Uddannelse af personalet kan mindske konsekvenser af lav sundhedskompetence

Stefan Køberl & Jesper Bo Nielsen

STATUSARTIKEL

Forskningsenheden for Almen Praksis, Institut for Sundhedstjenesteforskning, Syddansk Universitet

Ugeskr Læger 2018;180:V11170873

I Europa har 47% af befolkningen lav sundhedskompetence [1]. Sundhedskompetence kan overordnet forstås som et individs evne til at finde og anvende viden for at forbedre egen sundhed [2]. Op mod en femtedel af den danske befolkning oplever problemer med at forstå sundhedsinformation, særligt patienter med en kronisk sygdom [3, 4].

Patienter med lav sundhedskompetence har oftest reduceret viden om og forståelse for egen sygdom [5, 6]. De gør i højere grad end andre brug af sundhedsvæsenet i form af øget hospitalisering og anvendelse af akutmodtagelse [5]. Lav sundhedskompetence er associeret med ringere sundhedsstatus og skaber ulighed i sundhed. Ligeledes er risikoen for dårlige sundhedsudfald og mortalitetsraten øget [5, 7]. Problemet er mest udtalt blandt ældre og lavtuddannede, men synes også at være associeret til etnicitet, sprog og socioøkonomiske forhold [1, 2].

Antallet af publikationer på området er mere end tidoblet i de seneste 20 år. Forskningen stammer hovedsageligt fra USA, hvorimod interessen i Danmark har været beskeden. I to nyligt publicerede danske artikler har man dog søgt at definere begrebet og har påpeget et forskningsbehov [8, 9]. I takt med den stigende forskningsinteresse internationalt er der udviklet adskillige nye redskaber til måling af sundhedskompetence. Disse er primært baseret på individets evne til at læse og skrive inden for et sundhedsrelateret emne [9].

Sundhedskompetencen hos patienter er dynamisk og kan udvikles over tid [10]. Trods dette har der i litteraturen ikke været en tilsvarende interesse for metoder til mulig forbedring af sundhedskompetencen. I USA har man på nationalt plan efterspurgt øget forskning, udvikling, implementering og evaluering af interventioner, der kan forbedre sundheden hos patienter med lav sundhedskompetence [11].

I megen af den hidtidige litteratur har man haft fokus på uddannelsesinterventioner, der er målrettet patienten. Målet har været at uddanne patienterne i at håndtere egen sundhed gennem bl.a. holdundervisning, skriftligt materiale, mundtlige instruktioner eller ved brug af multimedier som video, animationsfilm, telefonsamtaler eller webbaseret undervisning. Effekten af disse uddannelsesforløb er målt på baggrund af patienternes tilegnede viden om egen sygdom, tiltro til egne evner, egenomsorg og handlekraft samt på kliniske og parakliniske resultater [12-14]. I et systematisk review, der omhandler patienter med diabetes, har man efterspurgt mere viden om, hvor effektive disse interventioner reelt er til forbedring af sundhedskompetencer [15].

Men ligger ansvaret for bedre sundhedskompetence alene hos patienten? Eller kan processen understøttes bedre af sundhedspersonalet? I artiklen præsenteres erfaringer med at integrere sundhedskompetence i uddannelsen af læger og sygeplejersker, og der adresseres ikke alene et individrettet, men også et muligt samfundsrettet organisatorisk uddannelsesaspekt. På baggrund af en stadigt stigende informationsstrøm, større ansvar for egen sundhed, krav om patientinddragelse, ulighed i sundhed og muligheden for forbedring, så synes lav sundhedskompetence at være en aktuel og samfundsrelevant problemstilling.

EN BARRIERE I KOMMUNIKATIONEN MELLEM SUNDHEDSPERSONALE OG PATIENTER

10-20% af den danske befolkning oplever problemer med enten forståelsen af sundhedsinformation eller interaktionen med sundhedspersonale [4]. Patienter med lav sundhedskompetence har vanskeligere ved at forstå læger, og de vurderer kvaliteten af samtaler med læger ringere, end de øvrige patienter gør [16].

Selvom det meste sundhedspersonale har oplevet patienter med lav sundhedskompetence, er deres viden om og håndtering af patientgruppen ofte utilstrækkelig [17, 18]. Læger og sygeplejersker overestimerer ofte patienternes sundhedskompetence [19, 20].

Sundhedskompetence indgår i varierende grad i uddannelsen af sundhedspersonale, men omfanget er begrænset [21]. I et amerikansk studie er der beskrevet

HOVEDBUDSKABER

- Sundhedskompetence forstås som et individs evne til at finde og anvende viden for at forbedre egen sundhed. Op mod en femtedel af befolkningen oplever problemer med at forstå sundhedsinformation, hvilket er en sundhedsmæssig udfordring for både patienter og sundhedspersonale.
- Lav sundhedskompetence har ikke alene et individrettet, men også et samfundsrelateret organisatorisk aspekt, der er relateret til behovet for inddragelse af begrebet i såvel præsom postgraduat uddannelse af sundhedspersonale.
- Trods øget international forskning er der behov for nationale studier, hvor man kan bekræfte effekten af flere uddannelsesinitiativer.

gennemsnitligt tre timers undervisning fordelt på de første to år af lægestudiet [21]. Tilsvarende opgørelser er ikke fundet udført i Danmark. En gennemgang af sygeplejerske- og lægeuddannelserne viser dog, at begreberne sundhedskompetence og *health literacy* ikke indgår eksplicit i de respektive studieordninger. Sundhedskompetence kan dog i et vist omfang være skjult i fag som patientuddannelse, sundhedspædagogik og kommunikation.

I USA og Canada har man udarbejdet nationale handleplaner for sundhedskompetence, hvori uddannelse af sundhedspersonale indgår som et centralt element [11, 22]. Tiltagene rummer overordnet to strategier: at øge læsbarheden af skriftligt materiale samt at forbedre den mundtlige kommunikation mellem patienter og sundhedspersonale. Den danske parallel hertil blev præsenteret af Sundhedsstyrelsen i 2009 med udgivelsen af kompendiet: »Health Literacy – begrebet, konsekvenser og mulige interventioner« [2].

Skriftlig kommunikation

Patienter med lav sundhedskompetence har ofte svært ved at forstå skriftligt materiale, f.eks. medicininstrukser [5]. Megen eksisterende information er for kompleks og kræver et uddannelsesniveau, som patienter med lav sundhedskompetence sjældent besidder, og det anbefales at tilpasse sværhedsgraden af materialerne til et niveau, der svarer til læseniveauet hos en 11-årig [6].

Mundtlig kommunikation

Den mundtlige kommunikation kan forbedres ved brug af konkrete kommunikationsstrategier som langsom tale, gentagelser, kontrol af patientforståelse og nedsat brug af medicinske termer [6]. Strategierne anvendes blandt sundhedspersonalet, men ofte i en utilstrækkelig og ikke systematiseret grad [17]. Patientforståelse sikres ikke vanemæssigt via kontrol af patientforståelsesstrategi, og selvrapportering viser, at sundhedspersonale overvurderer deres brug af kommunikationsstrategier [23]. Desuden anvendes medicinske termer hyppigt [17, 23].

KAN SUNDHEDSPERSONALET UDDANNES I SUNDHEDSKOMPETENCE?

I en række interventionsstudier har man undersøgt, om læger, medicinstuderende og sygeplejersker kan uddannes i sundhedskompetence (**Tabel 1**). Formålet med uddannelse er dels at udbrede kendskabet til sundhedskompetencebegrebet, dels at forbedre sundhedspersonalets handlemulighed over for omtalte patientgruppe.

Uddannelsesforløbene består typisk af 2-3 timers undervisning i didaktik og sundhedskompetence samt en træning med workshopper, rollespil eller videooptagede samtaler med patienter eller skuespillere. I uddannelsen har man især fokus på at forbedre brugen af kommunikationsstrategier, som i flere studier har vist sig at kunne forbedre sundheden hos patienter med lav sundhedskompetence [12-14].

Op mod en femtedel af befolkningen oplever problemer med at forstå sundhedsinformation.

Læger

Hovedparten af interventionsstudierne er gennemført med medicinstuderende eller yngre læger, efterfølgende omtalt under et som læger. Studieresultaterne indikerer, at uddannelse kan øge lægers viden om sundhedskompetence, herunder bl.a. øge deres viden om forekomst og risikogrupper [24-27], samt styrke forståelsen for, hvad lav sundhedskompetence betyder, og de mulige konsekvenser for patientens sundhed [25, 28].

Uddannelse af læger i sundhedskompetence resulterer i øget brug af mundtlige kommunikationsstrategier såsom gentagelse af information, begrænsning af informationsmængde, langsom tale, nedsat brug af medicinske termer og kontrol af patientforståelse [24-26, 29]. Flere af studierne viser desuden, at læger efter endt uddannelse er bedre til at identificere patienter med lav sundhedskompetence [24, 25, 27].

Det er uklart, om uddannelse også kan forbedre lægers skriftlige kommunikationsevner, da denne problemstilling alene er belyst i et enkelt studie [29].

Sygeplejersker

Et begrænset deltagerantal i interventionsstudier med sygeplejersker betyder, at det ikke er muligt at drage valide konklusioner om effekten af uddannelse i sundhedskompetence hos denne faggruppe.

DISKUSSION

Litteraturen viser, at man kun i få interventionsstudier har haft fokus på at uddanne sundhedspersonale i

TABEL 1

Interventionsstudier, hvor man har undersøgt, om uddannelse af læger kan øge viden om sundhedskompetence og forbedre handlemuligheden over for patienter med lav sundhedskompetence.

		Studiedesign			Resultat	
Reference	**Population: n**	**øget viden**	**forbedret handlemulighed**	**Intervention**	**øget viden**	**forbedret handlemulighed**
[24]	Læger: 11[b]	Præ-/posttest		Undervisning 70 min Træning ca. 2,5 t.	Styrket viden om prævalens og risikogrupper	Sikring af patientforståelse, identificering af patienter med lav sundhedskompetence og øget brug af kommunikationsstrategier som gentagelser, kontrol af patientforståelse, begrænsning af informationsmængde og brug af billedmateriale
[25]	Lægestuderende: 110[f]	Præ-/posttest		Undervisning 1 t. Træning ej oplyst	Styrket viden om prævalens, definition samt konsekvenserne af lav sundhedskompetence på sundhed	Sikring af patientforståelse, identificering af patienter med lav sundhedskompetence og øget brug af kommunikationsstrategier som langsom tale, simpelt sprog, kontrol af patientforståelse, begrænsning af informationsmængde og brug af billedmateriale[a]
[26]	Læger: 31[c]	Præ-/posttest		Undervisning 1 t. Træning 5 t.	Samlet styrket viden om sundhedskompetence målt på baggrund af bl.a. viden om definition, prævalens, kontrol af patientforståelse, hvordan patientgruppen identificeres og brugen af skriftlig og mundtlig kommunikation	Fortrolighed med begrebet sundhedskompetence, implementering af sundhedskompetence i patientkontakten inkl. en forståelse af vigtigheden heraf og brug af kommunikationsstrategier som simpelt sprog
[27]	Lægestuderende: 277[d]	Præ-/posttest		Undervisning 3 t. Ingen træning	Styrket viden om risikogrupper	Identificering af patienter med lav sundhedskompetence
[28]	Lægestuderende: 152[e]	Præ-/posttest		Undervisning 1 t. Træning mindst 0,5 t.	Samlet styrket viden om sundhedskompetence målt på baggrund af bl.a. viden om hvordan patientgruppen identificeres samt konsekvenserne af lav sundhedskompetence på sundhed	Inkomplette data omkring handlemuligheden, ingen prætest eller kontrolgruppe til sammenligning
[29]	Lægestuderende: 101	Posttest med kontrol		Undervisning og træning Varighed ej oplyst	Undersøger ikke effekten af uddannelse på viden om sundhedskompetence	Samlet styrket handlemulighed målt på baggrund af bl.a. sikring af patientforståelse, gentagelser, kontrol af patientforståelse, simpelt sprog, begrænset informationsmængde og langsom tale
[30]	Læger: 25	Præ-/posttest	Posttest med kontrol	Undervisning og træning 1,5 t. samlet	Styrket viden om definition	Ingen effekt på handlemulighed

Komplet data: gennemført både præ- og postmålinger.
a) Måler effekten af uddannelse på både kort og lang sigt, konklusion er baseret på kortsigtet effekt til sammenligning med øvrige studier i tabellen.
b) 58 sundhedsprofessionelle deltog, heraf 11 læger med komplet data.
c) 31 deltog, viden: 31 med komplet data, mundtlig kommunikation: 9 prætest og 14 posttest.
d) 277 inviteret til at deltage under obligatorisk praktikophold, 252 prætest, 265 posttest.
e) 152 med komplet data.
f) 110 deltog i første år, heraf 48 med komplet data.

sundhedskompetence. Hovedparten af disse studier er publiceret i de seneste 2-3 år, og resultaterne indikerer, at uddannelse kan forbedre lægers både viden og handlemulighed over for den pågældende patientgruppe. Uddannelsesforløbenes varighed i disse studier er gennemsnitligt 2-3 timer, hvilket synes at være en marginal tidsmæssig investering i forhold til muligheden for at forbedre patienternes sundhed og potentialet for færre sundhedsomkostninger for individ såvel som for samfund. Givet det betydelige fokus på ulighed i sundhed og på inddragelse af patienten i egne beslutninger er det spørgsmålet, om ikke tiden er moden til, at sundhedsuddannelserne og sundhedsvæsenet mere bredt burde opruste på dette felt og inkludere en evaluering af indsatsen over tid.

Man har nemlig kun i få studier undersøgt effekten af uddannelse i sundhedskompetence på lang sigt. Et amerikansk studie viste således, at lægers tillærte viden og færdigheder var vendt tilbage til udgangspunktet ved 12-månedersopfølgning, hvilket indikerer et behov for mere longitudinelle og integrerede uddannelsesinitiativer frem for enkeltstående kurser.

Hovedparten af de hidtidige studier er udført i et præ-/post-studiedesign uden kontrolgrupper. Resultaterne er typisk baseret på selvrapporteret data, og der er risiko for rapporteringsbias. Vi har alene kendskab til ét randomiseret kontrolleret studie [17], der omhandler uddannelse af sundhedspersonale, og vi vurderer, at der er behov for flere veldesignede og kontrollerede studier.

I studierne er der stor variation i design, metode, uddannelsesforløb og effektmål, hvilket begrænser både sammenligneligheden og generaliserbarheden af resultaterne. Endvidere er antallet af deltagere i flere af studierne begrænset. Størstedelen af de nyere offentliggjorte studier er amerikanske, mens antallet af danske interventionsstudier er få. Anvendelsen af præ- og posttest samt validerede målemetoder gør dog udenlandske resultater mindre kontekstafhængige. Antallet af interventionsstudier er generelt beskedent, og der ses især et påfaldende fravær af uddannelsesforløb målrettet sygeplejersker og ældre læger. Forskellige interventioner sammenlignes sjældent, og det er svært at anbefale én intervention frem for en anden. Men med sideløbende kvalitative studier og inddragelse af patientevalueringer forventes de mest effektive interventioner at kunne udvælges.

I Sundhedsstyrelsens seneste rapport om emnet fra 2009 konkluderede man: »Det handler i høj grad om at skærpe sundhedspersonalets opmærksomhed på den konkrete patients sundhedskompetence og tage de nødvendige forholdsregler i kommunikationen med denne patient. Dette uanset om der er tale om skriftlig eller mundtlig kommunikation« [2]. Sundhedskompetence udgør i 2018 fortsat en barriere for sundhedskommunikationen, og det er en fælles opgave for patienten og sundhedspersonalet at mindske den.

Denne artikel indikerer, at lav sundhedskompetence hos patienten kan understøttes af sundhedspersonalet ved at styrke personalets kendskab til lav sundhedskompetence og forbedre handlemulighederne i kommunikationen og håndteringen af netop denne patientgruppe. Den nuværende litteratur understøtter Sundhedsstyrelsens konklusioner fra 2009 og indikerer, at en kombination af undervisning i didaktik og sundhedskompetence samt aktive træningssessioner synes at være en effektiv opbygning af et uddannelsesforløb målrettet sundhedspersonale. Der udestår imidlertid handling på uddannelsesområdet, ligesom vi mangler interventionsstudier, hvor man dokumenterer en langtidseffekt på ikke alene viden og handlemulighed, men også på patienternes sundhed.

SUMMARY

Stefan Køberl, Jesper Bo Nielsen:

Education of health care personal may reduce consequences of low health literacy

Ugeskr Læger 2018;180:V11170873

Low health literacy is a growing concern affecting up to 20% of the Danish population. Low health literacy is defined by difficulties related to understanding health information and ability to engage with healthcare providers. Research has explored a variety of interventions to address the issue of low literacy. This study describes that educational curricula including lessons and practicing in didactics and health literacy may improve doctors' knowledge and approach towards this group of patients and indicates that healthcare providers generally can benefit from education in health literacy.

KORRESPONDANCE: *Jesper Bo Nielsen*. E-mail: jbnielsen@health.sdu.dk

ANTAGET: 20. juli 2018

PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK: 1. oktober 2018

INTERESSEKONFLIKTER: ingen. Forfatternes ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

LITTERATUR

1. HLS-EU Consortium. Comparative report on health literacy in eight EU member states. Ludwig Boltzmann Institute for Health Promotion Research, 2012.
2. Sundhedsstyrelsen. Health literacy – begrebet, konsekvenser og mulige interventioner, 2009. http://sst.dk/da/udgivelser/2009/health-literacy (4. maj 2018).
3. Friis K, Lasgaard M, Osborne RH et al. 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 2016;6:e009627.
4. Bo A, Friis K, Osborne RH et al. National indicators of health literacy: ability to understand health information and to engage actively with healthcare providers – a population-based survey among Danish adults. BMC Public Health 2014;14:1095.
5. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE et al. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. Ann Intern Med 2011;155:97-107.
6. Agency for Healthcare Research and Quality. Health literacy universal precautions toolkit, 2010. http://ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/quality-resources/tools/literacy-toolkit/index.html (4. maj 2018).
7. Olesen K, Reynheim AL, Joensen L et al. Higher health literacy is associated with better glycemic control in adults with type 1 diabetes: a cohort study among 1399 Danes. BMJ Open Diabetes Res Care 2017;5:e000437.
8. Sørensen K, Nørgaard O, Maindal HT. Behov for mere forskning i patienters sundhedskompetence. Ugeskr Læger 2014;176:40-3.
9. Nørgaard O, Sørensen K, Maindal HT et al. Måling af patientens sundhedskompetence kan bedre kommunikation i sundhedsvæsenet. Ugeskr Læger 2014;176:37-9.
10. Edwards M, Wood F, Davies M et al. The development of health literacy in patients with a long-term health condition: the health literacy pathway model. BMC Public Health 2012;12:130.
11. Department of Health and Human Services (US), Office of Disease Prevention and Health Promotion (Washington DC). National action plan to improve health literacy, 2010. http://health.gov/communication/HLActionPlan/pdf/Health_Literacy_Action_Plan.pdf (4. maj 2018).
12. Clement S, Ibrahim S, Crichton N et al. Complex interventions to improve the health of people with limited literacy: a systematic review. Patient Educ Couns 2009;75:340-51.
13. Kim SH, Lee A. Health-literacy-sensitive diabetes self-management interventions: a systematic review and meta-analysis. Worldviews Evid Based Nurs 2016;13:324-33.
14. Sheridan SL, Halpern DJ, Viera AJ et al. Interventions for individuals with low health literacy: a systematic review. J Health Commun 2011;16(suppl 3):30-54.
15. Caruso R, Magon A, Baroni I et al. Health literacy in type 2 diabetes patients: a systematic review of systematic reviews. Acta Diabetol 2018;55:1-12.
16. Schillinger D, Bindman A, Wang F et al. Functional health literacy and the quality of physician-patient communication among diabetes patients. Patient Educ Couns 2004;52:315-23.
17. Coleman C. Teaching health care professionals about health literacy: a review of the literature. Nurs Outlook 2011;59:70-8.
18. Rajah R, Ahmad Hassali MA, Jou LC et al. The perspective of healthcare providers and patients on health literacy: a systematic review of the quantitative and qualitative studies. Perspect Public Health 2018;138:122-32.
19. Kelly PA, Haidet P. Physician overestimation of patient literacy: a potential source of health care disparities. Patient Educ Couns 2007;66:119-22.

20. Dickens C, Lambert BL, Cromwell T et al. Nurse overestimation of patients' health literacy. J Health Commun 2013;18:62-9.
21. Coleman CA, Appy S. Health literacy teaching in US medical schools, 2010. Fam Med 2012;44:504-7.
22. Rootman I, Gordon-El-Bihbety D. A vision for a health literacy Canada. Canadian Public Health Association, 2008.
23. Howard T, Jacobson KL, Kripalani S. Doctor talk: physicians' use of clear verbal communication. J Health Commun 2013;18:991-1001.
24. Coleman CA, Fromer A. A health literacy training intervention for physicians and other health professionals. Fam Med 2015;47:388-92.
25. Coleman CA, Peterson-Perry S, Bumsted T. Long-term effects of a health literacy curriculum for medical students. Fam Med 2016;48:49-53.
26. Green JA, Gonzaga AM, Cohen ED et al. Addressing health literacy through clear health communication: a training program for internal medicine residents. Patient Educ Couns 2014;95:76-82.
27. Bradley SM, Chang D, Fallar R et al. A patient safety and transitions of care curriculum for third-year medical students. Gerontol Geriatr Educ 2015;36:45-57.
28. Roberts DM, Reid JR, Conner AL et al. A replicable model of a health literacy curriculum for a third-year clerkship. Teach Learn Med 2012;24:200-10.
29. Bloom-Feshbach K, Casey D, Schulson L et al. Health literacy in transitions of care: an innovative objective structured clinical examination for fourth-year medical students in an internship preparation course. J Gen Intern Med 2016;31:242-6.
30. Pagels P, Kindratt T, Arnold D et al. Training family medicine residents in effective communication skills while utilizing promotoras as standardized patients in OSCEs: a health literacy curriculum. Int J Family Med 2015;2015:129187.