



UiT

NORGES
ARKTISKE
UNIVERSITET

Holdninger til helseinformasjon i allmennpraksis

En spørreskjemaundersøkelse blant pasienter på allmennlegekontor

Student: Einar Mathisen Hansen

Veileder: Linda Stein, førsteamanuensis ved UiT

MED-3950 masteroppgaven/Kull 2012. Tromsø: Profesjonsstudiet i medisin,
Det helsevitenskapelige fakultet, UiT Norges arktiske universitet 2017



Forord

Da jeg skulle velge tema til min masteroppgave, ønsket jeg å fokusere på samhandlingen mellom lege og pasient. Flere av emnene jeg vurderte som aktuelle, hadde den felles egenskap at de omhandlet informasjonsformidlingen fra lege til pasient. Jeg ønsket å få større innsikt i pasientenes vurdering av allmennlegens konsultasjon og undersøke hvilke holdninger pasientene har til informasjonen de får. Dette var et tema som det var relativt utfordrende å finne relevant eksisterende viten på, og dette vekket min interesse for å forsøke å gjøre et studium på norske fastlegekontor. Jeg tok derfor kontakt med Linda Stein (førsteamanuensis ved UiT), som jeg visste hadde gjort forskningsarbeid om informasjonsformidlingen fra norske helseinstitusjoner. Hennes arbeid motiverte meg til å gjøre et studie på pasientenes holdninger til informasjon i primærhelsetjenesten. Arbeidsprosessen med oppgaven startet oktober 2015 og vedvarte til juni 2017. Prosjektets materiale ble finansiert av undertegnede selv. De anvendte spørreskjema ble skrevet ut på Universitetet i Tromsø.

Arbeidsprosessen med oppgaven har involvert et godt og effektivt samarbeid mellom student og veileder. Veileder har i meget stor grad bidratt med informasjon, tilbakemelding på skriftlig arbeid, veiledning i bearbeiding av data og oppfølging av arbeidsprosessen. Jeg har fått utrolig god oppfølging gjennom hele perioden jeg skrev oppgaven.

En stor takk til

Linda Stein, Førsteamanuensis ved UiT, Norges arktiske universitet 2015-2017 for fantastisk veiledning og utmerket oppfølging.

Ina Jacobsen for gode diskusjoner og forslag til forbedringer

De aktuelle 9 legekantor i Nord-Norge

Anita Røreng, Studiekonsulent UiT, for hjelp med oppbevaring og tilbakemelding på innkomne besvarelser

Underskrift:



Dato: 05.06.17

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	1
Innledning	2
Materiale og metode	5
Spørreskjema	5
Studiepopulasjonen	6
Arbeidsprosessen	6
Statistiske metoder	8
Resultat	9
Diskusjon	16
Kommunikasjon med fastlegen	16
Informasjon om medikamentbruk	18
Kilder til helseinformasjon	19
Brukermedvirkning	20
Metodediskusjon	20
Konklusjon	22
Referanser	23
Vedlegg 1: Spørreskjema	27
Vedlegg 2: Plakaten (Opprinnelig i A3-format)	33
Vedlegg 3: Informasjonsskriv til fastlegekontorene	34
Vedlegg 4: Veilederkontrakt	35
GRADE-evaluering 1	37
GRADE-evaluering 2	38
GRADE-evaluering 3	39
GRADE-evaluering 4	40
GRADE-evaluering 5	41
GRADE-evaluering 6	42
GRADE-evaluering 7	43
GRADE-evaluering 8	44

Figurer

Figur 1: Arbeidsprosessen	7
---------------------------------	---

Tabeller

Tabell 1: Studiepopulasjonen	10
Tabell 2: Holdningsutsagn.....	11
Tabell 3: Regresjonsmodell for Kommunikasjon med fastlegen	12
Tabell 4: Regresjonsmodell for Informasjon om medikamentbruk	13
Tabell 5: Regresjonsmodell for kilder til helseinformasjon.....	14
Tabell 6: Regresjonsmodell for Brukermedvirkning.....	15

Sammendrag

Bakgrunn: God helseinformasjon er viktig i pasient-lege-interaksjonen i allmennpraksis. Mennesker har ulike evner til å tolke, forstå og anvende helseinformasjonen, såkalt health literacy. Det er stor forskjell i health literacy-ferdigheter blant pasientene, og derfor er det viktig å vite hvilke holdninger pasientene har til helseinformasjonen.

Formål: Hensikten med studien var å undersøke pasienters holdninger til helseinformasjon i allmennpraksis.

Metode: Tverrsnittsstudie med spørreskjemaundersøkelse. Studiepopulasjonen besto av pasienter på 9 allmennlegekontor i Nord-Norge. Data ble innsamlet august 2016 til mars 2017. Resultatene ble slått sammen til 4 kategorier og analysert med deskriptiv statistikk, univariat og multippel regresjon.

Resultat: 170 pasienter besvarte spørreskjemaet av totalt 360 utdelte skjema (29 % menn, 71 % kvinner). Generelt hadde deltagerne positive holdninger. 86 % rapporterte om at de forsto alt legen sa og 90 % var fornøyde med fastlegen. 26 % syntes fastlegen kunne gitt informasjon på en bedre måte, 14 % hadde vært usikker på medikamentbruk, 21 % synes internett ga bedre helseinformasjon enn allmennlegen, 33 % synes ikke fastlegen var flink til å opplyse hvor de kunne lese mer om sin helse. 16 % syntes ikke de fikk være delaktig i behandlingsvalg. Forhold til fastlegen forklarte alle utsagnene ($p < 0,00$). Alder, kjønn, utdanning og helsetilstand var ikke signifikante.

Konklusjon: Pasientene var i hovedsak positive til helseinformasjonen. Mange synes fastlegen kunne gitt informasjon på en bedre måte. Noen opplevde for lite informasjon av fastlegen ved medikamentbruk. Internett er viktig og fastlegen kan bli bedre til å ta opp dette med pasienten. En del opplevde ikke å være delaktig i behandlingsvalg. Forhold til fastlegen er meget viktig for god helseinformasjon. Resultatene tyder på at helseinformasjon og kommunikasjon er viktig i det moderne helsevesenet og at fremtidige studier er viktig for kunne bedre tilpasse helseinformasjon til pasientene.

Innledning

Forståelse av helseinformasjon er av stor betydning for pasientene. De fleste konsultasjoner i allmennpraksis stiller krav til at pasientene har tilstrekkelige evner til å både tolke og bearbeide informasjonen som gis av legen. Derfor er det meget viktig at informasjonen som gis i det moderne helsevesenet er adekvat og overbringes på en effektiv måte. Dette forutsetter egenskaper av legen som; gode kommunikasjonsferdigheter, evne til å ta hensyn til kulturelle forskjeller, anvende et forståelig språk og tilpasse informasjonen til ulike scenarier (1). Dette er viktig for at pasienten skal forstå nødvendig helseinformasjon, og dermed få et optimalt behandlingsforløp og bli tilstrekkelig ivaretatt. Informasjonsformidling er spesielt viktig i allmennpraksis, da dette er pasientens første møte med helsevesenet. Edvin Schei skriver i boken *Lytt*: "Å lytte er å finne frem til den andres perspektiv på verden, den andres opplevelse av egen kropp, det er å konstruere en forståelse som passer til virkeligheten slik den fortoner seg for *den andre*" (2). Nettopp denne lyttende rollen er meget viktig for å forsikre seg om at pasienten forstår legens helseinformasjon.

Helseinformasjonen pasienten mottar burde samsvare med dens individuelle kunnskap, slik det fremgår av § 3-1 i pasientrettighetsloven (3). Det er også lovfestet i § 10, helsepersonelloven at den allmennpraktiserende lege skal formidle informasjon på en forståelig måte (4). Imidlertid har pasientene ulike evner til å tolke, forstå og bruke helseinformasjon, såkalt health literacy (5). Dette stiller store utfordringer til legens kommunikasjonsferdigheter, da det kan være både utfordrende og tidskrevende å tilpasse informasjonen på en korrekt måte.

HL (health literacy) omfatter i hvilken grad et individ kan få tak i, bearbeide og forstå grunnleggende helseinformasjon og tjenester som de trenger for å kunne foreta adekvate avgjørelser vedrørende sin helse (6). Det foreligger en sammenheng mellom lav health literacy og lavt kunnskapsnivå i forhold til kroniske sykdommer som diabetes, kardiovaskulær sykdom m.fl. (7). Omlag 40 % av konsultasjonene i allmennpraksis gjelder nettopp kroniske sykdommer (8). Det er viktig å ha et enkelt og forståelig språk når en snakker med disse pasientene (9). Pasienter med høyere sosioøkonomisk status ser ut til å motta mer informasjon enn personer med lav sosioøkonomisk status, hvor sistnevnte gruppe opplever mer fokus på diagnostiske undersøkelser enn informasjon (10). Systematiske oversikter fra 2010 og 2011 vedrørende HL og helse-utfall har funnet at begrenset HL er assosiert med flere sykdommer og tilstander, dårligere helserelatert kunnskap og forståelse,

økte sykehusinnleggelse og bruk av legevakt, dårligere preventiv helseadferd, større vansker i å delta i felles beslutningstaking mellom lege og pasient, og dårligere ferdigheter ved egenbehandling av sykdom (11, 12). Nytt av screening for HL er omdiskutert. En studie viser at det er mulig å gjennomføre en screening i primærhelsetjenesten (13), men det er også studier som sier at et slikt program ikke forbedrer utfall for pasienten (14). En systematisk oversikt fra 2010 viste likevel at en hurtig metode for å bedømme HL-ferdigheter, er å spørre hvor sikker pasienten er til å fylle ut medisinske skjema, hvor ofte pasienten må få hjelp til å lese helseinformasjon eller be dem en egenvurdering av leseferdigheter (15). En annen tilnærming til problemet kan være å vektlegge HL i utdanningen av leger. Flere universiteter har begynt med implementering av HL-undervisning i medisinstudiet (16).

Et studie viste at mer enn 40 % av pasientene hadde risikofaktorer for å glemme, misforstå og ignorere helse råd (17). Et studie så også at tilbøyeligheten til å gi god informasjon til pasienter med kreftdiagnose, også er knyttet til subjektivitet og kulturell påvirkning (18). Dette er også viktige faktorer som legen må ta hensyn til. Uten å nærmere utforske pasientenes kulturelle og subjektive ståsted, kan en potensielt overse verdier som pasientene oppfatter som meget viktige. For eksempel kan det være viktig å utforske pasientenes holdninger til andre kilder som f.eks internett, da dette har en stor rolle i pasientenes kunnskapsgrunnlag.

Det finnes allerede en god del eksisterende viten på health literacy, selv om det ikke foreligger så mange studier på dette i Norge. Det er funnet få studier som baserer seg på direkte målinger av holdninger til helseinformasjon i allmennpraksis. En systematisk oversikt fra 2014 konkluderer med at det ikke foreligger noen klar etablert konsensus på hvordan informasjon kan legges frem til ulike grupper eller hvordan man kvalitativt kan måle health literacy evner (19). Populasjonsstudier i USA og EU har funnet at henholdsvis 43 og 47 % av de voksne hadde så lave health literacy-ferdigheter at det forventes at de har problemer med å forholde seg til nødvendig helseinformasjon (20, 21). Dette er tall som tilsier at informasjonsformidling er meget viktig i helsevesenet. Det er kjent at pasienter med lav HL i primærhelsetjenesten har problemer med å forstå helseinformasjon som gis av legen (22). En RCT (randomisert kontrollert studie) fra 2006 viste at pasienter som lider av depresjon, også har nytte av adjuvant HL-undervisning, som et supplement til annen depresjonsbehandling (23). Et annet studie viser også at menn med lav HL er fire ganger så motvillig til å gjennomføre kolorektal-screening, selv om legen anbefalte det (24). En studie viser også at tre fjerdedeler av det skriftlige materiale som leger deler ut, har et språk som er over det

gjennomsnittlige leseferdighetsnivået til amerikanske voksne (25). Det er likevel verdt å påpeke at den norske befolkningen har et gjennomsnittlig høyere nivå av leseferdigheter (26).

Også pasientens etterlevelse ovenfor medikamentbruk er i stor grad relatert til informasjonsgraden (27). Dette er meget viktig, da særlig den eldre delen av populasjonen bruker et stort antall ulike medikamenter (28). Da pasientene ofte har mindre kunnskap om kroppens organer og funksjon enn legen, kan det være krevende å forstå informasjonen om hvordan medisinene skal tas og formålet med å bruke dem (29). En annen viktig faktor i moderne pasientbehandling, er brukermedvirkning. §3-1 i Pasientrettighetsloven lyder som følger: "pasienten har herunder rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder" (3). Dette er også et felt som stiller krav til god informasjon, hvis pasienten skal kunne medvirke til hensiktsmessige behandlingsvalg. Det kan altså knyttes spørsmål til hvilken grad informasjonen tilpasses pasientens kompetansenivå, og hvor mye som når frem til pasienten. En spørreskjemaundersøkelse i norske sykehus fra 2012, viste bl.a. at 52 % fikk generelt dårlig informasjon ved utskrivelse og 49 % fikk dårlig informasjon om hva de skulle gjøre ved eventuelt tilbakefall av sykdom (30). I tillegg fremgår det av årsmeldingen fra 2016 ved Pasient og brukerombudene i Norge at "I nesten alle henvendelser finner ombudene elementer av mangelfull eller dårlig informasjon" (31 p. 11). Dette peker i retning av at det kan være nyttig å utforske pasientenes opplevelse av helseinformasjon i nåtidens allmennmedisin. En vil muligens forbedre behandlingsutfall, hvis en gir bedrer utvekslingen av helseinformasjon til pasienten (32).

Begrepet "helseinformasjon" brukes i denne oppgaven om enhver helserelatert opplysning som allmennlegen overbringer til pasienten. Det er ingen konkret definisjon som dekker begrepet, og det er derfor helhetsinntrykket av utsagnene i spørreskjemaet som vil kunne gi opplysning om pasientenes holdninger til helseinformasjon. Ordet "brukermedvirkning" kan defineres som "aktiv deltagelse fra pasienter, pasientrepresentanter eller potensielle pasienter, i planlegging, overvåking og utvikling av helsetilbud" (33). Dette er et sentralt begrep innenfor den moderne helsetjenesten, da også pasientrettighetsloven dekker dette området (3).

I denne studien forventes det ikke å finne et eksakt svar på hvordan en skal utbedre informasjonsformidlingen i allmennpraksis. Studien vil heller gi innsikt i hvilke tema som kan være viktig å belyse i fremtiden. Undersøkelsen ble begrenset til allmennpraksis, ettersom dette er ofte pasientenes første møte med helsevesenet. I tillegg har ofte pasientene

opparbeidet en viss relasjon med sin allmennlege gjennom fastlegeordningen. Dette gir også grunnlag for å vurdere relasjonens betydning i informasjonsgivingen.

Formålet med studien var å undersøke hvilke holdninger pasientene har til helseinformasjonen i allmennpraksis. Videre var det ønskelig å undersøke pasientenes vurdering av: kommunikasjonen med fastlegen, informasjon om medikamentbruk, kilder til helseinformasjon og brukermedvirkning. Det er fortsatt pasientenes holdninger til helseinformasjon som er primærfokuset i denne oppgaven, og derfor er problemstillingen for oppgaven definert som: *Hvilke holdninger har pasientene til helseinformasjonen de får i allmennpraksis?*

Materiale og metode

Spørreskjema

I denne tverrsnittsstudien var det ønskelig å undersøke pasientenes holdninger til informasjonen de mottok fra allmennlegen. Det ble derfor utformet et 6-siders spørreskjema i papirformat (Vedlegg 1). Deltagerne fikk presentert totalt 14 holdingsutsagn, med utgangspunkt i en 5-punkts Likert-skala, med ytterpunktene "enig" til "uenig". Spørreskjemaet inneholdt tre underkategorier, henholdsvis utsagn om *fastlegens kommunikasjon, informasjon om medikamentbruk og informasjonskilder/brukermedvirkning*. Siste side av skjema inkluderte demografiske variabler som *kjønn, alder, antall fastlegebesøk siste året, egenvurdering av helsetilstand og egenvurdering av forhold til fastlegen*. Side 2 inneholdt kortfattet informasjon om tema, formål, bakgrunn, hva informasjonen skal brukes til og instruksjoner for innsendelse av besvarelse. Utsagnene ble tilstrebet jevn fordeling av positiv og negativ ordlyd. Av utsagnene som omhandlet kommunikasjon med fastlegen, var det totalt 6 påstander, det var 2 påstander om informasjon om medikamenter og 6 påstander om informasjonskilder/brukermedvirkning. Spørreskjemaet var tosidig, med skrifttype Times New Roman og skriftstørrelse 16, sistnevnte med hensyn til svaksynte. Medfølgende hvert skjema var det inkludert en ferdigfrankert konvolutt, adressert til Universitetet i Tromsø. Det ble også laget plakater (vedlegg 2) i A3-format med kortfattet informasjon om undersøkelsen, som ble hengt opp i nær lokalisasjon til spørreskjemaene. Plakaten ble laget i Adobe Photoshop CS5 i henhold til Universitetet i Tromsøs mal. Disse ble totalt trykket i 20 eksemplarer. Forsiden til spørreskjema og bildet på plakaten var identisk, slik at det skulle

være enkelt å se sammenhengen mellom de. Det er uklart om alle kontorene fulgte opp ønsket om å henge opp plakaten, da det ikke ble utført noen kontroll på dette.

Ettersom undersøkelsen foregikk anonymt, unngås problemer knyttet til sensitive opplysninger. Det var frivillig å delta, og mindreårige ble ekskludert fra deltakelse. Navn, fødselsdato eller sykdommer/medikamentbruk ble det ikke spurt om. Det fremgikk heller ikke hvilke legekantor som besvarelsene utgikk fra. Dermed så vi ikke at det var grunnlag for godkjenning av REK (Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk), da vi ikke oppbevarte noen data som kan spore besvarelsene tilbake til deltagerne eller legekantorene på noen måte (34).

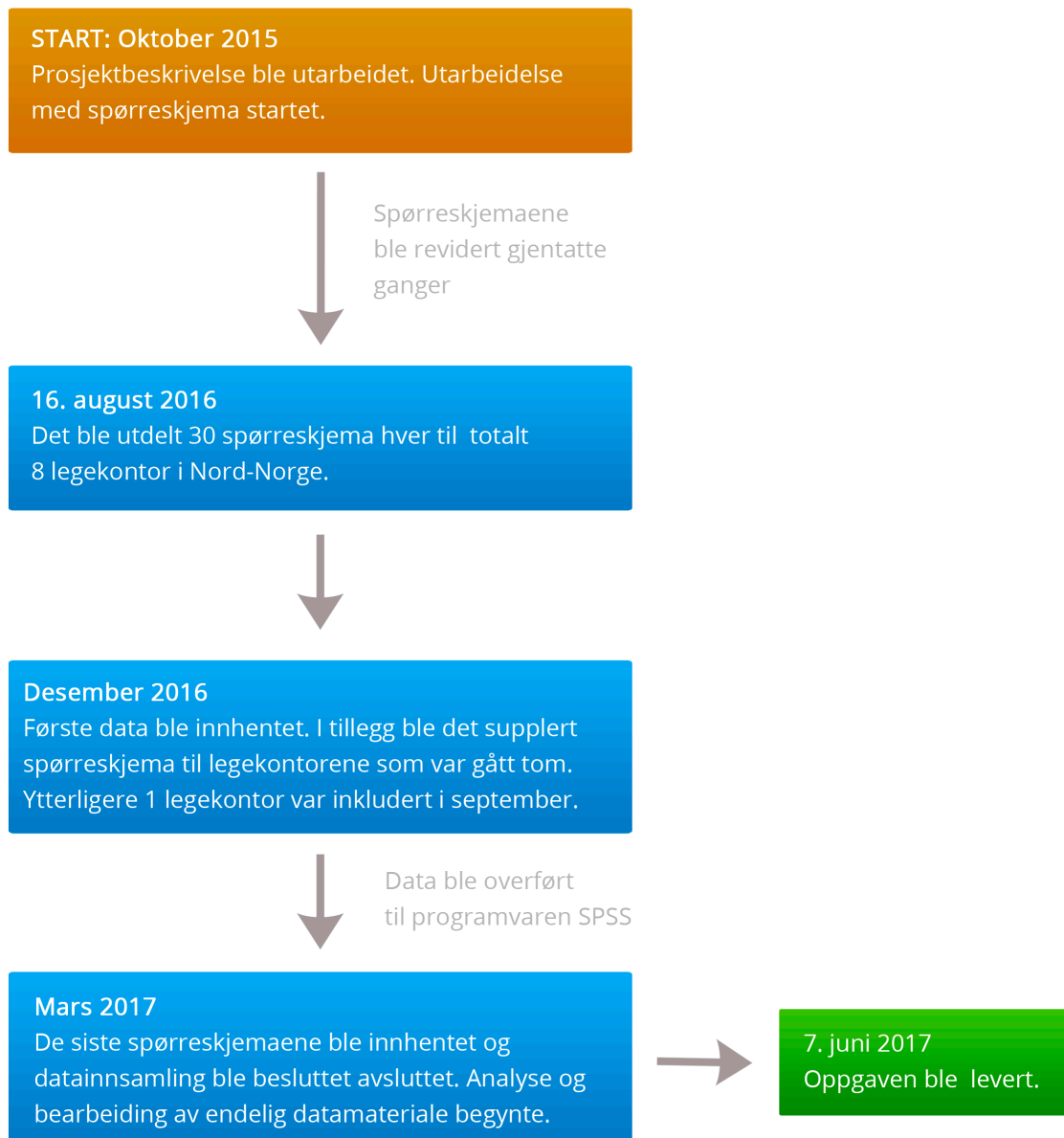
Studiepopulasjonen

Studiepopulasjonen var et bekvemmelighetsutvalg av pasienter på utvalgte legekantors venterom i Nord-Norge, med datainnsamling i en periode på 8 måneder (august 2016 - mars 2017). Det var frivillig å delta og det ble ikke utdelt skjema, deltagerne måtte selv finne det på legekantorets venteværelse. For å bli inkludert i studien måtte pasientene være ≥ 18 år, oppsøke legekantoret innen det angitte tidsrom, ha godt syn og beherske norsk på et godt nivå. Det ble inkludert totalt 9 legekantor i studien.

Arbeidsprosessen

Utarbeidelse av spørreskjema startet i oktober 2015 og var ikke ferdigstilt før sommeren 2016, og klar til distribuering i begynnelsen av august 2016. Figur 1 illustrerer arbeidsprosessen. De ulike legekantorene i Nord-Norge ble i august 2016 telefonisk kontaktet med spørsmål om det var mulighet for å plassere spørreskjema på deres venterom. Av de legekantorene som var positive til dette, ble det ytterligere sendt skriftlig informasjon til legekantorene (vedlegg 3) som presiserte at undersøkelsen var anonym (det ikke ble innhentet som opplysninger som kunne spore besvarelsene til legekantorene). Det ble forespurt en kontaktperson fra hvert legekantor, som hadde ansvar i form av å påse at det alltid var tilgjengelig skjema og at vedkommende kunne kontaktes hvis det oppstod problemer. Det ble vektlagt minst mulig arbeidsbelastning for hvert legekantor, da det var ønskelig å inkludere flest mulig i studien. Hvert legekantor hadde dermed ingen ansvar knyttet til innholdet i spørreskjemaene eller innsamling av besvarelser. Når kontorene hadde gitt positiv tilbakemelding på deltagelse, ble det utdelt spørreskjema til hvert kontor i bunker på 30 stykker samt 1 plakat. Dette ble gjort for å holde god oversikt på hvor mange skjema som til

enhver tid var i omløp, og mulighet til å ha kontroll på svarprosent. Totalt 8 legekantor ble initialt inkludert i august 2016. Senere i september ble også ytterligere 1 legekantor inkludert i studien. I desember 2016 ble de legekantorene som hadde gått tom eller hadde få gjenværende skjema, ytterligere supplert med nye spørreskjema i bunker på 30. Totalt ble 360 skjema utdelt i studieperioden. Datainnsamling ble avsluttet i mars 2017, da analysearbeid av datamateriale begynte.



Figur 1: Arbeidsprosessen

Spørreundersøkelsen tok utgangspunkt i Likert-skala, som fritt oversatt defineres som "en populær psykometrisk skala som rangerer og kvantifiserer menneskers holdninger om ulike emner"(35). I denne undersøkelsen valgte vi å bruke en 5-punkts skala. Dette involverer at deltagerne graderer om de er enig eller uenig med en påstand basert på 5 nivåer; enig, delvis enig, nøytral, delvis uenig og uenig.

Statistiske metoder

Spørreskjemaresultatene ble analysert i programvaren SPSS versjon 24 for Mac. Etter data ble ført inn i programvaren, ble arbeidsfilen screenet for feil og rensset. Utsagnene med positiv ordlyd ble snudd, slik at høyest tallverdi indikerte best svar i slutningsanalysene. De kontinuerlige variablene *alder* og *antall legebekøk siste år* ble gjort om til kategoriske variabler, men bakgrunn i frekvensen av besvarelser i de to gruppene. Studiepopulasjonen ble først presentert deskriptivt (tabell 1) med kji-kvadrat test, med assosiasjon mellom kjønn og de øvrige demografiske variablene som utgangspunkt. Deretter ble det kjørt frekvensanalyse (tabell 2) på hvert av de 14 utsagnene, med prosentvis frekvensfordeling i hver besvarelse. For at slutningsanalysene skulle gi best mulig informasjon, ble det valgt å slå utsagnene sammen (SPSS: compute) til gruppene *Kommunikasjon med fastlegen* (6 utsagn slått sammen), *Informasjon om medikamentbruk* (2 utsagn slått sammen), *Kilder til helseinformasjon* (3 utsagn slått sammen) og *Brukermedvirkning* (3 utsagn slått sammen). Deretter ble hver av disse gruppene analysert med univariat og multippel lineære regresjonsmodeller. Utsagnene ble behandlet som avhengig variabel, mens bakgrunnsvariablene ble behandlet som uavhengige variabler. Dette ble gjort for å se hvordan de selvstendige bakgrunnsvariablene kunne forklare de avhengige utsagnene hver for seg, og også hvordan disse ville predikere de avhengige utsagn når de interagerer med hverandre. I tillegg ga dette muligheten til å studere både de kategoriske og kontinuerlige bakgrunnsvariablenes betydning for de avhengige variablene. Konfidensintervallet (CI) ble satt til 95 %. P-verdi < 0,05 ble brukt som grense for statistisk signifikans.

Resultat

Totalt ble 170 av 360 spørreskjema besvart, som gir svarprosent på 47 %. Av de aktuelle deltagerne var 29 % menn og 71 % kvinner. Alder varierte fra 18 til 82 år.

Studiepopulasjonen er presentert i tabell 1 med kji-kvadrat test som utgangspunkt i sammenligning av menn og kvinner. Det var signifikant sammenheng mellom kjønn og alder i studiepopulasjonen ($p=0,038$). De fleste deltagerne (52 %) var i aldersgruppen 41-64 år. Det var vesentlig flere kvinner som besvarte sammenlignet med menn i alle aldersgrupper. Det var grensesignifikant sammenheng mellom kjønn og utdanningsnivå ($p=0,055$) blant deltagerne. Det var flest besvarelser blant de med lav utdanning i form av videregående/yrkesskole (48 % av menn og 36 % av kvinnene) og de med høy utdanning i form av mer enn 3 år høyskole/universitet (19 % av menn og 35 % av kvinnene). Blant antall legebesøk siste år, hadde de fleste av deltagerne mindre enn 7 legebesøk det siste året. Det var en høy forekomst av de som rapporterte god helsetilstand (40 % av menn og 46 % av kvinnene) og verken god eller dårlig helsetilstand (35 % av menn og 35 % av kvinnene). De aller fleste rapporterte om godt forhold til fastlegen, henholdsvis 92 % menn og 84 % kvinner. Utsagnene "Jeg har vært usikker på hvordan jeg skulle bruke en eller flere medisiner jeg har fått hos fastlegen" og "Jeg velger heller å søke opp mitt helseproblem på internett, enn å oppsøke fastlege", ble inkludert som bakgrunnsvariabler som proxy for health literacy-ferdigheter. Her ble verdiene for "Enig", "Delvis enig" og "Nøytral" slått sammen til kategorien "Enig". "Delvis uenig" og "Uenig" ble slått sammen til kategorien "Uenig". Årsaken til at disse to utsagnene ble omgjort til dikotome variabler, var at det ville gi mest informasjon i presentasjonen av populasjonen. Det var ingen statistisk signifikant sammenheng mellom kjønn og disse variablene. De fleste menn (92%) og kvinner (86%) var uenig i at de hadde vært usikker på hvordan de skulle bruke et eller flere medikament de hadde fått resept på av fastlegen. Også betydelig flere pasienter av både menn (87%) og kvinner (82%) var uenig i utsagnet at de heller brukte internett til å få svar sine problemer, enn å oppsøke fastlegen. Det var ingen signifikant sammenheng mellom kjønn og de øvrige bakgrunnsvariablene.

Tabell 1: Studiepopulasjonen

Studiepopulasjonen (n=170)	Menn n (%)	Kvinner n (%)	P-verdi
Alder (n=162)			0,038
18-40	7 (15)	40 (35)	
41-64	30 (64)	54 (47)	
65+	10 (21)	21 (18)	
Utdanningsnivå (n=165)			0,055
Grunnskole	8 (16)	12 (12)	
Videregående/yrkesskole	23 (48)	36 (36)	
Høgskole/universitet ≤ 3 år	8 (17)	20 (17)	
Høgskole/universitet > 3 år	9 (19)	48 (35)	
Antall legebesøk siste år (n=157)			0,430
1-3	23 (52)	52 (48)	
4-6	12 (27)	43 (35)	
7+	9 (21)	18 (17)	
Helsetilstand (n=165)			0,366
God	19 (40)	57 (46)	
Verken god eller dårlig	17 (35)	41 (35)	
Dårlig	12 (25)	19 (19)	
Forhold til fastlege (n=165)			0,221
Godt	44 (92)	95 (84)	
Verken godt eller dårlig	3 (6)	19 (13)	
Dårlig	1 (2)	3 (3)	
Usikker på medisinbruk (n=164)			0,177
Enig	4 (8)	19 (14)	
Uenig	44 (92)	97 (86)	
Internett istedenfor fastlegen (n=163)			0,254
Enig	6 (13)	23 (18)	
Uenig	42 (87)	92 (82)	

Tabell 2: Holdningsutsagn

	<i>n</i>	Enig (%)	Nøytral (%)	Uenig (%)
"Jeg synes fastlegen bruker for mange fagbegreper når hun/han snakker med meg"	169	12	16	72
"Jeg forstår alt fastlegen sier til meg"	169	86	4	10
"Jeg synes fastlegen kunne gitt meg informasjon på en bedre måte"	169	26	17	57
"Når jeg har fått brev/prøvesvar eller lignende pr. post fra fastlegen min, så synes jeg innholdet er lett å forstå"	167	78	6	16
"Jeg har byttet fastlege grunnet mangelfull kommunikasjon"	167	22	7	70
"Jeg er generelt fornøyd med fastlegen min"	168	90	7	3
"Når jeg får resept på en medisin hos fastlegen, får jeg god informasjon om hvordan den skal brukes"	168	82	7	11
"Jeg har vært usikker på hvordan jeg skulle bruke en eller flere medisiner jeg har fått hos fastlegen"	168	14	9	77
"Jeg synes helseinformasjonen jeg finner på internett forklarer mine spørsmål mer forståelig enn fastlegen"	168	21	31	48
"Jeg velger heller å søke opp mitt helseproblem på internett, enn å oppsøke min fastlege"	167	18	8	74
"Jeg må lese mye på egenhånd om min helse, fordi jeg ikke får nok informasjon av fastlegen"	170	24	9	67
"Jeg synes fastlegen er flink til å opplyse om hvor jeg kan lese mer, hvis jeg lurere på noe angående min helse"	170	33	30	37
"Fastlegen tar meg med i beslutninger"	170	76	13	11
"Jeg får ikke være med å bestemme hvilken behandling jeg ønsker hos fastlegen"	170	16	17	67

Tabell 2 viser holdningsutsagnene fra spørreskjemaet med prosentvis besvarelse i form av "enig", "nøytral" og "uenig". Da skjemaet inneholder en 5-punkts Likert-skala, ble verdiene 1-2 definert som "enig", 3 ble definert som "nøytral" og verdi 4-5 ble definert som "uenig". En del var uenig (72%) i at fastlegen bruker for mange fagbegreper og de fleste opplevde at de forsto alt fastlegen sa (86%). Besvarelsene om fastlegen kunne gitt informasjon på en bedre måte var de fleste uenig i (57%), men likevel svarte en betydelig andel at de var enig (26%) i utsagnet. Størsteparten er enig i at de synes brev/prøvesvar pr. post er lett å forstå (78%). På spørsmål om pasientene har byttet fastlege grunnet manglende kommunikasjon, svarte de fleste uenig (70 %), men også et betydelig antall er enig (22 %). De aller fleste deltagerne var

enig i at de generelt er fornøyd med fastlegen sin (90 %) og fikk god informasjon om hvordan de skal bruke medisinene legen skriver ut (82%). Pasientene svarte generelt at de ikke hadde vært usikker på hvordan de har skulle bruke en medisin fastlegen skriver ut (77%), men også en del (14%) var enig i utsagnet. Vedrørende utsagnet om internett forklarer spørsmålene mer forståelig enn fastlegen, er besvarelsene noe mer spredt da 21% er enig, mens 48 % er uenig. Likevel er det ikke flere som søker opp sine spørsmål på internett istedenfor for å oppsøke fastlege (74%). På utsagnet om pasientene må lese mye på egenhånd, er det en overvekt av de som er uenig (37%) i at fastlegen er flink til å opplyse hvor de kan lese mer. 76 % av deltagerne er enig i at legen tar de med i beslutninger, nesten en fjerdedel er altså ikke enig i dette. I tillegg svarte 33 % "enig" og "nøytral" i at de ikke får være delaktig i behandlingsvalg.

Tabell 3: Regresjonsmodell for *Kommunikasjon med fastlegen*

Prediktorer	Univariat regresjon		Multippel regresjon*	
	B (CI)	P-verdi	B (CI)	P-verdi
Alder	0,009 (0,001-0,017)	0,028	0,004 (-0,003-0,011)	0,296
Kjønn	-0,027 (-0,290-0,236)	0,838	0,020 (-0,215-0,255)	0,868
Utdanning	-0,015 (-0,132-0,101)	0,795	0,038 (-0,062-0,138)	0,451
Antall legebesøk	-0,020 (-0,054-0,015)	0,260	-0,018 (-0,049-0,013)	0,243
Helsetilstand	0,215 (0,088-0,343)	0,001	0,075 (-0,047-0,198)	0,228
Forhold til fastlegen	0,598 (0,486-0,711)	0,000	0,532 (0,405-0,659)	0,000

* $R^2=0,391$

Det ble utført univariat og multippel lineær regresjon med de sammenslåtte utsagnene med *Kommunikasjon med fastlegen* som avhengig variabel. Bakgrunnsvariablene ble brukt som uavhengige variabler. Alene kunne helsetilstand ($B=0,215$, $p=0,001$) og alder ($B=0,009$, $p=0,028$) forklare kommunikasjon med fastlegen, men dette er ikke statistisk signifikant ved multippel regresjonsmodell. Vi ser at forholdet til fastlegen predikerte kommunikasjonen med fastlegen ($B=0,577$, $p=0,000$). Ingen øvrige bakgrunnsvariabler var statistisk signifikant. Forhold til fastlegen hadde vesentlig størst beta-verdi sammenlignet med de øvrige statistisk signifikante prediktorene. Den multiple regresjonsmodellen forklarer 39,1 % av variansen ($R^2=0,391$) i *kommunikasjon med fastlegen*.

Tabell 4: Regresjonsmodell for *Informasjon om medikamentbruk*

Prediktorer	Univariat regresjon		Multippel regresjon*	
	B (CI)	P-verdi	B (CI)	P-verdi
Alder	0,002 (-0,008-0,012)	0,681	-0,006 (-0,016-0,004)	0,236
Kjønn	0,064 (-0,269-0,397)	0,705	0,139 (-0,190-0,467)	0,405
Utdanning	-0,088 (-0,229-0,053)	0,221	-0,074 (-0,213-0,064)	0,291
Antall legebeseøk	-0,043 (-0,087-0,000)	0,053	-0,049 (-0,092--0,007)	0,024
Helsetilstand	0,194 (0,038-0,350)	0,015	0,055 (-0,114-0,223)	0,523
Forhold til fastlegen	0,501 (0,340-0,662)	0,000	0,533 (0,355-0,711)	0,000

* $R^2=0,235$

Det ble utført univariat og multippel lineær regresjon med de sammenslåtte utsagnene med *Informasjon om medikamentbruk* som avhengig variabel. Bakgrunnsvariablene ble brukt som uavhengige variabler. Antall legebeseøk forklarte informasjonen en får om medisinbruk både grensesignifikant alene ($B = -0,043$, $p=0,053$) og signifikant ved multippel regresjonsmodell ($B=-0,181$, $p=0,024$). Beta var negativ for denne prediktoren, som betyr jo bedre informasjon om medisinbruk, desto færre legebeseøk har deltageren hatt det siste året. Helsetilstand forklarer alene informasjon om medisinbruk ($B = 0,194$, $p=0,015$), men ikke ved multippel regresjonsmodell ($p=0,523$). I tillegg predikerte forhold til fastlegen ($B=0,453$, $p=0,000$) informasjon om medisinbruk. Ingen øvrige bakgrunnsvariabler var statistisk signifikant. Forhold til fastlegen hadde vesentlig størst beta-verdi sammenlignet med de øvrige statistisk signifikante prediktorene. Den multiple regresjonsmodellen forklarer 23,5 % av variansen ($R^2=0,235$) i *Informasjon om medikamentbruk*.

Tabell 5: Regresjonsmodell for kilder til helseinformasjon

Prediktorer	Univariat regresjon		Multippel regresjon*	
	B (CI)	P-verdi	B (CI)	P-verdi
Alder	0,006 (-0,004-0,017)	0,247	0,002 (-0,007-0,012)	0,624
Kjønn	-0,153 (-0,501-0,196)	0,389	0,019 (-0,292-0,330)	0,905
Utdanning	-0,094 (-0,242-0,055)	0,214	-0,071 (-0,202-0,061)	0,291
Antall legebesøk	0,045 (0,000-0,090)	0,050	0,049 (0,008-0,090)	0,019
Helsetilstand	0,169 (0,005-0,334)	0,043	0,148 (-0,012-0,308)	0,070
Forhold til fastlegen	0,631 (0,472-0,789)	0,000	0,647 (0,478-0,817)	0,000

* $R^2=0,367$

Det ble utført univariat og multippel lineær regresjon med de sammenslåtte utsagnene med *kilder til helseinformasjon* som avhengig variabel. Bakgrunnsvariablene ble brukt som uavhengige variabler. Når det gjelder bruk av informasjonskilder som internett, forklarte antall legebesøk dette alene ($B=0,045$, $p=0,050$). Ved univariat regresjon forklarte helsetilstand bruk av kilder til helseinformasjon ($B=0,169$, $p=0,043$). Sistnevnte forklartes ikke av multippel regresjonsmodell ($p=0,070$). Antall legebesøk forklartes av multippel regresjonsmodell ($B=0,049$, $p=0,000$). Forholdet til fastlegen predikerte bruk av kilder til helseinformasjon ($B=0,631$, $p=0,000$). Ingen øvrige bakgrunnsvariabler var statistisk signifikant. Forhold til fastlegen hadde vesentlig størst beta-verdi sammenlignet med de øvrige statistisk signifikante prediktorene. Den multiple regresjonsmodellen forklarte 36,7 % av variansen ($R^2=0,367$) i *kilder til helseinformasjon*

Tabell 6: Regresjonsmodell for *Brukermedvirkning*

Prediktorer	Univariat regresjon		Multippel regresjon*	
	B (CI)	P-verdi	B (CI)	P-verdi
Alder	0,012 (0,002-0,022)	0,018	0,007 (-0,002-0,016)	0,132
Kjønn	-0,166 (-0,489-0,156)	0,310	-0,026 (-0,313-0,262)	0,860
Utdanning	0,005 (-0,135-0,144)	0,947	0,057 (-0,064-0,177)	0,356
Antall legebek	-0,008 (-0,051-0,035)	0,706	-0,005 (-0,043-0,033)	0,794
Helsetilstand	0,232 (0,078-0,385)	0,003	0,105 (-0,044-0,253)	0,166
Forhold til fastlegen	0,710 (0,572-0,849)	0,000	0,652 (0,496-0,809)	0,000

* $R^2=0,381$

Det ble utført univariat og multippel lineær regresjon med de sammenslåtte utsagnene med *Brukermedvirkning* som avhengig variabel. Bakgrunnsvariablene ble brukt som uavhengige variabler. Alene forklarte alder ($B=0,012$, $p=0,018$) og helsetilstand ($B=0,232$, $p=0,003$) brukermidvirkning, men det er ikke statistisk signifikant ved multippel regresjonsmodell. Forholdet til fastlegen forklarte også brukermidvirkning alene ($B=0,710$, $p=0,000$) og samlet ($B=0,652$, $p=0,000$). Ingen øvrige bakgrunnsvariabler var statistisk signifikant. Forhold til fastlegen hadde vesentlig størst beta-verdi sammenlignet med de øvrige statistisk signifikante prediktorene. Den multiple regresjonsmodellen forklarer 38,1 % av variansen ($R^2=0,381$) i *Brukermedvirkning*

Diskusjon

Generelt hadde flertallet av studiepopulasjonen positive holdninger til informasjonen de fikk av fastlegen. Under følger de aktuelle kategorier fra denne studien.

Kommunikasjon med fastlegen

Et mindre antall opplevde at fastlegen anvendte for mye fagterminologi. Likevel var flertallet under oppfatningen at fastlegen ikke brukte for mange fagbegreper og at de forsto alt legen sier til dem. Dette er ikke helt konsistent med hva utenlandske studier har funnet (36, 37). På den ene siden, da disse studiene baserer seg på en populasjon på sykehus, er dataene ikke helt overførbare. Der kan tenkes at pasienter i allmennpraksis ofte har et bedre forhold til sin fastlege, og dermed opplever bedre kommunikasjon. På den andre siden er det viktig å poengtere at det er deltageres holdninger som måles, og dermed måles det ikke noen reell forståelse av fagbegreper. I tillegg kan en hevde at det mindre antall som synes fastlegen bruker for mange fagbegreper, også er de med lave HL-ferdigheter.

Over en fjerdedel av deltagerne svarte likevel at de synes fastlegen kunne gitt informasjon på en bedre måte. Dette er en kjent årsak til utilfredshet blant pasienter (38). Dette åpner opp for at selv om at de fleste av pasientene ikke synes allmennpraktikeren bruker for mange faguttrykk, så er likevel ikke kommunikasjonen optimal. På den ene siden kan det tenkes at pasientene tolker utsagnet i retning av at det alltid er rom for forbedring, selv om de likevel har en god opplevelse av kommunikasjonen. Samtidig er det viktig å belyse at når faktisk i overkant av hver fjerde pasient i allmennpraksis sier at de ikke får god nok informasjon, så er det vesentlig rom for forbedring. 4 av 5 svarte at de synes den skriftlige informasjonen fastlegen gir til dem pr. post er forståelig. Dette kan likevel tyde på at 1 av 5 pasienter har for dårlig health literacy-evner til å forstå viktig informasjon. Imidlertid kan det være verdt å bemerke at det nødvendigvis ikke er sikkert at all skriftlig informasjon er direkte tilsiktet pasienten. Noe kan f.eks. være direkte kopi av epikriser, eller annen informasjon som er primært rettet mot helsepersonell, og dermed inneholder mer fagterminologi enn det som forventes at pasienten skal kunne forstå. En kan likevel argumentere for om hvorvidt det likevel kan bedre pasient-lege relasjonen om all informasjon som sendes skriftlig, er i et forståelig språk, for å unngå unødvendige barrierer i kommunikasjonen. En Australsk studie på en reumatologisk poliklinikk viste at 1 av 3 pasienter ikke fulgte korrekte medikamentdosering ved skriftlig instruksjon (39). Dette kan gi grunnlag for å tro at også

viktig informasjon i allmennpraksis kan føre til betydelige konsekvenser, hvis pasientene ikke forstår det legen sier i skriftlige tilbakemeldinger.

Nesten alle svarte at de generelt var fornøyde med fastlegen sin. Dette samsvarer med et studie fra 2016 som tilsier at nordmenn sammenlignet med andre land, generelt gir en god vurdering av fastlegen sin (40). Da en del utsagn i denne studien blir besvart i negativ retning, kan det tyde på at disse øvrige utsagnene ikke har så stor betydning på hvor fornøyde pasientene er med fastlegen. Likevel kan en også argumentere for mange kan være fornøyd med fastlegen, samtidig som det finnes mange momenter som kan forbedres. Pasientenes forventning spiller også en rolle. Hvis de f.eks. ikke forventer å bli involvert i brukermedvirkning, har ikke dette så stor betydning for hvor fornøyde de er med allmennlegen.

Drøyt 1 av 5 svarer de har byttet fastlege grunnet manglende kommunikasjon. Det samsvarer også med en britisk kvalitativ studie som fant at kommunikasjonsproblemer var en forholdsvis vanlig årsak til bytte av allmennlege (41). Dette kan tyde på at pasientene er bevisste på at de ønsker å ha et godt forhold til allmennlegen, og bytter fastlege dersom de ikke opplever en tilfredsstillende tjeneste. Det kan på en annen side også tyde på at health literacy spiller en viktig rolle og at pasientperspektivet ikke blir tilstrekkelig utforsket av legen. Likevel vil det aldri være realistisk å oppnå en perfekt relasjon med alle pasienter, og en kan hevde at det er positivt at pasientene er opplyst om muligheten til å bytte fastlege dersom de anser dette som nødvendig.

Ved multippel regresjon, var forhold til fastlegen den beste prediktoren for både *Kommunikasjon med fastlegen*, *Informasjon om medikamentbruk*, *Informasjonskilder* og *Brukermedvirkning*. Å ha et godt forhold til fastlegen er altså meget verdifullt i allmennpraksis, og bedret helhetlig pasientenes holdninger til helseinformasjon i allmennpraksis. Dette er også konsistent med en britisk studie (42), som konkluderte med at forholdet er meget viktig. Også en annen britisk studie fant at godt forhold til fastlegen vurderes som meget viktig både av både allmennlegen og pasienten (43). En studie på allmennlegekontor fra New Zealand viste at medikamentetterlevelse kan forbedres med en tredjedel med et godt forhold til fastlegen (44). Dette underbygger altså viktigheten av et godt lege-pasient forhold. Det var ingen signifikant sammenheng mellom utdanningsnivå og utsagnene i regresjonsmodellene. Dette kan likevel påvirkes av at det er deltagernes holdninger som måles, og det ikke foreligger et objektive kvantitative mål på

utdanningsnivåets betydning. Det er likevel interessant med tanke på at en systematisk oversiktsartikkel fra 2011 viste at sammenhengen mellom utdanning og health literacy er begrenset til om en har fullført videregående eller ikke (11). Dermed ville en ha forventet at utdanning ville forklart utsagnene til en viss grad. Likevel var det få deltagere som oppga høyeste fullførte utdanningsnivå som grunnskole. Dermed kan en hevde at studiepopulasjonen ikke var fullstendig dekkende for å få svar på dette, og dermed forklare at det ikke var noen signifikant sammenheng. Men samtidig kan det være slik at utdanningsnivå ikke forklarer pasientenes holdninger til helseinformasjon.

Informasjon om medikamentbruk

Ca. 1 av 5 av deltagerne i undersøkelsen svarte de hadde vært usikker på hvordan de skulle bruke et eller flere medikamenter. Dette kan være kilde til uheldige konsekvenser for pasienten. En systematisk oversikt fra 2016 (45) viste bl.a. at visuell informasjon, tilrettelagt informasjon og kilder som er lett tilgjengelig å slå opp i, er egnet til å støtte populasjonen som har lave health literacy-ferdigheter. Resultatene tyder altså på at en slik måte å gi informasjon om medikamenter, kan være nyttig for disse pasientene. Det kan på en annen side også være grunnlag til å undre på hvorfor pasientene ikke stiller spørsmål om medikamentbruk hvis de er usikker, da mange opplever å ha en god relasjon til sin fastlege. Et amerikansk studie så at nesten halvparten av pasientene i allmennpraksis ikke stilte spørsmål om sine medikamenter, selv om legen vurderte spørsmål om medikamentbruk som positive (46). Likevel kan en hevde at det også er allmennlegens oppgave å være sikker på at pasientene bruker medikamentene korrekt. Et japansk tverrsnittsstudie viste bedre medikamentetterlevelse hvis legen ga pasientene gjentatte instruksjoner om hvordan et medikament skulle anvendes ved ulike konsultasjoner (47). Dette kan være vanskelig å gjennomføre i praksis, da tidsaspektet er en utfordring i allmennpraksis. En systematisk oversikt fra 2016 viste også bedre etterlevelse hvis pasientene måtte gjenta instruksjonene for hvordan de skulle anvende medikamentet til legen, såkalt "teach-back"-metode (48). Denne metoden kan vise seg nyttig for å nå de pasientene som i dette studiet hadde opplevd usikkerhet i medisinerbruk. Antall legebesøk siste år predikerte informasjon om medikamenter, og det tydet på at jo færre legebesøk, jo bedre informasjon hadde pasientene fått. Her er den grunnlag til å tenke at det kan være en konfunder som påvirker resultatet. Ytterligere studier med flere variabler vil kunne avklare dette i større grad.

Kilder til helseinformasjon

Om lag halvparten opplevde informasjon på internett som bedre enn den fastlegen gir dem. Det er varierende sammenheng med andre studier, da noen peker til at pasientene synes internett gir bedre informasjon (49), samtidig som det også kan tyde på at allmennpraktikerens informasjon er mer betydningsfull (50). Dette er et interessant funn, da internett de siste årene har vokst til å bli en viktig kilde til helseinformasjon. På en måte kan dette peke i retning at pasientene er kunnskapsbevisste og ønsker i større grad å tilegne seg mer informasjon, da internett som kilde er lett tilgjengelig. Samtidig kan det også tenkes at pasientene søker informasjon som er i tråd med deres livssyn og egen oppfatning. Her kan en også motargumentere for at informasjonen fastlegen gir også til en viss grad vil være farget av egne holdninger og livssyn. Likevel skal denne informasjonen i hovedsak være objektiv og basert på forskning, det samme kan ikke sies om alle internettkilder. En amerikansk studie har funnet at pasienter velger internettkilder tilsvarende deres lesenivå (51). Og dette underbygger at pasientene er bevisste på å søke kilder tilpasset deres health literacy-nivå. Imidlertid kan dette også være en indikasjon på at pasientene ikke får nok informasjon hos fastlegen, og det ikke kommuniseres hvilken kunnskapsdybde pasientene ønsker. Da mye helseinformasjon på internett er av meget varierende kvalitet, kan dette kan være opphav til ulik forventning og annen forståelse av helseproblem og behandlingsmuligheter. Dette noe som allmennpraktikeren burde utforske for å oppnå best mulig kvalitet på kommunikasjonen. Også mange svarer de må lese mye om sin helse på egenhånd, fordi de ikke får nok informasjon av fastlegen. Dette underbygger nok en gang viktigheten av god informasjon tilpasset korrekt nivå av health literacy. Det kan også stilles spørsmål om årsaken til at pasientene søker mer informasjon. For eksempel vil mange forsøke å tilegne seg informasjon hvis tilstanden ikke lar seg behandle effektivt av evidensbasert medisin, og dermed søke alternativ behandling (52). Men det kan også bare tenkes at pasientene ønsker å oppnå større kunnskap og forståelse vedrørende sin helse.

Det kan være urovekkende at 2 av 3 av deltagerne svarte "uenig" eller "nøytral" i påstanden om fastlegen er flink til å opplyse hvor de kan lese mer om sin helse. Dette peker i retning at legen ikke er flink nok til å belyse gode kunnskapskilder til pasientene. Det kan samtidig bety at fastlegen opplever at han/hun har gitt tilstrekkelig informasjon om det aktuelle helseproblem, og dermed ikke anser andre kilder som nødvendig. Uavhengig av dette kan det se ut til at pasientperspektivet slik det beskrives av Scheis bok, *Lytt*, i form av forventninger, forestillinger, følelser og forutsetninger, i dette tilfellet knyttet til helseinformasjon, ikke blir

fullstendig utforsket i konsultasjonene (2). En systematisk oversikt fra 2017 fant at allmennleger som oppmuntrer til å diskutere helseinformasjon fra internett, reduserer pasientens motvillighet mot legen og øker sannsynligheten for at pasienten tør å tar opp alternativ internettbasert informasjon med sin allmennlege (53). Dermed kan en påstå at det vil være positivt hvis allmennlegen diskuterer med pasienten hvilke internettbaserte kunnskapskilder pasientene anvender og hvilke tanker de har om dette.

Det var også signifikant sammenheng mellom antall legebesøk og bruk av informasjonskilder. Det ser ut til at de som er mer fornøyde med fastlegens informasjon, også går mer til fastlegen istedenfor for å bruke internett.

Brukermedvirkning

Da 1 av 3 av besvarelsene i denne undersøkelsen svarte "enig" eller "nøytral" på at de ikke fikk være med i å bestemme sin behandling, gir dette mulighet til å stille spørsmål om den lovfestede brukermedvirkningen følges tilstrekkelig opp (3). Dette funnet er også konsistent med hva et britisk studie fant blant allmennleger, der legen ofte undervurderte hvor involvert pasienten ønsket å være i behandlingsforløpet når de presenterte ny sykdom (54). Imidlertid kan en stille spørsmål om de aktuelle pasientenes behandlingsønsker strider mot de empiriske retningslinjer. I dette tilfellet kan pasientene få en negativ assosiasjon til opplevelse av brukermedvirkning, da allmennlegen er nødt til å forholde seg til de aktuelle retningslinjer. Likevel kan det tyde på at tilnærmingen til behandlingsvalg kanskje kunne vært gjort på en annen måte. Hvis en i større grad vektlegger utforskning av hva pasientene tenker om behandlingsvalg og gir grundig informasjon om hva empirisk behandling innebærer, vil kanskje pasientene oppnå en større opplevelse av å bli mer involvert i beslutninger.

Alder, kjønn, utdanning og helsetilstand var ikke signifikant for noen av de multiple regresjonsmodellene. Det kan likevel ikke utelukkes at disse har en betydning, men i denne studiepopulasjonen kunne ikke disse brukes som prediktor.

Metodediskusjon

Spørreskjema som metode har flere begrensninger. Det er vanskelig å utforme et skjema som vekker tilstrekkelig interesse for deltageren både til å plukke opp og utføre. Det er også vanskelig å tolke om besvarelsene er objektive eller emosjonelt betinget - særlig er dette aktuelt hos pasienter som har en meget god eller særdeles dårlig opplevelse av legebesøket. I tillegg stilles det ingen krav til at deltakeren faktisk har forstått spørsmålet, da en bare kan

kryse av uten noen kontroll. En kan argumentere for at det er en viss seleksjonsbias i henhold til hvem som valgte å besvare spørreskjemaet. Det kan ikke utelukkes at de som svarte er mer interessert i både helse og kommunikasjon. Det var en overvekt av kvinner sammenlignet med menn, som kan forklares delvis av at menn går sjeldnere til legen, selv om det ikke er spesielt godt dokumentert i studier (55). En utelukker også de som ikke behersker norsk godt nok, som utgjør en nevneverdig del av befolkningen. Dette er dessuten trolig en pasientgruppe med generelt lave health literacy-ferdigheter (56), og dermed får en ingen informasjon om deres holdninger. Resultatene en tilegner med en Likert-skala må også ses i lys av hvordan påstanden er formulert og tolkes av deltageren, om besvarelsen begrunnes av erfaring eller forventning og hvordan livssituasjonen til deltageren har innvirkning på besvarelsen (57). Det ble likevel vurdert slik at dette var det best egnede måleinstrumentet basert på hvilken informasjon vi ønsket om pasientenes holdninger i dette studiet.

Det må også forventes en viss seleksjonsbias da undersøkelsen foregår på allmennlegekontor. Kronisk sykdom øker med alder (58) og dermed kan en anta at siden hovedvekten av besvarelser var i aldersgruppen voksen til eldre, er mange av pasientene kronikere. Dermed er det rimelig å anta at pasienter som er friskere er underrepresentert i studien. En må også ta hensyn til mulig recall bias, definert som fenomenet hvor utfallet kan subjektivt påvirke evnen til å huske tidligere hendelser før eller under undersøkelsen (59). I denne undersøkelsen vil dette bety at enkelte pasienter potensielt ikke husker de fenomener som undersøkes fra tidligere.

Spørreskjemaene var tilgjengelige for pasientene på venterommet på egen initiativ, uten muntlig veiledning for utførelse. Dette åpner opp for muligheten til feiltolkninger av påstandene, som kan forskyve resultatet. Det krevde også at pasientene var i adekvat helsetilstand til å besvare skjemaene. Geografiske forskjeller ble heller ikke undersøkt, da alle legekontorene forble anonyme for å ikke føre til begrensninger i deltakelse.

Uavhengig av begrensninger metoden hadde, kan denne studien være nyttig for å fremheve momenter i informasjonsformidlingen som kan forskes ytterligere på. Det må likevel presiseres at dette er en studentoppgave og da studiepopulasjonen er liten og ikke overførbar til resten av befolkningen, gir det ingen endelig informasjon om hva som bør bli bedre. Dermed et dette et utgangspunkt som må utforskes i et representativt utvalg i fremtiden.

Konklusjon

Pasientene var i hovedsak positive til helseinformasjonen i allmennpraksis. Mange synes imidlertid fastlegen kunne gitt informasjon på en bedre måte, og en del hadde faktisk byttet fastlege grunnet mangelfull kommunikasjon. Majoriteten hadde lite utfordringer med bruk av medikamenter, men en del pasienter følte de fikk for lite informasjon av fastlegen og hadde vært usikker på hvordan de skulle bruke en eller flere medikamenter. Internett opplevdes som en viktig kilde for helseinformasjon og fastlegen kan med fordel bli mer oppmerksom på dette. Til tross for at mange pasienter opplevde god brukervedvirkning, var det et ikke ubetydelig antall som mente de ikke fikk være delaktig i behandlingsvalg. Godt forhold til fastlegen var jevnt over den viktigste faktoren for positive holdninger til kommunikasjon og helseinformasjon i allmennpraksis.

Helseinformasjon og kommunikasjon mellom lege og pasient er et felt som det er viktig å forske mer på i fremtiden, og som man også forventer vil få større oppmerksomhet i tråd med utviklingen i det moderne helsevesenet. Det vil også være viktig å vektlegge dette i utdanning av helsepersonell. Studier i fremtiden bør fokusere på hvordan en kan bedre tilpasse helseinformasjonen til pasientene.

Referanser

1. U.S. Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion. Quick Guide to Health Literacy. 2010.
2. Schei E. Lytt - Legerolle og kommunikasjon: Fagbokforlaget; 2014. 334 p.
3. Lov om pasient- og brukerrettigheter m.v. av 1999- 07-02 nr. 63., (1999).
4. Helsepersonelloven, Lov om helsepersonell m.v. av 1999-07-02 nr 64. .
5. Sorensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. 2012;12:80.
6. Nielsen-Bohlman L PA, Kindig DA, editors. Health Literacy: A Prescription to End Confusion. Washington (DC): National Academies Press (US); 2004.
7. Mackey LM, Doody C, Werner EL, Fullen B. Self-Management Skills in Chronic Disease Management: What Role Does Health Literacy Have? *Medical decision making : an international journal of the Society for Medical Decision Making*. 2016;36(6):741-59.
8. Lunde ES. Hva slags problemer går vi til fastlegen med?2007.
9. Plain Language Action and Information Network. What Is Plain Language? [cited 5. mars 2017]. Available from: Plain Language Action and Information Network. What Is Plain Language? .
10. Verlinde E, De Laender N, De Maesschalck S, Deveugele M, Willems S. The social gradient in doctor-patient communication. *International journal for equity in health*. 2012;11:12.
11. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Annals of internal medicine*. 2011;155(2):97-107.
12. Easton P, Entwistle VA, Williams B. Health in the 'hidden population' of people with low literacy. A systematic review of the literature. *BMC Public Health*. 2010;10:459.
13. Cawthon C, Mion LC, Willens DE, Roumie CL, Kripalani S. Implementing routine health literacy assessment in hospital and primary care patients. *Joint Commission journal on quality and patient safety*. 2014;40(2):68-76.
14. Hersh L, Salzman B, Snyderman D. Health Literacy in Primary Care Practice. *American family physician*. 2015;92(2):118-24.
15. Powers BJ, Trinh JV, Bosworth HB. Can this patient read and understand written health information? *Jama*. 2010;304(1):76-84.
16. Barrett SE, Puryear JS. Health literacy: improving quality of care in primary care settings. *Journal of health care for the poor and underserved*. 2006;17(4):690-7.
17. Martin LR, Williams SL, Haskard KB, Dimatteo MR. The challenge of patient adherence. *Therapeutics and clinical risk management*. 2005;1(3):189-99.
18. Rodriguez-Marin J, Lopez-Roig S, Pastor MA. Doctors' decision-making on giving information to cancer patients. *Psychology & health*. 1996;11(6):839-44.

19. Altin SV, Finke I, Kautz-Freimuth S, Stock S. The evolution of health literacy assessment tools: a systematic review. *BMC Public Health*. 2014;14:1207.
20. Cutilli CC, Bennett IM. Understanding the health literacy of America: results of the National Assessment of Adult Literacy. *Orthopedic nursing*. 2009;28(1):27-32; quiz 3-4.
21. Sorensen K, Pelikan JM, Rothlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, et al. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European journal of public health*. 2015;25(6):1053-8.
22. Graham S, Brookey J. Do patients understand? *The Permanente journal*. 2008;12(3):67-9.
23. Weiss BD, Francis L, Senf JH, Heist K, Hargraves R. Literacy education as treatment for depression in patients with limited literacy and depression: a randomized controlled trial. *Journal of general internal medicine*. 2006;21(8):823-8.
24. Dolan NC, Ferreira MR, Davis TC, Fitzgibbon ML, Rademaker A, Liu D, et al. Colorectal cancer screening knowledge, attitudes, and beliefs among veterans: does literacy make a difference? *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology*. 2004;22(13):2617-22.
25. Davis TC, Wolf MS. Health literacy: implications for family medicine. *Family medicine*. 2004;36(8):595-8.
26. Statistisk sentralbyrå. Leseferdigheter og tallforståelse, 2011-2012 2013 [cited 2017 2. april]. Available from: <https://www.ssb.no/utdanning/statistikker/piaac/hvert-10-aar/2013-10-08>.
27. Jimmy B, Jose J. Patient medication adherence: measures in daily practice. *Oman medical journal*. 2011;26(3):155-9.
28. Fulton MM, Allen ER. Polypharmacy in the elderly: a literature review. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*. 2005;17(4):123-32.
29. Akici A, Kalaca S, Ugurlu MU, Toklu HZ, Iskender E, Oktay S. Patient knowledge about drugs prescribed at primary healthcare facilities. *Pharmacoepidemiology and drug safety*. 2004;13(12):871-6.
30. Bjerkan AM HO, Skudal KE, Bjertnæs ØA. Pasienterfaringer med norske sykehus. *Nasjonale resultater i 2012*. 2012(PasOpp-rapport nr. 1 – 2013).
31. Pasient- og brukerombudet. Årsmelding 2016 Pasient- og brukerombudene i Norge. 2016.
32. Drain M. Quality improvement in primary care and the importance of patient perceptions. *The Journal of ambulatory care management*. 2001;24(2):30-46.
33. Solbjør M, Steinsbekk A. [Patient participation in hospital wards--health personnel's experience]. *Tidsskrift for den Norske lægeforening : tidsskrift for praktisk medicin, ny række*. 2011;131(2):130-1.
34. Eksempler på virksomhet som ikke skal søke REK 2015 [cited 2017]. Available from: https://helseforskning.etikkom.no/ikbViewer/page/reglerogrutiner/soknadsplikt/sokerikkerek?p_dim=34999&_ikbLanguageCode=n.

35. Bishop PA, Herron RL. Use and Misuse of the Likert Item Responses and Other Ordinal Measures. *International journal of exercise science*. 2015;8(3):297-302.
36. Lerner EB, Jehle DV, Janicke DM, Moscati RM. Medical communication: do our patients understand? *The American journal of emergency medicine*. 2000;18(7):764-6.
37. O'Connell RL, Hartridge-Lambert SK, Din N, St John ER, Hitchins C, Johnson T. Patients' understanding of medical terminology used in the breast clinic. *Breast (Edinburgh, Scotland)*. 2013;22(5):836-8.
38. Lee AV, Moriarty JP, Borgstrom C, Horwitz LI. What can we learn from patient dissatisfaction? An analysis of dissatisfying events at an academic medical center. *Journal of hospital medicine*. 2010;5(9):514-20.
39. Wong PK, Christie L, Johnston J, Bowling A, Freeman D, Joshua F, et al. How well do patients understand written instructions?: health literacy assessment in rural and urban rheumatology outpatients. *Medicine*. 2014;93(25):e129.
40. Osborn R, Squires D, Doty MM, Sarnak DO, Schneider EC. In New Survey Of Eleven Countries, US Adults Still Struggle With Access To And Affordability Of Health Care. *Health affairs (Project Hope)*. 2016;35(12):2327-36.
41. Gandhi IG, Parle JV, Greenfield SM, Gould S. A qualitative investigation into why patients change their GPs. *Family practice*. 1997;14(1):49-57.
42. Robertson R, Dixon A, Le Grand J. Patient choice in general practice: the implications of patient satisfaction surveys. *Journal of health services research & policy*. 2008;13(2):67-72.
43. Kearley KE, Freeman GK, Heath A. An exploration of the value of the personal doctor-patient relationship in general practice. *The British Journal of General Practice*. 2001;51(470):712-8.
44. Kerse N, Buetow S, Mainous AG, 3rd, Young G, Coster G, Arroll B. Physician-patient relationship and medication compliance: a primary care investigation. *Annals of family medicine*. 2004;2(5):455-61.
45. Wali H, Hudani Z, Wali S, Mercer K, Grindrod K. A systematic review of interventions to improve medication information for low health literate populations. *Research in social & administrative pharmacy : RSAP*. 2016;12(6):830-64.
46. Sleath B, Roter D, Chewing B, Svarstad B. Asking questions about medication: analysis of physician-patient interactions and physician perceptions. *Medical care*. 1999;37(11):1169-73.
47. Takemura M, Mitsui K, Itotani R, Ishitoko M, Suzuki S, Matsumoto M, et al. Relationships between repeated instruction on inhalation therapy, medication adherence, and health status in chronic obstructive pulmonary disease. *International journal of chronic obstructive pulmonary disease*. 2011;6:97-104.
48. Ha Dinh TT, Bonner A, Clark R, Ramsbotham J, Hines S. The effectiveness of the teach-back method on adherence and self-management in health education for people with chronic disease: a

- systematic review. JBI database of systematic reviews and implementation reports. 2016;14(1):210-47.
49. Diaz JA, Griffith RA, Ng JJ, Reinert SE, Friedmann PD, Moulton AW. Patients' use of the Internet for medical information. *Journal of general internal medicine*. 2002;17(3):180-5.
50. Laugesen J, Hassanein K, Yuan Y. The Impact of Internet Health Information on Patient Compliance: A Research Model and an Empirical Study. *Journal of medical Internet research*. 2015;17(6):e143.
51. Cutilli CC. Seeking health information: what sources do your patients use? *Orthopedic nursing*. 2010;29(3):214-9.
52. Higgins O SJ, Barry MM, Domegan C. A literature review on health informationseeking behaviour on the web: a health consumer and health professional perspective. 2011.
53. Tan SS-L, Goonawardene N. Internet Health Information Seeking and the Patient-Physician Relationship: A Systematic Review. *Journal of medical Internet research*. 2017;19(1):e9.
54. Cox K, Britten N, Hooper R, White P. Patients' involvement in decisions about medicines: GPs' perceptions of their preferences. *The British Journal of General Practice*. 2007;57(543):777-84.
55. Wang Y, Hunt K, Nazareth I, Freemantle N, Petersen I. Do men consult less than women? An analysis of routinely collected UK general practice data. *BMJ Open*. 2013;3(8).
56. Kreps GL, Sparks L. Meeting the health literacy needs of immigrant populations. *Patient education and counseling*. 2008;71(3):328-32.
57. Ogden J, Lo J. How meaningful are data from Likert scales? An evaluation of how ratings are made and the role of the response shift in the socially disadvantaged. *Journal of health psychology*. 2012;17(3):350-61.
58. Ornstein SM, Nietert PJ, Jenkins RG, Litvin CB. The prevalence of chronic diseases and multimorbidity in primary care practice: a PPRNet report. *Journal of the American Board of Family Medicine : JABFM*. 2013;26(5):518-24.
59. Pannucci CJ, Wilkins EG. Identifying and avoiding bias in research. *Plastic and reconstructive surgery*. 2010;126(2):619-25.

Vil du delta i en spørreundersøkelse?



FOTO: Colourbox

Forespørsel om deltakelse i en spørreundersøkelse

Tema

Hvordan er informasjonen du får av fastlegen?

Bakgrunn og hensikt

Dette er et spørsmål til deg over 18 år, om å delta i en kort undersøkelse som omhandler hvordan fastleger gir informasjon til sine pasienter. Man må beherske norsk for å kunne svare. Hensikten med dette skjemaet er å undersøke din opplevelse av informasjonen du får hos fastlegen. Undersøkelsen er en del av min masteroppgave ved medisinstudiet i Tromsø.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Informasjonen som registreres skal kun brukes som beskrevet ovenfor. Du er anonym og det vil ikke være mulig å gjenkjenne deg i masteroppgaven. Vi har ikke navn, fødselsnummer eller noen form for medisinske opplysninger fra din journal. Fastlegen eller andre ansatte på legekantoret har heller ikke tilgang på informasjonen.

Frivillig deltagelse

Det er frivillig å delta i undersøkelsen.

Når har fylt ut skjemaet

Ta en ferdigfrankert konvolutt og fyll ut her eller ta med hjem, og legg i en postkasse.

Med vennlig hilsen

Medisinstudent:

Einar Mathisen Hansen

Veileder:

Linda Stein, førsteamanuensis.

Kontakt: eha118@post.uit.no eller Tlf: 91689047.

Under følger noen utsagn angående bruk av fagbegreper (altså medisinske ord) ved informasjonen du får hos fastlegen.

SETT KRYSS

"Jeg synes fastlegen bruker for mange fagbegreper når hun/han snakker med meg"

ENIG	DELVIS ENIG	NØYTRAL	DELVIS UENIG	UENIG
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

"Jeg forstår alt fastlegen sier til meg"

ENIG	DELVIS ENIG	NØYTRAL	DELVIS UENIG	UENIG
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

"Jeg synes fastlegen kunne gitt meg informasjon på en bedre måte"

ENIG	DELVIS ENIG	NØYTRAL	DELVIS UENIG	UENIG
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

"Når jeg har fått brev/prøvesvar/eller lignende pr. post fra fastlegen min, så synes jeg innholdet er lett å forstå"

ENIG	DELVIS ENIG	NØYTRAL	DELVIS UENIG	UENIG
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

"Jeg har byttet fastlege på grunn av mangelfull kommunikasjon"

ENIG	DELVIS ENIG	NØYTRAL	DELVIS UENIG	UENIG
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

"Jeg er generelt fornøyd med fastlegen min"

ENIG	DELVIS ENIG	NØYTRAL	DELVIS UENIG	UENIG
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Under følger noen spørsmål angående informasjon om medisiner du har fått på resept fra fastlegen

"Når jeg får resept på en medisin hos fastlegen, får jeg god informasjon om hvordan den skal brukes"

ENIG	DELVIS ENIG	NØYTRAL	DELVIS UENIG	UENIG
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

"Jeg har vært usikker på hvordan jeg skulle bruke en eller flere medisiner jeg har fått hos fastlegen"

ENIG	DELVIS ENIG	NØYTRAL	DELVIS UENIG	UENIG
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I den neste delen vil du få noen utsagn om hvor du får informasjonen om din helse og mulighet for medvirkning

"Jeg synes helseinformasjonen jeg finner på internett forklarer mine spørsmål mer forståelig enn fastlegen"

ENIG	DELVIS ENIG	NØYTRAL	DELVIS UENIG	UENIG
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

"Jeg velger heller å søke opp mitt helseproblem på internett, enn å oppsøke min fastlege"

ENIG	DELVIS ENIG	NØYTRAL	DELVIS UENIG	UENIG
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

"Jeg må lese mye på egenhånd om min helse, fordi jeg får ikke nok informasjon av fastlegen"

ENIG	DELVIS ENIG	NØYTRAL	DELVIS UENIG	UENIG
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

"Jeg synes fastlegen er flink til å opplyse om hvor jeg kan lese mer, hvis jeg lurer på noe om min helse"

ENIG	DELVIS ENIG	NØYTRAL	DELVIS UENIG	UENIG
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

"Fastlegen tar meg med i beslutninger"

ENIG	DELVIS ENIG	NØYTRAL	DELVIS UENIG	UENIG
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

"Jeg får ikke være med å bestemme hvilken behandling jeg ønsker hos fastlegen"

ENIG	DELVIS ENIG	NØYTRAL	DELVIS UENIG	UENIG
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hva er din alder?

Hva er ditt kjønn?

Hva er din høyeste fullførte utdanning?

- Grunnskole (inkludert folkeskole og ungdomsskole)
- Videregående/gymnas/yrkesskole
- Høyskole/universitet (3 år eller mindre)
- Høyskole/universitet (3 år eller mer)

Annet: _____

Hvor mange ganger har du besøkt fastlegen i løpet av det siste året?

_____ ganger det siste året

Hvordan vurderer du selv din egen helsetilstand?

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| SVÆRT
GOD | GOD | VERKEN GOD
ELLER DÅRLIG | DÅRLIG | SVÆRT
DÅRLIG |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Generelt hvordan vurderer du ditt forhold til fastlegen?

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| SVÆRT
GODT | GODT | VERKEN GODT
ELLER DÅRLIG | DÅRLIG | SVÆRT
DÅRLIG |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Vennligst ta en ferdigfrankert konvolutt og fyll ut her eller ta med hjem, og legg i en postkasse.

Spørreundersøkelse: Hva synes du om informasjonen du får fra fastleger?



FOTO: Colourbox

I forbindelse med min mastergradsoppgave ved medisinstudiet i Tromsø, har jeg laget et kort spørreskjema som omhandler **hvordan du vurderer informasjonen du får hos fastlegen**. Din besvarelse er anonym og tar **ca. 5-10 minutter**. Ta en ferdigfrankert konvolutt og fyll ut her, eller ta med hjem og legg i en postkasse.

Tusen takk på forhånd!



Vedlegg 3: Informasjonsskriv til fastlegekontorene



Forespørsel om hjelp til å distribuere spørreskjema

Hei!

Jeg er en 5. års medisinstudent ved Universitetet i Tromsø som skal skrive en mastergradsoppgave om hvordan pasienter vurderer informasjonen de får hos allmennleger. I den forbindelse forespør jeg om legekantoret har anledning til å bidra med dette.

Det jeg konkret ønsker er at dere **legger ut spørreskjema og henger opp en plakat på deres venterom**, hvor pasientene selv tar initiativ til å fylle ut spørreskjemaet. Det er lagt opp til at det skal være minst mulig belastning for dere, og det eneste jeg forespør er om det kan være en kontaktperson på deres legekantor som kan være ansvarlig for at spørreskjemaene blir lagt ut, og at det hele tiden ligger tilgjengelige spørreskjema på venteværelset.

Pasientene svarer anonymt på utsagn angående helseinformasjon og **vi vil ikke kunne spore det til verken enkeltleger eller konkrete legekantor**, og det skal heller ikke brukes til å sammenligne leger/legeskantor. Formålet er heller å undersøke hvilke holdninger pasientene har til helseinformasjon i allmennpraksis.

Jeg setter meget stor pris på om dere har anledning til å bidra!

Har dere spørsmål: Send det til mailadressen under!

Med vennlig hilsen

Medisinstudent: Einar Mathisen Hansen
Veileder: Linda Stein, førsteamanuensis.
Kontakt: eha118@post.uit.no eller Tlf: 91689047.



GRADE-evaluering 1

Referanse:		GRADE															
Weiss BD, Francis L, Senf JH, Heist K, Hargraves R. Literacy education as treatment for depression in patients with limited literacy and depression: a randomized controlled trial. Journal of general internal medicine. 2006;21(8):823-8.		Dokumentasjonsnivå	Ib														
		Anbefaling	A														
Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon/kommentarer														
To determine whether literacy education, provided along with standard depression treatment to adults with depression and limited literacy, would result in greater improvement in depression than would standard depression treatment alone.	<p>Study setting: This research was conducted in a community health center that serves a predominantly poor clientele.</p> <p>Study population: Seventy subjects were enrolled, with 38 randomized to the intervention group and 32 to the control group. After giving informed consent, patients with a PHQ-9 score >5 (indicating depression) and a REALM score ≤60 (indicating limited literacy) were randomized to either a control group or an intervention group.</p>	<p>The median PHQ-9 scores were similar in both the intervention and control groups at baseline (12.5 and 14, respectively). Nine-question Patient Health Questionnaire scores improved in both groups, but the improvement was significantly larger in the intervention group. The final follow-up PHQ-9 scores declined to 6 in the intervention group but only to 10 in the control group.</p>	<p>Er formålet med studien klart formulert? Ja. Ble utvalget fordelt til de ulike gruppene ved bruk av tilfredsstillende randomiseringsprosedyre? Ja. Ble alle deltakerne gjort rede for ved slutten av studien? Ja. Ble deltakere, helsepersonell og utfallsmåler blindet mht. gruppetilhørighet? Nei. Var gruppene like ved starten av studien? Ja. Ble gruppene behandlet likt bortsett fra tiltaket som evalueres? Ja. Hvor presise er resultatene? P-verdi. Kan resultatene overføres til praksis? Nei, liten studiepopulasjon Ble alle viktige utfallsmål vurdert i denne studien? Ja.</p> <p>Strengths:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Randomized study - Using PHQ-9 allows for easy evaluation of degree of depression - Three follow-ups gave good information of outcome <p>Weaknesses:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sample size was small - Too few subjects to determine whether those with the greatest degree of improvement in literacy skills experienced the greatest improvement in depression - Study was not designed to determine the degree of limited literacy for which literacy enhancement might offer benefit for patients with depression - Relied solely on the PHQ-9 to categorize subjects as having depression, rather than performing a formal psychiatric interview. 														
<p>Konklusjon</p> <p>There may be benefit to assessing the literacy skills of patients who are depressed, and recommending that patients with both depression and limited literacy consider enrolling in adult education classes as an adjuvant treatment for depression.</p>	<p>Study design: RCT</p> <p>Inclusions/exclusions: Age ≥18 years; ability to communicate and converse meaningfully with project staff in English; not currently under treatment for depression; no diagnosis of dementia or other neuropsychiatric disorder; and presentation to the health center for something other than an acute life-threatening emergency.</p> <p>Statistics: Spearman's correlation, Pearson χ^2 statistic and Fisher's exact test and 2-tailed t tests.</p>	<p>FIGURE 2</p> <table border="1"> <caption>Data for Figure 2: PHQ-9 scores over time</caption> <thead> <tr> <th>Time Point</th> <th>Intervention Group (Diamonds)</th> <th>Control Group (Squares)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Baseline</td> <td>12.5</td> <td>14</td> </tr> <tr> <td>First Follow-Up</td> <td>8</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Second Follow-Up</td> <td>6</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Final Follow-Up</td> <td>6</td> <td>10</td> </tr> </tbody> </table> <p>(Figurtekst: Changes in PHQ-9 score over time. Diamonds represent PHQ-9 scores in the intervention group. Squares represent PHQ-9 scores in the control group. PHQ-9, patient health questionnaire (depression assessment instrument).)</p>		Time Point	Intervention Group (Diamonds)	Control Group (Squares)	Baseline	12.5	14	First Follow-Up	8	8	Second Follow-Up	6	9	Final Follow-Up	6
Time Point	Intervention Group (Diamonds)	Control Group (Squares)															
Baseline	12.5	14															
First Follow-Up	8	8															
Second Follow-Up	6	9															
Final Follow-Up	6	10															
Land																	
USA																	
År data innsamling																	
Ikke presisert																	

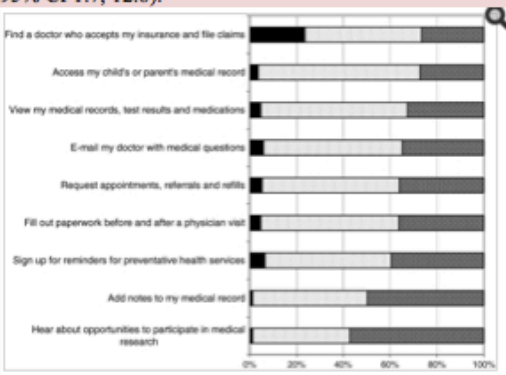
GRADE-evaluering 2

Referanse:		GRADE																																									
Dolan NC, Ferreira MR, Davis TC, Fitzgibbon ML, Rademaker A, Liu D, et al. Colorectal cancer screening knowledge, attitudes, and beliefs among veterans: does literacy make a difference? Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology. 2004;22(13):2617-22.		Dokumentasjonsnivå	IIb																																								
		Anbefaling	B, modetat																																								
Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon/kommentarer																																								
To evaluate whether lower literacy is associated with poorer knowledge and more negative attitudes and beliefs toward colorectal cancer screening among veterans without recent colorectal cancer screening.	<p>Study setting: Male veterans who received general medical care at the VA Chicago Healthcare System</p> <p>Study population: 377</p> <p>Study design: Cross-sectional</p> <p>Inclusions: Male veterans, age 50 and older, who presented to a general medicine clinic appointment within study period.</p> <p>Exclusions: Had received an FOBT within 1 year; received a flexible sigmoidoscopy or colonoscopy within 5 years; a personal history of colorectal cancer or polyps; a family history of colorectal cancer or polyps; or a personal history of IBD.</p> <p>Questionnaire: Patients' literacy in a healthcare context was assessed using the Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM) instrument, a CCKAB questionnaire was developed by study investigators to assess knowledge, attitudes, and beliefs about colorectal cancer and colorectal cancer screening among patients with low literacy</p>	<p>Thirty-six percent of the 377 men had an eighth grade literacy level or higher. Men with lower literacy were 3.5 times as likely not to have heard about colorectal cancer (8.8% v 2.5%; P = .006), 1.5 times as likely not to know about screening tests (58.4% v 40.9%; P = .0001), and were more likely to have negative attitudes about fecal occult blood testing (FOBT), but not about flexible sigmoidoscopy. Specifically, men with lower literacy skills were two times as likely to be worried that FOBT was messy (26.7% v 13.3%; P = .008), 1.5 times as likely to feel that FOBT was inconvenient (28.7% v 18%; P = .05), and four times as likely to state they would not use an FOBT kit even if their physician recommended it (17.9% v 4.0%; P = .02).</p>	<p>Var populasjonen klart definert?: Ja.</p> <p>Var utvalget representativt for befolkningen: Nei, det kunne vært fokusert på en mer generell populasjon over 50 år. Ikke helt overførbart.</p> <p>Er det gjort rede for om (og ev. hvordan) respondentene skiller seg fra dem som ikke har svart/respondert? Ja, det er klart definert årsaker til de som ikke ønsket å delta i undersøkelsen.</p> <p>Er svarprosenten høy nok? Ja, 64 % besvarte undersøkelsen av de som ble vurdert til å passe inklusjonskriteriene.</p> <p>Var datainnsamlingen standardisert? Ja</p> <p>Er objektive kriterier benyttet for vurdering av utfallsmålene/eksponering? Ja</p> <p>Har man i dataanalysen brukt adekvate metoder? Ja</p> <p>Strength:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Study population: VA healthcare system is an equal access healthcare system and the largest integrated delivery system in the country - Good measurement of Health Literacy - Big study population - Developed a specific tool (CCKAB) for this study population to measure outcome <p>Weaknesses:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Only clinic included in study - Of those who refused to participate, they were older than those who chose to participate (and could have lower health literacy) - No measure of income levels - unable to assess differences in colorectal cancer screening rates according to health literacy skills, as all participants in this study had not undergone recent colorectal cancer screening tests. 																																								
Konklusjon	Limited literacy may be an overlooked barrier in colorectal cancer screening among veterans.																																										
Land	USA																																										
År data innsamling	1. Mai 2001 - 31. Desember 2002																																										
	<p>Statistics: χ^2 tests and student t-tests. Logistic regression analysis was used to evaluate the relationship of background variables.</p>	<p>Table 2. Knowledge of Colorectal Cancer and Colorectal Cancer Screening Tests</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Knowledge Items</th> <th>Overall Sample % (N = 377)</th> <th>Limited Literacy % (n = 137)</th> <th>Adequate Literacy % (n = 240)</th> <th>P</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Has not heard of colorectal cancer</td> <td>4.8</td> <td>8.8</td> <td>2.5</td> <td>.006</td> </tr> <tr> <td>Has not heard of tests to find colorectal cancer</td> <td>47.3</td> <td>54.4</td> <td>40.9</td> <td>.001</td> </tr> <tr> <td>Does not know what flexible sigmoidoscopy is</td> <td>71.0</td> <td>84.7</td> <td>63.3</td> <td>< .0001</td> </tr> <tr> <td>Does not recognize concept of flexible sigmoidoscopy after explanation of test</td> <td>30.2</td> <td>31.4</td> <td>27.9</td> <td>.48</td> </tr> <tr> <td>Does not know what FOBT test is</td> <td>76.4</td> <td>84.9</td> <td>65.8</td> <td>< .0001</td> </tr> <tr> <td>Does not recognize concept of FOBT after explanation of test</td> <td>31.0</td> <td>32.8</td> <td>27.1</td> <td>.08</td> </tr> <tr> <td>Does not know up to what screening is 50 years</td> <td>64.8</td> <td>75.2</td> <td>61.7</td> <td>.08</td> </tr> </tbody> </table> <p>Abbreviation: FOBT, fecal occult blood test.</p>	Knowledge Items	Overall Sample % (N = 377)	Limited Literacy % (n = 137)	Adequate Literacy % (n = 240)	P	Has not heard of colorectal cancer	4.8	8.8	2.5	.006	Has not heard of tests to find colorectal cancer	47.3	54.4	40.9	.001	Does not know what flexible sigmoidoscopy is	71.0	84.7	63.3	< .0001	Does not recognize concept of flexible sigmoidoscopy after explanation of test	30.2	31.4	27.9	.48	Does not know what FOBT test is	76.4	84.9	65.8	< .0001	Does not recognize concept of FOBT after explanation of test	31.0	32.8	27.1	.08	Does not know up to what screening is 50 years	64.8	75.2	61.7	.08	
Knowledge Items	Overall Sample % (N = 377)	Limited Literacy % (n = 137)	Adequate Literacy % (n = 240)	P																																							
Has not heard of colorectal cancer	4.8	8.8	2.5	.006																																							
Has not heard of tests to find colorectal cancer	47.3	54.4	40.9	.001																																							
Does not know what flexible sigmoidoscopy is	71.0	84.7	63.3	< .0001																																							
Does not recognize concept of flexible sigmoidoscopy after explanation of test	30.2	31.4	27.9	.48																																							
Does not know what FOBT test is	76.4	84.9	65.8	< .0001																																							
Does not recognize concept of FOBT after explanation of test	31.0	32.8	27.1	.08																																							
Does not know up to what screening is 50 years	64.8	75.2	61.7	.08																																							

GRADE-evaluering 3

Referanse:		GRADE	
Cutilli CC, Bennett IM. Understanding the health literacy of America: results of the National Assessment of Adult Literacy. Orthopedic nursing. 2009;28(1):27-32; quiz 3-4.		Dokumentasjonsnivå	III
		Anbefaling	B
Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon/kommentarer
The purpose of the questionnaire was to allow the relationship between literacy and background characteristics to be assessed.	<p>Study setting: Adults in households and prisons in the USA</p> <p>Population: 19 000</p> <p>Study design: Cross-sectional</p>	From the NAAL we know that individuals who struggle the most with understanding healthcare information (those with the lowest literacy/health literacy) are 65 years or older, male, and Black or Hispanic; spoke another language prior to formal education; have less than a high school diploma; live at or below the poverty line; rate their overall health as poor; have Medicare, Medicaid, or no insurance; and do not seek health information ("none") from print or nonprint sources more often than individuals with higher levels of health literacy	<p>Var befolkningen (populasjonen) utvalget er hentet fra klart definert? Ja</p> <p>Var utvalget representativt for befolkningen? Ja</p> <p>Er det gjort rede for om (og ev. hvordan) respondentene skiller seg fra dem som ikke har svart/respondert? Nei</p> <p>Er svarprosenten høy nok? Ja</p> <p>Var datainnsamlingen standardisert? Ja</p> <p>Er objektive kriterier benyttet for vurdering av utfallsmålene/eksponering? Ja, men ikke gjort utdypende analyser</p> <p>Har man i dataanalysen brukt adekvate metoder? Nei, bare deskriptiv analyse</p>
Konklusjon	<p>Inclusions: Adults ages 16 and older living in households and inmates ages 16 and older in federal and state prisons</p> <p>Exclusions: Those who were randomly chosen to participate, but chose not to.</p> <p>Method: Household interviews were conducted in respondents' homes; prison interviews usually took place in a classroom or library in the prison. Assessments were administered one-on-one using a computer-assisted personal interviewing system (CAPI) programmed into laptop computers</p>	<p>A total of 22% had basic health literacy and 14% had below basic health literacy. Twelve percent scored in the proficient range. Overall, 36% of the adult participants had basic or below basic health literacy skills.</p> <p>The average health literacy score for women was 6 points higher than the score for men. More men than women had below basic health literacy. More women had intermediate health literacy. The difference between men and women with basic or proficient health literacy was not significant</p> <p>Adults who aged 65 and older had the lowest average health literacy when compared with the other age groups</p> <p>For the most part, as educational level increased, the health literacy level increased.</p> <p>The average health literacy score for those living below the poverty level was 205. For those at the poverty level or up to 125% of it, the score was 222. Both of these scores are at the basic level. The average health literacy score increased as the percentage above the poverty level increased</p>	<p>Strengths:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Personal interviews - Big study population - Transferable to the general population - Is an improved tool based on a 1992 tool NALS, used to assess health literacy and background <p>Weakness:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Only gives a snapshot of health literacy in the population - Only descriptive analysis - It is an analysis of a general data collection from 2003-2004, thus is not optimized for the purpose of this study - Requires further analysis to assess differences and relationship between the variables.
Land	USA		
År data innsamling	2003-2004		
	<p>Statistical analysis: The 2003 NAAL is a descriptive study that allows associations between background information and literacy/health literacy levels to be assessed.</p> <p>Individuals with Medicare, Medicaid, or no insurance belonged to groups with the greatest percentage of below basic health literacy</p>		

GRADE-evaluering 4

Referanse:		GRADE	
O'Donnell HC, Patel V, Kern LM, Barron Y, Teixeira P, Dhopeswarkar R, et al. Healthcare consumers' attitudes towards physician and personal use of health information exchange. Journal of general internal medicine. 2011;26(9):1019-26.		Dokumentasjonsnivå	Iib
		Anbefaling	B
Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon/kommentarer
To determine healthcare consumers' attitudes toward physician and personal use of HIE, and factors associated with their attitudes.	<p>Study setting: English-speaking residents of the Hudson Valley of New York.</p> <p>Population: 170</p> <p>Study design: Cross-sectional telephone survey.</p> <p>Inclusions: Eligible participants had to be at least 18 years old, English speaking and residing in the Hudson Valley. If there was no answer at a phone number, the number was called a maximum of five times unsuccessfully before retiring the number.</p> <p>The survey was created by an internal team with experts in the areas of clinical.</p> <p>Statistics: We estimated bivariate associations between each of the two dependent variables, support of physician HIE use and interest in personal HIE use, and the independent variables using odds ratios. Multivariate logistic regression models were used to determine independent associations with each dependent variable. All data were analyzed using SAS® software, version 9.2.1</p>	<p>Of 199 eligible residents contacted, 170 (85%) completed the survey: 67% supported physician HIE use and 58% reported interest in using HIE themselves. Multivariate analysis suggested supporters of physician HIE were more likely to be caregivers for chronically ill individuals (OR 4.6, 95% CI 1.06, 19.6), earn more than \$100,000 yearly (OR 3.5, 95% CI 1.2, 10.0), and believe physician HIE would improve the privacy and security of their medical records (OR 2.9, 95% CI 1.05, 7.9). Respondents interested in using personal HIE were less likely to be female (OR 0.4, 95% CI 0.1, 0.98), and more likely to be frequent Internet-users (OR 3.3, 95% CI 1.03, 10.6), feel communication among their physicians was inadequate (OR 6.7, 95% CI 1.7, 25.3), and believe personal HIE use would improve communication with their physicians (OR 4.7, 95% CI 1.7, 12.8).</p> 	<p>Var befolkningen (populasjonen) utvalget er hentet fra klart definert? Ja Var utvalget representativt for befolkningen? Nei Er det gjort rede for om (og ev. hvordan) respondentene skiller seg fra dem som ikke har svart/respondert? Ja Er svarprosenten høy nok? Ja Var datainnsamlingen standardisert? Ja Er objektive kriterier benyttet for vurdering av utfallsmålene/eksponering? Ja Har man i dataanalysen brukt adekvate metoder? Ja</p> <p>Strengths: - Good response rate - Good statistic analysis</p> <p>Weaknesses: - May not be generalizable to other areas in the country - Study population is higher than the median annual income in the US - May have missed novel factors which could have been identified through qualitative methods.</p>
Konklusjon	Consumer outreach to gain further support for ongoing personal and physician HIE efforts is needed and should address consumer security concerns and potential disparities in HIE acceptance and use.		
Land	USA		
År data innsamling	Januar 2008 - April 2008		

GRADE-evaluering 5

Referanse:		GRADE	
Mackey LM, Doody C, Werner EL, Fullen B. Self-Management Skills in Chronic Disease Management: What Role Does Health Literacy Have? Medical decision making : an international journal of the Society for Medical Decision Making. 2016;36(6):741-59.		Dokumentasjonsnivå	IIb
		Anbefaling	B
Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon/kommentarer
<p>This study aimed to examine the relationship between health literacy and self-reported patient involvement.</p>	<p>Study setting: Data were collected from the Dutch Health Care Consumer Panel.</p> <p>Study population: 974 av 2216</p> <p>Study design: Cross-sectional</p>	<p>In general, our results did not show a relationship between health literacy and self-reported involvement. We did find a positive significant association between the health literacy scale appraisal of health information and self-reported involvement. Our hypothesis was partly confirmed. The results from this study suggest that higher order competences, that is to say critical health literacy, in particular, are important in reporting involvement in medical decision-making.</p>	<p>Var befolkningen (populasjonen) utvalget er hentet fra klart definert? Nei</p> <p>Var utvalget representativt for befolkningen? Uklart</p> <p>Er det gjort rede for om (og ev. hvordan) respondentene skiller seg fra dem som ikke har svart/respondert? Ja</p> <p>Er svarprosenten høy nok? Delvis Ja</p> <p>Var datainnsamlingen standardisert? Ja</p> <p>Er objektive kriterier benyttet for vurdering av utfallsmålene/eksponering? Uklart</p> <p>Har man i dataanalysen brukt adekvate metoder? Ja</p> <p>Strengths: - A first strength of this study is the use of the health literacy questionnaire (HLQ). This HLQ is a comprehensive measurement of health literacy encompassing both a broad range of resources and various skills - Large sample size</p> <p>Weaknesses: - Our model-III does not explain much of the variance in self-reported involvement in medical decision-making. - A limitation of the HLQ is that it is a subjective measurement; it provides an indication of the perceived resources and skills of people. - Response rate was less than 50%.</p>
Konklusjon	<p>Inclusions: At the time of this study (May 2015), the Consumer Panel consisted of about 12,000 people aged 18 years and older</p> <p>A structured questionnaire was sent to members of the Dutch Health Care Consumer Panel in May 2015 (response 46%, N = 974). Health literacy was measured using five scales of the Health Literacy Questionnaire. A regression model was used to estimate the relationship between health literacy and self-reported involvement.</p> <p>Statistics: - Descriptive - multiple linear regression model</p>	<p>Younger people ($\beta = -0.102$, $p = 0.004$) and women ($\beta = 0.121$, $p = 0.000$) report being more involved in medical decision-making than older people and men</p> <p>People with a high level of education ($\beta = 0.240$, $p = 0.000$) report being more involved in medical decision-making compared with people with a low level of education</p> <p>It is only the health literacy scale appraisal of health information (model-III) which is associated significantly with self-reported involvement in medical decision-making ($\beta = 0.109$, $p = 0.001$).</p> <p>The higher respondents scored on the scale the appraisal of health information, the more they reported being involved in medical decision-making. Just as in model-I, women ($\beta = 0.115$, $p = 0.001$), younger people ($\beta = -0.101$, $p = 0.004$) and high educated people ($\beta = 0.228$, $p = 0.000$), report being more involved in medical decision-making. The explained variance of model-III was 8%.</p>	
Land			
Netherlands			
År data innsamling			
Mai 2015 - ?			

GRADE-evaluering 6

Referanse:		GRADE	
Kerse N, Buetow S, Mainous AG, 3rd, Young G, Coster G, Arroll B. Physician-patient relationship and medication compliance: a primary care investigation. <i>Annals of family medicine</i> . 2004;2(5):455-61.		Dokumentasjonsnivå: IIb	
		Anbefaling: B	
Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon/kommentarer
To assess the relationship between 4 attributes of the physician-patient relationship and medication compliance.	<p>Study setting: We conducted a waiting room survey of patients consulting 22 general practitioners in 14 randomly selected practices in Auckland, New Zealand (81% response rate).</p> <p>Study population: A total of 370 consecutive patients (75% response rate) completed survey instruments about 4 attributes of the physician-patient relationship.</p> <p>Study design: Cross-sectional</p> <p>Continuity of care (assessed from use of a usual physician, length of continuity, and perceived importance of continuity) and trust in the physician were ascertained before the consultation. After the consultation the Patient Enablement Index measured the physician's ability to enable patients in self-care, and concordance between the patient and physician was measured by a 6-item inventory of perceived agreement about the presenting problem and management, were ascertained immediately after the consultation. Compliance with prescribed medication therapy was ascertained by telephone follow-up 4 days after the consultation.</p> <p>Statistics: Intraclass correlations, logistic regression analysis</p>	<p>Overall, 220 patients (61%) received a prescription, and 79% of these patients were taking the medication at follow-up. In a univariate analysis adjusted for clustering, only trust and physician-patient concordance were significantly related to compliance. In analysis further adjusted for health and demographic factors, physician-patient concordance was independently related to compliance (odds ratio = 1.34, 95% confidence interval, 1.04–1.72).</p> <p>Recruitment</p> <p>27 randomly selected doctors were approached to participate</p> <p>5 declined</p> <p>22 were enrolled (response rate = 81%)</p> <p>490 patients were invited to participate</p> <p>120 declined</p> <p>370 were enrolled and participated (response rate = 75.5%)</p> <p>59 (16%) were lost to follow-up*</p> <p>311 participated and had follow-up</p> <p>Analysis</p> <p>220 patients received a prescription during the consultation</p> <p>27 did not fill in the Trust in Physician Scale, and 48 were lost to follow-up*</p> <p>172 were included in final analyses of associations with medication compliance</p> <p>* Telephone follow-up was attempted 4 times.</p>	<p>Var befolkningen (populasjonen) utvalget er hentet fra klart definert? Ja</p> <p>Var utvalget representativt for befolkningen? Ja</p> <p>Er det gjort rede for om (og ev. hvordan) respondentene skiller seg fra dem som ikke har svart/respondert? Ja</p> <p>Er svarprosenten høy nok? Ja</p> <p>Var datainnsamlingen standardisert? Ja</p> <p>Er objektive kriterier benyttet for vurdering av utfallsmålene/eksponering? Ja</p> <p>Har man i dataanalysen brukt adekvate metoder? Ja</p> <p>Strengths:</p> <ul style="list-style-type: none"> - The representative sample of primary care patients and high initial response rate add validity. - The finding that physician-patient concordance is related to an important outcome is in agreement with findings of other studies <p>Weaknesses:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Results should be interpreted with caution because medication compliance was based on self-report, a commonly used but crude measure that may be limited by patients' desire to appear compliant. - The measure of physician-patient concordance used in this study has not previously been validated, and responses showed a potential ceiling effect. - This study may have been limited by response bias in that a sizable minority of the patients who were given a prescription during the consultation was unable to complete a follow-up telephone call.
Konklusjon	Primary care consultations with higher levels of patient-reported physician-patient concordance were associated with one-third greater medication compliance. An emphasis on understanding and facilitating agreement between physician and patient may benefit outcomes in primary care.		
Land	New Zealand		
År data innsamling	2003		

GRADE-evaluering 7

Referanse:		GRADE																													
Lerner EB, Jehle DV, Janicke DM, Moscatti RM. Medical communication: do our patients understand? The American journal of emergency medicine. 2000;18(7):764-6.		Dokumentasjonsnivå: IIB																													
		Anbefaling: B, moderat																													
Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon/kommentarer																												
The objective of this study was to determine emergency department (ED) patient's understanding of common medical terms used by health care providers (HCP).	<p>Study setting: The setting was two ED in a northeastern metropolitan county with a population of approximately 960,000.</p> <p>Study population: Two hundred forty-nine participants completed the survey. Thirteen patients declined to participate stating they were too sick to move into the private study room.</p> <p>Study design: Cross-sectional</p> <p>Inclusions/exclusions: Patients included in the study had to be triaged as nonurgent (ie, patients triaged to the ED waiting room) and be at least 18 years of age. Patients were excluded from the study if they were triaged as emergent; were obviously intoxicated; were not oriented to person, place, or time; or were chronically institutionalized.</p> <p>Statistics: Univariate analyses were conducted by calculating Pearson correlation coefficients for continuous variables and t-tests for dichotomous variables. Linear regression was performed to determine if a relationship exists between test score and age, male gender, hospital site, education beyond high school, and socioeconomic status</p>	<p>The mean number of correct responses was 2.8 (SD = 1.2). The percentage of patients that did not recognize analogous terms was 79% for bleeding versus hemorrhage, 78% for broken versus fractured bone, 74% for heart attack versus myocardial infarction, and 38% for stitches versus sutures. The percentage that did not recognize nonanalogous terms was 37% for diarrhea versus loose stools, and 10% for cast versus splint. Regression analysis (R2 = .13) revealed a significant positive independent relationship between test score and age (P < .024), education (P < .001), and suburban hospital site (P < .004). Predicted income had a significant relationship with test score (P < .001); however, this was no longer significant when controlled for the confounding influence of age, education and hospital site</p> <p>Table 5. Linear Regression Model for Score</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Parameter</th> <th>Coefficient</th> <th>95% Confident Interval</th> <th>P Value<</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Constant</td> <td>2.083</td> <td>1.318 to 2.848</td> <td>.001</td> </tr> <tr> <td>Age</td> <td>0.001</td> <td>0.001 to 0.022</td> <td>.028</td> </tr> <tr> <td>Education beyond high school</td> <td>0.391</td> <td>0.071 to 0.711</td> <td>.017</td> </tr> <tr> <td>Male gender</td> <td>0.135</td> <td>-0.157 to 0.428</td> <td>.364</td> </tr> <tr> <td>Socioeconomic status</td> <td>0.000</td> <td>0.000 to 0.000</td> <td>.358</td> </tr> <tr> <td>Urban hospital</td> <td>-0.388</td> <td>-0.774 to -0.002</td> <td>.049</td> </tr> </tbody> </table>	Parameter	Coefficient	95% Confident Interval	P Value<	Constant	2.083	1.318 to 2.848	.001	Age	0.001	0.001 to 0.022	.028	Education beyond high school	0.391	0.071 to 0.711	.017	Male gender	0.135	-0.157 to 0.428	.364	Socioeconomic status	0.000	0.000 to 0.000	.358	Urban hospital	-0.388	-0.774 to -0.002	.049	<p>Var befolkningen (populasjonen) utvalget er hentet fra klart definert? Ja</p> <p>Var utvalget representativt for befolkningen? Nei</p> <p>Er det gjort rede for om (og ev. hvordan) respondentene skiller seg fra dem som ikke har svart/respondert? Ja</p> <p>Er svarprosenten høy nok? Ja</p> <p>Var datainnsamlingen standardisert? Ja</p> <p>Er objektive kriterier benyttet for vurdering av utfallsmålene/eksponering? Ja</p> <p>Har man i dataanalysen brukt adekvate metoder? Ja</p> <p>Strengths:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Easy way to determine results without a multisize study - Personal interview allows questions to be thoughtly understood - Fairly equally balanced population concerning gender <p>Weaknesses:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Relatively small sample size from one geographic area makes it difficult to generalize the results to the general population - Use of reported zip code to predict income was not as accurate as an analysis of actual reported incomes - Patients to attend the ED may not be the optimal study population emotion-wise and being preoccupied with their consulting reason
Parameter	Coefficient	95% Confident Interval	P Value<																												
Constant	2.083	1.318 to 2.848	.001																												
Age	0.001	0.001 to 0.022	.028																												
Education beyond high school	0.391	0.071 to 0.711	.017																												
Male gender	0.135	-0.157 to 0.428	.364																												
Socioeconomic status	0.000	0.000 to 0.000	.358																												
Urban hospital	-0.388	-0.774 to -0.002	.049																												
Konklusjon	Medical terminology is often poorly understood, especially by young, urban, poorly educated patients. Emergency health care providers should remember that even commonly used medical terminology should be carefully explained to their patients.																														
Land	USA																														
År data innsamling	???																														

GRADE-evaluering 8

Referanse:			GRADE												
Shaw A, Ibrahim S, Reid F, Ussher M, Rowlands G. Patients' perspectives of the doctor-patient relationship and information giving across a range of literacy levels. Patient education and counseling. 2009;75(1):114-20.			Dokumentasjonsnivå: IIb												
			Anbefaling: B, moderat												
Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon/kommentarer												
<p>This study explored the patient's experience of the doctor-patient relationship and information giving in health care. The views of patients with a range of literacy levels were examined.</p>	<p>Study setting: In-patient cardiology unit in south west London</p> <p>Study population: 321 patients</p> <p>Inclusions: Patients in the in-patients cardiology unit in the time period who gives consent to being interviewed.</p> <p>Study design: Cross-sectional</p> <p>Exclusions: Patients who were visually or hearing impaired, considered not to be well enough or were very anxious were excluded from the study.</p> <p>The Health Literacy (HL) of participants was assessed using the Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM). All participants (low and adequate HL) were then asked open ended questions about their experiences of communication with healthcare professionals. The qualitative data underwent a thematic analysis.</p> <p>Statistics: No information regarding use of statistical methods.</p>	<p>22% of the patients interviewed were found to have a low level of literacy as indicated by the REALM. Many patients felt that health information should be given in simpler language. Patients frequently stated that they either did not read information leaflets or were confused or worried by them. They described the importance of the doctor-patient relationship and the need to build up trust. These views were expressed by patients with adequate HL as well as patients with low HL.</p> <p>Table 1. Respondents' HL status and understanding of medical leaflets.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Difficulty understanding medical leaflets (n) %</th> <th>No difficulty understanding medical leaflets</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Adequate HL</td> <td>19 (7.6%)</td> <td>232</td> </tr> <tr> <td>Low HL</td> <td>26 (37.1%)</td> <td>44</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>45</td> <td>276</td> </tr> </tbody> </table> <p>Of the participants who commented on the use of leaflets there were both positive (n = 35) and negative (n = 59) responses. Some respondents (n = 33) talked of the need for simple language and less use of medical terminology described by some as 'layman's terms' not 'jargon', in both leaflet content and in the doctor-patient interaction. Some (n = 14) felt that it would be more helpful to them if health professionals guided them to the appropriate leaflet.</p> <p>The increasing use of the internet to access health information is well documented and use of the internet was referred to by some of our respondents (n = 34). Only two of those were participants with LHL and they did not describe using the internet to access health-related information. Some (n = 12) of the participants with AHL felt that the internet enabled them to access high quality information which could be used to inform and help them in decision making. Newspapers and the television were considered by some (n = 13) to be a useful source of information. The transmission of information through discussion with health professionals was sometimes seen as inadequate and also overlapped with other factors, such as lack of time and feeling comfortable:</p>		Difficulty understanding medical leaflets (n) %	No difficulty understanding medical leaflets	Adequate HL	19 (7.6%)	232	Low HL	26 (37.1%)	44	Total	45	276	<p>Var befolkningen (populasjonen) utvalget er hentet fra klart definert? Ja</p> <p>Var utvalget representativt for befolkningen? Nei</p> <p>Er det gjort rede for om (og ev. hvordan) respondentene skiller seg fra dem som ikke har svart/respondert? Nei</p> <p>Er svarprosenten høy nok? Ja</p> <p>Var datainnsamlingen standardisert? Ja</p> <p>Er objektive kriterier benyttet for vurdering av utfallsmålene/eksponering? Ja</p> <p>Har man i dataanalysen brukt adekvate metoder? Uklart</p> <p>Strengths:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Personal interviews - The REALM tool that is used, is part of a wider study of health literacy in the UK - The findings of this study apply to all patients, not only those with low literacy <p>Limitations:</p> <ul style="list-style-type: none"> - This study is limited in that the interviews were in a hospital setting, at the bedside and there were interruptions at times from nursing, medical and other staff as patients were awaiting investigations. - The sample is also fairly narrow and the results may not generalize to other populations particularly a younger age group and other settings and diagnoses.
	Difficulty understanding medical leaflets (n) %	No difficulty understanding medical leaflets													
Adequate HL	19 (7.6%)	232													
Low HL	26 (37.1%)	44													
Total	45	276													
Konklusjon															
<p>Many patients irrespective of their HL skills, feel unable to access, understand and utilize health information. If patients are to be actively engaged in achieving and maintaining good health, healthcare professionals must improve their communication skills and ensure that health information is clear and easy to access.</p>															
Land															
Storbritannia															
År data innsamling															
Desember 2005-Januar 2007															