afsnit. Nedenstående vil de CMO-konfigurationer, der har ændret sig fra den initierende programteori, blive beskrevet.



Figur 6: Revideret programteori.

I den reviderede programteori kan det ses (Figur 6), at konteksten *Kort tid til hver konsultation* (C) har ændret sig til *Passende tid til hver konsultation* (C). Denne formodes at ændre sig grundet forandringsforslaget *Differentieret tid tilpasset niveau af sundhedskompetence*, der indeholdte, at patienten med KOL får tilpasset konsultationstiden efter patientens individuelle behov. Når dette er tilfældet, vil den tidligere kontekst formentlig ændres, og *Passende tid til hver konsultation* (C) formodes nu i stedet at lede til tilsigtede mekanismer, som ligeledes potentielt kan medføre *Hensigtsmæssig KOS* (O).

Konteksten *Sundhedspersonale med CHC som behandler patienter med lav CHC* (C) formodes, efter iværksættelse af forandringsforslagene, ligeledes at lede til tilsigtede mekanismer. Dette har blandt andet årsag i, at forandringsforslagene *Indførelse af understøttende kommunikationsstrategier* og *Feedback på de ansattes kommunikation* indføres. Når disse indføres, vil det formodes, at *Sundhedspersonale med CHC, som behandler patienter med lav CHC* (C) vil føre til den tilsigtede mekanisme *Tilpasset patientkommunikation* (M), idet personalet formodentlig vil have en øget opmærksomhed på den kommunikation, de anvender under konsultationen med patienten med KOL. Dette vil antagelsesvist føre til, at der ydes *Hensigtsmæssig KOS* (O). Det kan dog ikke udelukkes, at de utilsigtede mekanismer *Patienten har sværere ved at forstå egen kommunikation* (M) og *Patienten oplever stigmatisering* (M) stadig vil blive aktiveret. Dette vil fortsat kunne ske, såfremt personalet ikke er tilstrækkeligt opmærksomme på deres kommunikation med patientgruppen.

Konteksten *Patienter med dansk som modersmål og kort uddannelsesniveau* (C) udgår i den reviderede programteori. Dette skyldes, at implementering af *Differentieret tid til patienterne* antagelsesvist vil føre til, at patientgruppen som helhed vil have lige vilkår for at stille spørgsmål under konsultationen.

Konteksten *Patienter med lavere tro på egen formåen* (C) vil, med indførelse af forbedringsforslagene, kunne antages at lede til flere positive mekanismer. Forandringsforslagene *Differentieret tid tilpasset niveau af sundhedskompetence* og *Indførelse af understøttende kommunikationsstrategier* kan medføre, at mekanismerne *Patienten oplever støtte* (M), *Tilpasset patientkommunikation* (M) og *Patienten formår at handle på egen sygdom* (M) bliver aktiveret. Dette skyldes, at personalet i højere grad kan tilpasse deres kommunikation til patientens sundhedskompetenceniveau, når der er tilstrækkelig tid. Samtidig vil personalet kunne have en større opmærksomhed for patientens forståelsesniveau under konsultationen, og patienten vil derved i højere grad opleve den nødvendige støtte. Dette vil antagelsesvis lede til, at patientens håndtering af egen sygdom forbedres. Disse CMO-konfigurationer vil derved, i højere grad, føre til en *Hensigtsmæssig KOS* (O) på Lungemedicinsk Afdeling.

Konteksten *Sundhedspersonale* (C) ændrede sig i flere CMO-konfigurationer fra den initierende programteori. Mekanismen *Oplever ikke, at der opfordres til at tage afsæt i patientens sundhedskompetence* (M) vil forsvinde ved indførelse af de fem forandringsforslag, da disse antagelsevist øger fokus på OHL på Lungemedicinsk Afdeling. Samtidig vil indførelse af feedback i arbejdsgangene kunne medføre, at mekanismen *Oplever ikke at få feedback på patientkommunikation* (M) ændres til *Oplever at få feedback på patient kommunikation* (M), hvorved outcommet ændres fra *Uhensigtsmæssig KOS* (O) til *Hensigtsmæssig KOS* (O). Det kan desuden antages, at CMO-konfigurationen *Sundhedspersonale* (C), *Tilpasset patientkommunikation* (M), *Hensigtsmæssig KOS* (O) bliver styrket ved indførelse af forandringsforslagene. Mekanismen *Forbehold for forandring* (M), der blev klarlagt under den kvalitative analyse, vil kunne modvirke forandringsforslagenes positive effekt og skal derfor adresseres i en eventuel implementeringsfase, hvor forandringsforslagene fremlægges for de ansatte.

Konteksten *Manglende specialviden om patientgruppen i andre sektorer* (C) blev afdækket gennem den kvalitative analyse. Dette fund fremkom som følge af, at nogle af informanterne, som beskrevet, havde en oplevelse af, at der var en mangelfuld viden om patientgruppen i andre dele af sundhedsvæsenet. Hvis ikke denne kontekst håndteres og adresseres formodes det, at *Manglende specialviden om patientgruppen i andre sektorer* (C) vil kunne lede til de utilsigtede mekanismer *Patienten formår ikke at handle på egen sygdom* (M) samt *Mindre tilpasning af behandling til patientens sundhedskompetence* (M). Dette skyldes blandt andet, at forskellig information, der gives af forskellige sundhedsprofessionelle, kan gøre det sværere for nogle patienter med KOL at håndtere og navigere i behandlingen af deres sygdom. Dette antages at bevirke til, at der udføres en *Uhensigtsmæssig KOS* (O), hvilket på sigt øger den sociale ulighed i sundhed.

Det kan udledes, at den reviderede programteori forventes at lede til flere tilsigtede mekanismer, da nogle af de forhenværende utilsigtede mekanismer, grundet de præsenterede forandringsforslag, forventes at ændres. Dette vil forhåbentlig føre til, at der på sigt kan udføres en mere hensigtsmæssig KOS, som kan medføre, at den sociale ulighed i sundhed kan reduceres for patientgruppen.

11. Diskussion

11.1. Metodediskussion

I de følgende afsnit vil projektets metodiske kvalitet diskuteres. Dette indbefatter en diskussion af kvaliteten af den metodiske udførelse af projektets systematiske litteraturgennemgang, spørgeskemaundersøgelse samt de udførte interviews, hvor styrker og svagheder vil fremhæves.

11.1.1 Metodediskussion spørgeskema og kvantitativ behandling

I de følgende afsnit vil de metodiske valg til udarbejdelsen af spørgeskemaerne, samt håndteringen af den statistiske analyse, diskuteres.

11.1.1.1 Udarbejdelse af spørgeskema

Spørgeskemaet blev, som beskrevet, udarbejdet med sigtet om at belyse og kvantificere holdninger til KOS på Lungemedicinske Afdeling. Spørgeskemaet blev udarbejdet og pilottestet med det formål at sikre, at spørgsmålene var forståelige, samt at deres betydning blev opfattet som tiltænkt. Det er muligt, at en pilottestning på målgruppen kunne have kvalificeret spørgeskemaet yderligere, da det ved indsamlingen blev tydeligt, at nogle af respondenterne havde svært ved at forstå enkelte af spørgsmålene.

Det havde ligeledes været ønskeligt, at spørgeskemaet var blevet testet i de rammer, hvor indsamlingen foregik. Patienterne kan have følt sig observeret af projektgruppen, hvilket kan have haft indflydelse på de besvarelser, som nogle af patienterne afgav i spørgeskemaet.

11.1.1.2 Respondenter og svartid

Der var for personalegruppen en svartid på tre uger, hvor der efter to uger blev sendt en reminder ud. Den korte svartid har antagelsesvist medført en lav svarprocent. Samtidig blev spørgeskemaet til personalegruppen sendt ud i en mailgruppe, hvor projektgruppen ikke kendte modtagernes sammensætning foruden, at det var personale tilknyttet det lungemedicinske speciale. Det blev efterfølgende erfaret, at modtagergruppen, til mailen med spørgeskemaet, udelukkende bestod af sygeplejesker og sosu-assistenten. Derved var den lægefaglige del af sundhedspersonalet ikke inkluderet. Der kan stilles spørgsmål ved, om personale-respondenterne er repræsentative for den samlede personalegruppe. Det er ligeledes usikkert, om respondenterne er repræsentative om patientgruppen. Dette skyldes, at der ikke foreligger oplysninger om ikke-respondenter. Dette kan have påvirket validiteten af spørgeskemaundersøgelsen.

Spørgeskemaet er udelukkende baseret på selvrapporterede svar. Spørgsmål af følsom karakter, og med et personligt indhold, kan, da de er selvrapporteret, føre til fejlrapportering på grund af *social desirability bias* (Tourangeau & Yan, 2007). Social desirability bias forekommer ved, at respondenterne kan have en tilbøjelighed til at svare ud fra, hvad vedkommende oplever som passende og socialt acceptabelt, frem for et svar, der er 100 % i overensstemmelse med virkeligheden (Tourangeau & Yan, 2007). Derved kan dette resultere i en over- eller underestimering af resultatet. Der kan argumenteres for, at social desirability bias kan være forekommet ved patientdata i spørgeskemaundersøgelsen. Dette grundet at patienterne svarer på spørgsmål om sundhedspersonale, som de er afhængige af i forhold til behandling af deres KOL. Social desirability bias kan endvidere antages at gøre sig gældende i besvarelsenerne for de sundhedsprofessionelle, da disse er i et ansættelsesforhold på afdelingen. Grundet den anonyme besvarelsesmetode er der ved spørgeskemaundersøgelser, sammenlignet med interviews, generelt mindre risiko for social desirability bias (Kreuter et al., 2008). Derfor kan social desirability bias omvendt vurderes at have haft en mindre betydning for resultaterne af spørgeskemaundersøgelsen.

11.1.1.3 Survey-Xact

Til udførelse af spørgeskemaundersøgelsen er der anvendt spørgeskemaprogrammet Survey-Xact. Programmet blev vurderet anvendeligt til spørgeskemaundersøgelsen, da det er opbygget med mulighed for let at distribuere spørgeskemaet og efterfølgende overføre resultater til et analyseprogram, som eksempelvis STATA, der blev anvendt i indeværende projekt. På trods af afprøvning af opsætningen i spørgeskemaets funktioner resulterede en rettelse i spørgeskemaet i, at der var fejl i et spørgsmål, som derved måtte droppes fra undersøgelsen. Pågældende spørgsmål skulle belyse, hvorledes patienter på Lungemedicinsk Afdeling havde let adgang til kontaktoplysninger på afdelingens personale. Hermed havde spørgsmålet til formål at afdække en del af OHL på afdelingen. Dette ved at belyse, hvorvidt det er let for patienter at få adgang til oplysninger. Fejl i spørgeskemakonstruktionen kunne have været undgået ved yderligere test i Survey-Xact efter rettelser af spørgeskemaet. Ligeledes kunne en længere testperiode have kvalificeret, hvilke spørgsmål der skulle inkluderes i undersøgelsen, eller om andre spørgsmål havde været mere relevante at inddrage.

11.1.1.4 Håndtering af data

Til håndtering af missingværdier er der anvendt en mindre restriktiv tilgang med pair wise deletion. Denne metode fjerner den enkelte observation for hver analyse, frem for at fjerne hele respondenterne. Derved beholdes flest mulige data, men til gengæld vil antallet af respondenter for hver analyse variere

(Kirkwood et al., 2003; Statistics Solutions, 2018). I projektet har det haft den konkrete betydning, at grupperne indeholder forskelligt antal respondenter. Det har dog ikke været muligt at vælge andre metoder grundet få respondenter. List wise deletion, eller imputation af missingværdier, er andre metoder til at håndtere missingværdier. Disse kunne være anvendt, hvis datasættet havde været større (Kirkwood et al., 2003; Statistics Solutions, 2018).

Generelt kan det konkluderes, at der i indeværende spørgeskemaundersøgelse forefindes en lav svarprocent for patienter, idet spørgeskemaundersøgelsens resultater for tabellerne med patienter er dannet på baggrund af 14 patientbesvarelser. Dette gør sig ligeledes gældende for resultaterne for de sundhedsprofessionelle, som baseres på 20 besvarelser, hvilket har påvirket resultaterne af analysen. Antallet af respondenter gør, at undersøgelsens styrke er af ringe grad.

For at kunne udregne en oddsratio for associationen, er outcome-variable dikotomiseret. Ved at kollapse svarene er der en risiko for, at respondenternes svar udelader nuancer. Svarmuligheden *Hverken enig eller uenig* blev kollapsed med *Uenig*. Dette giver en risiko for at skævvride resultatet, da kategorien *Uenig* bliver langt større, end den reelt er. Der er derved ligeledes en risiko for, at dette valg har medført en større risiko for type 1 fejl. Type 1 fejl er en fejlagtig forkastelse af nulhypotesen, som angiver, at der ingen sammenhæng er (Juul et al., 2017). Dog ville det ligeledes have haft store konsekvenser for dataindhold, hvis denne svarkategori helt var fjernet, eller hvis den var lagt sammen med *Enig*-kategorien. Det blev derved vurderet til at være den mest optimale fremgangsmåde, der blev valgt, men det kan ikke udelukkes, at dikotomiseringen har haft betydning for associationens retning og værdi.

11.1.1.5 Manglende håndtering af confounding

En statistisk analyse bør indeholde håndtering af potentielle confoundere, da en confounder er en variabel, der er associeret med både eksponering og outcome og derved kan lede til en årsagsforveksling i forholdet mellem de to pågældende variables indbyrdes forhold (Juul et al., 2017). Det har dog ikke været muligt at undersøge for effektmodifikation eller confounding, da antallet af respondenter er så lavt, at det ikke er muligt at udregne en OR via logistisk regression, hvor der justeres for confoundere. Dette svækker den interne validitet i den statistiske analyse, da der kan være confounding.

11.1.1.6 Tolkning af resultater

Antallet af respondenter giver den statistiske analyse en høj grad af usikkerhed, men under de forudsætninger, der har været for indsamling, har dette været det mulige. OR kunne ikke udregnes for de fleste associationer, og for dem, der kunne udregnes, er konfidensintervallerne meget brede. Derfor blev der valgt at inddrage prævalensproportioner i grundlaget for programteorien, med en grænse for konfidensintervallet startende ved 50 %. Begrundelsen for dette kriterium var, at man med 95%-sandsynlighed kunne antage, at minimum 50 % af respondenterne kunne opleve, at der indenfor kommunikationsspørgsmålene potentielt kunne være mulighed for forbedring. Kriteriet var derfor sat på baggrund af, hvad projektgruppen fandt rimeligt, men kunne i og for sig være fastsat ved en vilkårlig anden grænse. Derfor kan projektet ikke undsige sig en vis grad af ”cherry picking” af den statistiske analyse, hvilket ikke er ønskeligt.

11.1.2 Metodediskussion af den systematiske litteraturgennemgang

I projektet blev det, som beskrevet, valgt at foretage den systematiske litteraturgennemgang i fire videnskabelige databaser: *Embase*, *CINAHL*, *Psycinfo* og *Pubmed*. Det kan dog diskuteres, hvorvidt genfindning af relevante referencer kunne være blevet øget ved, at projektgruppen havde anvendt andre databaser eller suppleret den systematiske søgning med yderligere databaser. Under den systematiske litteraturgennemgang blev der indledningsvist foretaget en systematisk litteratursøgning i *ProQuest* med baggrund i den opstillede søgestrategi. ProQuest er en videnskabelig database, som indekserer videnskabelige artikler, konferenceartikler, tidsskrifter, aviser, afhandlinger samt bøger indenfor humaniora, samfundsvidenskab, naturvidenskab og medicin (ProQuest, u.å.). Hermed kunne anvendelse af ProQuest potentielt have bidraget med relevante fund i relation til besvarelse af undersøgelsespørgsmålet. Det blev dog erfaret, at søgningen i ProQuest førte til meget støj, hvilket var årsagen til, at det blev fravalgt at søge i databasen. Der kan argumenteres for, at støjen kan være fremkommet grundet en upræcis søgestrategi. Omvendt kan der advokeres for, at det generelt kan være svært at foretage en præcis søgning i databasen. Dette skyldes, at ProQuest indekserer flere videnskabelige databaser samt indeholder materiale, der ikke klassificeres som videnskabelige artikler. Erfaringsmæssigt er det fra andre projekter yderligere blevet konstateret, at det er nødvendigt at påsætte flere *limits* på en systematisk søgning i ProQuest for at få et rimeligt antal resultater, som det inden for projektets tidsmæssige ramme er muligt at gennemse. Det kan argumenteres for, at påsætning af *limits* i sig selv kan reducere genfindning, da potentielle relevante artikler kan blive ekskluderet. Med baggrund i dette argument blev det derfor fravalgt at anvende databasen.

Foruden en diskussion af om projektgruppen har anvendt relevante videnskabelige databaser i relation til besvarelse af undersøgelsespørgsmålet, kan det også diskuteres, hvorvidt den opstillede søgestrategi har ledt til rimelig genfindning. I projektet blev det valgt, at den tredje blok *Sundhedskompetence* udelukkende skulle indeholde *Health literacy*, som i blokken blev søgt på som emneord samt fritekstord. Det kan dog overvejes, hvorvidt anvendelse af et enkelt ord kan anses som værende tilstrækkeligt til at beskrive denne søgeblok, hvorfor det i forlængelse heraf kan argumenteres for, at blokken har været for snæver, hvilket kan have reduceret genfindingen. Omvendt skal den opstillede søgestrategi, som beskrevet i metodeafsnittet, ses som et resultat af en længerevarende systematisk litteratursøgningsproces, hvor forskellige blokkombinationer, samt kombinationer af ord, inden for hver blok er blevet afprøvet. Under arbejdet med den tredje blok blev det forsøgt at finde synonymer på begrebet *Health literacy*. Der blev dog hverken i databaserne, eller via googlesøgninger, fundet synonymer, som kunne anses direkte rammende, da en søgning af potentielle synonymer førte til en reduceret præcision. Præcision angiver forholdet mellem antallet af fundne relevante referencer i en søgning og antallet af fundne referencer i alt (Buus et al., 2008). Hermed blev det valgt, at den tredje blok udelukkende skulle bestå af ordet *Health literacy*, da anvendelse af ordet i blokken erfaringsmæssigt førte til den højeste præcision samt en høj genfindning. Det kan dog ikke afvises, at anvendelse af andre synonymer, som ikke er afprøvet, kunne have ledt til en højere genfindning samt andre fund.

Tjeklisterne fra CASP blev anvendt til at foretage den kritiske vurdering af de fundne referencer, som var blevet vurderet relevante i forhold til at besvare projektets undersøgelsespørgsmål. Tjeklisterne fra CASP blev valgt fremfor eksempelvis tjeklisterne fra Joann Briggs Institute, da den systematiske litteraturgennemgang havde ledt til, at der var fundet flere kvalitative studier. Tjeklisten fra Joann Briggs Institute er særlig opbygget omkring en kontinuerlig forholden til, hvorvidt der kan ses kongruens i studiet (Joanna Briggs Institute, u.å.). Dette er ikke på samme måde gældende for tjeklisten fra CASP. Ved at anvende tjeklisten fra CASP kan projektgruppen have inkluderet kvalitative studier, som ikke har været kongruente i deres opbygning. Omvendt kan det argumenteres for, at en vurdering af kongruens i kvalitative studier ikke udelukkende kan anses tilstrækkeligt i forhold til at vurdere kvaliteten af et kvalitativt studie. Dermed blev det besluttet at anvende tjeklisterne fra CASP, da kvaliteten af et kvalitativt studie ved brug af tjeklisten herfra også tager højde for andre elementer, herunder eksempelvis hvorvidt den analysestrategi, som er blevet anvendt, er blevet fulgt stringent.

Foruden nævnte kan det afslutningsvis diskuteres, hvorvidt de fund som projektgruppen fremkom med, kan besvare undersøgelsespørgsmålet tilstrækkeligt. Dette skyldes, at fundene fra den systematiske

litteraturgennemgang ikke udelukkende baserer sig på videnskabelige artikler, der har patienter med KOL som målgruppe. Hermed kan det overvejes, om fundene kan være tilstrækkelige overførbare til at besvare undersøgelsesspørgsmålet, da dette specifikt adresserer patienter med KOL. Omvendt sikrede den første blok *Patienter med KOL*, at der udelukkende blev forefundet artikler, der havde patienter med kronisk sygdom som målgruppe. Der kan advokeres for, at kommunikationsstrategier, som har været gunstige for andre patientgrupper, også kan være gavnlige for patienter med KOL.

Opsummerende kan det konkluderes, at der både kan findes styrker og svagheder ved projektets systematiske litteraturgennemgang. Den systematiske litteraturgennemgang skal dog ses som et resultat af en længerevarende litteratursøgningsproces, hvor projektgruppen endeligt er nået frem til det resultat, som blev vurderet til at være mest fyldestgørende i forhold til besvarelse af undersøgelsesspørgsmålet.

11.1.3 Metodediskussion af interviews og den kvalitative analyse

Diskussionen af den kvalitative metode vil udformes med inspiration fra Merriam og Tisdells (2015) kvalitetskriterier for kvalitativ forskning; *troværdighed*, *konsistens* samt *overførbarehed*.

11.1.3.1 Troværdighed

Merriam og Tisdell (2015) definerer kvalitativ forskning som troværdig, når fundene afspejler virkeligheden, og resultaterne af den kvalitative analyse er sandfærdige med det datagrundlag, som findes. Til trods for, at projektgruppens medlemmer har foretaget enkelte kvalitative interviews under tidligere projekter, kan der gøres overvejelser omkring, hvorvidt gruppens generelle uerfarenhed inden for interview-udformning, samt interview-afholdelse, kan have påvirket resultaternes troværdighed. Det er eksempelvis muligt, at en erfaren forsker ville have udformet interviewguiden mere præcist på undersøgelsespørgsmålet, hvorved afdækningen af virkeligheden ville være forbedret. Endvidere var det interviewerens egen oplevelse, at nogle spørgsmål, som blev stillet undervejs i interviewene, grundet tidsmæssige restriktioner, ikke blev uddybet i tilstrækkelig grad. Hermed kan dette have svækket troværdigheden, da spørgsmål ikke er blevet besvaret tilstrækkelig fyldestgørende, hvorved besvarelsen af det kvalitative undersøgelsespørgsmål også kan have været mangelfuld. Projektgruppen forsøgte dog at tilstræbe troværdighed ved blandt andet at lade det samme gruppemedlem foretage interviewene. Dette for at opnå størst mulig ensartethed i formuleringen af spørgsmålene. I indeværende projekt kunne troværdigheden af projektets kvalitative analyse eksempelvis være blevet eftertjekket via member checks, hvor fund fra analysen kunne være blevet

valideret af informanterne (Merriam & Tisdell, 2015). Dette blev grundet tidsmæssige begrænsninger for projektet fravalgt, da projektgruppen vurderede, at det ville kræve meget tid, hvorved det kunne begrænse udformningen af andre elementer af projektet. Omvendt var det projektgruppens oplevelse, at nogle af informanternes besvarelser var samstemmende, hvilket kan indikere datamætning. Ifølge Pawson & Tilley (2004) er det ikke antallet af informanter, der er afgørende for, hvorvidt der kan ses datamætning i relation til besvarelse af et kvalitativt undersøgelsesspørgsmål. I stedet kan datamætning indikeres, når der ikke fremkommer nye perspektiver på undersøgelsesspørgsmålet, samt når der kan ses en plausibel forklaring fra præmis til konklusion (Pawson & Tilley, 2004). Dette oplevede projektgruppen var tilfældet ved flere af de udledte fund fra den kvalitative analyse. Dog bør det påpeges, at det ikke med sikkerhed kan konstateres, at der har været datamætning, da troværdigheden i projektet, som beskrevet, ikke er blevet eftertjekket. Flere, eller andre, informanter kunne have kommet med andre perspektiver, som kunne have ledt til en anden besvarelse af det kvalitative undersøgelsesspørgsmål. Det er omvendt projektgruppens overordnede oplevelse, at temaer, som blev uddraget på baggrund af analysen, har været tro mod det originale interviewdata, og at informanternes udsagn ikke er blevet fordrejet.

11.1.3.2 Konsistens

Merriam og Tisdell (2015) definerer en kvalitativ undersøgelse som konsistent, når projektets forskere har været transparente og systematiske i analysen, så det giver mening for andre læsere. I indeværende projekt er det projektgruppens overordnede vurdering, at trinnene i Braun og Clarkes analysestrategi er fulgt stringent, samt at analyseudførelsen er blevet afrapporteret transparent. Dermed kan det argumenteres for, at projektets kvalitative undersøgelse er konsistent. Endvidere angiver Maxwell (2013), at en kvalitativ undersøgelse kan anses som sammenhængende, når der er sammenhæng mellem de forskellige elementer, som indgår i undersøgelsen. I indeværende projekt er det projektgruppens overordnede vurdering, at der kan ses en sammenhæng mellem flere af projektets elementer. Eksempelvis kan der ses en sammenhæng mellem valget af den begrebsmæssige ramme samt valget af metoder i den kvalitative undersøgelse. Dette ses blandt ved, at projektet, på baggrund af valget om at have en kritisk videnskabsteoretisk position, har udformet en interviewguide, som netop har baggrund i en kritisk realistisk tankegang. Hermed kan der fremkomme en overensstemmelse mellem valget af disse to elementer i projektet. Dette kan være med til at argumentere for, at de valg der er gjort indenfor de forskellige elementer af projektet, har været med til at skabe en sammenhæng samt transparens i det overordnede projekt. Ifølge Maxwell (2013) bidrager det til at højne validiteten af en kvalitativ undersøgelse.

Konsistensen af den kvalitative undersøgelse kunne dog have været eftertjekket ved eksempelvis at udføre peer-examination (Merriam & Tisdell, 2015). Dette kunne eksempelvis være foregået under en vejledning, hvor vejleder kunne have gennemgået, hvorvidt fundene i den kvalitative undersøgelse synes plausible. Når projektgruppen ikke har anvendt konkrete strategier til at eftertjekke, samt øge konsistensen, kan dette omvendt have svækket konsistensen i begrænset omfang.

11.1.3.4 Overførbare

Overførbare handler ifølge Merriam og Tisdell (2015) om, hvorvidt fund fra en kvalitativ undersøgelse kan overføres til en anden kontekst under lignende omstændigheder. Det kvalitative undersøgelsesspørgsmål, i indeværende projekt, afsøger den specifikke kontekst, Lungemedicinsk Afdeling. Dette kan reducere overførbareheden af besvarelsen af det kvalitative undersøgelsesspørgsmål. I forlængelse heraf bør det tages i betragtning, at interviewguiden i den kvalitative undersøgelse var opbygget efter hypoteser dannet på baggrund af resultaterne fra projektets spørgeskemaundersøgelse, hvilken ligeledes var meget kontekstspecifik. Hermed er det muligt, at fund fra den kvalitative undersøgelse, i begrænset omfang, kan overføres til andre omstændigheder. Omvendt var nogle af de fund, som projektgruppen fandt under *Understøttende kommunikationsstrategier* de samme kommunikationsstrategier, som var blevet fundet i den systematiske litteraturgennemgang, der netop afdækkede international videnskabelig litteratur indenfor problemfeltet. Dette kan være med til at advokere for, at fund under temaet *Understøttende kommunikationsstrategier* kan være overførbare. En strategi til at øge overførbareheden er ifølge Merriam og Tisdell (2015) at tilstræbe maksimal variation under rekruttering af informanter til den kvalitative undersøgelse. I indeværende projekt blev der ligeledes, under rekrutteringen af informanter, forsøgt at tilstræbe maksimal variation, hvor projektgruppen blandt andet særligt var interesseret i at inkludere forskellige perspektiver fra forskellige sundhedsprofessionelle. To læger samt en sygeplejerske bidrog med perspektiver på besvarelse af undersøgelsesspørgsmål, hvormed der, i forhold til overførbareheden, også kan argumenteres for, at dette kan have øget denne, da det kan have bevirket forskellige organisatoriske perspektiver på undersøgelsesspørgsmålet. Omvendt kan overførbareheden været blevet svækket ved, at kun kvindelige informanter har bidraget til besvarelsen af undersøgelsesspørgsmålet. Det primære formål for projektet har været at afdække strategier til at forbedre KOS i den specifikke kontekst, Lungemedicinsk Afdeling. Det er dog fremsat, at resultaterne fra den kvalitative analyse i nogen grad kan vurderes overførbare.

11.2 Resultatdiskussion

Følgende afsnit vil diskutere tolkningen af projektets resultater, samt potentielle gevinster og barrierer, der kan opstå under implementeringen af de fem udarbejdede forandringsforslag: *Differentieret tid tilpasset patientens niveau af sundhedskompetence, fælles konsultation med en læge og sygeplejerske, indførelse af understøttende kommunikationsstrategier, feedback på de ansattes kommunikation samt undervisning i specialet til de ansatte.*

11.2.1 Differentieret tid som er tilpasset niveauet af sundhedskompetence

Resultaterne fra den kvantitative analyse viste, at der var flere spørgsmål, hvor især mænd fremstod som mere uenige end kvinderne i, at den KOS de modtog var hensigtsmæssig. Dette kan indikere, at de mandlige patienter med KOL, som har haft et forløb på Lungemedicinsk Afdeling, har sværere ved at forstå den information, de får, samt den kommunikation, som gives af de sundhedsprofessionelle. Derved kan der argumenteres for, at de oplever en lavere grad af begribelighed i mødet med den sundhedsprofessionelle, da begribelighed, som beskrevet, opstår når individet har en forståelse for de udfordringer, det udsættes for (Antonovsky, 1987). På trods af den kvalitative analyses lave interne validitet kan resultaterne anses som værende interessante, da netop disse resultater kan ses overensstemmende med problemanalysens fund. Dette skyldes, at problemanalysen, ligesom den kvantitative analyse, indikerede, at mænd var en patientgruppe, som oftere havde en lavere sundhedskompetence. Hermed kan dette være med til at advokere for, at det kan være gavnligt for mænd at blive tilbudt en udvidet konsultationstid. Omvendt kan mændenes tilbøjelighed til at være mere uenige end kvinderne være en indikator på, at mændene ikke nødvendigvis har en lavere sundhedskompetence, men at de blot er mindre tilfredse med den behandling, de modtager på afdelingen. Oftest er de patienter, der er mest vidende om deres sygdom, dem der stiller flest spørgsmål og krav til behandlingen (Kjeld et al., 2022). Hermed kan det advokeres for, at en dybere undersøgelse af, hvilke patientgrupper, som kan have brug for en udvidet konsultationstid, kan være nødvendig, førend forandringsforslaget implementeres.

Endvidere kan der i det hele taget stilles spørgsmålstejn ved, om en indførelse af en differentieret tid vil være for ressourcekrævende for Lungemedicinsk Afdeling. Under præsentationen, samt argumentationen for forandringsforslaget, blev det beskrevet, hvordan en indførelse af differentieret tid potentielt kan frigive tid, da nogle i patientgruppen med flere ressourcer muligvis kan opnå en tilstrækkelig informations- og sygdomsforståelse på kortere tid sammenlignet med patienter med færre ressourcer. Til trods herfor blev det dog, på baggrund af den kvalitative analyse, udledt, at de

sundhedsprofessionelle på afdelingen overordnet havde en oplevelse af, at patienter med KOL er en kompleks patientgruppe. Derfor kan der advokeres for, at størstedelen af patientgruppen muligvis vil besidde flere karakteristika, som vil gøre, at de kan have behov for en udvidet konsultationstid. Målgruppens kompleksitet gør hermed, at der generelt kan blive skabt et merforbrug af tid pr. konsultation for hele patientgruppen, hvorfor Lungemedicinsk Afdeling muligvis ikke har ressourcer til at indføre forandringsforslaget. En analyse af det forventede forbrug vil være anbefalet inden en implementering igangsættes. Her kan inddrages Fixsen et al. (2015) 6-trins implementeringsmodel, som kan bidrage til at forstå og forklare, hvad der influerer og påvirker en implementeringsproces (Fixsen et al., 2015). Modellen består af seks trin, som en implementeringsproces typisk vil følge. Trin 1 i denne 6-trins model *Exploaration and Adoption* har blandt andet til formål at undersøge, hvorvidt den tiltænkte implementering vurderes nyttig og mulig at adaptere i den konkrete kontekst. I forlængelse heraf henfører trinnet til, at der udarbejdes en grundig implementeringsplan. Denne implementeringsplan bør også indeholde en afdækning af de fornødne ressourcer, som en vellykket implementering fordrer. Dette for at mindske risikoen for, at implementeringen mislykkedes grundet organisatoriske forhold, som eksempelvis utilstrækkelig økonomi eller tid (Fixsen et al., 2015). Lungemedicinsk Afdeling bør altså, forinden de implementerer differentieret tid under konsultationer, sikre, at der er tilstrækkelig med ressourcer til, at dette forbedringsforslag kan indfri dets hensigter og opnå tilsigtede effekter.

Lungemedicinsk Afdeling er underlagt nogle overordnede organisatoriske rammer og gældende lovgivning på behandlingsområdet. Sundhedsloven angiver, at alle skal sikres fri og lige adgang til behandling (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2019). Det er dog de enkelte regioner, der fastsætter, hvorledes behandlingen udføres, samt hvordan behandlingsressourcer skal fordeles (K. M. Pedersen, 2013). Denne fastsættelse er naturligvis også baseret på gældende faglige anbefalinger på området. Regionen har dog mulighed for at tildele ekstra ressourcer på enkelte faglige områder (K. M. Pedersen, 2013). Hvordan fordelingen af ressourcer prioriteres er i højere grad et politisk spørgsmål. Ressourcer kan fordeles efter horisontal lighed, som for eksempel betyder, at patienter med den samme sygdom skal behandles ens (K. M. Pedersen, 2013). Det er i dag en horisontal lighed, der praktiseres for at opfylde sundhedslovens ambition om lighed. Det kan dog diskuteres, om den horisontale lighed er med til at øge den sociale ulighed i sundhed. En differentieret konsultationstid vil i højere grad være et udtryk for vertikal lighed, da der her er mulighed for at tilbyde en forskellig behandling for at skabe et lige outcome (K. M. Pedersen, 2013). Hermed kan der argumenteres for, at en tilstræbning af vertikal lighed på Lungemedicinsk Afdeling vil være med til at reducere den sociale ulighed i patientgruppen.

11.2.2 Fælles konsultation

Dette forandringsforslag blev, som beskrevet, dannet på baggrund af resultater fra den kvalitative analyse, som viste, at det naturlige flow i samtalen mellem sundhedsprofessionel og patient var udfordret af en forudbestemt opdeling af samtaleemner mellem læge og sygeplejerske. Forandringsforslagets sigte er, at en fælleskonsultation hvor informationerne, som gives i fællesskab af læge og sygeplejerske, kan mindske følelsen af frustration og forvirring hos patienterne. Denne frustration og forvirring kan særligt opstå, når visse typer af spørgsmål skal tilgå lægen, og visse typer af spørgsmål skal tilgå sygeplejersken.

Det kan dog diskuteres, hvorvidt sådan en fælles konsultation kan udfordre de særegne færdigheder, som lægeprofessionen og sygeplejerskeprofessionen besidder. Det er tænkeligt, at patienten har et relationelt forhold til sygeplejersken, hvor der oftere bliver snakket om ”bløde” værdier, som eksempelvis følelser i forbindelse med håndtering af en kronisk sygdom. Dette med ståsted i, at sygeplejersker er uddannet til at varetage patientens grundlæggende behov (Henderson, 2012). Det kan antages, at patientens relation til lægen kan bære præg af at være mere behandlingsorienteret, da det er lægen, der skal ordinere patientens medicin, kontrollere blodprøver med mere. Det kan tænkes, at patientens ”bløde” relation til sygeplejersken kan blive udfordret ved, at lægen nu altid er til stede under konsultationer, hvorfor patienten under konsultationstiden kan opleve konstant at blive konfronteret med behandlingsaspektet i sygdomsforløbet. Dette giver muligvis mindre ”plads” til, at patienten kan få bearbejdet de tanker og følelser, som førhen blev håndteret under ene-konsultation med sygeplejersken.

Omvendt kan der advokeres for, at en fælles konsultation vil bløde op på den dikotomi, der forefindes i patientens relationen til henholdsvis sygeplejersken og lægen, da det behandlingsorienteret fokus i så fald kan kombineres med patientens følelsesmæssige reaktioner på sin kroniske sygdom. Dette kan antagelsesvist give anledning til øget patientcentreret behandling, da behandlingen således i øget grad tager udgangspunkt i den enkeltes patients livssituation, herunder også følelser forbundet med kronisk sygdom. Derved kan det antages, at patienten i højere grad vil opleve sammenhæng i behandlingen (Antonovsky, 1987), hvorved patienten i højere grad kan opleve at være kompetent til at håndtere sin sygdom.

Derudover er det essentielt at medtænke, at en organisationsændring, med etablering af fælleskonsultationer, kræver et øget fokus på tværfagligt samarbejde. Dette fordrer, at organisationen fokuserer på at træne og uddanne medarbejdere til denne form for tværfagligt arbejde. I forlængelse heraf kan teorien om implementation-drivers af Fixsen et al. (2015) inddrages. Fixsen et al. (2015)

omtaler tre specifikke drivers, som indeholder forskellige faktorer, der kan fremme eller hæmme en implementeringsprocess. Den ene af disse drivers benævnes som *competency-driver*, og henfører til, at organisationen må sikre, at medarbejderne har de fornødne kompetencer til at varetage en tiltænkt implementering. Der kan, jævnfør teorien om implementations-drivers, argumenteres for, at en implementering af fælles konsultation fordrer, at medarbejderne på Lungemedicinsk Afdeling bliver oplært og understøttet i at udføre en anden form for tværfagligt samarbejde, end i den nuværende praksis (Fixsen et al., 2015). Dette da der ellers kan skabe konflikter i personalegruppen, hvilket kan have u hensigtsmæssige konsekvenser for arbejdsudførelsen (Lehn-Christiansen, 2016).

11.2.3 Indførelse af understøttende kommunikationsstrategier

På baggrund af den systematiske litteraturgennemgang, samt de kvalitative fund, foreslår projektgruppen, at der på Lungemedicinsk Afdeling kan indføres understøttende kommunikationsstrategier med formålet om at øge afdelingens KOS. Det kan dog diskuteres, om alle de kommunikationsstrategier, som er indeholdt i *Indførelse af understøttende kommunikationsstrategier*, kan ses som reelle forandringstiltag på afdelingen. Projektets kvantitative analyse fandt, at størstedelen af de adspurgte sundhedsprofessionelle allerede oplevede at tale i et sprog, som patienten forstod, samt kun at anvende medicinske termer, når de vidste, at patienten forstod dem. Dette kan indikere, at *Ingen medicinske termer* allerede anvendes af de sundhedsprofessionelle på afdelingen. Hermed vil netop denne del af *Indførelse af understøttende kommunikationsstrategier*, forventes at skabe begrænset forandring. Omvendt er det dog ikke sikkert, at alle de foreslåede understøttende kommunikationsstrategier anvendes af samtlige af de sundhedsprofessionelle i personalegruppen. 13 % af de adspurgte sundhedsprofessionelle var uenige i, at de altid talte i et sprog, som patienten forstod, samt at de kun anvendte medicinske termer, som patienten forstod. Hermed kan en anbefaling om *Indførelse af understøttende kommunikationsstrategier* alligevel have sin berettigelse. Dette skyldes, at medarbejdernes fælles opmærksomhed kan bidrage til at øge afdelingens samlede KOS, grundet et øget fokus på at anvende de præsenterede understøttende kommunikationsstrategier.

Foruden ovenstående kan det endvidere diskuteres, hvorvidt en indførelse af understøttende kommunikationsstrategier vil opleves som gavnligt for patienterne. Dette skyldes, at kommunikationsstrategierne er fremkommet på baggrund af interviews med de sundhedsprofessionelle på afdelingen samt den systematiske litteraturgennemgang. Resultaterne fra

den systematiske litteraturgennemgang bygger på en blanding af data fra KOL-patienter, data fra andre patientgrupper samt data fra sundhedsprofessionelle. Derfor kan patienter med KOL være underrepræsenterede, hvorved det i forlængelse heraf kan diskuteres, hvorvidt patientgruppen vil opleve de understøttende kommunikationsstrategier som gunstige. Indeværende projekt har anvendt MRC som en overordnet planlægningsmodel. Ifølge Skivington et al. (2021) bør stakeholders indtænkes som et kerneelement under forskningsprocessen. Stakeholders inkluderer både de interessenter, som skal levere interventionen, men også de interessenter som interventionen er målrettet, som i dette tilfælde er patienter med KOL. I lyset heraf kan det overvejes, hvorvidt patientgruppens perspektiv på en *Indførelse af understøttende kommunikationsstrategier* er tilstrækkelig repræsenteret. Kommunikationsstrategierne er i højere grad udvalgt og fundet på baggrund af sundhedsprofessionelles holdning og erfaring med redskaberne. Den kvalitative analyse fandt, at de sundhedsprofessionelles evner til at tilpasse kommunikationen er erfaringsbaseret. Studiet af Sadeghi et al. (2012) fandt netop, at patienter og sundhedsprofessionelle har forskellige holdninger til, hvad der er væsentligt for at opnå en kommunikation, der er forståelig og anvendelig. Derfor kan en undersøgelse af patienternes oplevelse, og holdning til de konkrete kommunikationsstrategiers anvendelighed, kvalificere forslaget.

Første trin i Fixsen et al.s (2015) 6-trins implementeringsmodel *exploration og adaptation* vurderes endnu engang relevant at inddrage, da dette trin, som tidligere beskrevet, har til formål at undersøge, hvorvidt den tiltænkte implementering vurderes nyttig og mulig at adaptere i den konkrete kontekst. I denne fase vil en involvering af patientgruppen kunne bidrage med relevante perspektiver, der kan forstærke forslagets anvendelighed.

Slutteligt bør det nævnes, at ovenstående forandringsforslag udelukkende foreligger understøttende sproglige kommunikationsstrategier. Dog fandt projektgruppen også en indikation for, at det skriftlige materiale, som tilgives patienten i forbindelse med deres konsultation, kunne være overvældende samt uforståelig for patienten. Denne problematik er dog ikke et fokus i nogen af forandringsforslagene. For at sikre at afdelingen udfører en hensigtsmæssig OHL, bør det overvejes, om Lungemedicinsk Afdeling bør afsøge mulighederne for ligeledes at kunne forbedre deres skriftlige materiale. Dette skyldes, at der både på baggrund af spørgeskemaundersøgelsen, samt fund fra den kvalitative analyse, kunne ses en tendens til, at der også kunne være et behov for en forbedring her.

11.2.4 Feedback på de ansattes kommunikation

Forandringsforslaget *Feedback på de ansattes kommunikation* blev udviklet med afsæt i projektets spørgeskemaundersøgelse samt på baggrund af de udledte kvalitative fund. Det kan formodes, at det er væsentligt, at personalet får feedback på den kommunikation, de giver til patienterne, før ovenstående *Indførelse af understøttende kommunikationsstrategier* kan tiltænkes at have effekt. Dette skyldes, at personalet ikke kan vide, om de anvender ovenstående understøttende kommunikationsstrategier tilstrækkeligt, såfremt de ikke får feedback på deres kommunikation. Dette postulat bakkes op af Farmanova et al. (2018), som angiver, at mangelfuld uddannelse af, hvordan medarbejdere arbejder hensigtsmæssigt med OHL-tilgangen, kan anses som en barriere for, at der ydes en profitabel OHL. Det kan dog overvejes, hvorvidt Lungemedicinsk Afdeling har de fornødne ressourcer til at give deres medarbejdere feedback på den kommunikation, de har med patienterne. På baggrund af fund fra den kvalitative analyse kunne det under temaet *Forbehold for forandring* udledes, at indførelse af feedback kunne være tidskrævende, hvormed det kunne opleves svært for medarbejderne at argumentere overfor deres ledere for at indføre forandringsforslaget, når der i forvejen var lange ventelister. Mangelfulde ressourcer kan desmere anses som en barriere for at forbedre OHL (Farmanova et al., 2018). I forlængelse heraf kan inddrages *leadership-driver*, som er endnu en implementations-driver (Fixsen et al., 2015). Denne driver omfatter, hvordan støtte fra ledelsen i en organisation er essentiel for, at en succesfuld implementering kan udføres (Fixsen et al., 2015). Dermed kan en opbakning fra ledelsen om at indføre *Feedback til de ansatte* anses essentiel, da der ellers kan advokeres for, at ledelsen modarbejder en tilstræbning af, at medarbejderne udfører hensigtsmæssig OHL på afdelingen.

11.2.5 Undervisning i specialet

Dette forandringsforslag blev dannet på baggrund af fund fra den kvalitative analyse, som indikerede, at sundhedspersonalet på Lungemedicinsk Afdeling oplevede, at dele af sundhedsvæsenet havde manglende viden om det lungemedicinske speciale. Dette kunne resultere i, at patienter med KOL ikke fik den behandling og vejledning, som de havde brug for.

Det kan diskuteres, hvad der ligger til grund for denne manglende viden, samt hvad der kan gøres for at imødekomme problematikken. Sundhedspersonalets manglende viden om et specifikt speciale kan muligvis skyldes, at sundhedsvæsenet i dag er tiltagende specialeopdelt (Sundhedsstyrelsen, 2015). Hvis en patient med KOL bliver indlagt grundet sekundær sygdom, som eksempelvis maveinfektion, kan sundhedsvæsenets specialeopdeling medføre, at personalet på et mave/tarm-sengeafsnit kan have svært ved at håndtere patientens KOL (Falkenberg Nielsen & Bojsen-Møller, 2019).

Projektets kvalitative analyse udledte endvidere, at personalet på Lungemedicinsk Afdeling altid havde en oplevelse af at kunne dygtiggøre sig. Hermed kan dette indikere, at personalet kan have behov for opfølgende undervisning inden for lungespecialet. Dette med henblik på at bibeholde et solidt fagligt niveau. Projektets forandringsforslag, der altså forsøger at højne sundhedsprofessionelles viden indenfor lungespecialet, kan møde modstand af særlig organisatorisk karakter. Her synes det igen relevant at inddrage en implementations-driver, *organization-driver* (Fixsen et al., 2015). Denne driver omhandler blandt andet, hvordan en vellykket implementering fordrer, at organisationen medtænker og inkorporerer politiske aspekter, herunder eksempelvis ressourcefordeling (Fixsen et al., 2015). I henhold til indeværende forandringsforslag bør der tages højde for, at Region Nordjylland har fået en bestemt mængde ressourcer. Ekstra undervisning af personale på Lungemedicinsk Afdeling, samt i det generelle sundhedsvæsen, vil formentligt også kræve yderligere tildeling af ressourcer, eller en eventuel omfordeling af ressourcer. Det kan overvejes, om det er realistisk at opnå en yderligere tildeling af ressourcer, eller at omfordele ressourcer, i et sundhedsvæsen, som i dag netop har mangel på samme (K. M. Pedersen, 2013). Omvendt kan det dog også pointeres, at den ekstra uddannelse angiveligt kan øge sundhedspersonalets generelle kompetenceniveau, hvorved behandlingseffektiviteten i sundhedsvæsenet anagelsesvis også vil øges, hvilket kan resultere i omkostningseffektivitet for sundhedsvæsenet (K. M. Pedersen, 2013).

11.2.6 Generelle barrierer for forandring af sundhedsorganisationer

Den kvantitative analyse viste, at de sundhedsprofessionelle generelt ikke oplevede, at de havde en ledelse, der bakkede op om, at de skulle arbejde med afsæt i patientens sundhedskompetenceniveau. En af de væsentligste barrierer for at implementere OHL i en organisation er, at OHL ofte ikke er en del af den strategiske prioritering i organisationens planer, politikker og procedurer (Kaper et al., 2021). Samtidig kan en manglende opbakning fra ledelsen medvirke til, at medarbejderne ikke konkret ved, hvordan de skal arbejde med OHL (Farmanova et al., 2018). Resultatet heraf vil være, at der på Lungemedicinsk Afdeling muligvis ikke bliver en ensartet og koordineret indsats, hvorved det ønskede resultat ikke kan opnås. Ledelsens prioritering af uddannelsen af medarbejdere, med fokus på hvordan man arbejder med OHL-tilgangen, kan desuden adressere den modstand mod forandring, der viste sig som tema i den kvalitative analyse. Medarbejdernes holdning til inddragelse af mere OHL i arbejdsgangen er netop essentiel for, om implementeringen lykkes eller ej (Farmanova et al., 2018).

Forandringsforslagene understøtter et større fokus på forebyggelse af ulighed i sundhed. Problemet for implementering af indsatser, der har et forebyggelsessigte, er, at de ofte er sværere at vurdere

omkostninger og effekter af (Drummond et al., 2015). På trods af, at det er svært at fastslå omkostninger og effekter af forebyggelsesinitiativer, er disse værd at investere i for at sænke udgiftsniveauet og forbedre kvaliteten på sigt (Drummond et al., 2015). Ved altid at prioritere økonomiske ressourcer til et område, hvor en intervention vil have en effekt her og nu, risikerer man derimod at bruge ressourcer, der ikke har en så stor effekt, som de ville have haft andre steder (Bonell et al., 2015). Der vil altid være knappe ressourcer i sundhedsvæsenet og en prioritering er derfor nødvendig (K. M. Pedersen, 2013). Ved at projektet har taget udgangspunkt i KOS, som en del af OHL på Lungemedicinsk Afdeling, er det ikke muligt at konkludere på afdelingens generelle niveau af OHL. Dog har projektets resultater vist, at kommunikationen på Lungemedicinsk Afdeling har forandringspotentiale indenfor flere områder. Dermed kan forbedringsforslagene danne beslutningsgrundlag for en forandring på afdelingen.

Sundhedsvæsenet er et komplekst system sammensat af organisatoriske rammer, relationelle forbindelser, professionelle og private interesser. Alle elementer spiller ind i og komplicerer en implementering af OHL. Ovenstående afsnit har fremanalyseret en række barrierer i forbindelse med implementering af OHL, som er essentielle at bringe med ind i arbejdet med OHL for at reducere risikoen for utilsigtede konsekvenser. Disse bør der tages højde for, når forandringsforslagene overvejes og implementeres.

12. Konklusion

Projektets formål var at afdække den nuværende OHL på Lungemedicinsk Afdeling med henblik på at belyse, hvordan OHL kunne udvikles for at modvirke den sociale ulighed i sundhed hos patienter med KOL. Projektets undersøgende problemfelt blev afgrænset til særligt at omhandle KOS.

Validiteten af resultaterne fra den kvantitative undersøgelse var påvirket af et lavt antal respondenter. Herfor kan der ikke drages nogen endegyldig konklusion på, hvordan patienter og personale opfatter den nuværende kommunikation på Lungemedicinsk Afdeling, eller om patienter og personale opfatter kommunikationen forskelligt. Den kvantitative analyse indikerede dog, at der kunne være forandringspotentiale i kommunikationen på Lungemedicinsk Afdeling.

Projektets systematiske litteraturgennemgang viste, at der forefindes en række kommunikationsstrategier, der kan være understøttende for kommunikationen mellem sundhedsprofessionelle og patienter med KOL. Disse kan anvendes til at forbedre patientens evne til

at håndtere sin sygdom. De pågældende kommunikationsstrategier sammen med resultaterne fra projektets kvantitative analyse blev testet gennem projektets kvalitative analyse.

Den kvalitative analyse undersøgte de sundhedsprofessionelles holdninger og erfaringer med kommunikationen til patientgruppen, samt kvalificerede relevansen af forefundne kommunikationsstrategier til den konkrete kontekst. Dette resulterede i følgende forandringsforslag, hvis hensigt er at forøge KOS på Lungemedicinsk Afdeling: *Differentieret tid tilpasset patientens niveau af sundhedskompetence, fælles konsultation med en læge og sygeplejerske, indførelse af understøttende kommunikationsstrategier, feedback på de ansattes kommunikation samt undervisning i specialet til de ansatte.*

Det er essentielt at påpege, at KOS blot er et element af OHL, hvorfor der er behov for yderligere undersøgelse af andre elementer af OHL. Dette for at udlede det bedst kvalificerede bud på, hvilke forandringsforslag, der kan reducere den sociale ulighed i sundhed blandt patienter med KOL.

13. Referencer

- ALLEA. (2017). *The European Code of Conduct for Research Integrity*. ALLEA - All European Academies.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well* (1st ed). Jossey-Bass.
- APA PsycInfo. (u.å.). *APA PsycInfo*. American Psychological Association.
- Arbejdsbevægelsens Erhvervsråd. (2012). *De sociale klasser og arbejdsmarkedet—Det danske klassesamfund*.
- Baccolini, V., Rosso, A., Di Paolo, C., Isonne, C., Salerno, C., Migliara, G., Prencipe, G. P., Massimi, A., Marzuillo, C., De Vito, C., Villari, P., & Romano, F. (2021). What is the Prevalence of Low Health Literacy in European Union Member States? A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of General Internal Medicine*, 36(3), 753–761. <https://doi.org/10.1007/s11606-020-06407-8>
- Bak, C. K. (2020). Sundhedskompetencer som en sociokulturel ressource i sundhed. *Dansk Sociologi*, 31(3), 31–55.
- Berkman, L. F., Glass, T., Brissette, I., & Seeman, T. E. (2000). From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social Science*, 15.
- Bo, A., Friis, K., Osborne, R. H., & 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(1), 1095. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-1095>
- Bonell, C., Jamal, F., Melendez-Torres, G. J., & Cummins, S. (2015). ‘Dark logic’: Theorising the harmful consequences of public health interventions. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 69(1), 95–98. <https://doi.org/10.1136/jech-2014-204671>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Buch-Hansen, H., & Nielsen, P. (2012). Kritisk realisme. I S. Juul & K. Bransholm Pedersen (Red.), *Samfundsvidenskabernes videnskabsteori: En indføring* (s. 277–315). Hans Reitzel.
- Buus, N., Tingleff, E., Rossen, C., & Kristiansen, H. (2008). Litteratursøgning i praksis—Begreber, strategier og modeller. *Sygeplejersken*, 10. <https://dsr.dk/sygeplejersken/arkiv/sy-nr-2008-10/litteratursogning-i-praksis-begreber-strategier-og-modeller>
- Center for patientinddragelse. (2022). *LUP Somatik 2022 resultater—Årlig status*. https://www.regionh.dk/patientinddragelse/LUP/aktuel-undersoegelse/Sider/LUP_2022_Resultater_uge_11.aspx?fbclid=IwAR2PBISCpvNKA_v_bIXHXOo47liZ_eqCOvd_tJYPJwrOA3d90-BxVcG315oT4

- Chin, E. D., & Armstrong, D. (2019). Anticipated stigma and healthcare utilization in COPD and neurological disorders. *Applied Nursing Research*, 45, 63–68. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2018.12.002>
- CINAHL. (1981). *CINAHL with full text*. EBSCO Industries, Inc.
- Dahlerup, H., & Hanberg Sørensen, T. (2010). *Projektledelse i sundhedsvæsenet: Fra idé til resultat* (1. udgave, 1. oplag). Gad.
- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (2021). The Dahlgren & Whitehead model of health determinants: 30 years on and still chasing rainbows. *Public Health (London)*, 199, 20–24. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2021.08.009>
- Danermark, B., Ekström, M., & Karlsson, J. Ch. (2019). *Explaining Society: Critical Realism in the Social Sciences* (2. udg.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781351017831>
- Danske regioner, & Regeringen. (2023). *Aftale om regionernes økonomi for 2023*.
- Datatilsynet. (u.å.). *Hvad er personoplysninger?* Hentet 28. november 2022, fra <https://www.datatilsynet.dk/hvad-siger-reglerne/grundlaeggende-begreber/hvad-er-personoplysninger>
- De La Vega, P. B., Coe, C., Paasche-Orlow, M. K., Clark, J. A., Waite, K., Sanchez, M. J., Armstrong, E., & Bokhour, B. G. (2018). “It’s like a mirror image of my illness”: Exploring Patient Perceptions About Illness Using Health Mind Mapping—a Qualitative Study. *Journal of General Internal Medicine*, 33(10), 1692–1699. <https://doi.org/10.1007/s11606-018-4557-9>
- Diderichsen, F. (2011). Fænomenet Ulighed i sundhed – hverken nyt eller dansk. I *Lighed i sundhed Artikelsamling om lighed i sundhed og fæ nomenets betydning i det danske samfund* (s. 8–13). Sund By netværktet.
- Diderichsen, F., Andersen, I., Manuel, C., Danmark, & Sundhedsstyrelsen. (2011). *Ulighed i sundhed: Årsager og indsatser*. Sundhedsstyrelsen. <https://www.sst.dk/~media/F674C77308FB4B0CA00EB038F17E239B.ashx>
- Drummond, M., Sculpher, M. J., Claxton, K., Stoddart, G. L., & Torrance, G. W. (2015). *Methods for the economic evaluation of health care programmes* (Fourth edition. / Fourth edition). Oxford University Press.
- Elstad, J. I. (2000). *Social inequalities in health and their explanations*. Norwegian Social Research -NOVA.
- Embase. (1974). *Embase*. Elsevier Limited.
- Ersbøll, A. K., Udesen, C. H., Skaarup, C., & Petersen, M. N. S. (2020). *Social ulighed i sundhed og sygdom*. Sundhedsstyrelsen.
- Falkenberg Nielsen, O., & Bojsen-Møller, M. J. (2019). Respirationssystemet. I *Anatomi og fysiologi* (2. udgave, s. kap 3). Munksgaard.
- Farmanova, E., Bonneville, L., & Bouchard, L. (2018). Organizational Health Literacy: Review of Theories, Frameworks, Guides, and Implementation Issues. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 55, 004695801875784. <https://doi.org/10.1177/0046958018757848>

- Fixsen, D. L., Duda, M. A., Naoom, S. F., & Blase, K. A. (2015). *Implementation drivers. Assessing best practices*. (Nr. 5). NIRN.
- Friis, K., Jensen, M., Lasgaard, M., & Maindal, H. T. (2015). *Sundhedskompetence blandt personer med kronisk sygdom*. (Temaanalyse, vol. 2, Hvordan har du det?). CFK · Folkesundhed og Kvalitetsudvikling.
- 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>
- Gut, R., Fuglsang, M., & Rimdal, B. (2011). *Spørg brugerne—En guide til kvalitative og kvantitative brugerundersøgelser i sundhedsvæsenet*. Enheden for Brugerundersøgelser, Region Hovedstaden.
- Henderson, V. (2012). *Sygeplejens grundlæggende principper* (7. udgave). Dansk Sygeplejeråd : Nyt Nordisk Forlag.
- Henrard, G., Vanmeerbeek, M., Dardenne, N., & Rademakers, J. (2021). The Vienna self-assessment questionnaire: A usable tool towards more health-literate hospitals? Explorative case studies in three hospitals in Belgium. *BMC Health Services Research*, 21(1), 287. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06211-y>
- Hong, Y.-R., Cardel, M., Suk, R., Vaughn, I. A., Deshmukh, A. A., Fisher, C. L., Pavela, G., & Sonawane, K. (2019). Teach-Back Experience and Hospitalization Risk Among Patients with Ambulatory Care Sensitive Conditions: A Matched Cohort Study. *Journal of General Internal Medicine*, 34(10), 2176–2184. <https://doi.org/10.1007/s11606-019-05135-y>
- Ivynian, S. E., Newton, P. J., & DiGiacomo, M. (2020). Patient preferences for heart failure education and perceptions of patient–provider communication. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 34(4), 1094–1101. c8h. <https://doi.org/10.1111/scs.12820>
- Jacobsen, D. I., & Thorsvik, J. (2014). *Hvordan organisationer fungerer: En indføring i organisation og ledelse* (Stig W. Jørgensen, Overs.; 3. udgave). Hans Reitzel.
- Joanna Briggs Institute. (u.å.). *Critical Appraisal Tools / JBI*. Hentet 15. december 2022, fra <https://jbi.global/critical-appraisal-tools>
- Juul, S., Bech, B. H., Dahm, C., & Rytter, D. (2017). *Epidemiologi og evidens*. Munksgaard.
- Kaper, M. S., Sixsmith, J., Reijneveld, S. A., & de Winter, A. F. (2021). Outcomes and Critical Factors for Successful Implementation of Organizational Health Literacy Interventions: A Scoping Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(22), 11906. <https://doi.org/10.3390/ijerph182211906>
- Kawachi, I., Subramanian, S. V., & Almeida-Filho, N. (2002). A glossary for health inequalities. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 56(9), 647–652. <https://doi.org/10.1136/jech.56.9.647>
- Kirkwood, B. R., Sterne, J. A. C., & Kirkwood, B. R. (2003). *Essential medical statistics* (2nd ed). Blackwell Science.

- Kjeld, S. G., Brautsch, L. A. S., Svartá, D. L., Hansen, A. F., Andersen, S., & Danielsen, D. (2022). *Social ulighed i mødet med sundhedsvæsenet*. Sundhedsstyrelsen.
- Kreuter, F., Presser, S., & Tourangeau, R. (2008). Social Desirability Bias in CATI, IVR, and Web Surveys: The Effects of Mode and Question Sensitivity. *Public Opinion Quarterly*, 72(5), 847–865. <https://doi.org/10.1093/poq/nfn063>
- Kristensen, H. K., Peoples, H., Carlsen, A.-M. F., Hansen, A. Ø., Pedersen, T. J., Kielsgaard, K., Larsen, P., Larsen, S. M., & Minet, L. R. (2021). *Evidensbaseret praksis: Forskning, brugerperspektiv, praksisviden*. Munksgaard.
- Krogstrup, H. K. (2016). *Evalueringsmodeller*. Hans Reitzels Forlag.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Interview: Introduktion til et håndværk* (2. udgave, Steinar Kvale, Svend Brinkmann). Hans Reitzel.
- Launsø, L., Rieper, O., & Olsen, L. (2017). *Forskning om og med mennesker—Forskningstyper og forskningsmetoder i samfundsforskning*. Munksgaard.
- Lehn-Christiansen, S. (2016). *Tværfprofessionelt samarbejde—Én løsning på mange udfordringer? Tværfprofessionelt samarbejde i sundhedsfaglig praksis*. Munksgaard.
- Link, B. G., & Phelan, J. (1995). Social conditions as fundamental causes of disease. *Journal of Health and Social Behavior*, 80–94. <http://dx.doi.org/10.2307/2626958>
- Lund, H., Juhl, C., Møller, A. M., & Andreasen, J. (2014). *Håndbog i litteratursøgning og kritisk læsning: Redskaber til evidensbaseret praksis* (1. udg., 1. opl.). Munksgaard.
- Lundell, S., Wadell, K., Wiklund, M., & Tistad, M. (2020). Enhancing Confidence and Coping with Stigma in an Ambiguous Interaction with Primary Care: A Qualitative Study of People with COPD. *COPD: Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 17(5), 533–542. <https://doi.org/10.1080/15412555.2020.1824217>
- Lupton, D. (1993). Risk as Moral Danger: The Social and Political Functions of Risk Discourse in Public Health. *International Journal of Health Services*, 23(3), 425–435. <https://doi.org/10.2190/16AY-E2GC-DFLD-51X2>
- Madsen, M. H., Højgaard, B., & Albæk, J. (2009). Health literacy—Begrebet, konsekvenser og mulige interventioner. *Health literacy, SST*.
- Manzano, A. (2016). The craft of interviewing in realist evaluation. *Evaluation*, 22(3), 342–360. <https://doi.org/10.1177/1356389016638615>
- Maxwell, J. A. (2013). *Qualitative research design: An interactive approach* (3rd ed). SAGE Publications.
- Merriam, S. B., & Tisdell, E. J. (2015). *Qualitative research: A guide to design and implementation* (Fourth edition). John Wiley & Sons.

- Muellers, K. A., Chen, L., O’Conor, R., Wolf, M. S., Federman, A. D., & Wisnivesky, J. P. (2019). Health Literacy and Medication Adherence in COPD Patients: When Caregiver Presence Is Not Sufficient. *COPD: Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 16(5–6), 362–367. <https://doi.org/10.1080/15412555.2019.1665007>
- Nordkraft. (u.å.). *Aalborg Sundhedscenter | Nordkraft Aalborg*. Hentet 2. maj 2023, fra <https://nordkraft.dk/virksomheder-institutioner-i-nordkraft/sundhedscenter-aalborg.aspx>
- O’Cathain, A., Croot, L., Duncan, E., Rousseau, N., Sworn, K., Turner, K. M., Yardley, L., & Hoddinott, P. (2019). Guidance on how to develop complex interventions to improve health and healthcare. *BMJ Open*, 9(8), e029954. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-029954>
- Okan, O., Bauer, U., Levin-Zamir, D., Pinheiro, P., & Sørensen, K. (Red.). (2019). *International handbook of health literacy: Research, practice and policy across the lifespan*. Policy Press.
- Olsen, H. (2006). *Guide til gode spørgeskemaer*. Socialforskningsinstituttet.
- Pawson, R., & Tilley, N. (2004). *Realist Evaluation*.
- Pedersen, J. F., Petersen, K. S., Egilstrød, B., & Overgaard, C. (2020). *Metoder til inddragelse: Af borgere i planlægning, udvikling og implementering af kommunale sundhedsindsatser*.
- Pedersen, K. M. (2013). *Sundhedsøkonomi*. (1. udgave.). Munksgaard.
- Pedersen, P. V. (2019). *Socialt udsattes møde med sundhedsvæsnet*. Statens Institut for Folkesundhed, SDU. https://udsatte.dk/files/media/document/Socialt%20udsattes%20møde%20med%20sundhedsvæsnet_SIF%20for%20Rådet%20for%20Socialt%20Udsatte.pdf
- ProQuest. (u.å.). *ProQuest*. ProQuest LLC. <https://www.proquest.com/advanced?accountid=8144&parentSessionId=aR9ocwZ1a%2FjirOPkP6gfGs%2FIJ4jHi a3lgDG3rv%2B8CQI%3D>
- PubMed. (u.å.). *PubMed*. National Library of Medicine.
- Region Nordjylland, PLO-Nordjylland, & Nordjyske kommuner. (2019). *Sundhedsaftalen—Sammen om sundhed*.
- Ringold, D. J. (2002). Boomerang Effects in Response to Public Health Interventions: Some Unintended Consequences in the Alcoholic Beverage Market. *Journal of Consumer Policy*, 25(1), 27–63. <https://doi.org/10.1023/A:1014588126336>
- Sadeghi, S., Brooks, D., & Goldstein, R. S. (2013). Patients’ and providers’ perceptions of the impact of health literacy on communication in pulmonary rehabilitation. *Chronic Respiratory Disease*, 10(2), 65–76. <https://doi.org/10.1177/1479972312471548>
- Safiri, S., Carson-Chahhoud, K., Noori, M., Nejadghaderi, S. A., Sullman, M. J. M., Ahmadian Heris, J., Ansarin, K., Mansournia, M. A., Collins, G. S., Kolahi, A.-A., & Kaufman, J. S. (2022). Burden of chronic obstructive

pulmonary disease and its attributable risk factors in 204 countries and territories, 1990-2019: Results from the Global Burden of Disease Study 2019. *BMJ*, e069679. <https://doi.org/10.1136/bmj-2021-069679>

- Shim, J. K. (2010). Cultural Health Capital: A Theoretical Approach to Understanding Health Care Interactions and the Dynamics of Unequal Treatment. *Journal of Health and Social Behavior*, 51(1), 1–15. <https://doi.org/10.1177/0022146509361185>
- Shum, J., Poureslami, I., Wiebe, D., van der Heide, I., Hakami, R., Nimmon, L., Bayat, S., & FitzGerald, J. M. (2020). Bridging the gap: Key informants' perspectives on patient barriers in asthma and COPD self-management and possible solutions. *Canadian Journal of Respiratory, Critical Care, and Sleep Medicine*, 4(2), 106–114. Embase. <https://doi.org/10.1080/24745332.2019.1582307>
- Skivington, K., Matthews, L., Simpson, S. A., Craig, P., Baird, J., Blazeby, J. M., Boyd, K. A., Craig, N., French, D. P., McIntosh, E., Petticrew, M., Rycroft-Malone, J., White, M., & Moore, L. (2021). Framework for the development and evaluation of complex interventions: Gap analysis, workshop and consultation-informed update. *Health Technology Assessment*, 25(57), 1–132. <https://doi.org/10.3310/hta25570>
- Sodeman, M. (2018). *Sårbar? Det kan du selv være. Sundhedsvæsnets rolle i patienters sårbarhed.*
- Statistics Solutions. (2018, december 18). *Handling Missing Data: Listwise Versus Pairwise Deletion.* Statistics Solutions. <https://www.statisticssolutions.com/handling-missing-data-listwise-versus-pairwise-deletion/>
- Stenbæk, D., & Jensen, M. (2007). Litteratursøgning. I F. Børlum Kristensen & H. Sigmund (Red.), *Metodehåndbog for medicinsk teknologivurdering* (s. 49–58).
- Sundhedsdatastyrelsen. (2023). *Takstsystem 2023.* Sundhedsdatastyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen. (2015). *Specialeplanlægning—Begreber, principper og krav* (s. 40). Sundhedsstyrelsen.
- Svendsen, M. T., Bak, C. K., Sørensen, K., Pelikan, J., Riddersholm, S. J., Regitze Kuhr Skals, Mortensen, R. N., Maindal, H. T., Bøggild, H., Nielsen, G., & Torp-Pedersen, C. (2020). Associations of health literacy with socioeconomic position, health risk behavior, and health status: A large national population-based survey among Danish adults. *BMC Public Health*, 20(1), 565. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08498-8>
- Sørensen, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., Fullam, J., Kondilis, B., Agrafiotis, D., Ueters, E., Falcon, M., Mensing, M., Tchamov, K., Broucke, S. van den, & Brand, H. (2015). Health literacy in Europe: Comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *The European Journal of Public Health*, 25(6), 1053–1058. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv043>
- Tourangeau, R., & Yan, T. (2007). Sensitive questions in surveys. *Psychological Bulletin*, 133(5), 859–883. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.5.859>
- Vedsted, P. (2014). Sundhedsvæsenets organisation og funktion øger social ulighed i sundhed. *Ugeskrift for læger*, 176/11.

- Wallin, J. A., & Lange, B. (1999). Litteratursøgning. I B. Havsteen, P. Riis, G. Almind, E. Bock, & M. Hørder (Red.), *Sundhedsvidenskabelig forskning. En introduktion* (5. udgave, s. 31–60). F.A.D.L.
- WHO. (2008). *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health - Final report of the commission on social determinants of health*. 33.
- Working Group HPH & HLO, I. W. G. H. P. H. and H. L. H. O. (2019). *International Self-Assessment Tool Organizational Health Literacy (Responsiveness) for Hospitals—SAT-OHL-Hos-v1.1-EN international*. WHO Collaborating Centre for Health Promotion in Hospitals and Healthcare (CC-HPH).
- World Medical Association. (u.å.). *WMA DECLARATION OF HELSINKI – ETHICAL PRINCIPLES FOR MEDICAL RESEARCH INVOLVING HUMAN SUBJECTS*. WMA DECLARATION OF HELSINKI – ETHICAL PRINCIPLES FOR MEDICAL RESEARCH INVOLVING HUMAN SUBJECTS. Hentet 6. januar 2023, fra <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
- Aaby, A., Beauchamp, A., O’Hara, J., & Maindal, H. T. (2019). Large diversity in Danish health literacy profiles: Perspectives for care of long-term illness and multimorbidity. *European Journal of Public Health*, ckz134. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz134>
- Aaby, A., Maindal, H. T., Vinther-Jensen, K., Sørensen, K., & Bertram, M. (2019). *Sundhedskompetence i et strukturelt perspektiv—En vej til lighed i sundhed?* (1. udgave-1. oplag). Dansk Selskab for Folkesundhed.
- Aaby, A., Meldgaard, M., & Maindal, H. T. (2022). *Sundhedskompetence i det danske sundhedsvæsen*.